

1978/79:178

om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m.;

beslutad den 22 mars 1979.

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

På regeringens vägnar

OLA ULLSTEN

HEDDA LINDAHL

Propositionens huvudsakliga innehåll

Propositionen redovisar riktlinjer för hur kontinuiteten i kontakterna mellan patient och vårdgivare kan förbättras inom den öppna hälso- och sjukvården. I propositionen föreslås att riksdagen fattar principbeslut om att ett husläkarsystem skall organiseras. Genomförandet föreslås ske i takt med att primärvården byggs ut och med anpassning till lokala förhållanden.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1979-03-22

Närvarande: statsministern Ullsten, ordförande, och statsråden Sven Romanus, Mundebo, Wikström, Wirtén, Rodhe, Wahlberg, Hansson, Enlund, Lindahl, Winther, De Geer, Cars och Gabriel Romanus.

Föredragande: statsrådet Lindahl

Proposition om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m.

1. Inledning

Frågan om en bättre kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare inom den öppna vården har uppmärksamats alltmer under senare år. Att vid upprepade läkarbesök hänvisas till olika läkare skapar hos patienterna en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande. En ömsesidig personkännedom är viktig för ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare. Detta har ofta varit svårt att förverkliga inom den offentliga vården. Mot denna bakgrund bemyndigade regeringen den 18 maj 1977 dåvarande statsrådet Troedsson att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågan om kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare i den öppna vården m. m. Med stöd av bemyndigandet tillkallades samma dag dåvarande landstingsrådet Gunnar Hjerne såsom särskild utredare. Utredningsmannen har biträts av ett flertal experter.¹ Utredningen har antagit benämningen kontinuitetsutredningen (S 1977:08). Utredningen avlämnade i november 1978 sitt betänkande (SOU 1978:74) Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård.

Till protokollet i detta ärende bör fogas en sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*. Beträffande nuvarande förhållanden samt utredningens närmare överväganden hänvisas till betänkandet.

Efter remiss har yttrande över kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74) avgetts av försvarets sjukvårdsstyrelse, socialstyrelsen, nämnden för läkares vidareutbildning, riks försäkringsverket, statskontoret, universitets-

¹Avdelningschefen Sven-Eric Bergman, överläkaren Björn Laurell, departementsskriveraren Anders Lindgren, överläkaren Nils Brage Nordlander, biträdande sjukvårdsdirektören Göran Rådö, avdelningschefen Karl-Eric Wictorson, distriktssköterskan Siri Häggmark och utredningssekreteraren Ingemar Lindberg.

och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, statens invandrarverk, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för akademiska sjukhuset, statens handikappråd, hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04), sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, 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 arbetsgivareföreningen, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, Svenska kommunalarbetsareförbundet, Sveriges läkarförbund, De handikappades riksförbund, Handikappförbundens centralkommitté, Pensionärernas riksförbund, Sveriges folkpensionärers riksförbund och Svenska läkaresällskapet. Vissa remissinstanser har bifogat yttranden som de inhämtat. Sålunda har t. ex. universitets- och högskoleämbetet bifogat yttranden från karolinska institutets och universitetens medicinska fakultetsnämnder och SACO/SR från Sveriges Psykologförbund och Civilekonomernas Riksförbund. En sammanställning av remissyttrandena bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 2*.

2. Allmänna överväganden

2.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvården har byggts ut kraftigt under de senaste decennierna. Dess andel av bruttonationalprodukten har successivt ökat. År 1960 var den 3,5 %. Tio år senare hade denna andel ökat till ca 7 %. År 1978 uppgick den till ca 9 %.

Den kraftiga utbyggnad som dessa siffror speglar kännetecknas framförallt av två grundlinjer. De ökade resurserna har till allra största delen inriktats på att bygga ut den slutna sjukhusvården, främst akutsjukvården. Utvecklingen inom sjukvården har också präglats av en ökad specialisering.

I slutet av 1930-talet var hälften av landets yrkesverksamma läkare sysselsatta utanför sjukhusen. Denna andel var mindre än en femtedel i början av 1970-talet. Sjukhusens ökade dominans inom sjukvården är en viktig orsak till den tilltagande specialiseringen. Inte bara den slutna vården, utan även den öppna har genomgått denna specialiseringsprocess. Detta hänger samman med att sjukhussektorns utbyggnad också inneburit att sjukhusen i stor utsträckning kommit att svara för betydande delar av den samlade öppna vården. Inte mindre än 60 % av läkarbesöken i offentlig vård sker idag vid de öppna specialiserade sjukhusmottagningarna.

Den konsekventa utbyggnaden av akutsjukvården har av naturliga skäl samtidigt begränsat resurserna för andra delar av vården bl. a. den öppna vården utanför sjukhus (primärvården). Riskerna med att underdimensio-

nera primärvården och driva specialiseringen alltför långt har påtalats i olika sammanhang under årens lopp. Redan dåvarande generaldirektören J. Axel Höjer tog upp denna fråga i betänkandet "Medicinalstyrelsens öppenvårdsutredning från år 1948" (SOU 1948:14). I denna framhölls att primärvårdens behov borde beaktas mera aktivt. Ett system med hälsocentraler föreslogs inom den offentliga vården. Utredningen tryckte också mycket starkt på behovet av en väl dimensionerad allmänläkarkår och framhöll riskerna med en alltför långtgående specialisering, bl. a. utifrån kravet på en helhetssyn i vårdarbetet. Utredningen gjorde vissa beräkningar avseende bl. a. behovet av allmänläkare och ansåg att det år 1960 borde finnas drygt 2 000 allmänläkare vid hälsocentraler/läkarstationer. Som jämförelse kan nämnas att det i början av år 1978 fanns drygt 1 700 tjänster för allmänläkare i landet. Omkring 45 % av dessa saknade ordinarie innehavare.

I betänkandet "Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) behandlades bl. a. den s. k. provinsialläkarkrisen. Den ansågs bero på att yngre läkare i allt större utsträckning sökte sig till sjukhusen. Även denna utredning betonade angelägenheten av en väl utbyggd primärvård.

Efter ytterligare tio år (1968) presenterade socialstyrelsen ett principprogram om öppen vård. Uppfattningen att många patienter som sökte sig till sjukhusens öppna specialistmottagningar lika väl eller bättre kunde tas om hand i primärvården blev allt vanligare. Principprogrammet innehöll därför förslag om decentralisering av specialister från sjukhusen till vårdcentraler och konsultmottagningar av olika slag. Fr. o. m. år 1969 infördes också en särskild vidareutbildning som kom att leda till allmänläkarkompetens.

Genom författningsändringar som genomfördes år 1972 fick sjukvårdshuvudmännen bl. a. möjlighet att inrätta distriktsläkartjänster såväl för allmänläkarvård som för specialiserad vård. Samtidigt infördes i sjukvårdskungörelsen en bestämmelse att sjukvårdsstyrelsen skulle se till att det inom varje läkar-distrikt fanns erforderliga resurser för att tillgodose i första hand behovet av allmänläkarvård. Synen under 1960-talet var dock fortfarande klart specialistinriktad. Detta fick helt naturligt genomslag i läkarutbildningen. Man räknade också med att det vid större vårdcentraler skulle behövas specialistläkare i invärtesmedicin vid sidan av allmänläkarna. Vården vid sjukhem och ålderdomshem ansågs bära skötas av specialister i långvårdsmedicin.

År 1978 redovisades resultatet av ett utredningsarbete som bedrivits gemensamt av socialstyrelsen, kommunförbunden och Spri. I rapporten "Primärvård – innehåll och utveckling" (Spri S 101 1978) konkretiserades tankarna på en utbyggd primärvård med utgångspunkt i ett av socialstyrelsen framlagt principprogram om hälso- och sjukvården inför 80-talet, HS 80. Enligt rapporten skall målet för primärvården vara att tillgodose behovet av helhetssyn, kontinuitet, tillgänglighet, m. m. inom sjukvården. Man förutser i rapporten en fortsatt brist på vidareutbildade allmänläkare ännu i mitten av 80-talet. Å andra sidan räknar man med en relativt god tillgång på läkare med

annan vidareutbildning. Primärvårdens utbyggnad fram till mitten av 1980-talet får därför baseras på såväl allmänläkare som läkare med annan vidareutbildning. I rapporten understryks även angelägenheten av att också ge ett ökat utrymme åt förebyggande åtgärder inom primärvården och att få till stånd ett nära samarbete mellan sjukvården och den primärkommunala socialvården. Vidare föreslås en utbyggnad av hemsjukvården, vilket kräver en ökning av antalet distriktssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl.

Kontinuitetsutredningens grundsyn är att det är angeläget att få till stånd en lättillgänglig hälso- och sjukvård som tillgodoser kraven på kontinuitet i vården och kraven på en helhetssyn på patienten och dennes behov av insatser av olika slag. En decentralisering av vården till mindre och mer personliga enheter måste enligt utredningen ske för att detta ska kunna uppnås. En viktig utgångspunkt för utredningens överväganden och förslag har varit enskilda människors önskemål om en väl fungerande hälso- och sjukvård såsom dessa önskemål har framträtt i en rad attityd- och opinionsundersökningar. Mot denna bakgrund har utredningen föreslagit att ett husläkarsystem införs i vårt land. Utredningen har kommit till den slutsatsen att en verkligt god kontinuitet i kontakterna patient-vårdgivare bäst kan tillgodoses inom primärvården, dvs. i den organisation för öppen vård som finns utanför sjukhusen vid vårdcentraler och flerläkarstationer.

Flertalet remissinstanser delar utredningens uppfattning att målet för hälso- och sjukvården måste vara att uppnå närhet, helhetssyn, lättillgänglighet och kontinuitet i vården och att en decentralisering av vården till vårdcentraler som är geografiskt belägna så nära invånarna som möjligt är en väg att nå detta mål.

Remissinstanserna framhåller överlag att den bristande kontinuiteten i vården är ett allvarligt problem för både allmänheten och vårdpersonalen. Angelägenheten att förbättra kontinuiteten i primärvården understryks starkt. I remissyttrandena framhålls att sjukvården måste få en humanare inriktning och organiseras så att patienterna kan lära känna vårdpersonalen och kan känna trygghet och förtroende.

Många remissinstanser anser att utredningens förslag att alla skall få en fast läkarkontakt är ett allmänt önskemål. Det övervägande antalet remissinstanser stöder också utredningens mening att allmänläkaren tillsammans med distriktssköterskan måste svara för den långsiktiga kontinuiteten.

I remissyttrandena betonas ofta att det är angeläget att fler läkarbesök kan ske inom primärvården – med beaktande av de principer om kontinuitet som utredningen föreslår – men att detta också kräver insatser såväl centralt som lokalt. Det framhålls att förutsättningarna för en god kontinuitet ytterst är en resursfråga och att en satsning på ökad utbildning med allmänmedicinsk inriktning därför måste prioriteras.

De flesta sjukvårdshuvudmännen har i sina remissvar också konstaterat att utredningens syn på behovet av att förbättra kontinuiteten stämmer väl

överens med intentionerna i föreliggande planer för den öppna vården. Flertalet sjukvårdshuvudmän framhåller att det avgörande hindret för att åstadkomma en god kontinuitet enligt utredningens tankegångar är bristen på distriktsläkare/allmänläkare och distriktssköterskor. Andra hinder för att uppnå kontinuitet i vården anges vara läkarnas ledigheter av olika slag m. m.

Enligt min mening är det synnerligen angeläget att den decentraliserade hälso- och sjukvården byggs ut kraftigt under de kommande åren. Det kommer att krävas betydande insatser av alla berörda för att åstadkomma detta. Såväl staten som landsting och primärkommuner, utbildningsmyndigheter m. fl. måste bidra konstruktivt för att primärvården verkligen skall kunna erbjuda människorna den närhet, lättillgänglighet och kontinuitet som många människor saknar idag. Under åren 1973–1977 har det byggts omkring 100 flerläkarstationer/vårdcentraler. År 1977 fanns det 680 vårdcentraler och läkarstationer. Enligt landstingens planer fortsätter utbyggnaden på detta område. Beträffande personalsidan kan konstateras att antalet anställda i hälso- och sjukvård ökade med 100 000 personer under perioden 1970–1977. Enligt beräkningar i betänkandet "De äldre och hälso- och sjukvården" (Ds S 1978:01) har dock endast en begränsad del av detta personaltillskott, omkring en fjärdedel gått till primärvård och långtidssjukvård trots att det rått allmän enighet om att dessa områden skall prioriteras. Resterande del av personaltillskottet, ca tre fjärdedelar, har i stort sett tagits i anspråk för att öka personaltätheten inom andra sektorer av sjukvården. Denna utveckling måste vändas.

Bristen på resurser inom primärvården har medfört negativa konsekvenser för i första hand patienterna. Det har på många håll varit svårt för dem att få tid för läkarbesök inom rimlig tid. Sjukvården har sålunda inte varit tillgänglig. Möjligheterna för patienten att få träffa samma läkare vid olika besök, har inte heller varit särskilt stora. Det är framförallt på dessa punkter som kritiken från allmänheten varit hård. Jag har full förståelse för den kritik och det missnöje som har förts fram i dessa avseenden. Det är idag alltför vanligt att patienten får en känsla av att han skickas fram och tillbaka i vårdsystemet utan att det är någon som har en helhetsbild av honom och ett ansvar för att åtgärder av olika slag samordnas. Varje läkare vidtar naturligtvis sina åtgärder för att hjälpa patienten, men insatserna uppfattas lätt som splittrade. Läkarna har också små möjligheter att lära känna patienten som individ. Detta medför att de bakomliggande orsakerna till vissa sjukdomar och besvär inte alltid ägnas tillräcklig uppmärksamhet. För den enskilde patienten blir följden ofta en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande.

Sjukvårdshuvudmännen är numera medvetna om bristerna inom primärvården och gör ambitiösa ansträngningar för att få till stånd en lättillgänglig sjukvård. Olika metoder för att bättre planera verksamheten inom sjukvården prövas på flera håll i landet. Detta har haft gynnsamma effekter på såväl tillgängligheten som kontinuiteten, åtminstone vad gäller

kontinuiteten under en begränsad vårdepisod. Det är angeläget att dessa metoder vidareutvecklas och sprids. Jag återkommer senare till vårdplaneringsmetodernas betydelse.

De otillräckliga resurserna inom primärvården har medfört att patienterna sökt vård på annat håll. Företagsläkare och privatpraktiker har dock ofta tillgodosett behovet av en fast läkarkontakt. Men för de människor som inte har haft tillgång till vare sig företagsläkare eller privatläkare har primärvårdens brister varit särskilt kännbara. Av statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållandena i landet framgår att knappt hälften av landets befolkning år 1975 uppgav sig ha en fast läkarkontakt att vända sig till vid behov. För dem som har en sådan kontakt är det i stort sett lika vanligt att läkaren är privatpraktiker eller företagsläkare som distriktsläkare. Bland de människor som inte har en långvarig sjukdom är det endast en tredjedel som har en fast läkarkontakt. Avsaknaden av fasta läkarkontakter och en begränsad tillgänglighet till primärvården har också fått till följd att patienterna ofta väljer att uppsöka sjukhusens polikliniker och akutmottagningar. Detta är inte tillfredsställande vare sig för patienterna eller sjukvården. Den alltför stora tillströmningen av patienter till sjukhusens öppna mottagningar har lett till besvärande väntetider och svårigheter att planera och organisera den kvalificerade sjukhusvården. Många av de åtgärder och behandlingar som sker vid sjukhusmottagningar skulle lika väl kunna ske i primärvårdens närsjukvård om den var tillräckligt utbyggd. Olika undersökningar tyder också på att människor föredrar mindre och mer personliga vårdenheter framför de stora sjukhusen. Av de skäl som jag har anfört är det angeläget att bygga ut primärvården och införa ett system med husläkare. Därigenom skapas enligt min mening förutsättningar för att tillmötesgå människornas krav på en mänsklig och personlig hälso- och sjukvård som är lätt tillgänglig för dem och kan erbjudas på ett tidigt stadium. Genom att husläkarna verkar i primärvården kan samtidigt en bättre balans ernås mellan sjukhusvård och öppen vård.

Jag konstaterar med tillfredsställelse att samtliga remissinstanser lägger stor vikt vid att kontinuiteten förbättras. Det är också glädjande att konstatera att flera remissinstanser anser att utredningens förslag ligger i linje med den inriktning av utbyggnaden av primärvården som huvudmännen satsar på.

Detta innebär att vi har en god grund för fortsatta insatser centralt och lokalt, som kan leda fram till att det blir möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, där läkaren givetvis spelar en viktig roll. Det är enligt min mening angeläget att åtgärder vidtas som syftar till att så långt som möjligt garantera en sådan kontinuitet i kontakterna med sjukvården. Det är emellertid varken lämpligt eller möjligt att i detalj ange hur detta skall ske. Det måste ankomma på varje sjukvårdshuvudman att själv med hänsyn till de lokala förhållandena närmare avgöra i vilken takt och på vilket sätt husläkarsystemet skall förverkligas.

2.2 Kontinuitetsbegreppet

Utredningen skiljer på tre olika slag av kontinuitet. Det första är en kortsiktig s. k. vårdepisodkontinuitet. Den avser det förhållandet att patienten skall få träffa samma vårdgivare vid det första besöket och vid återbesök. Det andra är en långsiktig kontinuitet som innebär att det skall vara möjligt för den enskilde individen att ha en fast vårdkontakt med bl. a. en läkare, som lär känna sina patienter väl och därigenom får goda möjligheter till en helhetssyn på deras sjukdomar och problem. Det tredje slaget av kontinuitet avser att det inte skall uppstå några "glapp" i vården av en enskild patient även om vården kräver insatser från olika vårdinrättningar och personalkategorier. Det innebär att det skall finnas en sammanhållande länk i en längre vårdkedja.

Landstingsförbundet understryker angelägenheten av att även den långsiktiga kontinuiteten beaktas tillsammans med de andra kontinuitetsformerna. Socialstyrelsen anför att mycket kan göras för att förbättra den s. k. kontinuiteten i vården och vårdepisodkontinuiteten. Styrelsen finner det däremot orealistiskt att bygga upp ett öppenvårdssystem som har en livslång kontinuitet som utgångspunkt. Flera remissinstanser betonar också vikten av att även kontinuiteten inom sjukhusvården och mellan sjukhus och primärvård beaktas.

Föregen del anser jag i likhet med utredningen att det är angeläget att skapa ett system för den öppna vården som i möjligaste mån tillgodoser samtliga kontinuitetsbehov.

Den s. k. vårdepisodkontinuiteten blir aktuell så snart en patient kommer till en läkare. Denna typ av kontinuitet är viktig vid alla vårdepisoder som består av mer än ett läkarbesök. Remissinstanserna är eniga om detta.

Vad beträffar den långsiktiga kontinuiteten vill jag framhålla att även den är utomordentligt angelägen för patienten. Det är just avsaknaden av en fast läkarkontakt som förorsakat mycket av det missnöje med primärvården som finns idag. Jag är väl medveten om att det i det moderna samhället med reglerade arbetstider och semestrar samt en ökad rörlighet bland befolkningen inte är möjligt att få en sjukvårdsorganisation där patienten alltid kan komma till en och samma läkare, eller där det uppstår livslånga kontinuitetsrelationer mellan patient och läkare. Jag ser emellertid inte dessa omständigheter som skäl för att man inte skall försöka bygga upp ett system med förutsättningar för att så långt möjligt åstadkomma också en långsiktig kontinuitet. Även om kontinuiteten i ett enskilt fall skulle inskränka sig till några få år är en hel del vunnet med detta. Att man inte kan uppnå en idealsituation får enligt min mening inte leda till att vi avstår från att ange ett mål för våra strävanden.

En av fördelarna med en fast läkarkontakt är att kommunikationen mellan olika vårdgivare underlättas. Det ligger i sakens natur att en sådan fast läkare har större förutsättningar att samordna insatserna för sin patient i

sjukvårdssystemet. Detta är viktigt från både humanitär och ekonomisk synpunkt. Även för läkare och annan vårdpersonal blir patientarbetet mer meningsfullt när de kan följa upp behandlingsresultaten även på längre sikt och genom fortlöpande kontakter bättre lära känna patienten.

2.3 Allmänläkare—specialistläkare

Utredningen anser att allmänläkaren är den läkare som bör ha en nyckelfunktion i primärvården. Genom den breda medicinska utbildning som allmänläkaren har är han väl lämpad att utgöra en första läkarinstans som i de flesta fall också kan hjälpa patienten med dennes problem. Allmänläkaren är därför enligt utredningen den som bäst kan fylla funktionen som en husläkare. Utredningens syn på allmänläkarens roll innebär att specialistläkarens kunskande skall tas i anspråk när så behövs. I princip bör han dock ses som konsult åt allmänläkaren. Detta bör enligt utredningen gälla samtliga specialitetsföreträdare.

Flertalet remissinstanser delar utredningens grundsyn att allmänläkaren skall vara den läkare som har huvudrollen i primärvården. Detta överensstämmer också med Landstingsförbundets uppfattning. De flesta sjukvårdshuvudmännen delar också utredningens syn på specialistläkarens roll. Flera remissinstanser understryker samtidigt behovet av att primärvården får tillgång till olika specialistläkare.

Socialstyrelsen har en avvikande uppfattning i denna fråga. Styrelsen menar bl. a. att utredningens förslag skulle innebära en återgång till det gamla provinsialläkarsystemet som fanns innan sjukvårdshuvudmännen inrättade specialistläkartjänster i primärvården. En del remissinstanser är tveksamma när det gäller förslaget att specialistläkarna inom mödra- och barnhälsovården endast skall vara konsulter. Några remissinstanser, har också berört frågan om psykiatrikernas roll inom den framtida primärvården.

Föregående vill jag framhålla att jag i likhet med flertalet remissinstanser i princip delar utredningens syn på allmänläkarens uppgifter. Jag har tidigare redogjort för en rad utredningar som under årens lopp framhållit betydelsen av att allmänläkarvården byggs ut. Enligt min mening måste allmänläkaren utgöra grunden i en väl fungerande primärvård. Vi har idag en besvärande brist på allmänläkare. Enligt LATT-77-undersökningen (Läkarnas arbets- och tjänstgöringstider) saknade år 1977 inte mindre än 45 % av de inrättade tjänsterna för allmänläkare ordinarie innehavare.

Det otillräckliga antalet allmänläkare är bl. a. en följd av de prioriteringar som hittills legat till grund för läkarutbildningen. Jag ser det därför som ett steg i rätt riktning att antalet utbildningsplatser för allmänläkare inom den fortsatta vidareutbildningen fr. o. m. år 1979 höjs från 280 till 350. Vårt land har internationellt sett en mycket liten allmänläkarkår. Andelen allmänläkare av det totala antalet läkare är knappt 10 %. Som jämförelse kan nämnas att motsvarande siffror för Danmark är 25 %, för Norge och Finland 24 %.

resp. 20 %, för Nederländerna 23 % och för England 34 %. Som framgått av de utredningar jag inledningsvis refererat till har under årens lopp varningsrop också höjts för risken med att underdimensionera allmänläkaryrden. Jag vill i detta sammanhang erinra om att Världshälsoorganisationen (WHO) i en rapport år 1975 betonat dessa risker. En alltför stark specialisering inom läkaryrden leder enligt WHO till en splittrad syn på patientens problem och försvårar möjligheterna att ge en heltäckande vård.

Allmänläkaren är med hänsyn till sin utbildning den som är bäst lämpad att utgöra en fast läkarkontakt dvs. att vara patientens husläkare. Flera undersökningar visar att allmänläkaren mycket väl kan ta hand om patienter med sådana sjukdomar och problem som brukar innefattas i begreppet vardagssjukvård. Tanken bakom en särskild allmänläkarutbildning, är ju för övrigt att dessa läkare skall kunna svara för sådana vårduppgifter.

Jag kan instämma i bedömningen att allmänläkaren kommer att få en funktion som något påminner om den tidigare provinsialläkarens. Till skillnad från socialstyrelsen ser jag dock inte något negativt i detta. Enligt min mening fanns det både bra och mindre bra sidor i provinsialläkarsystemet. Mindre bra var naturligtvis den isolering som läkaren kunde uppleva som ensam ansvarig för ett i regel alltför stort distrikt. Till de mindre goda eller direkt dåliga sidorna kan också räknas att läkaren var skyldig att stå till förfogande dygnet om.

Det fanns emellertid också positiva värden i det gamla provinsialläkarsystemet. Invånarna/patienterna kände ofta sin doktor och han dem. Detta skapade den känsla av förtroende och trygghet som tyvärr i stor utsträckning saknas idag. Vi bygger nu upp en primärvård som baserar sig på välutrustade vårdcentraler med flera läkare – både allmänläkare och i vissa fall specialistläkare. Fördelen med detta är bl. a. att läkarna kan ersätta varandra vid sjukdom, semesterar m. m. Den gamla isoleringen finns inte kvar. Allt detta är bra men jag tror samtidigt att vi ibland har försummat något väsentligt, nämligen att skapa förutsättningar för en god patient-läkarrelation. Många människor anser att det är viktigt att ha en egen doktor som känner dem och som de kan vända sig till för vård och behandling och för råd i hälsofrågor. Som jag har anfört tidigare anser jag att det är viktigt att så långt det är möjligt tillgodose önskemålen om en sådan relation mellan patienter och läkare i morgondagens sjukvård.

Samtidigt vill jag framhålla att en god primärvård kräver även andra resurser, bl. a. tillgång till specialistläkare. Jag ser dock inte någon motsättning i att bygga upp primärvården till ett husläkarsystem som grundar sig på allmänläkarna och att samtidigt se till att patienterna också får del av specialistläkarnas insatser. En bra vård innebär enligt min mening att patienten skall kunna erbjudas närhet, lättillgänglighet och kontinuitet även hos specialistläkare. Detta förutsätter att specialistvård åtminstone i viss utsträckning måste kunna tillhandahållas även i primärvården. Detta kan ske på olika sätt. Om vårdcentralernas storlek begränsas – utredningen och de

flesta remissinstanserna är eniga om att så bör ske – kan olika organisatoriska lösningar av specialistvården tänkas. Varje enskild vårdcentral kommer inte alltid att kunna erbjuda ett tillräckligt underlag för specialistläkare på heltid.

En lämplig lösning kan vara att som direktionen för akademiska sjukhuset anför i sitt remissyttrande låta en specialistläkare dela sin tid mellan flera vårdcentraler. I vissa fall kan befolkningsunderlaget för en vårdcentral vara sådant att det kan vara motiverat med en specialistläkare på heltid. Hur specialistläkarresurserna skall tillföras primärvården kan enligt min bedömning variera. Det viktiga är att de finns i en sådan utsträckning som lokalt bedöms nödvändigt.

Jag delar också helt bl. a. Skaraborgs läns landstings uppfattning att kontinuiteten mellan patient och läkare är lika viktig beträffande specialistläkaren som i fråga om allmänläkaren. I ett utbyggt husläkarsystem kan man förvänta sig att patienten i första hand kommer att vända sig till sin allmänläkare. Specialistkonsultationerna blir då av vårdepisodisk karaktär. Men det är självfallet viktigt att kontinuiteten bibehålls under hela vårdepidoden. Den kan naturligtvis variera avsevärt till sin längd. I likhet med bl. a. statens handikappråd anser jag det helt naturligt att långvariga sjukdomstillstånd av svårare art kan kräva en kontinuerlig och ständig vård hos en specialist. Bedömningar av detta slag bör dock göras från fall till fall med utgångspunkt i vad som är bäst för den enskilde patienten. Jag vill också erinra om att vad som idag anses kräva kontinuerlig specialistläkarvård inom en snar framtid i större utsträckning kanske kan behandlas av en allmänläkare. Jag tänker då framförallt på utvecklingen av olika vårdprogram. Genom att upprätta lokala vårdprogram som klargör hur ett visst sjukdomstillstånd eller motsvarande bör behandlas finns goda möjligheter att komma fram till av alla accepterade riktlinjer för vad t. ex. allmänläkaren kan göra och vad som kräver specialistens särskilda kunnande. Jag ser vårdprogram av denna typ som ett mycket värdefullt och naturligt inslag i sjukvården framöver.

Avgränsningen mellan specialistläkar- och allmänläkarvård kan naturligtvis ske utan att det finns vårdprogram. Jag delar helt den uppfattning som vissa remissinstanser för fram att en sådan avgränsning i praktiken ofta kommer att ske genom lokala överenskommelser mellan berörda läkare och i samråd med patienterna. Vid sådana överenskommelser är det naturligt att utgå från respektive allmänläkares kompetens inom olika specialiteter. Om en allmänläkare i sin utbildning och tjänstgöring inriktat sig mot en viss medicinsk specialitet kan han av naturliga skäl förväntas klara av mer komplicerade fall inom den berörda specialiteten än om en sådan fördjupad kunskap saknas. Av betydelse i detta sammanhang är också formerna för fortbildning. Ett nära samarbete mellan vårdcentraler och sjukhuskliniker är av värde för båda parter. Distriktsläkarnas fortbildning kan bl. a. anordnas genom att de tjänstgör vid sjukhuskliniker under kortare perioder.

Förutom allmänläkare och specialistläkare arbetar ytterligare en läkarkategori inom hälso- och sjukvården, nämligen läkare under utbildning. Denna

läkarkategori utgörs av dels läkare som fullgör sin allmäntjänstgöring (AT-läkare), dels läkare under fortsatt vidareutbildning (FV-läkare). Utredningen anser att dessa läkare inte bör fullgöra funktionen som husläkare eftersom de bara finns vid vårdcentralen en kortare tid och dessutom inte är färdigutbildade. Deras roll bör enligt utredningen istället vara att hjälpa husläkarna med deras patienter.

De remissinstanser som tagit upp frågan om funktionerna för läkare under utbildning ställer sig tveksamma till utredningens beskrivning. Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) menar att underläkarresurserna inte får ställas utanför den organisatoriska utformningen av ett husläkarsystem. NLV anser att kontinuiteten bör omfatta patienten å ena sidan och ett husläkarteam å den andra sidan, där den ordinarie husläkaren står för den långsiktiga kontinuiteten. Socialstyrelsen understryker att underläkarna har ett fullt professionellt läkaransvar. De kan ges kvalificerade uppgifter i vårdarbetet och är ett värdefullt tillskott i arbetslaget. Deras behov av handledning måste självfallet beaktas. Sveriges läkarförbund understryker att underläkarna – framför allt de blivande specialistläkarna – har så pass långa tjänstgöringsperioder att de kan stå för en betydande värdepisodkontinuitet. Denna omständighet och utbildningsvärdet i tjänstgöringen talar för att de måste ingå i klinikkens eller vårdcentralens normala arbetsfördelning framhåller läkarförbundet. Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SIHSTF) biträder utredningens synsätt och menar att distriktsläkaren skall ha huvudansvaret för patienter som behandlas av underläkare.

För egen del vill jag anföra följande.

Den läkare vid en vårdcentral som skall kunna fullgöra funktionen som en enskild individs och i förekommande fall helst också en familjs fasta läkarkontakt måste enligt min mening vara en läkare som avslutat sin sammanhängande grund- och vidareutbildning och som innehar en fast tjänst vid vårdcentralen. I enlighet med vad jag tidigare anfört bör det dessutom vara en allmänläkare. Av bl. a. medicinska kvalitets-skäl kan jag för min del inte se att en läkare som fortfarande är under utbildning på ett tillfredsställande sätt skulle kunna axla det ansvar för patienternas hälsa och behandling som kommer att åvila husläkaren. Till detta bidrar också att underläkaren finns vid vårdcentralen endast en begränsad tid. Detta innebär dock inte att AT- och FV-läkarna inte är värdefulla resurser i vårdarbetet såväl vid en vårdcentral som vid en sjukhusklinik. Jag delar exempelvis socialstyrelsens uppfattning att båda dessa läkarkategorier kan ges kvalificerade uppgifter i patientarbetet. Av naturliga skäl torde en FV-läkare dessutom kunna utföra mer kvalificerade uppgifter än en AT-läkare. Läkare under utbildning kan också som både socialstyrelsen och läkarförbundet påpekar bidra till en god värdepisodkontinuitet under den tid de finns på vårdenheten. Den mer långsiktiga kontinuiteten kan dock endast de ordinarie läkarna stå för.

Jag kan således instämma i att AT- och FV-läkarna självfallet måste delta i

patientarbetet. I annat fall skulle värdet av deras praktiska utbildning utebli. För de åtgärder som en läkare under utbildning vidtar i patientvården har han också ett professionellt ansvar. Men det bör åligga den ordinarie läkaren att se till att den yngre kollegan inte får ansvara för mer kvalificerade uppgifter än vad vederbörande kan bedömas klara av. Ett rimligt arbetssätt vid en vårdcentral som har läkare under utbildning blir därför enligt min mening att AT- och FV-läkarna anförtros att utföra de åtgärder som de ordinarie läkarna tilldelar dem. I realiteten kommer detta förmodligen att fungera så som NLV har anfört i sitt remissvar. Jag vill dock betona att husläkaren är den ordinarie läkaren som patienten/invånaren har valt att ha som sin fasta läkarkontakt. Att en patient sedan vid vissa tillfällen kan behandlas av en AT- eller FV-läkare ändrar inte den grunden i husläkarsystemet. Jag är också av den uppfattningen att utbildningsvärdet i ett husläkarsystem kan bli stort tack vare att den ordinarie läkaren bättre "kan" sina patienter än vad som är fallet i dag. Därigenom borde husläkarna också kunna ge AT- och FV-läkarna bättre handledning för deras kontakter med patienterna. En god handledning torde också kunna öka de yngre läkarnas intresse för ett fortsatt arbete inom primärvården.

2.4 Distriktssköterskor och övriga personalkategorier

Utredningen framhåller särskilt distriktssköterskans roll och understryker att distriktssköterskan tillsammans med allmänläkaren bäst bör kunna fungera som fasta kontakter i primärvården. Distriktssköterskan bör enligt utredningen ges en mer markerad roll bl. a. som samordnare av olika vårdinsatser för den enskilde patienten. Ett ökat ansvar inom framförallt barnhälsovården ser utredningen som önskvärt. Samtidigt understryker utredningen behovet av en nära samverkan med övriga personalkategorier som specialistläkare, mottagningssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster m. fl. Utredningen betonar också vikten av att husläkarsystemet byggs upp kring en vårdcentral, som har ansvaret för hälso- och sjukvården inom ett geografiskt avgränsat område. Det är enligt utredningen angeläget att vårdcentralens betjäningsområde sammanfaller med socialvårdens distrikt. Gemensamma betjäningsområden av olika slag ger ökade förutsättningar för en samordning av hemsjukvård, äldreomsorg, social service, skolhälsovård m. m.

De remissinstanser som särskilt berört distriktssköterskans roll och funktion delar i allt väsentligt utredningens syn på distriktssköterskan som en mycket viktig resurs i primärvården och distriktssköterskans goda förutsättningar att ge en kontinuitet i patientkontakterna. Denna uppfattning framförs bl. a. av Landstingsförbundet och flera sjukvårdshuvudmän. Fler-talet remissinstanser delar utredningens syn att vårdcentralen bör vara en enhet med ett samlat ansvar för hälso- och sjukvårdsservicen till invånarna i upptagningsområdet. Flera remissinstanser har påpekat att utredningen

koncentrerat sin framställning på allmänläkare och distriktssköterskor som kontinuitetsbärare, men att man också måste beakta alla övriga personalkategoriernas betydelse för att primärvården skall fungera. Socialstyrelsen t. ex. anser att kontinuiteten bör knytas till vårdlag eller vårdcentralen som helhet och inte till en viss allmänläkare och distriktssköterska.

Patientmottagarfunktionen och en adekvat telefonservice understryks också. Svenska kommunförbundet m. fl. framhåller särskilt vikten av en nära och effektiv samverkan mellan primärvården och de sociala serviceinsatserna. Några remissinstanser understryker också behovet av undersköterskor i vårdcentralernas vårdlag.

Föregen del kan jag helt ansluta mig till den syn på distriktssköterskans roll som utredningen och remissinstanserna har. Jag återkommer senare till mödra- och barnhälsovården. Distriktssköterskan kan i många fall utföra angelägna vårduppgifter som henne förutan kanske skulle kräva insatser från läkare. Det är också väl känt att distriktssköterskan på ett utmärkt sätt kan motsvara önskemålen om kontinuitet till patienterna. Inte minst när det gäller vård av barn och äldre har denna kontinuitet fungerat bra. De uppgifter som utredningen lägger på distriktssköterskan kräver att betjäningssområdena blir mindre, och samtidigt att distriktssköterskorna blir fler. Detta är angeläget bl. a. mot bakgrund av att en utbyggd hemsjukvård kommer att ställa ökade krav på insatser från bl. a. distriktssköterskorna. Mindre distrikt har också fördelen att mindre tid går åt för att ta sig till och från patienten.

Beträffande synpunkterna att vårdcentralen skall ses som en funktionell helhet och att kontinuiteten bör knytas till denna enhet anser jag inte att det behöver föreligga någon motsats mellan att skapa kontinuitet i kontakterna till ett vårdlag och att åstadkomma kontinuitet till allmänläkare och distriktssköterska. Jag har tolkat utredningens synsätt så att allmänläkaren och distriktssköterskan ingår i ett vårdlag bestående av flera andra personer och personalkategorier. Utredningen ser samtidigt allmänläkaren och distriktssköterskan som de resurser som allmänheten oftast kommer att efterfråga och att kontinuitetsfrågan här blir särskilt betydelsefull. Jag kan i stort dela den bedömningen. Samtidigt finns det all anledning se till att kontinuitetssträvandena inte stannar vid att avse dessa båda kategorier. Som ett konkret exempel kan jag nämna förhållandena i hemsjukvården. En stor del av arbetet i hemsjukvården kommer att utföras av annan personal än allmänläkare och distriktssköterska. Undersköterskorna kommer t. ex. att ha ett viktigt arbetsfält här. Hemsjukvårdspatienter kanske behöver få sjukgymnastik regelbundet osv. I ett sådant fall är det naturligtvis lika viktigt med kontinuitet i kontakterna till undersköterskorna och sjukgymnasterna.

Jag kan också instämma i att vårdcentralen som helhet bör svara för kontinuiteten i invånarnas kontakt med hälso- och sjukvårdsorganisationen. All personal vid vårdcentralen utgör ett vårdlag i vid bemärkelse för de

människor som bor i vårdcentralens betjäningsområde. Därmed kan man helt naturligt se hela vårdcentralen som en kontinuitetsbärare. Men jag vill samtidigt framhålla – i enlighet med vad jag nyss anförde – att patienten måste kunna få vissa fasta kontakter inom detta samlade vårdlag. Enligt min mening är det från patientsynpunkt inte tillfyllest att anse att det föreligger en god kontinuitet om man härmed menar att målet är nått bara patienten träffar någon av de läkare eller sköterskor som ingår i det totala vårdlaget. I så fall ser jag faktiskt en viss motsättning mellan vårdlagskontinuitet och t. ex. en fast läkarkontakt.

Att man i ett skede med otillräcklig personaluppsättning i första hand strävar efter en kontinuitet i kontakterna till några av läkarna eller några av sköterskorna m. fl. ser jag som naturligt. I takt med primärvårdens utbyggnad är det enligt min mening dock angeläget att höja ambitionsnivån för kontinuiteten så att den bl. a. kan innebära att den som vill kan få en viss bestämd läkare som sin husläkare.

Det finns också skäl att särskilt framhålla betydelsen av en väl utvecklad patientmottagarfunktion vid vårdcentralen genom vilken den våldsökande via telefon dels kan få råd hur han bör förfara i en viss sjukdomssituation dels kan få en tid hos läkaren, om så behövs. Utredningen och flera remissinstanser har betonat angelägenheten av patientmottagarfunktionen för en väl fungerande vårdcentralens verksamhet. Jag delar helt deras uppfattning i denna fråga.

Jag vill också i likhet med statens invandrarverk särskilt betona önskvärdheten av att det bland läkare eller övrig personal vid vårdcentralen finns några eller någon som kan tala med invandrapatienterna på deras hemspråk. Jag är väl medveten om att detta i många fall kan vara svårt att ordna. Framförallt vid vårdcentraler med ett stort inslag av invandrare i betjäningsområdet är det viktigt att ansträngningar görs för att i möjligaste mån nå tillfredsställande lösningar i detta avseende. Olika former för tolkservice finns t. ex. redan idag. Det är enligt min mening viktigt att fortsätta strävandena att underlätta invandrarernas kontakter med hälso- och sjukvården.

2.5 Mödra- och barnhälsovård m. m.

Utredningen – som utgår från önskemålet om helhetssyn på patienten – anser det vara angeläget att barnhälsovården integreras i distriktsvården på så sätt att husläkaren och distriktssköterskan får ett ökat ansvar för barnhälsovården. Medverkan av barnläkarexpertis på konsultbasis förutsätts dock. Allmänläkaren skall enligt utredningens förslag fungera som en läkare för hela familjen. Beträffande mödravårdscentralernas verksamhet förs liknande resonemang. Utredningen anser det således vara naturligt att allmänläkaren/husläkaren får ett ökat ansvar även inom denna verksamhet. Vad gäller läkarinsatserna under graviditetsövervakningen säger utredningen att "gra-

viditeten är en speciell period under en kvinnas liv och att den kan medföra komplicerade medicinska skeenden av speciellt slag, ofta av den karaktären att det är påkallat med specialistvård”.

Flera sjukvårdshuvudmän har i sina remissyttranden framhållit önskvärdheten av att primärvården tillförs specialistkompetens inom barnsjukvård och gynekologi. Sålunda anser bl. a. Göteborgs och Bohus läns landsting att dessa specialistläkare väsentligen bör fungera som konsultläkare. Detta innebär inte att de administrativt måste tillhöra länssjukvården. Har man underlag för en hel tjänst kan tjänsten administrativt knytas till primärvården.

Behovet av specialistkompetens betonas också av socialstyrelsen som anser det vara ett oavvisligt krav att mödra- och barnhälsovården inte anförtros läkare som saknar erforderlig kompetens inom området. Samtidigt framhåller emellertid socialstyrelsen att allmänläkaren har väsentliga uppgifter när det gäller hälso- och sjukvård för barn och styrelsen avvisar tanken på barnspecialisten som en ”allmänläkare för barn”.

Bl. a. statens handikappråd och handikapporganisationerna DHR och HCK betonar att specialisttillgång inom primärvården är av stor vikt för handikappade barn och barn med långvariga sjukdomar. Statens handikappråd befarar bl. a. att utredningens förslag kommer att medföra att mödra- och barnavårdscentralernas verksamhet integreras i de relativt små vårdcentralerna och att specialister på dessa områden därigenom inte längre kommer att finnas på primärvårdsplanet.

Många remissinstanser är positiva till en integration av mödra- och barnavårdscentralernas verksamhet med vårdcentralens övriga verksamhet. Avvikande uppfattning framförs dock av Göteborgs kommun som hävdar att bl. a. medicinska skäl talar för bibehållande av organisationen med barnavårdscentraler som är bemannade med barnsjuksköterskor och specialiserade barnläkare och mödravårdscentraler med barnmorskor och läkare specialistkompetenta i gynekologi/obstetrik.

Beträffande kompetenskrav för läkare inom mödra- och barnhälsovården hänvisar socialstyrelsen till sitt nyligen framlagda förslag till principprogram för detta vårdområde. Av förslaget framgår att en strävan bör vara att se till att den distriktsläkare som ges ansvar för uppgifter inom barnhälsovård och barnsjukvård samt hälsovård för kvinnor och kvinnosjukvård har tillfredsställande utbildning. Läkare som tjänstgör inom dessa områden bör enligt principprogrammets rekommendationer antingen vara specialistkompetenta i gynekologi/obstetrik resp. pediatrik eller ha allmänläkarkompetens med vidareutbildning/fortbildning inom resp. specialitet.

Enligt socialstyrelsens förslag till principprogram kan kravet på medicinsk kompetens organisatoriskt och arbetsmässigt tillgodoses på olika sätt inom skilda primärvårdsområden. Det kan finnas primärvårdsområden i vilka läkarna är allmänläkare, gynekolog/obstetriker och pediatriker. Inom andra

primärvårdsområden kan det finnas enbart allmänläkare, varvid någon eller några har utbildning för de arbetsuppgifter som är aktuella inom områdena för gynekologi/obstetrik resp. pediatrik. Av olika skäl – glesbygd, rekryteringsproblem, utbildningsunderskott, sjukvårdspolitiska ställningstaganden m. m. – kommer vissa primärvårdsområden på kortare sikt att enbart ha allmänläkare utan denna kompletterande utbildning. I dessa fall kan behovet av gynekologisk/obstetrisk resp. barnmedicinsk kompetens tillgodoses genom konsultläkare antingen från ett större primärvårdsområde med tillgång till den efterfrågade kompetensen eller genom specialist som är knuten till en sjukhusklinik för barnmedicin resp. gynekologi. Dessa konsultuppgifter bör enligt socialstyrelsens förslag ses som en lösning under utbyggnadsperioden och huvudprincipen bör vara att varje primärvårdsområde skall disponera en egen differentierad kompetens.

Några remissinstanser beklagar att utredningen inte närmare har gått in på frågan hur samspelet mellan allmänläkare och specialister praktiskt skall utformas inom mödra- och barnhälsovård. Enligt min mening måste lokala och regionala förhållanden påverka hur samarbetet organiseras. Givetvis måste under ett utbyggnadsskede de befintliga resurserna tillvaratas på bästa sätt. Det är ju inte meningen att en väl fungerande organisation skall brytas sönder. Detta gäller särskilt för större kommuner där mödra- och barnhälsovården ofta är specialistläkarledd. På sikt kan emellertid utvecklingen styras genom utbildningsinsatser så att man så långt möjligt undviker parallella organisationer för vissa gruppers vårdbehov.

För egen del vill jag i likhet med utredningen och socialstyrelsen förorda en organisation där mödra- och barnhälsovård integreras i primärvården. Genom att primärvårdsorganisationen ges ett större ansvar kan man åstadkomma en förenklad bemanningsplanering och man får en minskad känslighet för förändringar i områdets åldersstruktur. Jag vill i detta sammanhang erinra om att utbildningarna för distriktssköterskor och barnsjuksköterskor mer kommer att likna varandra i framtiden om förslagen om vårdutbildningar inom högskolan vilka framlagts i särskild proposition genomförs.

Allmänläkarna bör sålunda få ett ökat ansvar inom mödra- och barnhälsovården i en utbyggd primärvård. Inom många sjukvårdsområden har de redan idag ett sådant ansvar. Distriktssköterskans ansvar bör kunna vidgas i första hand inom barnhälsovården. Enligt min mening gäller det att kombinera vårdcentralens möjligheter att arbeta utifrån familjevårdsprincipen – vilket ger ökade möjligheter till helhetssyn och långsiktig kontinuitet – med behovet av specialistmedverkan. Att mödra- och barnhälsovården mera får karaktären av delförksamheter inom en organisatoriskt sammanhållen primärvård innebär inte att omfattningen av och innehållet i mödra- och barnvårdscentralernas verksamhet minskas.

Jag är medveten om att den sjukdomsförebyggande verksamheten är av

utomordentlig betydelse inom barnmedicinen och att den är tidskrävande. Det gäller att på olika sätt medverka till att gynnsamma betingelser skapas för barnets utveckling och att förebygga sjukdom antingen den orsakas av fysiska, psykiska eller sociala faktorer.

För barn med särskilda vårdbehov anser jag att specialisten i princip bör vara direkt ansvarig. Det gäller t. ex. handikappade och utvecklingsstörda barn och barn med långvarig sjukdom. I socialstyrelsens mödra- och barnhälsovårdsutredning anges att ca 10 % av samtliga levande födda barn behöver intensifierad hälsoövervakning under sitt första levnadsår. För bl. a. denna grupp finns således ett klart behov av specialistmedverkan.

En ändamålsenlig lösning kan enligt min mening vara att en barnspecialist svarar för hälsoövervakningen av alla barn under spädbarnsåldern och därefter fortsättningsvis har ansvaret för barn med speciella vårdbehov. Allmänläkaren/husläkaren ansvarar för övriga barn. Självfallet måste lokala och regionala avvikelser kunna förekomma bl. a. med hänsyn till tillgången på allmänläkare med lämplig vidareutbildning. Barnläkare bör vidare finnas tillgänglig som konsult.

När det gäller vården under graviditet finns det medicinska skäl som talar för en kontinuerlig specialistmedverkan. Barnmorskan som i första hand svarar för vårdkontinuiteten under graviditeten representerar ett sådant specialistkunnande. Mödrahälsovården bör därför även fortsättningsvis skötas av personal med barnmorskeutbildning (motsv.).

Beträffande läkarinsatserna i mödrahälsovården har allmänläkarna i debatten hävdats att graviditet inte är någon sjukdom och att allmänläkaren är väl utbildad för att skilja ut de fall där det behövs specialistinsatser. På flera håll i landet, främst inom glesbygdsområden, handhas för övrigt mödrahälsovården primärt av allmänläkare i samarbete med distriktsbarnmorska och/eller distriktssköterska med mödrahälsovårdsutbildning. Endast kvinnor med graviditetskomplikationer hänvisas vidare till mottagningar som sköts av läkare med specialistkompetens i gynekologi och obstetrik. Vilken den lämpligaste formen är för att organisera medverkan av läkare med specialistkompetens i gynekologi/obstetrik – konsultmedverkan från närmaste kvinnoklinik, specialistläkare anställd inom primärvården eller specialistmottagningar för riskfall – måste som jag ser det bedömas med hänsyn till lokala förutsättningar såsom befolkningsunderlag, andel unga familjer, närhet till kvinnoklinik etc. Jag vill ändå ansluta mig till utredningens ståndpunkt att allmänläkaren bör ha ett ökat ansvar även inom denna sektor. För den långsiktiga kontinuiteten är det väsentligt att vårdcentralen/allmänläkaren hålls informerad om sin patients kontakter med mödravården. Det kan vidare finnas behov av ökade insatser som inte direkt är knutna till själva graviditetsövervakningen och där allmänläkaren kan ha viktiga uppgifter. Målgruppen inom det aktuella området är ju inte bara moder-barn. Mödrahälsovården bör också omfatta förberedelse för föräldraskap, rådgivning till ungdom om preventiv födelsekontroll och hälsouppllysning i

samlevnadsfrågor. Familjesociala och psykosociala orsaker kan vidare kräva åtgärder både inom den sociala och medicinska sektorn och här kan husläkaren ha goda möjligheter att ta kontakt med andra samhällsorgan. Det kan förekomma att blivande mödrar får psykiska besvär. Ibland förekommer även problem i samband med alkoholmissbruk eller drogmissbruk under graviditeten. Allmänläkaren bör enligt min mening vara bättre rustad att stödja patient och barnmorska vid sådana komplikationer i samband med graviditeten, eftersom han kanske genom tidigare kontakter känner patienten och familjen. Allmänläkaren kan också förutsättas ha etablerade kontakter med den specialiserade psykiatriska vården och med primärkommunens sociala service.

När det gäller besök i öppen vård med anledning av gynekologiska besvär vänder sig kvinnorna idag ofta direkt till en gynekologisk mottagning eller till en specialistutbildad privatläkare. Undersökningar har visat att en del av dessa besök skulle kunna handläggas av allmänläkare, t. ex. p-pillerförskrivning och behandling av klimakteriska besvär. En ytterligare större andel skulle kunna skötas av allmänläkare som har kompletterande utbildning i gynekologi/obstetrik.

För egen del vill jag framhålla att i husläkarsystemet kan den som vill söka en specialist direkt göra det och en etablerad kontakt med en gynekolog skall självfallet bevaras. När allmänläkaren vid en väl fungerande vårdcentral får möjlighet att fungera som familjeläkare, tror jag emellertid att kvinnorna i ökad utsträckning kommer att söka sin "vanlige" doktor också för gynekologiska åkommor. I ett utbyggt husläkarsystem kommer frågan säkerligen att lösas genom överenskommelser mellan allmänläkaren, kvinnan och gynekologen.

Av bl. a. praktiska skäl torde det dock vara mindre realistiskt att räkna med att gynekologen skulle kunna vara kvinnans husläkare. Visserligen kommer vi att ha ett ökat antal gynekologer som tjänstgör helt eller delvis i primärvården, men även en heltidsanställd gynekolog torde i regel behöva ett större upptagningsområde än vårdcentralens. Härigenom kommer han i praktiken att fungera som ett slags konsult som är tillgänglig någon eller några dagar i veckan och tanken på den fasta läkarkontakten skulle därför bli svår att fullfölja. Vidare kommer i närområdena till vissa sjukhus gynekologiska konsultationer även fortsättningsvis att få ske vid sjukhusets mottagning, eftersom sjukhuset bl. a. på grund av kraven på akutberedskap måste ha en sådan personaltäthet att resurserna också medger en viss öppenvårdskapacitet.

2.6 Psykiatri

Utredningen går inte närmare in på hur den psykiatriska öppna vården skall organiseras. I likhet med vad som sägs beträffande andra specialitetsföreträdare anser utredningen att psykiatrikernas särskilda kunnande

skall tas i anspråk när så behövs, dock inte annars.

Svenska läkaresällskapet uttalar att bl. a. psykiatrin lämpar sig för ett mer sektoriserat arbetssätt med en ökad integration av sluten och öppen vård. Synpunkter i samma riktning anför av Psykologförbundet som hävdar att psykiatrin redan idag uppnått en hög kontinuitet i vad avser den öppna vård som bedrivs vid lasaretskliniker och specialistmottagningar. Psykologförbundet understryker vidare att den breda kompetens som behövs för en effektiv psykiatrisk vård bör tillgodoses inom ramen för vårdlag av olika yrkesgrupper, vilka enligt psykologförbundets uppfattning inte kan byggas upp inom primärvården till rimlig kostnad. Karolinska institutet föreslår att man försöksvis kan koppla sådana specialistteam till husläkaren.

I det förslag till principprogram för psykiatrisk vård som socialstyrelsen nyligen redovisat utvecklas ett något annorlunda och med kontinuitetsutredningen mer överensstämmande synsätt. I principprogrammet framhålls att samarbetet mellan primärvård och socialvård bör utvecklas genom arbetslag, som inte bara har att utföra psykiatriska vårduppgifter. Arbetslagens permanenta medlemmar bör vara allmänläkare, distriktssköterska och socialarbetare. Med regelbundna mellanrum bör också kunna delta barnläkare, allmänläkare med fördjupad psykiatrisk utbildning och erfarenhet alternativt specialistkompetent läkare i allmän psykiatri respektive barn- och ungdomspsykiatri. Vidare föreslås att resurser för t. ex. psykoterapi och skyddat boende i olika former skall byggas upp inom primärvården, vilket också stämmer väl överens med socialutredningens förslag.

För egen del anser jag att man vid uppbyggnaden av primärvården bör ha en grundsyn som inte skiljer på kropp och själ. Psykosociala miljöproblem och problem med människors psykiska hälsa svarar för en stor del av vårdbehoven inom primärvården och socialvården. Socialstyrelsens arbetsgrupp för psykisk hälsovård konstaterar i sin rapport Psykisk hälsovård I bl. a. att ett stort antal människor har problem med sin psykiska hälsa. Många fall av samlevnad slutar med skilsmässa medan barnen är små vilket kan medföra psykiska och psykosomatiska besvär. Redan i förskoleåldern och ännu mer under skoltiden föreligger psykiska problem hos många barn. Olika undersökningar visar att arbetslivet av många upplevs som psykiskt ansträngande och jäktigt. Betydande psykiska problem förekommer under tillvaron som pensionär. Medicinska och sociala skadeverkningar av alkoholmissbruk föreligger hos ca 1/2 miljon svenskar. Varje år förekommer ca 2 000 självmord och uppskattningsvis ca 20 000 självmordsförsök.

Primärvården är i de flesta fall den första kontakten vid akuta orostillstånd av olika anledningar och här görs en första bedömning av vårdbehovet. Primärvården deltar i vissa fall i eftervården av patienter som vårdats vid psykiatriska kliniker. Det är heller inte alltför ovanligt att distriktsläkaren får ta hand om patienter med vårdbehov till följd av alkoholmissbruk, missbruk av lugnande mediciner, sömnmedel och andra beroendeframkallande preparat. Primärvården engageras vidare ofta vid senila orostillstånd, psykosoma-

tiska störningar av olika slag, neuroser och lättare depressioner, psykologiska reaktioner på kroppslig sjukdom samt vid ångesttillstånd, kriser m. m.

En del av primärvårdens resurser tas således i anspråk för helt eller delvis psykiatriska vårdbehov. Jag har inte för avsikt att här gå in på någon diskussion om vilka vårdbehov som skall tas om hand av specialist inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Enligt min uppfattning måste vård och behandling ges i de differentierade former som motiveras av sjukdomens svårighetsgrad. Detta grundläggande krav får i varje enskilt fall avvägas mot behovet av att tillgodose kontinuitetskravet.

Det torde inte råda några delade meningar om att även allmänläkarens insatser är nödvändiga på detta område under lång tid framöver. Allmänläkarutbildningen ger enligt min mening en god grund för den typ av psykiatrisk vård som jag här har beskrivit. Även distriktssköterskans socialmedicinska utbildning är värdefull. Jag instämmer således med utredningen om att allmänläkaren och distriktssköterskan har en basfunktion även inom detta vårdområde. Jag vill i detta sammanhang framhålla vikten av en väl fungerande kommunikation mellan allmänläkaren och den specialiserade psykiatriska vården, så att allmänläkarna i stort använder samma diagnostiska och terapeutiska principer som psykiatrikerna. Samarbetet med socialvården är också mycket viktigt såväl för allmänläkaren och distriktssköterskan som för specialisten, eftersom man ofta behöver samtidigt eller växelvis använda medicinska, pedagogiska och sociologiska kunskaper och erfarenheter. Jag tror att vårdinsatserna skall kunna riktas effektivare om kunskaperna och erfarenheterna från det sociala och det medicinska verksamhetsområdet kan förenas och samspela. Exempel finns på att sjukvården idag ofta erbjuder medicinska lösningar på sociala problem.

Läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri och psykiatriska vårdteam är enligt min uppfattning en värdefull komplettering till primärvården, speciellt i storstäder. Vårdbehoven för en del patienter sträcker sig ofta över lång tid och patienten behöver under vissa perioder ha nära kontakt med någon eller några vårdgivare. I de fall man har tillgång till ett specialiserat vårdteam syns det naturligt att de mer vårdkrävande sjukdomsfallen knyts till teamet. Ett mer differentierat vårdutbud får enligt min mening emellertid inte medföra att patienten hänvisas fram och åter mellan olika experter. Det är därför mycket viktigt att det för varje enskild patient klart utsägs vem som har behandlingsansvaret och svarar för kontinuiteten och vem som har konsultansvaret.

2.7 De äldres vårdbehov

Utredningens förslag om husläkare och en förstärkt distriktssköterskeorganisation syftar bl. a. till att förbättra vårdsituationen för äldre personer.

Utredningen framhåller betydelsen av att de som har flera olika sjukdomar och ofta återkommande vårdbehov – vilket är vanligt bland äldre människor – får en fast läkarkontakt som kan tillgodose behovet av helhetssyn och kontinuitet i vården.

Åtskilliga remissinstanser har påpekat att behovet av kontinuitet i kontakterna med sjukvården är störst bland de äldre. Flera remissinstanser finner det också rimligt att tänka sig att behovet av en husläkare i form av en allmänläkare är störst bland de äldre i samhället. Bl. a. Svenska läkaresällskapet framhåller att till skillnad från andra åldersgrupper karaktäriseras de äldre av att flera organsystem kan börja svikta samtidigt. Läkaresällskapet konstaterar också att det är denna grupp som mest har lidit medicinsk och social nöd genom bristen på allmänläkare. Liknande synpunkter framförs av Sveriges folkpensionärers riksförbund som bl. a. föreslår att en sjukvårdsregistrering av pensionärer snarast genomförs, oavsett om och när ett husläkarsystem införs i landet. Hälsovård för äldre tas upp av Pensionärernas riksorganisation (PRO) som föreslår att friskvårdsplaner för äldre upprättas. PRO framhåller likaså behovet av regelbundna hälsokontroller.

För egen del vill jag understryka att en god äldrevård kräver omfattande insatser från såväl akutsjukvård, långtidssjukvård som öppen vård. De äldre har ofta påkommande vårdbehov och därmed blir kontinuiteten i vårdkontakterna av stor betydelse för dem. Jag anser därför att det är särskilt angeläget att kontinuiteten i vården av de äldre förbättras. För att åstadkomma detta krävs noggrann planering som omfattar såväl slutet som öppen vård samt väl utvecklade samarbetsrutiner med primärkommunernas sociala service.

Det är min förhoppning att framtidens hälso- och sjukvård på ett helt annat sätt än idag kommer att vara inriktad på att förbättra de äldres hälsa. Det är uppenbart att man i högre åldrar värderar ett gott hälsotillstånd över allt annat i medvetande om hälsans betydelse för den sociala funktionsförmågan och möjligheterna att behålla relationer till omgivning, miljö och bostad. I det följande kommer jag att beröra vad kontinuitetsutredningens förslag innebär för det förebyggande arbetet. Jag vill emellertid redan här framhålla vikten av en aktiv äldrehälsovård. Husläkarorganisationen med en nära och fast kontakt med sjukvården ökar enligt min uppfattning förutsättningarna för helhetssyn på människan och miljön och torde därmed också ge ökade möjligheter att förebygga, bota och lindra sjukdomar. I och med att husläkaren/distriktssköterskan får ett sammanhållande ansvar för sina patienter erhålles också en samlad kunskap om resultat av hälsokontroller, medicinska undersökningar och behandlingar. Härigenom kan man redan vid de första tecknen på funktionssvikt tillsammans med patienten göra upp en friskvårds/behandlingsplan. Jag ser det som utomordentligt betydelsefullt att allmänläkaren och distriktssköterskan även genom uppsökande och uppföljande insatser kan se till att personer med begynnande åldersförändringar eller långvariga sjukdomstillstånd får sådan medicinsk behandling och

sådant socialt stöd som gör det möjligt för dem att så länge som möjligt bo kvar i sina hem.

Primärvården bör således i framtiden i mycket större utsträckning än nu inriktas mot vårdinsatser i hemmen. Av grundläggande betydelse för hemsjukvården är att sociala och medicinska vårdinsatser planeras som en helhet, vilket förutsätter nära samverkan mellan primärkommuner och landsting.

Själva vårdorganisationen måste säkerligen utformas olika alltefter lokala förhållanden i sjukvårdsområdena. Det pågår för närvarande en rad försöksverksamheter runt om i landet i syfte att nå fram till en från medicinsk och omvårdnadssynpunkt god hemsjukvård. Med utgångspunkt från målsättningen om närhet, lättillgänglighet och kontinuitet anser jag att en utbyggd primärvård bör ha det grundläggande ansvaret även för all sjukvård i hemmen. Allmänläkaren och distriktssköterskan är givetvis viktiga vårdgivare men jag vill understryka att huvuddelen av det dagliga vård- och omvårdnadsarbetet i hemmen utförs av andra personalkategorier och av anhöriga. Vad remissinstanserna anfört om vikten av lagarbete i primärvården anser jag vara särskilt betydelsefullt för hemsjukvården. I detta lagarbete innefattar jag inte enbart landstingets personal; minst lika viktigt är att hemvårdsassistenter, hemsamariter och socialarbetare deltar i lagarbetet kring patienterna. Jag har tidigare anfört att undersköterskorna kan komma att behövas för att biträda distriktssköterskorna och detta torde vara särskilt aktuellt för hemsjukvårdsarbetet. Vad jag vill understryka när det gäller hemsjukvårdens organisation är att man så långt möjligt söker bevara en etablerad kontakt mellan läkare och patient och att arbetet vid vårdcentralen planeras så att läkaren i större utsträckning än hittills har möjlighet att göra hembesök. Om viss jourberedskap tillskapas inom primärvården kommer den medicinska kvaliteten och tryggheten i hemsjukvården ytterligare att öka, vilket i sin tur medför att fler patienter kan vårdas hemma. Jag vill i detta sammanhang också nämna att regeringen inom kort kommer att tillsätta en utredning för att undersöka möjligheterna att ge de personer som vårdar anhöriga i hemmet ett bättre ekonomiskt och socialt stöd.

Landstingsförbundet påpekar i sitt yttrande att det skulle öka tryggheten för de äldre väsentligt, om kontinuiteten i kontakterna mellan distriktsläkare och distriktssköterska får fortsätta även efter flyttning till primärkommunalt serviceboende och ålderdomshem eller till lokalt sjukhem. Vad gäller serviceboende och ålderdomshem skulle det enligt min bedömning praktiskt kunna gå att ordna så att husläkaren vid vårdcentralen fortsätter att ha huvudansvaret för patienten och fortlöpande håller kontakt med denne. Jag anser det även vara viktigt att sjukvårdshuvudmannen så långt det är möjligt försöker organisera vården så att patienten även under sjukhemsvistelsen får träffa samma läkare.

Enligt min bedömning kommer husläkaren att kunna utgöra ett stöd för

patienten både vid inläggning på och utskrivning från sjukhus. Kontakterna mellan sjukhuset och vårdcentralen är därför av stor betydelse. När det gäller att planera rehabiliteringsinsatser för patienter i hemsjukvård torde allmänläkaren behöva långvårds- och rehabiliteringsspecialisternas stöd. Vårdprogram för långtidssjuka inom såväl hemsjukvård som sjukhemsvård kan vara en väg att gå fram. Vidare ser jag det som angeläget att primärvården får ökade möjligheter att engagera sjukgymnaster och arbetsterapeuter i rehabiliteringsarbetet. Goda samarbetsrutiner med långvårdskliniken ger också en ökad trygghet i primärvården. Detta kan avse t. ex. att snabb intagning till sluten vård kan garanteras om patienten blir sämre eller att kortare slutenvårdsperioder kan inplaneras så att patienten får tillgång till sjukhusets diagnostik och terapieresurser. Inte minst viktig är en sådan avlastning för anhöriga vårdare. För långvårdskliniken måste samarbetet te sig lika viktigt, t. ex. vid utskrivning, men även för det långsiktiga utbildnings- och utvecklingsarbetet inom äldreomsorgen.

Enligt kontinuitetsutredningens förslag skall husläkaren/distriktsköterskan regelmässigt kontaktas och epikris (journalsammanfattning) eller annat skriftligt meddelande om patientens behandling överlämnas till vårdcentralen. Särskilt för hemsjukvårdspatienterna är en sådan rutin angelägen så att sociala och medicinska vårdinsatser kan planeras i god tid. Ett utvecklat samarbete rörande den enskilde patienten mellan patientens egen läkare och andra läkare, som behandlat patienten i sluten eller öppen vård kan också få betydelse för patientens bruk av läkemedel. Om patienten tvingas söka sig fram till olika läkare på egen hand – vilket ofta är fallet idag – blir följden lätt att var och en av läkarna i syfte att bota eller lindra patientens besvär förskriver läkemedel av något slag. Det finns här en risk för att patienten intar läkemedel i för stor omfattning eller att ett läkemedel motverkar ett annat eller att de på annat sätt är olämpliga i kombination. Risker för underanvändning av läkemedel finns också i detta sammanhang. Patienten själv saknar inte sällan kännedom om medicinernas verkningar. Även från denna synpunkt – som jag anser vara utomordentligt väsentlig – skulle förekomsten av en fast läkarkontakt medföra en ökad trygghet för patienten. Om husläkaren finner det påkallat att remittera sin patient till annan läkare för viss undersökning och behandling är det enligt min mening naturligt att läkarna samråder om val av behandling inkl. läkemedel. Inte minst för äldre människor som många gånger har flera olika sjukdomsproblem samtidigt kan detta vara till fördel.

Vården av de äldre kommer således framöver att vara ett viktigt arbetsområde för primärvården. Åldersgruppen 70 år och äldre uppgick år 1960 till ca 600 000 personer. År 1980 beräknas den omfatta ca 900 000 och tio år senare drygt 1 milj. personer. Jag ser kontinuitetsutredningens förslag om husläkare och en förstärkt distriktsköterskeorganisation som en möjlighet till väsentliga förbättringar av de äldres vårdssituation. Jag vill här erinra om

att i den överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under åren 1980/81 som förelagts riksdagen i särskild proposition ingår ett extra finansiellt stöd med ca 170 milj. kr. per år för att underlätta utbyggnaden av långtidssjukvården. Då det som jag tidigare anfört är önskvärt att de äldre kan bo kvar i sin egen bostad så länge som möjligt och slippa bryta upp från en invand miljö är det också viktigt att de i sina hem kan få den hjälp från samhället som de behöver. Detta ställer i sin tur ökade krav på samordning mellan kommunens sociala service och landstingets sjukvårdsservice. Regeringen har därför bl. a. i samma proposition föreslagit väsentligt höjda ersättningar för sjukvårdande behandling i hemsjukvård.

Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, socialstyrelsen och Spru har under år 1978 i sex olika skrifter redovisat ett gemensamt utvecklingsprojekt där bl. a. rekommenderas ett lokalt sammanhållet socialt och medicinskt ansvar för gamla och långtidssjuka som baseras på att sjukhemsvård, dagsjukvård, öppen hälso- och sjukvård, sjukvård i hemmet, social hemtjänst, dagcentraler, serviceboende och ålderdomshem skall samverka och fungera som en helhet i förhållande till dem som behöver hjälp och stöd. Det är angeläget att resultaten från detta och andra projekt stimulerar till vidareutveckling av olika vårdformer.

Jag vill vidare erinra om att regeringen i år har tillsatt en äldreberedning för behandling av frågor som gäller de äldres levnadsförhållanden. Det är min förhoppning att arbetet i denna beredning skall öka kunskaperna om vad det innebär att åldras i dagens samhälle och leda fram till åtgärder som kan förbättra de äldres levnadsnivå, välfärd och livskvalitet.

2.8 Vårdplaneringsmetoder och organisationsmodeller m. m.

Utredningen ser utvecklingen mot en bättre kontinuitet i vården som en successiv process. Det är av avgörande betydelse för kontinuiteten i vården att olika vårdplaneringsmetoder snarast börjar tillämpas. Som exempel på väl utvecklade vårdplaneringssystem anför utredningen bl. a. verksamheten vid vårdcentralen i Lerum. Vårdplaneringssystem kan utformas på skilda sätt vid olika vårdenheter. Ett gemensamt drag bör dock vara att läkarnas tjänstgöringar och ledigheter planeras på lång sikt och att patientbokningssystemet samordnas med gällande tjänstgöringsschema. Detta är enligt utredningen en nödvändig förutsättning för att patienterna skall kunna få sin besöksstid hos en viss bestämd läkare. En annan viktig förutsättning för vårdplaneringen är att det vid vårdcentralen finns en väl fungerande patientmottagning som är bemannad med sjukvårdsutbildad personal som direkt eller per telefon kan ge den vårdsökande råd om hur han bör förfara och, om så behövs, boka in tid hos läkare. Utredningen ser sådana vårdplaneringsmetoder som ett värdefullt hjälpmedel för att öka lättillgängligheten till vården. Särskilt angelägna är -

enligt utredningen – dessa metoder i ett läge som kännetecknas av bristande personalresurser vid vårdcentralen. Vårdplaneringsmetoderna gör det också möjligt att använda personalens arbetstid effektivt.

Samtliga remissinstanser som berört frågan om vårdplaneringssystem delar utredningens uppfattning om vikten av att dessa metoder får en allmän tillämpning.

För egen del kan jag helt instämma i utredningens och remissinstansernas bedömning av vårdplaneringsmetodernas värde. Särskilt angelägna torde de – som utredningen nämner – vara i en situation med läkarbrist. Jag vill här tillägga att vårdplanering är en nödvändig arbetsteknik inte bara vid vårdcentraler utan även vid sjukhusens öppna mottagningar. En sådan planering sker också vid flera sjukhuskliniker i landet. Det är enligt min mening angeläget att vårdplaneringsmetodikerna vidareutvecklas och kommer till allmän användning inom sjukvården. Som jag tidigare har anfört är kontinuiteten mellan patient och läkare lika angelägen vid vård hos specialister som hos allmänläkare.

Utredningen har vidare skisserat två principmodeller för hur kontinuiteten mellan i första hand patient och läkare samt mellan patient och distriktssköterska skulle kunna utformas när tillgången på läkare och distriktssköterska är större än vad som oftast är fallet idag.

Utredningens modeller bygger på vårdcentralernas verksamhet. Enligt utredningen bör vårdcentralen inte vara större än att där tjänstgör 2–5 allmänläkare samt övrig personal. I enlighet med utredningens syn på allmänläkarnas roll i primärvården anser utredningen att invånarna bör ges möjlighet till fast kontakt med någon av vårdcentralens allmänläkare. Denne läkare skulle således vara patientens husläkare.

Utredningen anger två modeller för hur invånarnas behov av kontinuitet i sjukvården skall kunna tillgodoses. I modell I ges invånarna i vårdcentralens betjäningsområde möjlighet att välja vilken som helst av allmänläkarna vid centralen som sin husläkare. Det är härvid en fördel om samtliga medlemmar i ett hushåll hör till en och samma läkare. Husläkarna förutsätts ha ett nära samarbete med bl. a. distriktssköterskorna rörande sina patienter.

I modell II delas vårdcentralens samlade betjäningsområde upp mellan allmänläkarna. Var och en av allmänläkarna får därigenom ett förstahandsansvar för befolkningens hälso- och sjukvård inom ett mindre distrikt. Samarbetet med distriktssköterskorna kan enligt utredningen då underlättas, eftersom allmänläkarnas distrikt i huvudsak bör kunna sammanfalla med distriktet för två distriktssköterskor. En allmänläkare blir i denna modell husläkare för de personer som bor inom hans eller hennes distrikt.

Vissa viktiga grunddrag är gemensamma för båda modellerna. Oavsett vilken princip som ligger till grund för läkartillhörigheten – geografiska eller andra faktorer – skall husläkarsystemet ses som ett erbjudande till befolkningen. Den som inte vill ha en fast läkarkontakt hos någon av vårdcentralens allmänläkare skall kunna avstå från en sådan. Om någon har en upparbetad

kontakt med en privatpraktiker kan vederbörande om han så vill se denne som sin husläkare. Gemensamt för båda principmodellerna är också att det bör ges utrymme för patienten att byta läkare. Båda modellerna förutsätter även viss allmänläkar- och distriktsskötersketäthet. Vidare förutsätts vårdplaneringsmetoder ingå som en arbetsteknik i dessa principmodeller.

Av de remissinstanser som tar ställning till de båda principmodellerna föredrar ungefär lika många modell I som modell II. Någon övervikt finns dock för modell II. Som skäl för modell I anføres bl. a. att en sådan organisation ger utrymme för ett friare läkarval, att den bättre kan ta hänsyn till en eventuell profilering bland allmänläkarna samt att den lättare kan anpassas till eventuella vakanser. Flera remissinstanser framhåller också att modell I ligger väl i linje med den utveckling som pågår inom olika sjukvårdsområden *men att patienterna idag inte är knutna till en viss läkare*. Som skäl för modell II anføres bl. a. att den skulle skapa goda möjligheter för ett förebyggande arbete, en god miljökänedom och även lägga grunden till en naturligare samverkan med den sociala hemtjänsten. Medicinska fakultetsnämnden vid Lunds universitet anser t. ex. att modell II i viss utsträckning kombinerar fördelarna i gamla tiders enläkardistrikt med de möjligheter som flerläkarstationer ger. Flertalet remissinstanser tar dock inte ställning för vare sig modell I eller modell II. De anser att lokala förhållanden måste få avgöra vilken organisation som bäst tillgodoser kontinuiteten. Utredningens modeller kan härvid tjäna som exempel i en situation när personalsituationen förbättrats, anser t. ex. Landstingsförbundet. Geografiska, befolkningsmässiga och andra faktorer bör dock avgöra hur man på varje ort organiserar primärvården.

För egen del ser jag utredningens modeller just som utredningen beskrivit dem, nämligen som principmodeller. Den grundläggande skillnaden mellan de båda modellerna är på vilket sätt invånarnas läkartillhörighet avgörs. I modell II får invånarna ett erbjudande om en viss fast läkarkontakt utifrån geografiska grunder. I modell I får befolkningens önskemål om läkartillhörigheten fastställas på annat sätt som sjukvårdshuvudmannen finner lämpligt. Jag kan se fördelar med såväl modell I som modell II. Som anförts i remissbehandlingen kan t. ex. förekomsten av profilerade allmänläkare tala för modell I. Till fördelarna med modell II kan å andra sidan hänföras t. ex. bättre möjligheter till ett nära samarbete mellan allmänläkare och distriktssköterska, eftersom läkarens distrikt i princip skulle sammanfalla med betjäningsområdena för två distriktssköterskor, enligt de dimensioneringstal utredningen använder. Jag återkommer senare till dessa. Modell II innebär dessutom ett smidigt förfarande avseende läkartillhörigheten, eftersom det i de allra flesta fall kan förväntas att den erbjudna läkarkontakten accepteras av invånarna. Möjligheterna till en god kunskap om patienternas miljö och därmed också förutsättningarna för aktivt förebyggande åtgärder kan bli större vid en uppbyggnad av primärvården enligt modell II. Om

vårdcentralerna samtidigt begränsas i storlek till att omfatta 2–5 allmänläkare bör det å andra sidan inte vara omöjligt för samtliga läkare att ha en god miljökännedom om vårdcentralens samlade betjäningsområde. Valet av principmodell är enligt min mening således beroende av en rad faktorer som kan variera från ett landstingsområde till ett annat och även mellan enskilda vårdenheter inom ett och samma landstingsområde. Jag finner det därför naturligt att man på olika platser kan utgå från olika modeller vad gäller principerna för invånarnas läkartillhörighet. Jag delar alltså den uppfattningen som har förts fram av vissa remissinstanser att det måste finnas utrymme för lokala variationer i dessa avseenden.

Samtidigt vill jag dock betona att utrymmet för lokala variationer självfallet inte bör vara av den vidden att man vid en vårdcentral nöjer sig med att tillgodose allmänhetens kontinuitetskrav genom att ge endast en kortsiktig vårdepisodkontinuitet. En sådan situation är naturlig i ett läge som kännetecknas av personalbrist. Med tillräckligt antal läkare måste verksamheten enligt mitt förmenande inriktas på att erbjuda allmänheten fasta läkarkontakter – husläkare. Detta ser jag som en bärande grundtanke som måste tillgodoses oavsett vilken principmodell för läkartillhörighet m. m. man utgår från. Jag ser det också som en klar fördel om samtliga medlemmar i ett hushåll hör till en och samma läkare. Detta ökar förutsättningarna för läkaren att få en helhetssyn på patienternas behov av vård och hjälp och att kunna ge en familjeinriktad vårdservice.

Husläkarnas ansvar för "sina" patienter bör vara något vidare än vad som gäller för andra mer tillfälliga läkarkontakter. Så långt det är praktiskt möjligt bör en vårdsökande i första hand få träffa sin husläkare vid behov av läkarkonsultation. Husläkaren får förutom ansvaret för diagnostiska och terapeutiska insatser dessutom ansvar för att vara en sammanhållande länk i hela vårdsystemet för sina patienter. Om en patient t. ex. under jourtid träffat en annan läkare bör denne snarast meddela patientens husläkare vilka åtgärder som har vidtagits. Patienten kan också få hjälp av sin husläkare att komma under lämplig specialistvård. Resultatet av specialistundersökningen bör sedan meddelas till husläkaren. Jag förutsätter i likhet med utredningen att informationsutbyte mellan olika vårdnivåer och olika läkare sker med patientens samtycke.

Vissa remissinstanser har ifrågasatt om inte husläkarsystemet innebär att patienterna blir ställda utan läkare i händelse av vakans e. d. Detta har aktualiserats i samband med frågan om registrering av läkartillhörigheten. Jag återkommer till denna fråga senare. Jag vill dock redan här understryka vad som sägs i utredningens betänkande om detta. Ett system med husläkare vid vårdcentralerna innebär självfallet inte att vårdcentralen som helhet inte fortsätter att ha ett grundansvar för hälso- och sjukvårdsservicen till befolkningen i området. Uppstår en vakans t. ex. på läkarsidan ser jag det som självklart att de läkare som är i tjänst kommer överens om hur man bäst skall lösa denna situation till dess en ny husläkare tillträtt.

Jag vill här också beröra frågan om jour- och akutverksamheten inom husläkarorganisationen.

Utredningen menar att inriktningen bör vara att primärvården på sikt får ett totalt jouransvar. För att jourbördan inte skall bli alltför betungande anser utredningen att husläkarsystemet bör vara fullt utbyggt, innan jouransvaret under sena kvällar/nätter och helger kan åläggas vårdcentralerna.

De remissinstanser som kommenterat jourverksamheten har olika uppfattningar om hur den bäst skall organiseras. Södermanlands län landsting anser att ett totalt jouransvar för primärvården skulle bli kostsamt och reducera möjligheterna till kontinuitet i patient- och läkarkontakterna under dagtid. Gotlands kommun menar att man även framdeles bör räkna med en koncentration av allmänläkarjouren och en samordning av denna med den sjukhusbaserade jourtjänsten. Östergötlands läns landsting anser å andra sidan att det är naturligt att organisatoriskt förlägga jourverksamheten till primärvården, bl. a. beroende på de fördelar detta ger avseende en samordning med socialvården. Sveriges läkarförbund betonar att den som behöver akut vård under jourtid måste få ett lika kvalificerat omhändertagande som den som blir sjuk på dagtid. Förbundet anser därför att varje specialist måste ta hand om sina patienter även på jourtid och understryker att detta måste gälla även för allmänläkarvården.

För egen del vill jag anföra följande.

Frågan om jour- och akutberedskap har två aspekter. Den avser dels vårdservicen under s. k. jourtid t. ex. nätter och helger och dels möjligheten att få akut vård i vidare bemärkelse, dvs. att över huvud taget snabbt få vård. Akutberedskap behövs således även under dagtid.

Försöksverksamhet med löpande vårdplanering som t. ex. i Lerum har visat att det går utmärkt att vid vårdcentralen organisera verksamheten så att en patient kan få snabb hjälp – inom ett par timmar eller under samma dag. Även kontinuiteten i läkarkontakten kan i viss utsträckning bibehållas för akuta besök, om läkarnas tjänstgöring planeras så att var och en av dem har viss tid avsatt varje dag för brådskande sjukdomsfall. Enligt min mening bör en akutberedskap av detta slag vara en gängse rutin i primärvården.

Vårdservicen under sedvanlig jourtid innebär större problem. Jag delar här utredningens bedömning att ett totalt jouransvar för primärvården förutsätter en betydligt högre personaltäthet än dagens. Samtidigt anser jag det angeläget att patienterna i större utsträckning kan få vård även på jourtid i primärvården. Ett eventuellt totalt jouransvar vid vårdcentralerna måste dock ses i ett långsiktigt perspektiv. Jag bedömer det inte som realistiskt att t. ex. varje enskild vårdcentral skulle ha ett så omfattande jouransvar. Olika former av samarbete och samordning kommer att vara nödvändiga. Ett sätt kan vara att läkare och sjuksköterskor vid flera vårdcentraler har en samordnad planering av jouren och att det i tjänstgöringsplaneringen ingår att jourarbetet roterar mellan dessa. Själva jourmottagningen kan exempelvis

förläggas till den vårdenhets som ligger bäst till från kommunikationssynpunkt med hänsyn till invånarunderlaget. Det torde vidare vara realistiskt att räkna med att man på flera orter beaktar närheten till ett dygnet-runt-öppet akutsjukhus. Hur jourverksamheten bör organiseras för att ge de våldsökande bästa möjliga service kommer att vara avhängigt av en rad förhållanden som dessutom skiftar från en plats till en annan. Den konkreta utformningen av jourservicen måste därför bedömas och avgöras regionalt och lokalt. Enligt min mening är det dock viktigt att vårdcentralerna successivt ökar sitt jouransvar. Till en början kan det innebära ett förlängt öppethållande kvällstid. Ett öppethållande till kanske kl. 20.00 eller 21.00 på kvällen eller vissa kvällar i veckan, skulle kunna innebära att man i primärvården i ökad omfattning tog om hand patienter som annars skulle vända sig till sjukhusets akutmottagning. Omfattningen av vårdcentralens jourverksamhet blir naturligtvis också beroende av åldersstruktur, sjukfrekvens m. m. inom upptagningsområdet.

Sett ur husläkarsystemets perspektiv är det viktigt att understryka att oavsett hur jourservicen konkret organiseras på ort och ställe måste det ses som ett naturligt förfarande att den läkare som t. ex. tagit hand om en patient under jourtid snarast möjligt meddelar patientens husläkare vilka åtgärder som har vidtagits och övriga upplysningar som är av värde för en fortsatt behandling av patienten.

Beträffande vårdservicen från primärvården vill jag särskilt framhålla angelägenheten av att behovet av hembesök i möjligaste mån beaktas i ett utbyggt husläkarsystem. Hembesök bör ses som ett naturligt inslag inte bara i distriktsköterskans "fältarbete" utan även för husläkarna. Jag är väl medveten om att ett hembesök kräver mer av läkarnas arbetstid än vad som är fallet om patienten kommer till mottagningen. Samtidigt finns det onekligen vissa fördelar med hembesök.

Det största värdet ligger självfallet i att en patient som har svårt att ta sig till läkarmottagningen i stället kan få besök av sin läkare i hemmet. Hembesök kan därför vara särskilt angelägna för de äldre. Men det kan gälla även andra patienter. För föräldrarna till ett sjukt och febrigt barn är ofta ett hembesök att föredra framför ett besök på vårdcentralen. Hembesök är också av värde för läkaren. Kunskap om patientens hemmiljö är en viktig förutsättning för att husläkaren skall kunna få den helhetssyn på sin patient som idag ofta saknas. Kännedom om hem- och bostadsförhållanden är viktig för såväl diagnos och behandling som för aktivt förebyggande åtgärder.

2.9 Dimensioneringstal

Som jag tidigare nämnt bör enligt utredningen en vårdcentral inte vara större än att där tjänstgör 2-5 allmänläkare samt övrig personal. Som ett etappmål för allmänläkartätheten anger utredningen en allmänläkare per 3 000 invånare år 1985. På längre sikt bör dock detta relationstal närma sig

1:2 000. Som önskvärt befolkningsunderlag för en distriktssköterska anger utredningen 1 500–2 000 invånare. Enligt utredningens uppfattning kan det dock finnas skäl för lokala variationer.

Flertalet remissinstanser delar utredningens synpunkter på lämplig storlek på vårdcentralerna. Bl. a. Kristianstads läns landsting anser att det kan vara svårt att få till stånd en fast patient-läkarkontakt vid större vårdcentraler.

Flera landsting konstaterar att en läkartäthet som motsvarar en allmänläkare per 3 000 invånare vid mitten av 1980-talet överensstämmer väl med planeringen i det egna landstinget. Några remissinstanser anser att allmänläkartätheten i fullt utbyggt skede bör ligga högre än 1:2 000 för att läkaren skall hinna fullgöra alla de uppgifter som föreslås åligga denne. Däremot är remissinstanserna allmänt av den meningen att det kan bli svårt att genomföra den utökning av antalet distriktssköterskor som utredningens förslag innebär. Flera remissinstanser understryker utredningens uttalande att dimensioneringstalen måste modifieras med hänsyn till lokala och regionala variationer, beroende på om det gäller tätort eller glesbygd, befolkningens ålderssammansättning m. m.

För egen del ser jag utredningens dimensioneringstal som vägledande riktlinjer för vad som kan vara en rimlig allmänläkar- och distriktsskötersketäthet och inte som exakta dimensioneringsnormer. Såväl utredningen som flera remissinstanser har betonat att det självfallet måste finnas utrymme för lokala variationer. Jag delar denna bedömning. Åldersstrukturen inom vårdcentralens betjäningsområde, läkartid för skolhälsovård och lokala sjukhem och organisationen av mödra- och barnhälsovård är några faktorer som kan motivera olikheter i dimensioneringen. Tätort och glesbygd kan också ställa skilda krav i detta sammanhang. Förekomsten av privatpraktiserande allmänläkare kan t. ex. lokalt komma att påverka bedömningarna av erforderligt antal läkare. För egen del vill jag dock samtidigt betona att en viss risk kan vara förenad med att vid dimensioneringen ta alltför stor hänsyn till att t. ex. tätortsbor kan ha lättare att ta sig till ett närläget sjukhus än vad som gäller för en person som bor i ett glesbygdsdistrikt. Fördelarna med ett husläkarsystem måste successivt komma alla till del, oavsett om de bor i en storstad eller på landsbygden.

Behovet av distriktssköterskor är som vissa remissinstanser påpekat också avhängigt av tillgången på annan personal, bl. a. undersköterskor. Även om vårdarbetet till viss del kan bedrivas i form av lagarbete bör enligt min mening distriktssköterskan även i fortsättningen svara för ett eget distrikt. För att en god vård skall kunna lämnas är det angeläget att invånarunderlaget begränsas i förhållande till dagsläget. Tillgång på andra personalkategorier och ökat inslag av lagarbete eliminerar således inte behovet av ett ökat antal distriktssköterskor.

Den optimala allmänläkar- och distriktsskötersketätheten måste enligt min uppfattning bedömas och fastställas för resp. vårdcentral. De ungefärliga rikttal som utredningen redovisat bör kunna utgöra ett underlag vid dessa bedömningar.

2.10 Registrering

Utredningens förslag att förse försäkringsbeskeden med uppgift om den försäkrades vårdcentralstillhörighet och – i ett senare skede – även med uppgift om vederbörandes husläkare och distriktssköterska har kommenterats av flera remissinstanser. Flertalet av de remissorgan som berört frågan har uttryckt en tveksamhet inför förslaget, bl. a. med hänvisning till att det skulle föranleda en omfattande administrativ byråkrati. Detta anser t. ex. socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statskontoret och flera landsting.

Stockholms läns landsting framhåller, att registreringsdelen inte bör bli alltför styrande utan snarare ses som en teknisk fullbordning av övrig planering på relativt lång sikt.

Riksförsäkringsverket påpekar att en registrering enligt utredningsförslaget medför svårigheter av den anledningen att rutinerna för utfärdandet av försäkringsbeskeden svårligen låter sig förenas med en snabb uppföljning på beskedet av eventuella uppgifter om vårdcentralbyte m. m. Verket för i stället fram tanken att för detta syfte använda de patientkort som sjukvårdshuvudmannen vanligen utfärdar vid patientbesök. Även statskontoret nämner patientkortets möjlighet i detta sammanhang. Akademiska sjukhuset är i stort sett positiv till utredningens förslag på denna punkt men understryker de tekniska problem som blir följden samt vissa komplikationer från sekretessynpunkt som uppstår vid en samkörning mellan försäkringskassornas och vårdcentralernas datasystem.

Socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund anser vidare att en registreringsordning kan få till följd att de invånare som inte registrerar sig får sämre möjligheter till vård. I en situation med bristande läkarresurser finns det risk för att detta kan bli fallet för personer som redan nu har svårt att skaffa sig läkarkontakter, t. ex. invandrare, låginkomsttagare eller andra grupper som kan uppleva svårigheter i den sociala förankringen. Sveriges folkpensionärs riksförbund (SFRF) ser å andra sidan en registrering av föreslagen innebörd som mycket angelägen för de äldre. Den bör därför enligt SFRF snarast införas för pensionärer, oavsett om och när ett husläkarsystem genomförs.

För egen del vill jag först framhålla att jag ser husläkarsystemet som ett erbjudande till samtliga invånare inom en vårdcentralens betjädningsområde. Alla skall givetvis ha samma rätt och möjlighet till vård och behandling. Det är därför viktigt att invånarna får en lättförståelig och bred information om vad husläkarsystemet innebär. Härvid bör invandrarna ägnas särskild uppmärksamhet.

I likhet med utredningen anser jag att frågan om registrering av invånarna hos viss läkare måste bedömas med hänsyn till resurserna inom primärvården. En registrering av läkartillhörigheten kan enligt min mening knappast vara meningsfull om inte läkartätheten i det lokala området är tillfredsställande. Ett system med fasta läkarkontakter kräver nämligen en

viss läkartäthet för att kunna fungera. Ett system med registrering av invånarna hos viss läkare bör därför inte införas förrän personalresurserna är sådana att de räcker till för att ge vård och hjälp åt samtliga berörda.

En aspekt av registreringsfrågan som knyter an till de tidigare berörda organisationsmodellerna är hur och när den fasta läkarkontakten skall knytas. Flera remissinstanser, bl. a. Landstingsförbundet och Stockholms läns landsting, har anfört att ett krav på att redan före en kontakt med vårdcentralen veta vem som är ens egen läkare innebär påtagliga administrativa problem. Enligt min mening är dessa svårigheter bl. a. avhängiga av vilken grundläggande princip som man väljer för valet av eller erbjudandet om läkare. Om man som i utredningens modell II väljer ett system där var och en av allmänläkarna får ett eget geografiskt distrikt förenklas frågan om läkartillhörighet avsevärt. Särskilda åtgärder behöver då vidtas endast om någon önskar byta läkare eller flyttar och vill behålla den tidigare läkaren. I ett system som inte bygger på denna geografiska princip kan det vara svårare att lösa denna fråga. Det smidigaste sättet att skapa den fasta läkarkontakten kan då vara att valet av läkare sker när vederbörande första gången kontaktar vårdcentralen. För att fastställa invånarnas läkartillhörighet "i förväg" krävs annars ett administrativt förfarande med någon form av enkäter och svar e. d. vilket av naturliga skäl blir betungande. För- och nackdelar med olika principlösningar måste bedömas av resp. sjukvårdshuvudman.

Även om det således nu kan föreligga praktiska svårigheter och hinder för en registrering av själva läkartillhörigheten bör det enligt min mening inte få hindra uppbyggnaden av ett husläkarsystem. Det bör för övrigt redan nu vara möjligt att registrera patienterna vid viss vårdcentral. Därigenom skapas trygghet hos den enskilde patienten och bättre möjligheter till kommunikation mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Vårdcentralen blir då patientens fasta kontakt inom sjukvården. Jag utgår från att arbetet vid vårdcentralen även under uppbyggnadsskedet av ett husläkarsystem så långt som möjligt organiseras så att den enskilde patienten får träffa samma läkare vid ny- och återbesök.

Om patientens husläkare är en privatpraktiker underlättas även dennes kontakter med t. ex. distriktssköterskan eller annan personal vid vårdcentralen om patienten är registrerad vid vårdcentralen. När det gäller frågan att föra in uppgift om patientens vårdcentral på något slag av legitimationshandling visar remissvaren att det kan vara svårt att utnyttja försäkringsbeskeden för detta. I likhet med en del av remissinstanserna anser jag att de s. k. patientkortet är ett intressant alternativ. Det har den fördelen gemensamt med försäkringsbeskedet att man i princip kan utnyttja en redan förekommande informationshandling. Det har samtidigt ytterligare den fördelen att registreringen helt kan ombesörjas av sjukvårdshuvudmannen. Jag finner det därför angeläget att sjukvårdshuvudmännen förser patientkortet eller annan lämplig informationshandling med uppgifter om vilken vårdcentral

vederbörande hör till. En sådan åtgärd kan vidtas utan att man uppnått en personalsituation som fullt ut möjliggör ett system med fasta läkarkontakter.

2.11 Remissförfarandet

Utredningens förslag till husläkarsystem innebär att det inte skall föreligga något remisstvång för vård hos specialistläkare eller andra läkare än husläkaren. Utredningen avvisar ett remisstvång av två skäl. För det första skulle ett remisstvång om det genomfördes innan husläkarsystemet var fullt utbyggt kunna hindra en patient från att få snabb vård. För det andra förutsätter utredningen att den vårdsökande i ett genomfört husläkarsystem spontant kommer att föredra att i första hand vända sig till sin egen läkare.

De remissinstanser som kommenterat denna fråga delar utredningens bedömning. Socialstyrelsen och Svenska läkaresällskapet anser dock att utredningens förslag till husläkarsystem i realiteten kommer remisstvånget mycket nära. Socialstyrelsen påpekar vidare att remisstvånget är en nödvändig beståndsdel i de utländska husläkarmodeller som utredningen åberopat som mönster.

Jag delar utredningens uppfattning att det inte bör föreligga något remisstvång. Jag vill här tillägga att möjligheterna att fritt söka läkare inte blir mindre i det föreslagna husläkarsystemet än vad de är idag. Något fullständigt fritt läkarval existerar inte. De flesta sjukhusmottagningar och vårdcentraler/läkarstationer har geografiskt avgränsade betjänings- eller upptagningsområden. Att så är fallet kan förklaras av bl. a. att det är nödvändigt för planeringen och för att garantera invånarna vård. Detta innebär självfallet en viss styrning av patientströmmarna. Valfriheten begränsas också av att det i många fall är helt omöjligt att få komma till läkaren inom rimlig tidsperiod. Jag kan inte se att ett husläkarsystem skulle minska valfriheten. Husläkarsystemet innebär ju en kraftigt utbyggd allmänläkarkår som dels nedbringar dagens väntetider, dels innehåller erbjudande om en fast läkarkontakt och möjlighet till byte av läkare. Till detta kommer också att det inte skall föreligga ett remisstvång. Om en patient vill söka sig till en specialistläkare på egen hand kommer husläkarsystemet inte att sätta något hinder för detta. Jag vill dock här erinra om att människors missnöje med den öppna vården idag i stor utsträckning grundas på att de saknar fasta läkarkontakter. Det finns enligt min mening därför inte anledning att tro att allmänheten skulle uppleva husläkarsystemet som ett försök till remisstvång. Att döma av de attitydundersökningar som gjorts beträffande allmänhetens inställning till sjukvården tror jag att den sjuke i husläkaren ser en person som bl. a. kan underlätta för patienten att få en adekvat specialistläkarvård. Husläkaren kommer med all sannolikhet att uppfattas som den fasta kontakt och trygga hjälpförmedlare som idag i stor utsträckning saknas.

2.12 Förebyggande vård

Kontinuitetsutredningen föreslår att det skall ingå i husläkarens arbete att även svara för förebyggande och hälsovårdande verksamhet. Utredningen går inte närmare in på fördelningen mellan förebyggande och sjukvårdande uppgifter men anser att husläkaren under ett uppbyggnadsskede i första hand skall försöka tillfredsställa sjukvårdsbehovet. Utredningen framhåller vidare att förslaget om husläkare inom primärvården borde ge ökade möjligheter för företags- och skolhälsovården att ägna sig åt förebyggande hälsovård och sådana sjukdomar och skador som har direkt anknytning till arbetsplatsen eller skolan.

Flera remissinstanser understryker att förslaget om allmänläkare som arbetar ute på "fältet" ger bättre möjligheter att bedriva en offensiv preventiv sjukvård, t. ex. genom hälsoupplysning om kost, motion och hygien och genom regelbunden hälsokontroll. Göteborgs kommun anser det vara angeläget att verksamheten vid vårdcentralen ges en markant hälsovårdande inriktning i syfte att motverka uppkomsten av sjukdomar.

I socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet sägs att primärvården vid sidan av sjukvårdsuppgifterna har en klar hälsopolitisk inriktning och att detta är nödvändigt, om den skall kunna åläggas ansvaret för hälsotillståndet hos primärvårdsområdets invånare. I principprogrammet uttalas att – förutom hittillsvarande i första hand individuellt förebyggande uppgifter inom exempelvis mödra- och barnhälsovården – den framtida primärvården torde få goda förutsättningar att svara även för utvidgade uppgifter inom den förebyggande vården och aktivt kunna medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar invånarnas hälsa liksom i spridningen av kunskaper inom hälsoområdet hos befolkningen. I sitt remissvar över kontinuitetsutredningen betonar socialstyrelsen att det är en väsentlig målsättning att öka preventiva åtgärder av olika slag även i ett skede av relativ läkarbrist.

Förutom att ge människorna vård och hjälp vid inträffad sjukdom eller skada har morgondagens primärvård enligt min mening också en viktig funktion att fylla när det gäller förebyggande åtgärder av olika slag. Genom att vårdcentraler lokaliseras till människornas vardagsmiljö får personalen god kunskap om bl. a. sociala och omgivningshygieniska problem. Det förebyggande arbetet bör därför vara en central uppgift för husläkaren. Husläkarens breda kunskaper om patienterna utgör en god grund för åtgärder som syftar till att förbättra hälsoläget på sikt.

Om husläkaren dessutom ges möjligheten att vara den fasta läkarkontakten för samtliga medlemmar i en familj ökar förutsättningarna för preventiva hjälpåtgärder vid problem som kan bottna i familjen. Uppgifter av betydelse för en effektivt förebyggande vård erhålls också inom andra vårdssystem som t. ex. företagshälsovården och skolhälsovården. Med den struktur som

öppenvården har idag finns det således kunskaper av betydelse för den enskilde individens hälsa på olika håll. Risker för eller tecken på begynnande ohälsa kan likaväl upptäckas inom t. ex. företagshälsovården som vid vårdcentralen. För att kunna sätta in åtgärder på för individen bästa sätt är det angeläget att åtgärderna samordnas.

I likhet med socialstyrelsen finner jag det angeläget att det förebyggande arbetet kommer i gång redan under husläkarsystemets uppbyggnadsskede. Jag anser att det finns mycket att göra som inte kräver insatser av läkare. Ett framgångsrikt hälsoarbete förutsätter hela personalens medverkan. Hälsoarbete är sålunda i mycket ett lagarbete. Redan idag ligger för övrigt stora delar av det förebyggande arbetet på distriktssköterskorna och på mödra- och barnavårdscentralernas personal. Det gäller således att på olika sätt försöka pröva hur vårdcentralens personal tillsammans med den berörda befolkningen kan medverka till att hälsobefrämjande förhållanden skapas inom alla miljöer i samhället. Det är enligt min mening viktigt att öka medvetenheten hos läkare och övrig vårdpersonal om att man i sitt dagliga arbete kan samla in information om miljörisker beträffande såväl den fysiska som den sociala miljön och på olika sätt föra denna information vidare. Eftersom mycket av det förebyggande arbetet avser sociala förhållanden är det viktigt att etablera ett nära samarbete med primärkommunerna.

Vid vårdcentralen har man många tillfällen att ge råd i allmänna hälsofrågor, t. ex. genom information i väntrum och allmänna utrymmen. Vidare kan personalen på olika sätt försöka att få människor mer aktivt intresserade och engagerade för sin hälsa bl. a. genom att ge konkreta och individuella råd. Distriktssköterskan kan bl. a. hjälpa patienten att ändra livsföringen, t. ex. att sluta röka eller att lägga om kostvanorna. Vid vårdcentralen finns också goda möjligheter att följa upp informationen som har lämnats. I ett system med husläkare bör dessa möjligheter bli ännu större.

Kontinuitetsutredningens förslag att låta husläkarna få ett sammanhållande ansvar för sina patienter och därmed bli den som har en samlad kunskap om resultat av hälsokontroller, medicinska undersökningar m. m. avseende dessa patienter kan vidare öka möjligheterna till en mer individuellt anpassad förebyggande vård. Råd om kostvanor, motion, rökning, alkoholförtäring m. m. torde också ha en större verkningsgrad om de ges på en individuell basis mellan patienten och hans läkare än genom mer allmänt upplagda kampanjer. En skarp gränsdragning mellan förebyggande och behandlande åtgärder är dessutom svår att göra. Det är därför naturligt att den läkare som är en individs fasta läkarkontakt och svarar för patientens läkarvård i vanlig bemärkelse också som ett led i denna lägger en ökad vikt vid hälsouppllysning och andra förebyggande åtgärder.

2.13 Företagshälsovård

Utredningen har inte tagit närmare ställning till företagshälsovårdens utformning och omfattning, eftersom dessa frågor behandlas av utredningen (A 1976:01) om företagshälsovården och den yrkesmedicinska verksamheten. Kontinuitetsutredningen understryker dock behovet av ett förbättrat och närmare samarbete mellan företagshälsovård och primärvård. Detta bör enligt utredningen bl. a. omfatta ett ömsesidigt utbyte av information och erfarenheter. Utredningen är dock mycket tveksam till att bygga upp ett husläkarsystem inom företagshälsovårdens ram.

Remissinstanserna delar utredningens uppfattning att ett närmare samarbete mellan företagshälsovård och primärvård är önskvärt. Flera av remissinstanserna betonar också angelägenheten av att den sjukvårdande verksamheten inom företagshälsovården begränsas för att ge utökat utrymme åt de förebyggande åtgärderna. Detta anser t. ex. socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, Landsorganisationen och Älvsborgs läns landsting m. fl. sjukvårdshuvudmän. Enligt Sveriges läkarförbund borde dock företagsläkarna inlemmas på något sätt i ett husläkarsystem. Svenska arbetsgivareföreningen understryker också behovet av fler allmänläkare för att såväl företagshälsovård som primärvård skall kunna byggas ut.

Föregående del kan jag instämma i utredningens och flertalet remissinstansers önskemål om ett närmare samarbete mellan primärvården och företagshälsovården. Inom båda vårdsystemen erhålls kunskaper om individen som kan vara av stor betydelse för en helhetsbedömning av lämpliga åtgärder för att bevara vederbörandes hälsa eller för att vid redan inträffad ohälsa komma fram till en för den enskilde bästa tänkbara behandling. Enligt vissa undersökningar som utredningen redovisat är det idag så att ungefär en tredjedel av de människor som uppger sig ha en fast läkare har denna kontakt i sin företagsläkare. Mot denna bakgrund kan man naturligtvis fråga sig om inte företagsläkarna framdeles skulle kunna fungera som husläkare för sina "personalpatienter". Enligt min mening kan företagsläkarnas roll som husläkare eller fasta läkarkontakter idag till stor del förklaras med att de har fått påta sig denna funktion på grund av att andra vårdssystem t. ex. primärvården inte har varit tillräckligt utbyggda. Med en stark utbyggnad av primärvården och en organisation av denna som kan ge människorna möjlighet till fasta läkarkontakter, borde företagshälsovården kunna avlastas en hel del av den rent sjukvårdande verksamheten. Jag delar här remissinstansernas och utredningens synpunkter att det är angeläget att företagshälsovården kan inriktas på för denna verksamhet mer specifika områden som förebyggande insatser på arbetsplatsen genom olika arbetsmiljöåtgärder, mer tid för yrkesmedicinska undersökningar m. m. Vardagssjukvårdens problem bör dock i första hand skötas av primärvården och privatpraktikerna. Vad jag nu har sagt utesluter självfallet inte att det på olika håll kan föreligga ett slags personalunion mellan t. ex. primärvårdens läkare och företagshälsovården.

Lokalt kan man mycket väl komma att finna att behovet av såväl läkar- som sjuksköterskeinsatserna för företagshälsovård lämpligen kan tillgodoses genom allmänläkare och distriktssköterskor vid en närbelägen vårdcentral. Denna form av samarbete torde ofta för mindre företag vara den enda möjligheten att organisera en företagshälsovård. Jag tror dock att man får utgå från att en persons företagsläkare och husläkare även i framtiden i regel är två individer.

Ett av de värdefulla inslagen i ett husläkarsystem är som jag tidigare har framhållit att läkaren kan vara husläkare för samtliga medlemmar i en familj. Jag bedömer det inte vara realistiskt att bygga upp en sådan funktion inom företagshälsovården. Det står inte heller i överensstämmelse med önskemålen om minskad andel sjukvård och större andel förebyggande vård som allmänt anges för företagshälsovården.

Av vad jag nu har anfört framgår att samordningsbehovet mellan primärvård/husläkare och företagshälsovård kommer att bestå och öka. Frågan om former för samverkan mellan företagshälsovården och primärvården utreds av 1976 års företagshälsovårdsutredning. Det bör enligt min mening vara naturligt för företagsläkaren att samråda med vederbörandes husläkare om lämpliga åtgärder. Lika naturligt bör det vara för husläkaren att ta kontakt med företagshälsovården om han finner det befogat. Det bör också vara möjligt för vårdcentralens läkare och företagsläkare m. fl. att mer eller mindre regelbundet träffa varandra för att diskutera gemensamma medicinska frågor. Jag vill emellertid här understryka vikten av att patientens personliga integritet beaktas. Utbyte av information om den enskilde patienten bör därför enligt min mening inte ske utan dennes vetskap och medgivande.

2.14 Skolhälsovård

Utredningen anser att det krävs ett närmare samarbete mellan primärvård och skolhälsovård. Detta är nödvändigt för att husläkaren skall kunna få en helhetssyn på de barn och ungdomar som är hans patienter. Ett sådant samarbete skulle enligt utredningen förenklas om skolhälsovården och primärvården hade en och samma huvudman.

De remissinstanser som har särskilt kommenterat skolhälsovården har instämt i utredningens uppfattning att det behövs ett närmare samarbete mellan skolans hälsovårdande verksamhet och sjukvårdshuvudmannens primärvård. Beträffande huvudmannaskapsfrågan råder det delade meningar bland remissinstanserna. Socialstyrelsen anser att samarbetet skulle förenklas genom ett gemensamt huvudmannaskap. Skolöverstyrelsen känner en stor tveksamhet inför att totalt inordna skolhälsovården i husläkarsystemet. Göteborgs kommun menar att ett närmare samarbete bör kunna utvecklas genom ett samrådsförfarande och att skolsköterskorna även framdeles bör

vara anställda av skolförvaltningen, medan läkaruppgifterna däremot bör skötas av allmänläkare eller barnläkare anställda av sjukvårdshuvudmannen. Även SHSTF ser det naturligt att läkarservicen i skolan ombesörjs av läkare från vårdcentralen.

Jag delar helt uppfattningen att ett nära samarbete mellan skolhälsovård och primärvård är nödvändigt för att åstadkomma en så god samlad hälso- och sjukvårdsservice som möjligt för barn och ungdomar i skolåldern. Enligt min mening är dock ett gemensamt huvudmannaskap inte en oundgänglig förutsättning för att uppnå detta. Ett integrerat samarbete mellan skolan och sjukvårdshuvudmannen sker redan idag genom att det i många fall är distriktssköterskan och distriktsläkaren som svarar för skolhälsovården. I andra fall – ofta i större tätorter och storstäder – kan såväl skolläkarna som skolsköterskorna vara heltidsanställda för dessa uppgifter av primärkommunerna. Jag tror att man även framdeles bör vara öppen för att skolhälsovårdens personalresurser tillhandahålls på samma sätt, dvs. både genom att utnyttja distriktsläkare och distriktssköterskor och genom att ha fast anställd personal. Inte minst de olika förutsättningarna i tätort och glesbygd talar för detta. Som jag ser det ligger tyngdpunkten i utredningens förslag på ett utökat samrådsförfarande mellan de båda vårdsystemen.

Behovet av ett sådant samrådsförfarande finns också i de fall distriktsläkaren svarar för läkarservicen i skolan. Det är inte säkert att alla skolbarn som bor inom en vårdcentralens betjäningsområde kommer att ha en och samma husläkare. Om då en av distriktsläkarna ansvarar för skolhälsovården bör denne naturligtvis samråda och konferera med det enskilda barnets husläkare, om det finns medicinska eller socialmedicinska skäl för detta. Likaså bör barnets husläkare få del av de undersökningsresultat m. m. som görs inom skolhälsovården. Kontakterna mellan skolhälsovård och vårdcentral kan också förstärkas genom t. ex. sammankomster där frågor av gemensamt intresse diskuteras.

2.15 Privatläkarvård

Utredningen föreslår inte några grundläggande förändringar beträffande de privatpraktiserande läkarnas verksamhet. Utredningen konstaterar emellertid att ca en tredjedel av de människor som idag har en fast läkare har denna kontakt med en privatpraktiker. Det bör vara möjligt för den som så vill att ha en privatpraktiker som sin husläkare. Samtidigt bör det enligt utredningen vara naturligt med en ökad samverkan mellan privatpraktikerna och den offentliga vården.

Remissinstanserna delar utredningens synpunkter på önskvärdheten av ett mer utvecklat samarbete mellan privatpraktiker och offentlig vård. Statens invandrarverk påpekar att invandrarna kan ha ett behov av att hålla fast vid

sin kontakt med en privatpraktiserande invandrarläkare och ser därför ett särskilt behov av samarbete med vårdcentralerna i detta sammanhang. Landstingsförbundet utgår från att förutsättningarna för en samordning mellan privatpraktikerna och den offentliga primärvården klargörs av den pågående hälso- och sjukvårdsutredningen. Sveriges läkarförbund betonar starkt privatpraktikernas roll inom den öppna vården och inte minst deras betydelse inom ett husläkarsystem. Landsorganisationen å andra sidan anser det angeläget att privatpraktikerna ställs utanför den allmänna vårdens organisation, eftersom samhället måste ta ansvaret för att dess egen sjukvård fungerar på ett tillfredsställande sätt både i fråga om resurser och organisation.

Enligt min mening utgör privatpraktikerna ett värdefullt komplement till den offentliga vården. Hos en privatpraktiker har patienten ofta kunnat få den önskade långsiktiga kontinuitet som leder till en ömsesidig personkännedom och ett personligt förtroendeförhållande. De försäkringsanslutna privatpraktiserande läkarna svarade år 1977 för ca 3 miljoner patientbesök. Dessa utgjorde ungefär 15 procent av det totala antalet läkarbesök. Med en kraftigt utbyggd primärvård i offentlig regi är det möjligt att behovet av privatläkarnas tjänster minskar. Jag har dock den uppfattningen att det även fortsättningsvis kommer att finnas utrymme för de privatpraktiserande läkarna i vårt hälso- och sjukvårdssystem. Jag anser det dessutom angeläget att den resurs som privatpraktikerna utgör också framöver kan komma patienterna till del. Först och främst bör naturligtvis de nu verksamma privatläkarna kunna fortsätta sin verksamhet, eftersom deras patienter är beroende härav. Åldersstrukturen inom privatpraktikerkåren är dock sådan att hälften av läkarna är över 55 år och inte mindre än en tredjedel i pensionsåldern. En nyrekrytering är således nödvändig om det ska vara möjligt att bibehålla ungefär den numerär som finns idag, vilket jag finner lämpligt. Samtidigt anser jag att nyetablering i första hand bör ske på orter där behovet av ytterligare läkare är störst.

Det är vidare angeläget att det kommer till stånd ett närmare samarbete mellan de privata läkarna och den offentliga vården. Utredningen beskriver privatläkarvården och primärvården som parallella vårdssystem. Så är också förhållandet i huvudsak idag. För att åstadkomma ett så bra samlat resultat som möjligt är det dock viktigt att olika former av samverkan realiseras. Som utredningen påpekat kan sådan samverkan avse t. ex. samarbete och samordning av jour- och semesterverksamhet. Enligt min mening skulle även ett samarbete i dessa begränsade avseenden kunna medföra påtagliga förbättringar för allmänheten.

Som Landstingsförbundet har påpekat i sitt remissyttrande behandlas inom den statliga hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) bl. a. förutsättningarna för en samordning av verksamheter som bedrivs privat resp. av offentlig huvudman. Jag förutsätter dock att privatpraktikerna även i framtiden kommer att vara fria yrkesutövare. De bör sålunda kunna

uppträda som likvärdig förhandlingspart till den offentliga sjukvårdshuvudmannen och sluta överenskommelser av olika vittgående art om samarbete och samordning av resp. parts verksamhet. En enkel men icke desto mindre viktig form av samarbete är kontakter mellan privatläkaren och vårdcentralens distriktssköterskor. Eftersom det i husläkarsystemet skall vara fullt möjligt att välja att ha sin privatläkare som husläkare kommer sådana patient-läkarrelationer att ställa ökade krav på samverkan mellan privatpraktiker och vårdcentralens personal. Detta kommer kanske att bli särskilt tydligt i fråga om äldre patienter och i synnerhet om de har behov av hemsjukvård. Om patientens husläkare är en privatläkare bör det enligt min mening självfallet vara lika naturligt för denne som för vårdcentralens allmänläkare att genom t. ex. hembesök skaffa sig den kännedom om patientens boende- och livsmiljö som är nödvändig för att kunna rätt avväga lämpliga hjälpåtgärder. Ett annat slag av samarbete kan också vara att de verksamma privatpraktikerna i ökad utsträckning bereds möjlighet att delta i olika efterutbildningskurser m. m. De närmare formerna för hur ett konkret samarbete mellan privatpraktiker och offentlig sjukvårdshuvudman skall se ut måste enligt min mening fastställas från fall till fall. Samverkansföresättingarna kommer att skifta från ett landsting till ett annat och även mellan olika delar av ett och samma landsting. Detta utesluter dock inte att vissa övergripande samverkansfrågor också kan bli föremål för överenskommelser mellan Landstingsförbundet och privatpraktikernas företrädare.

2.16 Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården

Utredningen föreslår att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas vid de medicinska högskolorna i syfte att främja forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården. Detta förslag tillstyrks eller lämnas utan erinran av remissinstanserna. Sålunda understryker bl. a. Landstingsförbundet sjukvårdshuvudmannens starka intresse av en ändrad inriktning på forskningen så att en större andel av forskningsresurserna satsas på områden av betydelse för primärvårdens utveckling.

Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) beräknar i sin långtidsbudget medel för forskningsinsatser inom bl. a. primärvården. I sitt remissyttrande över kontinuitetsutredningen anför UHÄ att det måste beaktas att allmänmedicin är ett nytt område och att kompetensen därför måste byggas upp successivt. UHÄ anser det således inte vara möjligt att ange i vilken takt man bör inrätta nya professurer i allmänmedicin. UHÄ upplyser vidare att formerna för allmänmedicinens förankring i de medicinska fakulteternas forskningsorganisation för närvarande diskuteras mellan UHÄ och de medicinska fakulteterna.

Under senare år har utvecklingsarbete bedrivits genom olika projekt i Tierp, Dalby och Vilhelmina m. m. Utvecklingsarbetet vid vårdcentralen i Dalby startade för tio år sedan och f. n. är vid vårdcentralen placerad en

professur i medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård. I Tierp och Vilhelmina har den universitetsanknutna forskningen huvudsakligen skett genom medverkan från de socialmedicinska institutionerna i Uppsala resp. Umeå. Regeringen har den 14 december 1978 beslutat att den vakanta professuren i socialmedicin vid karolinska institutet skall vara förenad med distriktsläkartjänst med placering vid vårdcentral inom Stockholms läns landstings nordvästra förvaltningsområde.

Det vetenskapliga underlaget för allmänläkarens verksamhetsområde är relativt ofullständigt utbyggt jämfört med andra medicinska specialiteter. Samtidigt föreligger kraftigt ökade krav just på allmänläkarverksamheten från såväl samhället, övriga delar av sjukvården som från de vårdsökande. Enligt min uppfattning finns inom allmänläkarvården ett brett fält för forsknings- och utvecklingsarbete. Ett aktivt forsknings- och utvecklingsklimat är också nödvändigt för att bibehålla och förstärka den kvalitativa rekryteringen till allmänläkarbanan. Ett successivt förbättrat vetenskapligt underlag kan vidare ge allmänläkarverksamheten en mer markerad profil gentemot andra medicinska verksamhetsområden, vilket kan bidra till positivare attityder till allmänläkarna och deras verksamhet. En viktig förutsättning för utvecklingsarbete är att forskare knyts till primärvården. Jag har tidigare anfört att det råder enighet på vissa och oenighet på andra punkter när det gäller avgränsning av allmänläkarens kompetens. För att allmänläkarens speciella expertis skall klargöras och självfallet också utvecklas behövs således forsknings- och utvecklingsarbete.

Allmänläkarverksamheten innehåller så breda och heterogena problemområden att det måste finnas skiftande åsikter om var man skall lägga tyngdpunkten i arbetet. För egen del vill jag framhålla behovet av studier rörande sjukdomars förekomst och utbredning, förebyggande verksamhet och hälsoinformation, samband mellan miljö och sjuklighet, samhällsmedicin och undersökningar rörande patienters och familjers vårdssituationer, åldersproblematiken samt vårdorganisatoriska och vårdadministrativa problem. Till sistnämnda område bör bl. a. höras att allsidigt utvärdera ett eventuellt husläkarsystem och effekterna av vårdens omstrukturering i övrigt. Jag vill även framhålla vikten av att det sker en utveckling av apparatur, diagnostiska tekniker och behandlingsmetoder inom primärvården som tillgodoser kvalitet i utredning och behandling utan att samtidigt kräva sjukhusets alla resurser. Läkemedelsbehandlingen har utomordentligt stor betydelse inom primärvården och utgör ofta det enda terapeutiska instrumentet. Det är mot denna bakgrund också angeläget att det inom primärvården bedrivs forskning kring läkemedels effekter.

I likhet med Landstingsförbundet och skolöverstyrelsen vill jag understryka att det är viktigt att den omvårdnadsforskning som nu växer fram inte minst i anslutning till de vårdyrkesutbildningar som tidigare saknat forsk-

ningsanknytning inriktas på uppgifter inom primärvårdsområdet.

Sjukvårdshuvudmännen och Landstingsförbundet har framhållit vikten av att forsknings- och utvecklingsarbetet mera inriktas mot primärvården. Jag återkommer till detta i det följande.

2.17 Åtgärder för genomförande av ett husläkarsystem

Utredningen framhåller att den grundläggande förutsättningen för att genomföra ett husläkarsystem i enlighet med utredningens riktlinjer är en kraftigt ökad personaltillgång vid vårdcentralerna. Med hänsyn till den centrala roll som allmänläkare och distriktssköterskor avses få i husläkarorganisationen ser utredningen bristen på dessa yrkeskategorier som särskilt bekymmersam. Utredningen anger följande åtgärder för att realisera husläkarsystemet:

- att socialdepartementets sjukvårdsdelegation beaktar utredningens förslag om att öka den andel av FV-blocken som leder till allmänläkarkompetens samt att härvid försöka åstadkomma en så jämn regional fördelning som möjligt,
- att regeringen uppdrar åt nämnden för läkares vidareutbildning att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen dels skyndsamt utarbeta och till regeringen inkomma med förslag till kompletteringsutbildningar som möjliggör för specialistläkare att övergå till allmänläkarverksamhet, dels att nämnden i samband härmed också överväger möjligheterna för och lämpligheten av dispensförfaranden i syfte att ytterligare öka allmänläkartillgången till år 1985,
- att regeringen uppdrar åt universitets- och högskoleämbetet och nämnden för läkares vidareutbildning att ytterligare överväga, hur primärvården kan ges ett större utrymme inom läkarutbildningen,
- att regeringen uppdrar åt vederbörande utbildningsmyndigheter att i samråd med sjukvårdshuvudmännen dels beakta behovet av kompletterande utbildningsinsatser för distriktssköterskor och BVC-sjuksköterskor mot bakgrund av utredningens förslag om gemensamma uppgifter för dessa kategorier och dels att vidta åtgärder som möjliggör en utökning av distriktssköterske kåren för att täcka de av utredningen angivna behoven,
- att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas vid de medicinska högskolorna i syfte att befrämja forsknings- och utvecklingsarbete inom området samt
- att regeringen uppdrar överläggningar med sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå en överenskommelse om utvecklingen av primärvården i enlighet med av utredningen framlagda förslag.

Remissinstanserna har övervägande instämt i utredningens förslag till åtgärder. Sälunda anser bl. a. Landstingsförbundet att andelen läkare som utbildas till allmänläkare bör ökas. Nuvarande utbildningsdimensionering medför att bristen på allmänläkare kommer att bestå långt in på 1980-talet. Sjukvårdshuvudmännen framhåller att åtgärder för att snabbt öka rekryteringen av allmänläkare är nödvändiga. Flera landsting framhåller att det är svårt att besätta allmänläkartjänster. Socialstyrelsen erinrar om att det inom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) pågår en utredning med uppgift att göra en allmän översyn av allmänläkar- och specialistläkarutbildningarnas innehåll. Socialstyrelsen och universitets- och högskoleämbetet arbetar också gemensamt för att förbättra både utbildning och forskning inom det allmänmedicinska området. Socialstyrelsen beräknar vidare att det vid mitten av 1980-talet inte kommer att finnas mer än 2 300 allmänläkare tillgängliga för distriktsläkarvården. Styrelsen anser det därför nödvändigt att beakta tillgången på specialistutbildade läkare vid bedömningar om primärvårdens läkarbehov. NLV anför att det översynsarbete som hittills bedrivits visat på ett klart behov att förändra allmänläkarutbildningens innehåll. Sveriges läkarförbund anser att utredningen inte tagit hänsyn till antalet privatpraktiserande allmänläkare när den beräknat bristen på allmänläkare. Läkarförbundet ställer sig också avvisande till en ytterligare ökning av antalet FV-block i allmänläkarvård. Det skulle enligt förbundet medföra att det redan vid mitten av 1980-talet blev nödvändigt att skära ned denna andel för att undvika ett kommande överskott på allmänläkare.

Utredningens förslag att anordna kompletteringsutbildningar som kan göra det möjligt för specialistläkare att gå över till allmänläkarbanan har också fått övervägande positiva kommentarer från remissinstanserna. Landstingsförbundet anser att sådana åtgärder kan bli nödvändiga och tillstyrker att frågan utreds närmare. Förbundet understryker samtidigt vikten av att det här måste röra sig om tidsbegränsade åtgärder. Flera sjukvårdshuvudmän anför liknande synpunkter. Socialstyrelsen och några andra remissorgan är tveksamma till förslaget. Socialstyrelsen anser bl. a. att specialistläkarutbildningarna ger tillräcklig kompetens att utföra viktiga uppgifter inom primärvården. NLV framhåller att förslaget innehåller en hel del praktiska svårigheter. En kompletteringsutbildning måste exempelvis ta hänsyn till den enskilde läkarens förutvarande utbildningsbakgrund, samtidigt som kompletteringsutbildningen måste ge en generell och riksgiltig allmänläkar-kompetens. Sveriges läkarförbund delar NLV:s bedömning i denna fråga och anser vidare att det måste ges fasta tidsramar för fullföljandet av utbildningen. De utbildningsmässiga och övriga kraven på kompletteringsutbildningen måste enligt läkarförbundet ytterligare klarläggas efter överläggningar mellan berörda parter. Flera medicinska fakultetsnämnder är negativa till förslaget om kompletteringsutbildningar.

Utredningens tanke att också öka allmänläkarnas antal genom dispensför-

farande kommenteras av bl. a. socialstyrelsen, som är beredd att vid behov tillstyrka en förlängning av nuvarande dispensregler. Både socialstyrelsen och NLV understryker dock att de reguljära utbildningskraven inte får åsidosättas. Sveriges läkarförbund ställer sig negativt till dispensförfaranden, om de inte samtidigt innehåller krav på kompletteringsutbildning.

Flera remissinstanser framhåller att en god efterutbildning för allmänläkare måste ses som en nödvändig förutsättning för en god allmänläkarevård.

Utredningens förslag om inrättande av professorer i primärvård/allmänmedicin och förslaget om överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att nå en överenskommelse om utvecklingen av primärvården i enlighet med utredningens förslag tillstyrks allmänt.

Samtliga remissinstanser som berört distriktssköterskefrågan delar utredningens bedömning att utbildningen för denna personalkategori måste ökas. Möjligheterna att uppnå en distriktsskötersketäthet på en distriktssköterska per 1 500 invånare till år 1985 bedöms dock av flera remissinstanser bl. a. Landstingsförbundet och socialstyrelsen som mycket små. SHSTF understryker också utredningens uppfattning att det är angeläget att de sjuksköterskor vid barnvårdscentraler som kan komma att fungera som distriktssköterskor, får kompletterande utbildning.

För egen del vill jag anföra följande.

Remissbehandlingen av kontinuitetsutredningens betänkande har styrkt mig i min uppfattning att det finns en bred samstämmighet i landet om angelägenheten av att primärvården byggs ut i en utsträckning och under sådana former att människornas berättigade krav på och önskemål om att få en enklare och tryggare hälso- och sjukvård tillgodoses. En av grundförutsättningarna för att detta mål skall kunna nås är som jag inledningsvis har nämnt att vårdservicen kan tillhandahållas vid mindre vårdenheter i människornas närmiljö. Remissbehandlingen har också visat att kravet på en kontinuitet i kontakterna mellan patient och vårdpersonal av alla uppfattas som en mycket viktig förutsättning för att kunna skapa en mänskligare vård. Utredningens förslag att primärvården i takt med utbyggnaden organiseras på ett sätt som gör det möjligt för invånarna att få en fast kontakt med en läkare och en sjuksköterska har också tillstyrkts av en bred remissopinion.

De flesta remissinstanser har vidare sett det som naturligt att allmänläkare och distriktssköterskor kommer att ha centrala funktioner i ett sådant system. Samtidigt har såväl utredningen som remissinstanserna konstaterat att tillgången på dessa båda personalkategorier ter sig bekymmersam om man så snabbt som möjligt vill bygga upp ett husläkarsystem i enlighet med utredningens förslag.

För att tillskapa en hälso- och sjukvårdsorganisation med de funktioner och den servicekapacitet som jag har beskrivit i det föregående krävs enligt min mening en rad åtgärder som sammantagna kan ses som ett program eller

en plan som leder till målet, nämligen en väl fungerande primärvård där varje människa som så önskar skall kunna få en egen fast läkare och sköterska som bl. a. kan svara för en långsiktig kontinuitet.

Utredningen har angett olika vägar att öka allmänläkartillgången. Jag delar utredningens och de flesta remissinstansernas bedömning att en större andel av läkarna bör utbildas till allmänläkare. Även om utredningens dimensioneringsantal är att betrakta mer som ungefärliga riktlinjer finns det enligt min mening mycket som tyder på att läkarens invånarunderlag bör ligga avsevärt under 3 000 invånare när reformen är helt genomförd. Såväl internationella som inhemska erfarenheter talar för det. Socialstyrelsen anför att man knappast kan räkna med att fler än 2 300 allmänläkare är disponibla för distriktsläkartjänst vid mitten av 1980-talet. Vi skulle då fortfarande vara långt från slutmålet. Om man år 1985 skall ha en allmänläkartäthet som motsvarar en allmänläkare per 3 000 invånare erfordras ca 2 800 sådana läkare i distriktsläkarvården. En ökning av andelen FV-block för allmänläkarvård i den fortsatta vidareutbildningen för läkare kan enligt min mening ske under ett flertal år utan fara för att det leder till ett överskott på allmänläkare framöver. Dimensioneringen av läkarutbildningen måste grunda sig på hur vi vill att vår hälso- och sjukvård skall se ut i framtiden. Förekomsten av ett i stort sett oförändrat antal privatpraktiserande allmänläkare ändrar inte dessa förutsättningar. Antalet heltidsarbetande försäkringsanslutna privata allmänläkare uppgick år 1977 till ca 250 i hela landet. Privatpraktikerkåren har som helhet dessutom en hög medelålder. Där de finns utgör de självfallet en värdefull resurs som bör beaktas lokalt. En allmänläkartäthet vad gäller distriktsvården på t. ex. en läkare per 2 000 invånare kräver drygt 4 000 allmänläkare. Det finns således goda skäl att öka antalet allmänläkare.

Jag finner det därför angeläget att en ytterligare ökning av FV-blocken för allmänläkarvård kommer till stånd. Jag kommer också att verka för detta inom ramen för det arbete som bedrivs i socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

En ökad satsning på allmänläkarutbildningen måste enligt min mening också motsvaras av en begränsning av inrättandet av tjänster för specialistläkare. I en situation som kännetecknas av god tillgång och i ett något längre perspektiv t. o. m. ett visst överskott på specialistkompetenta läkare ligger det nära till hands att det uppstår krav på ett generöst inrättande av specialistläkartjänster inom den öppna vården. Enligt min mening är det befogat att under i vart fall ett övergångsskede iakttäta viss restriktivitet i detta avseende. I annat fall ser jag en risk för att inrättade specialistläkartjänster kan komma att leda till krav på en dimensionering av specialistutbildningarna som inte nödvändigtvis motsvarar de behov som primärvårdens husläkar-system kan väntas medföra. Detta bör därför beaktas i samband med inrättandet av läkartjänster framöver.

Utredningens förslag om kompletteringsutbildningar som gör det möjligt för specialistläkare att gå över till allmänläkarverksamhet finner jag intres-

sant. Det utgör ytterligare en väg att öka allmänläkartillgången. Socialstyrelsens tveksamhet till förslaget beror bl. a. på att styrelsen anser att specialistläkarna redan har en utbildning som gör dem kompetenta för viktiga uppgifter i primärvården. Det kan jag instämma i. Men förslaget måste enligt min mening ses mot bakgrund av angelägenheten att få fram ett tillräckligt antal husläkare. Viss kompletterande utbildning torde då bli nödvändig för specialist – som skall fullgöra denna funktion. NLV har också understrukit de praktiska svårigheter som kan finnas med att anordna sådana utbildningar och samtidigt betonat att många som redan nu innehar en tjänst som allmänläkare är i behov av viss kompletterande utbildning. Jag är medveten om de problem som är förknippade med frågan om kompletteringsutbildningar. Med hänsyn till allmänläkarbristen bör man dock enligt min mening överväga alla vägar att öka allmänläkarkåren. Jag vill därför instämma i bl. a. Landstingsförbundets tillstyrkan till utredningens förslag och anmäla min avsikt att senare föreslå regeringen att uppdra åt NLV att i samråd med berörda parter närmare utreda denna fråga. Jag delar också Landstingsförbundets uppfattning att kompletteringsutbildningar av här berörd art måste ses som tidsbegränsade åtgärder. De skall inte betraktas som ett inslag i det reguljära utbildningssystemet. En eventuell kompletteringsutbildning bör självfallet också ge en generell och riksgiltig behörighet till allmänläkartjänst.

Frågan om dispensförfaranden vad gäller kraven på behörighet till allmänläkartjänst har en nära beröring med kompletteringsutbildningarna. Jag avser därför att föreslå regeringen att uppdra åt NLV att närmare överväga även denna fråga. Jag vill dock framhålla att dispensregler i detta sammanhang har karaktären av nödlösningar. Alltför frekventa eller till sitt innehåll alltför omfattande dispenser utgör en risk för en urholkning av allmänläkarbegreppet. Det ligger därför nära till hands att se på dispensregler och kompletteringsutbildningar i ett sammanhang. Jag är därför inte beredd att nu ta ställning till ett i förhållande till gällande regler utvidgat eller annorlunda dispensförfarande.

En systematiserad och väl utvecklad efterutbildning eller fortbildning ser jag också som en viktig punkt i ett program som syftar till att stärka och höja allmänläkarvårdens kvalitet. Flera remissinstanser har betonat angelägenheten härav. Inom NLV har inletts ett översynsarbete rörande läkares vidare- och efterutbildning. En väl fungerande efterutbildning för bl. a. allmänläkare har, som jag ser det, den dubbla fördelen att den bidrar till att den medicinska kunskapsnivån kan hållas hög, och därigenom verka stimulerande för rekryteringen till allmänläkarvården. Enligt min mening bör därför översynen av allmänläkarnas utbildning ges hög prioritet. Sjukvårdshuvudmännens aktiva medverkan är härvid av största vikt, eftersom genomförandet av efterutbildningen närmast faller på deras ansvar.

Jag är medveten om att den omfattande efterutbildning som krävs för att genomföra ett husläkarsystem på kvalitativt hög nivå kommer att medföra

kostnader för sjukvårdshuvudmännen. Ambitionerna får dock höjas successivt. Jag vill vidare framhålla att en översyn av allmänläkarnas utbildning bör utgå från den roll som allmänläkaren kan förväntas få i det husläkarsystem som jag tidigare angett vissa riktlinjer för. Mot den bakgrunden finns det anledning att i den fortsatta översynen närmare överväga vilka konsekvenser detta får för allmänläkarutbildningens innehåll.

Utredningens beskrivning av distriktssköterskans framtida roll har vunnit allmän anslutning från remissinstanserna. Flera remissinstanser anför emellertid att utredningens prognoser över tillgången på distriktssköterskor är alltför optimistiska. Jag delar denna bedömning. Jag anser det därför vara angeläget att finna vägar som möjliggör en utökning av distriktssköterskekåren. Utökade arbetsuppgifter för distriktssköterskorna inom bl. a. barnhälsovården kommer också att ställa krav på kompletteringsutbildning för de sjuksköterskor som saknar erforderliga kunskaper inom detta område. I den mån som sjuksköterskor vid barnavårdscentraler kan komma att utvidga sitt arbetsfält till att mer likna distriktssköterskans kommer även en sådan förändring att erfordra kompletterande utbildningsinsatser. Detta gäller främst nu befintlig personal. På längre sikt bör denna möjlighet till integrerade arbetsuppgifter beaktas i den reguljära utbildningen. Med hänsyn till att bristen på distriktssköterskor är betydande idag bedömer jag det knappast som möjligt att till mitten av 1980-talet uppnå den av utredningen förordade distriktsskötersketätheten av en distriktssköterska per 1 500 invånare. Detta skulle kräva ca 6 500 distriktssköterskor om man beaktar frekvensen deltidssarbete m. m. Idag tjänstgör endast ca 1 200 personer som distriktssköterskor i egentlig bemärkelse.

Även om ett antal sjuksköterskor vid barnavårdscentraler räknas in i prognoserna kommer inte en så stor ökning som det här är fråga om att kunna ske under den angivna tidsperioden. Jag anser att man i sammanhanget också bör beakta tillgången på undersköterskor och därvid bedöma i vad mån denna kan påverka dimensioneringstalen för distriktssköterskor. Inte minst inom hemsjukvården kan tillgång till undersköterskor innebära en betydande avlastning för distriktssköterskorna. Dessa frågor kräver dock enligt min mening mera ingående studier. Ett sådant arbete förutsätter självfallet ett nära samråd med sjukvårdshuvudmännen.

Efter samråd med statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet samt med statsrådet Rodhe vill jag här anmäla att regeringen i annat sammanhang kommer att föreläggas förslag att uppdra åt universitets- och högskoleämbetet och skolöverstyrelsen att mot bakgrund av kontinuitetsutredningens förslag i samråd med sjukvårdshuvudmännen undersöka möjligheter att utöka utbildningskapaciteten för distriktssköterskor. Därvid bör även beaktas dels behovet av kompletterande utbildningsinsatser för distriktssköterskor och sjuksköterskor vid barnavårdscentraler med hänsyn till utredningens förslag om gemensamma arbetsuppgifter för dessa personalkategorier, dels i vilken utsträckning tillgången på undersköterskor kan påverka

distriktssköterskebehovet.

Jag har i ett tidigare avsnitt redovisat min uppfattning att primärvårdens kvalitet och utveckling skulle gagnas av att en intensifierad forsknings- och utvecklingsverksamhet kommer till stånd inom detta vårdområde. Det är enligt min mening önskvärt att professurer i primärvård/allmänmedicin inrättas. Högskolemyndigheterna bör därför snarast redovisa en såvitt möjligt samlad bedömning av möjligheterna att successivt utveckla profilen för en tänkt forskningsorganisation inom primärvård/allmänmedicin. Den kommande utvärderingen av verksamheten i Dalby bör även kunna ge viss ledning. Jag har även i denna fråga samrått med statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet.

Jag anser vidare att ett viktigt led i åtgärderna för att stärka primärvårdens ställning är att primärvården ges ett större utrymme inom vårdpersonalens utbildning. Detta gäller för såväl läkares som andra personalkategoriernas utbildning. Med den ökade betydelse som primärvården successivt får förutsätter jag att utbildningsmyndigheterna beaktar detta i sitt fortlöpande arbete med läroplaner m. m.

Jag har tidigare anfört att uppbyggandet av en god primärvård genom bl. a. ett husläkarsystem kräver en samlad ansträngning från alla berörda parter. Den konkreta utformningen av husläkarsystemet och primärvården i övrigt ankommer självfallet på respektive sjukvårdshuvudman. Enligt min mening bör dock statsmakterna aktivt stimulera och underlätta för sjukvårdshuvudmännen att nå dessa mål.

Kontinuitetsutredningen har tagit upp frågan om statliga bidrag för att stimulera genomförandet av husläkarsystemet. Utredningen anser att sådana statsbidrag skulle kunna utgå via sjukförsäkringssystemet som ger sjukvårdshuvudmännen ersättningar från staten för såväl sluten som öppen vård m. m. Utredningen föreslår att överläggningar tas upp mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för att nå en överenskommelse om en utveckling av primärvården i enlighet med utredningens förslag. Utredningen redovisar vidare i en bilaga till sitt betänkande en skiss till en annan utformning av ett eventuellt statligt stimulansbidrag. Detta bidrag skulle utgå till de vårdcentraler/läkarstationer som uppfyller vissa av utredningens angivna kriterier avseende allmänläkar- och distriktsskötersketäthet, fasta läkarkontakter för invånare m. m.

Remissinstanserna har entydigt uttalat att ett statsbidrag i den utformning som utredningen skisserat i bilaga till betänkandet inte skulle få avsedd effekt. Det skulle enligt flera remissinstanser bl. a. missgynna de landsting som har de största svårigheterna att rekrytera allmänläkare och distriktssköterskor. Samtidigt betonas de krav på utbildningsinsatser av olika slag som måste uppfyllas för att kontinuiteten skall kunna förbättras enligt de riktlinjer utredningen föreslår.

Inom ramen för de överläggningar som nu slutförts mellan staten och Landstingsförbundet angående ersättningar från sjukförsäkringen till

sjukvårdshuvudmännen under åren 1980–1981 har i den överenskommelse som träffats förutsatts att åtgärder vidtas för att förbättra kontinuiteten i sjukvården bl. a. med utgångspunkt i förslagen i kontinuitetsutredningens betänkande. Avsikten är, enligt överenskommelsen, att i fortsatta överläggningar ta upp frågan om åtgärdernas utformning m. m.

Med hänsyn till angelägenheten av att förbättra kontinuiteten inom den öppna hälso- och sjukvården bör enligt min mening staten vara beredd att ställa vissa ekonomiska resurser till förfogande för att underlätta ett genomförande. Då det ytterst ankommer på sjukvårdshuvudmännen att förverkliga husläkarreformen bör ett sådant statligt stöd främst inriktas på generella åtgärder. Remissbehandlingen har visat att det i första hand är olika insatser på utbildningssidan som behövs. Efterutbildningsåtgärder, kompletteringsutbildning för både läkare och sjuksköterskor och en utökad distriktssköterskeutbildning är särskilt angelägna områden. Vidare bör forsknings- och utvecklingsverksamhet stimuleras. Det är också angeläget att försöksverksamhet bedrivs med olika organisatoriska lösningar för att förbättra kontinuiteten mellan sjukvårdspersonal och patienter. Även andra åtgärder kan bli aktuella. En bedömning av vilka områden som bör komma ifråga för ett statligt stöd bör göras i samråd med sjukvårdshuvudmännen. Den närmare utformningen och omfattningen av åtgärderna bör därför bli föremål för fortsatta överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen efter det att riksdagen tagit ställning till de av mig redovisade riktlinjerna för ett husläkarsystem.

3. Hemställan

Med hänvisning till vad jag anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen

att godkänna de riktlinjer för en successiv uppbyggnad av ett husläkarsystem som jag har angett i det föregående.

4. Beslut

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

*Bilaga I***Sammanfattning av kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74) Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård**

Frågan om kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare inom den öppna vården har blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. Att vid upprepade läkarbesök hänvisas till olika läkare har hos patienterna ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande. Den ömsesidiga personkännedom och kunskap som är av väsentlig betydelse för ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare har på grund härav varit svåra att förverkliga inom den offentliga vården. Mot denna bakgrund har utredningen haft uppdraget (kapitel 1) att framlägga förslag till hur kontinuiteten i vården kan förbättras. Utredningen har härvid också haft att beakta att den öppna vården stegvis bör organiseras som ett system med husläkare och mindre vårdenheter, dvs. en organisation som bl. a. gör det möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, däribland en bestämd läkare. I ett sådant system bör också distriktssköterskornas roll närmare övervägas.

För att bättre förstå den bild som hälso- och sjukvården företer i dag har utredningen inledningsvis blickat bakåt i tiden för att se närmare på öppenvårdens historia och utveckling i vårt land (kapitel 2). Det framgår då att den öppna vården utanför sjukhus alltid präglats av en viss bristsituation. Detta gällde för det gamla tjänsteläkarssystemet, och det gäller även i dag. Dagens situation hänger bl. a. samman med den starka expansion av sjukhusvården som skett under de senaste decennierna. Fram till slutet av 1930-talet var mer än hälften av landets yrkesverksamma läkare sysselsatta utanför sjukhusen. 1970 var motsvarande andel knappt 18 %. I och med sjukhusens expansion har också en övervägande del av den öppna vården förlagts till sjukhusmottagningarna. I dag sker ca 60 % av alla läkarbesök i offentlig vård vid sjukhus. Eftersom sjukhusens verksamhet är uppdelad på olika specialiteter och subspecialiteter har konsekvensen också blivit att den öppna vården kommit att präglas av en ökad specialisering. Denna specialisering har till en del skett på bekostnad av allmänläkarverksamheten. Detta har uppmärksammats i olika sammanhang under årens lopp, inte minst från företrädare för allmänläkarna. En ökad satsning på den öppna vården utanför sjukhus och på allmänläkarsidan föreslogs också så tidigt som 1948 av en av J. Axel Höjer ledd öppenvårdsutredning (SOU 1948:14). Samma tankar kom igen i betänkandet "Hälsövård och öppen sjukvård i landstingsområdena" (SOU 1958:15) och även i socialstyrelsens principprogram från 1968. Från senare delen av 1960-talet har statsmakterna på olika sätt sökt främja en utveckling av den öppna vården utanför sjukhus bl. a. genom en reformering av läkarutbildningen. Denna utveckling har dock gått relativt långsamt och den öppna vården i dag kännetecknas av en stor andel sjukhusbesök och därmed en specialistläkarbetonad syn på patientens problem, vilket medfört att helhetssynen på patienten och hennes problem ofta tappats bort.

Begreppet kontinuitet i dessa sammanhang är inte helt entydigt. Det kan

inrymma olika aspekter, vilket utredningen närmare utvecklar (kapitel 3). Man kan för det första tala om en kortsiktig kontinuitet – vårdepisodkontinuitet – som avser att patienten får träffa en och samma läkare/vårdgivare vid en serie besök som sammantagna utgör en vårdepisod. För det andra urskiljer utredningen en mer långsiktig kontinuitet som innebär att den enskilde individen har en fast etablerad läkarkontakt som han kan vända sig till vid behov. Det är detta slags kontinuitet som husläkarsystemen representerar. För det tredje kan man tala om kontinuitet i vården, dvs. att det inte skall uppstå några "glapp" i en vårdkedja som innebär att patienten vårdas på olika vårdnivåer och av olika personalkategorier. Enligt utredningens synsätt underlättas kontinuiteten i vården om patienten har en fast vårdgivarkontakt i sjukvårdssystemet som kan utgöra en sammanhållande länk mellan olika vårdinsatser och olika vårdnivåer. För patientens bästa gäller det att finna ett system för hälso- och sjukvården som tillgodoser samtliga kontinuitetsaspekter i rimlig utsträckning.

Allmänheten – de som skall betjänas av hälso- och sjukvården – har i ett flertal undersökningar givit uttryck för hur den vill att sjukvården skall fungera. Utredningen har (kapitel 4) redogjort för några av dessa studier och funnit att den bristande kontinuiteten är det som allmänheten upplever mest negativt i dagens sjukvård. Den ger en känsla av anonymitet och opersonlighet som kan förstärka den ångslan och oro som ofta förekommer i samband med sjukdom m. m. Man vill känna sin läkare och sin sjuksköterska och inte bara se dem som tillfälliga representanter för sjukvårdssystemet. Man vill dessutom att vården skall tillhandahållas vid mindre, närbelägna vårdenheter och inte i samma utsträckning som i dag vid de stora och ofta opersonliga sjukhusen. Man vill självfallet också snabbt kunna komma i kontakt med läkare och sköterska och inte behöva vänta i veckor på ett läkarbesök t. ex.

Att kontinuitetsproblemet är både stort och viktigt visar de ansträngningar som gjorts i landet för att lösa det. Utredningen har samlat upp de erfarenheter som gjorts i de olika sjukvårdsområdena och redovisat dem (kapitel 5). Brist på vidareutbildade läkare – såväl specialister som framförallt allmänläkare – och utbildningssystemets krav på korta tjänstgöringspass vid olika enheter är några av de orsaker som väger tungt med avseende på kontinuitetsproblemet. Betydande framsteg har dock nåtts genom att bl. a. införa långtidsplanering av läkarnas tjänstgöringar och ett systematiserat patientbokningssystem. Samtidigt har man från flera håll framhållit att en mer varaktig och långsiktig kontinuitet endast kan påräknas i primärvården och då i första hand till allmänläkarna. Detta kräver dock ett kraftigt ökat antal allmänläkare. I dag hämmas allmänläkarvården av ett besvärande vakansläge. För att åstadkomma en verkligt god kontinuitet måste såväl vakanserna fyllas som ytterligare allmänläkartjänster inrättas och besättas med ordinarie innehavare.

Utredningen har också inhämtat och redovisat internationella erfarenheter (kapitel 6). Av särskilt intresse är de hälso- och sjukvårdssystem som Danmark och England representerar. I båda dessa länder finns väl utvecklade husläkarsystem där en övervägande del av befolkningen har en fast läkare att vända sig till. En utveckling mot husläkarsystem synes också pågå i Finland

och diskussioner av likartad innebörd förs även i Norge. Gemensamt för de här nämnda länderna och för Europa i övrigt är att primärvården under senare år kommit alltmer i fokus. WHO:s europakontor har t. ex. konstaterat att i många europeiska länder har specialiseringen av sjukvården passerat en nivå som kan anses nödvändig. Den under senare år starka specialiseringstrenden har också försvårat förutsättningarna för allmänläkarvården. Enligt WHO är det hög tid att "rusta upp" allmänläkarverksamheten, eftersom det är allmänläkarna som bör utgöra frontlinjen på läkarsidan i hela sjukvårdssystemet. Insikten om allmänläkarvårdens betydelse ligger väl i linje med den allmänna betoningen på en primärvård som finns tillgänglig nära människorna. Denna primärvård kan dock inte vila enbart på läkare utan en rad andra personalkategorier behövs för att göra primärvården effektiv. Ett genomgående drag i de internationella erfarenheterna är således också att läkarna förses med hjälpresurser av olika slag, i första hand då sjuksköterskor.

Mot bakgrund av allmänhetens önskemål om fasta läkarkontakter och små personliga vårdenheter samt direktivens erinran om att den öppna sjukvården bör organiseras som ett husläkarsystem framlägger utredningen förslag till hur ett husläkarsystem kan förverkligas i Sverige (kapitel 7), ett husläkarsystem som vilar på vårdcentralen som den grundläggande vårdenheten och på allmänläkare och distriktssköterskor som patientens fasta vårdgivare. En vårdcentral bör inte vara större än att där tjänstgör 2-5 allmänläkare + övrig personal. Vid större enheter försvinner lätt personkännedomen. Enheter på 2-5 allmänläkare har också förutsättningar att lokaliseras i invånarnas närmiljö.

Utredningen anger två modeller för hur ett husläkarsystem kan organiseras. I den ena modellen, modell I, är de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna husläkare för sina patienter/invånare, dock utan att varje läkare har ett eget geografiskt ansvarsområde. Invånarna i vårdcentralens betjäningsområde ges möjlighet att välja en av allmänläkarna som sin husläkare. Utgångspunkten bör vara att samtliga medlemmar i ett hushåll väljer en och samma husläkare. Husläkarna skall också ha ett nära samarbete med distriktssköterskorna avseende sina patienter. För att tillgodose kraven på lättillgänglighet och vårdepisodkontinuitet bör vårdplaneringsmetoder av olika slag som t. ex. långtidsplanering av läkarens tjänstgöringar ingå i systemet. Genom att varje allmänläkares patienter kan komma från hela vårdcentralens samlade betjäningsområde kan allmänläkarna komma att få en viss kännedom om hela upptagningsområdet. Samarbetet med distriktssköterskorna kan dock samtidigt försvåras av att läkarens patienter hör till flera olika distriktssköterskor. Distriktssköterskorna skall nämligen liksom idag enligt utredningens förslag ha ett geografiskt avgränsat betjäningsområde.

Utredningen anger därför också en annan modell, modell II, där vårdcentralens samlade betjäningsområde uppdelas på de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna. Varje allmänläkare får således ett speciellt ansvar för invånarnas hälso- och sjukvård inom ett visst geografiskt område. I denna modell erbjuds invånarna att i första hand välja en viss läkare som sin husläkare, nämligen den läkare som har ansvaret för det område inom vilket

vederbörande bor. Inom varje sådant allmänläkardistrikt bör också finnas två distriktssköterskor, vilkas geografiska arbetsområde avgränsas så att varje invånare i princip också får *en* fast distriktssköterskekontakt. Samarbetet mellan läkare och distriktssköterska underlättas härigenom och läkarens möjligheter att bedriva preventiv vård blir också större. Genom vårdplaneringsmetoder och adekvat bemanning kan vårdepisodkontinuitet och lättillgänglighet tillgodoses i samma utsträckning som i modell I. Att allmänläkarna får sina egna geografiska ansvarsområden skall enligt utredningen heller inte innebära att vårdcentralens ansvar för hela upptagningsområdet försvinner. Ingen patient/invånare skall ställas utan läkarhjälp vid vakanser e. d. Enligt utredningens förslag kommer husläkaren och distriktssköterskan att utgöra ett basteam i den samlade hälso- och sjukvårdsorganisationen. De kommer att ha de bästa förutsättningarna för en helhetssyn på och en god kännedom om sina patienter och bör enligt utredningens förslag också bedriva en familjeinriktad hälso- och sjukvård. För att bl. a. underlätta kontakterna mellan husläkare och andra vårdgivare föreslår utredningen att försäkringsbeskeden förses med uppgift om den försäkrades vårdcentral och om så anses lämpligt även med uppgift om husläkare och distriktssköterska. Husläkaren och distriktssköterskan förutsätts också få en ökad roll inom barn- och mödrahälsovården. I takt med primärvårdens utbyggnad bör dess service också öka bl. a. genom ett ökat jouransvar.

Husläkarsystemet bör enligt utredningen ses som ett erbjudande till befolkningen, inte som ett tvingande påbud. Det skall stå var och en fritt att avstå från husläkare om man så vill. Även husläkarsystemet som sådant bör enligt utredningen präglas av flexibilitet. Det inrymmer enligt förslagen därför möjligheter till val och byte av läkare. Utredningen föreslår ej heller något remisstvång inom systemet.

I syfte att kunna förverkliga förslagen till husläkarsystem föreslår utredningen olika åtgärder. I första hand gäller det att öka allmänläkartillgången. Utredningen lägger här fram förslag att dels öka allmänläkarantalet inom det reguljära utbildningssystemet, dels inrätta kompletteringsutbildningar som möjliggör för specialisläkare att övergå till allmänläkarverksamhet. Utredningen föreslår också att distriktssköterskans roll beaktas så att såväl kvantitativa som kvalitativa förutsättningar skapas för hennes insatser inom husläkarsystemet. Den starka betoning på primärvården som utredningen anlägger föranleder också förslag till att primärvården ges ett ökat utrymme inom läkarutbildningen samt att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas för att befrämja ett forsknings- och utvecklingsarbete på området.

Utredningen understryker också att genomförandet av husläkarsystem måste ske stegvis, huvudsakligen beroende på personaltillgången. Samtidigt är det dock angeläget att denna utveckling sker så snabbt som möjligt. Utredningen har därför – förutom förslag till ökat antal allmänläkare och distriktssköterskor – också övervägt tänkbara stimulans- och utvecklingsbidrag till sjukvårdshuvudmännen. Sådana stimulanser kan bl. a. ske inom ramen för nuvarande system med försäkringskasseersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Utredningen föreslår här att överläggningar sker mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå en överenskom-

melse om utveckling av primärvården i enlighet med utredningens förslag och att frågan om ekonomiska stimulansmedel ingår i dessa överläggningar. I en bilaga till betänkandet skisserar utredningen också former för hur ett statligt utvecklings- och stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen kan anordnas för att ytterligare stimulera uppbyggnaden av ett husläkarsystem.

Sammanställning av remissyttranden över kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74) Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård

1. Remissinstanser

Efter remiss har yttrande över kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74) avgetts av

försvarets sjukvårdsstyrelse,
socialstyrelsen,
nämnden för läkares vidareutbildning (NLV),
riksförsäkringsverket,
statskontoret,
universitets- och högskoleämbetet (UHÄ),
skolöverstyrelsen (SÖ),
arbetarskyddsstyrelsen,
statens invandrarverk,
direktionen för karolinska sjukhuset,
direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala,
statens handikappråd,
hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04),
sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri),
Svenska kommunförbundet,
Landstingsförbundet,
Stockholms läns landstingskommun,
Uppsala läns landstingskommun,
Södermanlands läns landstingskommun,
Östergötlands läns landstingskommun,
Jönköpings läns landstingskommun,
Kronobergs läns landstingskommun,
Kalmar läns landstingskommun,
Blekinge läns landstingskommun,
Kristianstads läns landstingskommun,
Malmöhus läns landstingskommun,
Hallands läns landstingskommun,
Göteborgs och Bohus läns landstingskommun,
Älvsborgs läns landstingskommun,
Skaraborgs läns landstingskommun,
Örebro läns landstingskommun,
Västmanlands läns landstingskommun,

Kopparbergs läns landstingskommun,
Gävleborgs läns landstingskommun,
Västernorrlands läns landstingskommun,
Jämtlands läns landstingskommun,
Västerbottens läns landstingskommun,
Norrbottens läns landstingskommun,
Malmö kommun,
Göteborgs kommun,
Gotlands kommun,
Tjänstemännens centralorganisation (TCO),
Landsorganisationen i Sverige (LO),
Centralorganisationen SACO/SR (SACO/SR),
Svenska arbetsgivareföreningen (SAF),
Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF),
Svenska kommunalarbetareförbundet,
Sveriges läkarförbund,
De handikappades riksförbund (DHR),
Handikappförbundens centralkommitté (HCK),
Pensionärernas riksorganisation (PRO),
Sveriges folkpensionärs riksförbund (SFRF),
Svenska läkaresällskapet och
Rädda Barnens Riksförbund

Kommittén för utredning av vissa frågor rörande sjukvårdens inre organisation (S 1977:02), Värmlands läns landsting, Patienternas riksförbund, Sveriges allmänna patientförening och Vårdkonsumenternas riksförbund har beslutat avstå från att avge yttrande.

UHÄ och SACO/SR har bifogat yttranden som de inhämtat från universiteten resp. vissa fackförbund. Dessa yttranden ingår i sammanställningen. Till remissyttrandena bifogade reservationer eller särskilda yttranden refereras emellertid inte.

Yttranden från landstingens förvaltningsutskott och i några fall från sjukvårdsstyrelser har i remissammanställningen av praktiska skäl angivits som yttrande av vederbörande landsting.

2. Allmänna synpunkter

Flertalet remissinstanser delar utredningens uppfattning att målet för hälso- och sjukvården måste vara att uppnå närhet, helhetssyn, lättillgänglighet och kontinuitet i vården och att en decentralisering av vården till vårdcentraler som är geografiskt belägna så nära invånarna som möjligt är en väg att nå detta mål.

Remissinstanserna framhåller överlag att den bristande kontinuiteten i vården är ett allvarligt problem för både allmänheten och vårdpersonalen. Angelägenheten av att förbättra kontinuiteten i primärvården understryks

starkt. I remissyttrandena framhålls att sjukvården måste få en humanare inriktning och organiseras så att patienterna kan lära känna vårdpersonalen och kan känna trygghet och förtroende. Liksom utredningen anser flertalet av remissinstanserna att förbättring av kontinuiteten måste utvecklas stegvis.

Många remissinstanser anser att utredningens förslag att alla skall få en fast läkarkontakt är ett allmänt önskemål. Det övervägande antalet av remissinstanserna stöder också utredningens mening att allmänläkaren tillsammans med distriktssköterskan har en avgörande funktion när det gäller att skapa kontinuitet i primärvården.

I remissyttrandena betonas ofta att det är angeläget att fler läkarbesök kan ske inom primärvården – med beaktande av de principer om kontinuitet som utredningen föreslår – men att detta också kräver insatser såväl centralt som lokalt. Det framhålls att förutsättningarna för en god kontinuitet ytterst är en resursfråga och att en satsning på ökad utbildning med allmänmedicinsk inriktning därför måste prioriteras.

De flesta sjukvårdshuvudmännen har i sina remissvar också konstaterat att utredningens förslag ligger väl i linje med intentionerna i föreliggande sjukvårdsplaner för primärvårdens utbyggnad. Flertalet sjukvårdshuvudmän understryker att det avgörande hindret för att åstadkomma en god kontinuitet enligt utredningens tankegångar är bristen på distriktsläkare/allmänläkare och distriktssköterskor. Remissinstanserna framhåller vidare att utredningen på ett förtjänstfullt sätt samlat in erfarenheter om arbete som pågår i landet och utomlands i syfte att öka kontinuiteten i vården och att utredningen utgör ett intressant discussionsunderlag.

Bland områden som remissinstanserna anser att utredningen behandlat alltför kortfattat nämns möjligheten att inordna privatläkarna i husläkärsystemet, möjligheten att erbjuda hembesök och möjligheten att uppnå helhetssyn i vården genom samverkan med sociala serviceorgan. Vissa av utredningens förslag om hur man skall komma till rätta med kontinuitetsproblemen i sjukvården har även mött kritik från en del remissinstanser.

3. Kontinuitet

Utredningen tar upp begreppet kontinuitet i hälso- och sjukvården ur olika aspekter. Man kan för det första tala om en kortsiktig kontinuitet – vårdepisodkontinuitet – som avser att patienten får träffa en och samma läkare/vårdgivare vid en serie besök som sammantagna utgör en vårdepisod. För det andra urskiljer utredningen en mer långsiktig kontinuitet som innebär att den enskilde individen har en fast etablerad läkarkontakt som han kan vända sig till vid behov. Det är detta slags kontinuitet som husläkärsystemet representerar. För det tredje kan man tala om kontinuitet i vården, dvs. att det inte skall uppstå några ”glapp” i en vårdkedja som innebär att patienten vårdas på olika vårdnivåer och av olika personalkategorier. Enligt utredningens synsätt underlättas kontinuiteten i vården om patienten har en fast vårdgivarkontakt i sjukvårdssystemet som kan utgöra en sammanhål-

lande länk mellan olika vårdsinsatser och olika vårdnivåer.

Samtliga remissinstanser instämmer i angelägenheten av att ansträngningar görs för att förbättra kontinuiteten i kontakterna mellan patient och vårdgivare.

Socialstyrelsen ansluter sig till utredningens definition av "vårdepisodkontinuitet". I detta sammanhang framhåller styrelsen att vårdepisodkontinuitet inte bara aktualiseras inom primärvården. Det är minst lika viktigt inom såväl länssjukvården som regionvården att en patient vid en sjukdomsepisod som kräver ett flertal återbesök får träffa personal tillhörig samma grupp av vårdgivare och helst samma läkare vid olika besök. Förutom det självklara faktum att patienten oftast känner större trygghet vid en god vårdepisodkontinuitet, motiveras denna av såväl kvalitets- som effektivitetskrav. Socialstyrelsen anser det angeläget att huvudmännen och för vårdplaneringen ansvariga läkare på alla sätt underlättar möjligheterna att åstadkomma en god vårdepisodkontinuitet.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att beskrivningen av vad utredningen kallar "långsiktig kontinuitet" bygger på en föreställning om att det är möjligt att åstadkomma ett sjukvårdssystem, i vilket det skapas en mångårig fast relation mellan varje invånare och en viss bestämd läkare. Enligt socialstyrelsens mening är det inte realistiskt att bygga upp ett öppenvårdssystem med ett livslångt kontinuitetsbegrepp som utgångspunkt. Särskilt som den ökade rörligheten beträffande arbetsplats och bostad i vårt samhälle gör att det för ett stort antal människor är praktiskt omöjligt att bevara en långsiktig kontinuitet till en viss läkare. Styrelsen framhåller att rörligheten också är relativt stor för läkarnas del. Det är dessutom enligt styrelsens mening tveksamt om en långsiktig kontinuitet har avgörande betydelse för kvaliteten i vårdarbetet, t. ex. då en individ – efter flera år av god hälsa – drabbas av en sjukdom som inte har samband med någon tidigare sjukdomsepisod.

Beträffande "kontinuitet i vården", vilket innebär krav på en effektiv samverkan mellan olika personalkategorier och olika vårdnivåer, instämmer socialstyrelsen i att mycket kan göras för att förbättra informationen. Styrelsen framhåller att dessa problem sedan många år aktualiserats i dess tillsyns- och rådgivningsverksamhet. Styrelsen är också medveten om att många försök har gjorts på olika håll i landet att förbättra informationsutbytet. I pågående försöksverksamheter inom den öppna vården där socialstyrelsen är engagerad, t. ex. i Dalby, Tierp, Vilhelmina m. fl. orter spelar dessa frågor en central roll. Ett flertal Spri-projekt har också behandlat informations- och kommunikationsproblemen.

Landstingsförbundet betonar i likhet med utredningen betydelsen av den långsiktiga kontinuiteten. Såväl för patientens känslomässiga trygghet som för att kunna garantera en god vårdkvalitet är det angeläget att kontinuiteten förbättras. För vårdkvaliteten men kanske även för patientens möjligheter att förstå och se ett sammanhang mellan de åtgärder som vidtas är det dessutom

angeläget att söka nå det man kallar kontinuitet i vården. Det innebär att det inte skall uppstå några "glapp" i vården och behandlingen av en patient även om patienten måste få sin vård av olika personalkategorier och på olika vårdnivåer.

Gävleborgs läns landsting m. fl. remissinstanser framhåller att organisationen inom såväl primärvården som sjukhusverksamheten bör vara sådan att den i rimlig utsträckning tillgodoser samtliga tre kontinuitetsaspekter.

Flera remissinstanser bl. a. Malmöhus läns landsting framhåller att utredningen i första hand inriktat sitt arbete på kontinuitetsproblemen inom primärvården. Det anses dock vara angeläget att man även inom sjukhusen liksom mellan dessa och primärvården tillgodoser kraven på förbättrad vårdkontinuitet.

Stockholms läns landsting konstaterar att sett utifrån patienternas (befolkningens) synpunkt har behoven av långsiktig kontinuitet helt prioriterats i utredningens förslag. Möjligheten att i ett system värdera och prioritera mellan långsiktig kontinuitet och andra behov diskuteras mycket knapphändigt. Som exempel på andra behov nämns dels patientens behov att få komma snabbt till läkare om än inte till sin husläkare, dels behov av att söka "profilerad" allmänläkare vid vårdcentralen istället för egen husläkare.

Landstinget understryker vidare att utredningen i förslagen inte närmare har belyst behovet av kontinuitet i vården vid överförande från en vårdform till en annan. Detta problem inkluderar frågan om kommunikation mellan primärvården och andra vårdformer såsom somatisk akutvård, långvård och psykiatrisk vård. Till detta problemområde hör också frågan om läkarkontinuitet mellan öppen och sluten vård, dels inom primärvården (mottagning, hemsjukvård, lokala sjukhem) dels inom andra vårdformer (t. ex. akutsomatisk vård). Enligt landstingets mening torde denna typ av kontinuitet, som för primärvårdens del huvudsakligen gäller äldrevården kunna stå i viss motsatsställning (krav på läkartid) till den "husläkarkontinuitet", som utredningen föreslår.

Sveriges läkarförbund erinrar om att kontinuiteten vid specialistmottagningar och hos privata vårdgivare i rent kvantitativa termer utgör ett minst lika viktigt område som den offentliga allmänläkarvården och finner att utredningen lämnat dessa frågor åt sidan. Vidare menar läkarförbundet att utredningen underskattat värdet av s. k. vårdepisodkontinuitet samt möjligheterna att åstadkomma kontinuitet av mera långvarigt slag vid sjukhus.

4. Kontinuitetshinder

Utredningen framhåller som särskilda problem vad gäller upprätthållandet av patient/läkarkontinuiteten följande förhållanden:

- Otillräckligt antal läkare, framförallt då vidareutbildade läkare.
- Läkarnas "ledigheter" (semestrar, kurser, sammanträden m. m.).
- Läkarnas jourtjänst och därmed jourkompensationsledighet.
- Läkare under utbildning (korta tjänstgöringspass på grund av utbildningssystemets rotationstjänstgöring).

Utöver dessa faktorer nämner utredningen även en stor andel akutfall jämfört med tidsplanerade besök, patientbesök vid sjukhusmottagningar som av rent medicinska skäl inte kräver specialistvård, samt inte minst, reglerade och successivt förkortade arbetstider även för läkarkåren.

Socialstyrelsen anser att utredningens analys av kontinuitetshinder är ofullständig. Bland annat torde läkarnas arbetsinnehåll i en förändrad sjukvårdsorganisation kunna studeras mer utförligt. En icke ringa del av läkarnas arbete upptas numera av verksamheter som inte innebär direkt patientkontakt. Exempel på sådana arbetsuppgifter är miljöinriktad förebyggande verksamhet vilken förutsätter att tid finns för samverkan med organ i samhället som har befogenheter att vidta förbättringar i den lokala miljön. Samverkan med socialvården och andra primärkommunala verksamheter förutsätter också tid för träffar och konferenser för att i det patientanknutna arbetet planera och genomföra samordnade insatser. För att primärvårdsorganisationen skall fungera tillfredsställande krävs arbetsledning, planering och utveckling av den egna verksamheten. Dessa arbetsuppgifter måste beaktas vid planeringen av inte bara läkarnas utan all personals arbetsinsatser för att man skall uppnå bästa möjliga kontinuitet i vårdarbetet.

Socialstyrelsen framhåller också att det splittrade utbudet av öppenvårdsaktiviteter av olika slag har identifierats som en av de väsentligaste orsakerna till att hälso- och sjukvården för närvarande inte erbjuder en tillfredsställande kontinuitet.

Flertalet sjukvårdshuvudmän understryker starkt att det främsta kontinuitetsproblemet är bristen på allmänläkare/distriktsläkare och distriktssköterskor. Angelägenheten av att bristen på allmänläkare hävs framhålls särskilt och man betonar att alla åtgärder bör vidtas som kan förändra utvecklingen till det bättre.

Bl. a. *Kristianstads läns landsting* framhåller svårigheten att planera för 100 %-ig kontinuitet även vid fulltalig bemanning beroende på läkarnas ledigheter av olika slag, rörligheten i allmänläkarkåren m. m.

Flera landsting nämner också att även då samtliga allmänläkartjänster är ordinariebesatta, kommer många FV- och AT-läkare att finnas vid vårdcentralerna antingen vid sidan av husläkaren eller som vikarier. Utbildningssträvandena kommer således att motverka kontinuitetssträvandena.

Faktorer som t. ex. läkarnas ledigheter för semestrar, kurser, sammanträde m. m. samt kompensationsledighet för jourtjänstgöring och rotationstjänst-

göring anser bl. a. *Östergötlands, Kristianstads och Kopparbergs läns landsting* går att påverka med vårdplaneringsmetoder.

Stockholms läns landsting nämner bland faktorer som kan försvåra kontinuiteten i framtiden – förutom den ökande andelen AT- och FV-läkare – ökat öppethållande vid vårdcentralerna, minskad tid för mottagningsverksamhet p. g. a. det ökade innehållet i primärvården och den ökande andel tid som kommer att gå åt för efterutbildning, konferenser m. m. samt eventuell arbetstidsförkortning.

Västerbottens läns landsting framhåller att förutsättningarna för en förbättrad kontinuitet inte enbart gäller att rekrytera distriktsläkare utan även distriktsköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Svenska kommunalarbetsareförbundet understryker att möjligheten att etablera en kontinuerlig kontakt mellan läkare och patient inte främst hänger samman med valet av visst administrativt system, utan avgörs av de resurser i form av personal, utbildning och inrättningar som samhället förmår att skapa. För kommunalarbetsareförbundet framstår det emellertid som oklart om de resurser som en god kontinuitet kräver verkligen kan komma till stånd.

5. Primärvårdens utbyggnad

Utredningen har funnit det nödvändigt att vidga perspektivet på kontinuitetsfrågan till att inte enbart avse hur man kan förbättra kontinuiteten i kontakterna mellan patient och vårdgivare utan har även tagit in överväganden om var inom sjukvårdssystemet som denna kontinuitet bäst skulle kunna förverkligas och i vilka organisatoriska former.

Socialstyrelsen delar utredningens uppfattning att förutsättningarna för en god kontinuitet är bäst inom primärvården. Av bl. a. detta skäl är det angeläget att det sker en successiv planmässig omfördelning av resurserna mellan den sjukhusbundna vården och primärvården. Styrelsen pekar härvid på att ännu år 1983 beräknas mer än hälften av samtliga läkarbesök komma att ske vid sjukhus. Socialstyrelsen understryker samtidigt att utredningen inte har behandlat förutsättningarna för planering av primärvårdens verksamhet. Dimensioneringen av resurser och fördelningen av ansvar och arbetsuppgifter kräver ett ingående planeringsarbete som delvis bör ske tillsammans med företrädare för primärkommunala organ så att samverkan inom olika vårdområden – t. ex. barnomsorger, äldreomsorger, miljövård etc. – kan åstadkommas.

Statskontoret anser att utredningens förslag till lösning av kontinuitetsfrågorna inom den öppna vården genom införande av ett husläkarsystem är intressant. Samhällets resurser för ett genomförande bör dock klarläggas mer än vad som redovisas i betänkandet. Enligt statskontorets mening bör därför

förslaget övervägas ytterligare så att ett slutligt ställningstagande kan baseras på en bedömning av husläkarsystemet som en del i samhällets samlade vårdssystem.

Statskontoret framhåller vidare att sjukvårdshuvudmännens långsiktiga sjukvårdsplanering i högsta grad påverkas av utredningens förslag till lösning av kontinuitetsfrågorna och ett genomförande därför måste planeras med största omsorg för att även utnyttja redan gjorda investeringar i öppen vård. Ett för snabbt genomförande kan leda till felinvesteringar och dåligt resursutnyttjande. Genomförandet kan därför ta längre tid än utredningen tänkt sig. Statskontoret påpekar att prioriterar man allmänläkarområdet så har man samtidigt lågprioriterat den specialiserade sjukvården. Här måste enligt statskontorets uppfattning en total avvägning göras mellan allmänläkarna vid läkarcentraler och specialistläkarna vid sjukhusens öppna mottagningar för att en optimal lösning skall erhållas. Även samordning med de parallella vårdsystemen – privatläkarnas verksamhet, företagshälsövården, skolhälsovården och förbandssjukvården måste beaktas bättre.

Landstingsförbundet framhåller att det för patientens upplevelse av kontinuitet och trygghet kommer att vara av avgörande betydelse hur primärvården organiseras. Det är inte endast genom något speciellt tekniskt system som det blir möjligt att klara kontinuiteten. Den grundläggande förutsättningen är att tillräckligt många färdigutbildade läkare är beredda ta fast anställning i primärvården över hela landet. Landstingsförbundet anför vidare bl. a. följande.

”De förslag som presenteras av kontinuitetsutredningen bygger på att en utbyggnad av primärvården och dess vårdcentraler skall ske och att detta skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet. I dessa delar liksom beträffande den starka betoningen av allmänläkarna och distriktssköterskorna som kontinuitetsbärare ligger utredningens förslag väl i linje med pågående utveckling och med den verksamhetsinriktning som bl. a. Landstingsförbundet arbetar för. Inriktningen på att förbättra kontinuiteten är också i linje med pågående och planerad utveckling inom hälso- och sjukvården. Utredningens förslag bygger sålunda på ett primärvårdssystem med vårdcentraler, vilket är angeläget att understryka.”

Sjukvårdshuvudmännen konstaterar också med några få undantag att utredningens tankegångar beträffande strävandena att förbättra kontinuiteten väl sammanfaller med intentionerna i föreliggande planer för den öppna närsjukvården. Det framhålls att husläkarförslaget till sin grundidé finns utvecklat i de sjukvårdsplaner som lagts fram eller är under utarbetande, dock ibland med reservation för utredningens tidshorisont för förverkligandet. Vidare understryks starkt att det resursmässigt handlar om att bygga ut primärvården med tillräckligt antal vårdcentraler och att det stora problemet därvid är tillgången på allmänläkare och distriktssköterskor. Flera landsting framhåller att ett husläkarsystem enligt utredningens intentioner väl kan

genomföras inom ramen för gällande primärvårdsplanering. Några landsting redovisar också att man redan realiserat planerna med vårdcentraler/hälsocentraler om ca 3-5 läkare i varje kommun.

Som exempel på vad sjukvårdshuvudmännen anfört beträffande primärvårdens utbyggnad refereras nedan kortfattat Stockholms, Skaraborgs, Kopparbergs och Västernorrlands läns landstings yttranden i berörda delar.

Stockholms läns landsting understryker att ett eventuellt genomförande av ett husläkarsystem måste infogas i den totala strategin för primärvårdens utbyggnad och får inte betraktas som en isolerad genomförandefråga. Landstinget framhåller vidare bl. a. att man bör undersöka hur ett husläkarsystem skall kunna byggas upp med dagens resurser och de resurser som successivt tillkommer med målet att nå ett önskat husläkarsystem. I sammanhanget bör beaktas att ett genomförande av utredningens förslag kräver fler allmänläkare och distriktssköterskor än Stockholms läns landsting räknat med i sina planer.

Skaraborgs läns landsting konstaterar att den vårdorganisation som är fastlagd för Skaraborgs län kommer att ligga till grund för vidareutvecklingen. Landstinget framhåller samtidigt att den i utredningen skisserade organisationen för primärvården i sina huvuddrag stämmer väl överens med de mål som uppställts för den kommunbaserade vården i Skaraborgs län. Landstinget vill dock betona att förutsättningarna för att uppfylla dessa mål i huvudsak är beroende på tillgången av allmänläkare och övrig personal och i mindre utsträckning på speciella tekniska system. Vidare framhåller landstinget bl. a. följande.

"I utredningen har preciserats ett antal grundläggande principer för en framtida primärvård. Det gäller till exempel begreppen om närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Utredningens förslag till modeller för ett husläkarsystem syftar till att uppfylla dessa mål.

I planerna för utbyggnaden av den kommunbaserade vårdorganisationen i Skaraborgs län har dessa begrepp funnits som uttalade målsättningar under den senaste 10-årsperioden. Landstinget fastställde år 1968 principerna för utbyggnaden av vårdcentraler som centrum för en samordnad hälso-, sjuk- och socialvårdsorganisation i kommunen. Därvid fastslogs att primärvården skall ha ansvaret för vårdservicen och se till att den enskilde vid varje tillfälle får tillgång till adekvata resurser. Primärvården skall också ha ansvar för att samverkan i vårdarbetet sker med andra organ på kommunnivå.

Förankringen i den lokala samhällsmiljön möjliggör för människor att veta vart de skall vända sig för att få information, stöd och hjälp i frågor som rör deras hälsa och välbefinnande. I detta sammanhang är den personliga kontakten av avgörande betydelse. I linje med den tanken ligger att patienterna vid besök hos hälso- och sjukvården i största möjliga utsträck-

ning bör träffa samma personal. Detta stärker kraven på att vårdresurserna så långt som det organisatoriskt, rekryteringsmässigt och ekonomiskt är möjligt decentraliseras inom kommunerna.”

Kopparbergs läns landsting:

I Kopparbergs läns landsting finns sannolikt landets mest decentraliserade sjukvård. Vid sammanlagt 32 sjukvårdsinrättningar, sjukhus, vårdcentraler m. m. drivs sjukvård och finns primärvårdsresurser som gör att de flesta invånare trots landstingets geografiska storlek har relativt kort väg till sin läkarstation. Undantaget utgör norra länsdelen där avstånden p. g. a. en utpräglad glesbygd ändå är avsevärda.

Landstinget har god erfarenhet av denna decentraliserade vård – trots den ovan redovisade bristen på allmänläkare. De decentraliserade vårdcentralerna eller läkarstationerna kommer enligt nuvarande sjukvårdsplan att under perioden fram till 1985 ytterligare att förstärkas. Landstinget delar alltså utredningens uppfattning att en stor och ökande del av läkarbesöken kan och bör ske inom primärvården. Utan denna utveckling kan tillfredsställande kontinuitet aldrig uppnås.

Västernorrlands läns landsting:

Inledningsvis vill förvaltningsutskottet gå tillbaka till den vid landstingsmötet hösten 1974 beslutade ”Framtida hälso- och sjukvårdsorganisationen för Västernorrlands län”. I de sjukvårdspolitiska överväganden som där gjordes finns en medveten strävan mot mindre resurskrävande sjukvård. Okomplicerade och vardagliga medicinska hjälpbehov liksom hälsovård och sociala stödåtgärder samordnas och utformas som närhetsservice i anslutning till bostad, skola och arbetsplats. Ambitionsnivån angavs för den öppna vården motsvarande 3,1 sjukvårdsbesök per invånare och år 1985, varav minst 50 % i genomsnitt bör ske hos allmänläkare. Med välutrustade läkarmottagningar och personella resurser skulle en närservice byggas upp som någon slags ”familjedoktor”.

Enligt utredningen är en ökad satsning på allmänläkarvården en av de viktigaste uppgifter som nu måste lösas i vår sjukvårdspolitik. Uppbyggnaden av primärvården och med vårdcentraler som basen i hälso- och sjukvårdssystemet ligger väl i linje med den utveckling som pågår och med den verksamhetsinriktning som förvaltningsutskottet arbetar för. Genom att utveckla verksamheten vid dessa vårdcentraler kan kontinuiteten i vården förbättras – speciellt viktigt för utsatta grupper och de äldre och barnen. Detta uppfattar också förvaltningsutskottet som den egentliga innebörden i husläkarsystemet.

I anslutning till att angelägenheten av en ökad satsning på primärvård och allmänläkarvård framhålls, uttalar *flera remissinstanser* att förverkligandet av detta måste bli en av de viktigaste uppgifterna i sjukvårdspolitiken.

Norrbottens läns landsting är t. ex. odelat positiv till kontinuitetsutredningens värderingar av primärvården och allmänläkaren men anser att utredningen i sakfrågan på ett olyckligt sätt glidit över huvudproblemet och koncentrerat sig på en aspekt av kontinuitetsproblematiken som ligger längre bak i problemkedjan. Enligt landstingets mening bör nu det värdefulla i kontinuitetsutredningen – synen på primärvården/allmänläkaren – tas till vara och läggas till grund för ett riksdagsbeslut om målmedveten uppbyggnad av en primärvård baserad på allmänläkare och om kraftfulla åtgärder för att styra läkarresurser till primärvården. Det sistnämnda framhålls som mycket viktigt. Alla vägar måste prövas för att få fler läkare engagerade i allmänläkarverksamhet. Den av kontinuitetsutredningen föreslagna kompletteringsutbildningen av specialistläkare måste för att få effekt förmodligen följas upp med begränsningar av läkartjänsterna vid sjukhus anser landstinget. Även i övrigt måste läkartjänstfördelningen på ett konsekvent sätt anpassas till behoven inom de av samhället prioriterade vårdområdena. Vidareutbildningens kapacitet, innehåll och uppläggning måste också ses över och klart inriktas på dessa områdens behov. Kan en sådan utveckling åstadkommas så är möjligheterna goda att inom primärvårdens ram uppnå den allmänt eftersträfvade kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare.

Kopparbergs läns landsting understryker att stora variationer föreligger mellan sjukvårdshuvudmännen beträffande möjligheterna att genomföra utbyggnaden av allmänläkarvården och möjligheterna att besätta befintliga tjänster. Även om utvecklingen kommer att ske med varierad hastighet inom de olika sjukvårdsområdena ankommer det på socialstyrelsen att se till att tillgången på allmänläkare blir någorlunda jämt fördelad inom riket. Landstinget betonar särskilt att inrättandet av nya tjänster därför måste ske med noggrannare matchning av tjänster mot faktiskt existerande vidareutbildade läkare så att inte en eventuell reform innebär ett dränage av glesbygdens öppna sjukvård. *Västerbottens läns landsting* pekar också på att en viktig uppgift blir att fördela antalet block mellan utbildningsenheterna på ett sådant sätt att en jämn regional fördelning erhålls av antalet utbildade läkare.

Göteborgs och Bohus läns landsting konstaterar i samband med frågan om central fördelning eller styrning bl. a. följande.

”Eftersom tillgången på allmänläkare varierar kraftigt i olika delar av landet måste man kanske räkna med en fortsatt central fördelning/styrning. Landstinget som idag har en relativt god tillgång på allmänläkare kommer i ett sådant uppbyggnadsskede att få ”vänta” på att andra landsting skall komma ikapp. Själva metoden att tvångsvis fördela resurserna – om detta överhuvudtaget är möjligt – kan starkt ifrågasättas.”

Örebro läns landsting föreslår att man försöker finna en enklare form för att göra primärvården tillgängligare. Enligt landstingets uppfattning kan det lämpligast ske genom att stimulera sjukvårdshuvudmännen till att påskynda sin utbyggnad av vårdcentraler.

Älvsborgs läns landsting anser det vara olyckligt om förutsättningarna för införande av ett husläkarsystem framtvingas genom åtgärder som på lång sikt kan medföra negativa konsekvenser t. ex. genom åtgärder för att öka antalet allmänläkare snabbare än utbildningssystemet egentligen tillåter. Landstinget anser således att ett alltför snabbt framtvingande av det föreslagna systemet bör undvikas och att man under inga omständigheter får avveckla en – om än med brister – fungerande organisation förrän man tillskapat någonting nytt i dess ställe.

6. Allmänläkare – specialistläkare

Utredningen framhåller att allmänläkaren har en central roll i primärvården. Allmänläkaren är enligt utredningens förslag den fasta läkarkontakt som anges i direktiven till utredningen. Men allmänläkaren är inte och bör – enligt utredningen – heller inte vara något slags specialist på "det mesta". Specialistläkarens särskilda kunnande skall tas i anspråk när så behövs men hans huvudsakliga funktion blir att vara konsult åt allmänläkaren. Detta synsätt gäller för samtliga specialitetsföreträdare, även barnläkare, gynekologer och psykiatriker.

Utredningen ser det som önskvärt att alla medlemmar i en familj knyts till samma läkare som alltså fungerar som "familjeläkare". Utredningen understryker därvid att vården naturligtvis skall ske i samverkan med övrig vårdpersonal, varvid utredningen lägger särskild vikt vid distriktssköterskans kontinuitetsfunktion.

Övervägande delen av remissinstanserna instämmer i utredningens åsikt att allmänläkaren skall vara den läkare som har huvudrollen inom primärvården. *Flertalet sjukvårdshuvudmän* delar också utredningens synpunkter beträffande specialistläkarens roll inom primärvården.

Utredningens betoning på den allmänläkarutbildade distriktsläkaren står också helt i överensstämmelse med *landstingsförbundets* uppfattning.

Enligt *socialstyrelsens* mening bör målet att tillgodose en långsiktig kontinuitet genom en organisation där allmänläkaren skall ges ett förstahandsansvar för alla invånares hälsotillstånd inte prioriteras så högt att man förlorar de väsentliga kvalitetsaspekter som måste läggas på utformningen av en lättillgänglig och differentierad primärvård. Socialstyrelsen kan av kvalitetsskäl inte heller acceptera utredningens resonemang om att husläkaren i princip skall vara verksam som "familjeläkare" dvs. att alla medlemmar i en familj skall anknytas till en och samma allmänläkare. Socialstyrelsen hävdar att differentierade resurser inom primärvården är en

förutsättning för kvalitet och säkerhet i vårdarbetet. Likaså anför socialstyrelsen att vårdepisodkontinuitet är väsentlig för kvalitet och säkerhet och att denna upprätthålls bäst i en primärvårdsorganisation med differentierade resurser.

Socialstyrelsen anför vidare att ett genomförande av kontinuitetsutredningens nu framlagda förslag beträffande en viss del av primärvården – allmänläkarvården – skulle försvåra det påbörjade utvecklingsarbetet beträffande primärvårdens krav på läkarkompetens m. m. Socialstyrelsen finner vidare förslaget vara ensidigt inriktat på allmänläkarens mottagningsverksamhet och filterfunktion framför de som konsulter betecknade specialisterna. Kontinuitetsmålet kommer härigenom enligt socialstyrelsens mening i konflikt både med tillgänglighetsmålet och kvalitets- och säkerhetsmålet.

Socialstyrelsen kan således inte dela utredningens syn på arbetsfördelningen mellan allmänläkare och specialiserade läkare inom primärvården. Det är enligt styrelsens mening möjligt att organisera arbetet inom primärvården så att en vårdsökande kan få direkt tillgång till den läkare i primärvårdsområdet som har lämplig kompetens utan att först behöva vända sig till en allmänläkare för att få vårdbehovet prövat. Med den av utredningen föreslagna modellen för allmänläkarverksamhet "vid fronten" skulle utvecklingen av en differentierad vård brytas. Förslaget innebär därför i realiteten en återgång till det provinsialläkarsystem som fanns innan sjukvårdshuvudmännen började inrätta tjänster för specialistläkare utanför sjukhuskliniker. Såväl barnläkare, gynekologer och psykiater som andra specialister har enligt styrelsens uppfattning betydelsefulla uppgifter i primärvårdsorganisationen vid sidan av allmänläkare. Samtliga distriktsläkare – oberoende av vidareutbildning – har många arbetsuppgifter som kan betraktas som gemensamma. Den lämpligaste arbetsfördelningen mellan distriktsläkarna inom varje primärvårdsområde kan göras enligt principer som närmare utvecklas i rapporten "Primärvård – innehåll och utveckling".

Socialstyrelsen anser att husläkarbetänkandets användning av begreppet "konsult" ger upphov till oklarheter bl. a. ifråga om ansvarsreglerna. Enligt styrelsens mening bör begreppet "konsult" endast användas då länssjukvårdens och regionvårdens läkare anlitas av primärvården. Primärvårdens specialiserade läkare – barnläkare, gynekologer etc. – kan stundom behöva anlita konsulter från länssjukvården likaväl som allmänläkarna. Enligt socialstyrelsens mening bör ett remissförfarande härvid vara huvudregeln bl. a. för att tillgodose kravet på kontinuitet i vården.

Styrelsen framhåller att läkare med vidareutbildning inom allmänläkarvård och läkare med annan vidareutbildning (specialister) således bör placeras som distriktsläkare sida vid sida i en primärvårdsorganisation och gemensamt ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i samverkan med bl. a. socialvården. Genom successiva förändringar i sjukvårdslagstiftningen fick huvudmännen år 1973 också möjlighet att såsom distriktsläkare anställa

såväl allmänläkare som läkare med specialistutbildning och distriktsöverläkare med administrativt ansvar motsvarande klinikcheferna vid sjukhusen kunde utses. Planerings- och ledningsuppgifterna kan därmed utföras inom en primärvårdsorganisation i syfte att tillgodose krav på tillgänglighet, vårdkvalitet och kontinuitet m. m. Enligt socialstyrelsens uppfattning saknas således grund för att döma ut en organisationsmodell som är under utveckling hos flertalet sjukvårdshuvudmän.

Jönköpings läns landsting understryker att den trend till en allt mer omfattande subspecialisering som under de senaste årtiondena ägt rum på bekostnad av en utbyggd allmänläkarvård snarast måste ändras. Landstinget instämmer i uppfattningen att sjukvården redan passerat den nödvändiga specialiseringsnivån och att kostnaderna för ytterligare subspecialisering är alltför omfattande och kapitalintensiv i förhållande till de marginella effekter som uppnås. Under resten av detta århundrade måste därför en kraftig styrning ske från samhällets sida vad gäller utbildning av läkare så att de grundläggande förutsättningarna för en förbättrad öppen vård utanför sjukhusen kan uppnås.

Blekinge läns landsting anser i likhet med utredningen att en ökad satsning på allmänläkarsidan är en av de viktigaste uppgifterna inom sjukvårdspolitiken. Allmänläkaren bör enligt landstinget vara en läkare för alla ålderskategorier såväl barn som vuxna, och specialisternas huvudsakliga funktion i primärvården bör mer vara att utgöra konsulter åt allmänläkarna än att själva svara direkt för patientvård. Av betydelse i sammanhanget anser landstinget vidare vara att dagjourverksamhet måste bedrivas vid varje vårdcentral och där engageras då enbart allmänläkare.

Gävleborgs läns landsting anför beträffande utredningens synpunkter på specialistläkarens roll i primärvården att det inom Gävleborg finns en utveckling mot att specialistverksamheten sjukhusbaseras och erhåller konsultuppgifter i primärvården. Som exempel nämns Hudiksvall-Ljusdalsmodellen som innebär att bl. a. medicin- och kirurgklinikerna i Hudiksvall har daglig mottagningsverksamhet även i Ljusdal.

Även *Västerbottens läns landsting* redovisar att i den sjukvårdsplanering som antagits för landstinget har klart betonats att primärvården skall ombesörjas av allmänläkare och att läkarinsatserna vid barna- och mödravårdscentralerna i princip skall utföras av allmänläkare liksom att specialistläkarnas roll i primärvården är konsultens. Utredningens åsikter i dessa frågor överensstämmer således med landstingets ställningstaganden.

Kopparbergs läns landsting konstaterar att helhetssyn på patienten, möjligheten att känna patienten som individ, kännedom om familjen och om patientens sociala miljö ger underlag för god diagnos och bra vård för flertalet fall i svensk sjukvård. Särskilt viktigt är enligt landstinget en sådan helhetssyn för de äldre patienterna med ofta återkommande vårdbehov och med komplexa sjukdomstillstånd där sociala problem ofta spelar en viktig

roll. Detta kräver en bred utbildningsbakgrund hos allmänläkaren kompletterad med tillgång till specialister såsom konsulter.

Hallands läns landsting biträder utredningens förslag att allmänläkaren skall göras till huvudansvarig för all primärvård och att specialister (barnläkare, gynekologer) skall medverka som konsulter. Detta innebär emellertid en principiell ändring gentemot den av landstinget antagna sjukvårdsplanen för Hallands läns landsting, och landstinget säger sig ännu ej vara beredd att ange i vilken takt denna omläggning kan ske. Viss reaktiverings- och vidareutbildning av distriktsläkare, som under lång tid ej handhaft BVC-verksamhet, anses nödvändig. Vad gäller MVC-verksamheten är landstinget ännu inte klar över vilka krav en ev. omläggning skulle ställa på distriktsläkarna i utbildningshänseende.

Vidare framhåller landstinget att den förändring som eftersträvas mot mer allmänläkarvård måste föregås av både bättre utbildning och mer information till allmänheten. Att som patient kunna lita på att den vård som erbjuds är den bästa möjliga vid varje tidpunkt är ett krav som i första hand måste tillgodoses.

Östergötlands läns landsting redovisar bl. a. att man vid ställningstagandena till avgränsning av primärvårdsområden beslutat att tjänster för specialistläkare i öppen vård utanför sjukhus inte skall inrättas. Eventuellt behov av specialistläkarvård vid vårdcentraler bör i istället tillgodoses genom konsulttjänst från sjukhusen. Dessa principer omfattade samtliga specialister med undantag för pediatrik (barnmedicin) då den gällande sjukvårdsplanen föreslog att distriktsbarnläkare skulle knytas till flertalet vårdcentraler för att omhänderha barnsjukvården (inkl. barn- och skolhälsovården) inom vårdcentralens upptagningsområde. Sjukvårdsplanen förutsätter härvid att distriktsbarnläkare tillsammans med allmänläkare skall svara för den s. k. allmänläkarjouren. Avsteg från principen om att endast specialist inom barnsjukvård skall ingå i primärvården har, av geografiska skäl, gjorts i några fall.

Stockholms läns landsting anser att ett husläkarsystem kan ge en bra bas för samverkan mellan allmänläkare resp. distriktssköterska och olika specialistfunktioner. Landstinget delar vidare utredningens uppfattning att specialistläkaren i princip skall ses som konsult till allmänläkaren samt att allmänläkaren skall ses som en husläkare för samtliga generationer. Vidare anför landstinget bl. a. följande.

”Vid dimensionering bör en grundläggande förutsättning vara att endast de patienter som bedöms vara i behov av specialistläkarens kompetens och resurser skall vårdas på denna nivå. Det får dock förutsättas att resp. specialistläkare får ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att ge dem tillräckligt antal fall med behov av specialistläkarens kompetens och resurser. Utan ett sådant underlag torde risk finnas för att kompetensen successivt kan förfläckas om de från specialistsynpunkt enklare fallen, som i stor utsträck-

ning skulle kunna behandlas av kompetenta allmänläkare, tar i anspråk för stor del av specialistläkarens tid och resurser. Dessutom är detta till förfång för de patienter som obetingat har behov av specialistbehandling och medför också risk för att allmänläkarrollen kan urholkas genom ett alltför snävt och ensidigt patientunderlag. En i framtiden bättre fördelning av patienter mellan specialistläkare och allmänläkare förutsätter emellertid att en kontinuerlig efterutbildning för de senare är möjlig.”

Älvsborgs läns landsting anför bl. a. följande synpunkter beträffande allmänläkarens funktion.

”Allmänläkarnas utbildningsbas ger dem goda förutsättningar att sköta en stor del av människans normala sjukvårdsbehov. I landstingets sjukvårdsplan framhålls att allmänläkarna själva skall omhänderta diagnostik och behandling vid de tillstånd, som enligt gällande medicinsk uppfattning ej kräver specialistvård. Allmänläkarna skall också utgöra den samordnande och kontinuitetsbevarande funktionen då skilda specialister och sjukvårdsinstitutioner behöver anlitas samt att i samarbete med specialisterna kontrollera genomförandet och resultatet av insatta åtgärder.

Man får emellertid inte förbise det faktum att allmänläkarnas breda utbildning även kan utgöra en begränsning, då vissa sjukdomstillstånd fordrar ett fördjupat specialistkunnande, som allmänläkaren omöjligen kan besitta inom hela det medicinska spektrat. Om man eftersträvar en kvalitativ höjning av primärvårdens medicinska standard torde specialistföreträdarna bäst kunna tillgodose detta önskemål. Allmänläkarna har emellertid utan tvekan de bästa förutsättningarna att uppfylla eventuella önskemål om lättillgänglighet och personlig kännedom om individen och hans fysiska och sociala villkor.

Allmänläkarna torde med viss fördjupning av sin nuvarande utbildning vara väl lämpade att med konsultstöd från berörda specialister få ett större vårdansvar inom såväl barnhälsovården som långtidssjukvården. Helhetssynen – familjevårdsprincipen – torde härigenom kunna tillgodoses på ett tillfredsställande sätt, utan att man gör avkall på vårdkvaliteten.”

Uppsala läns landsting finner att utredningens synsätt – allmänläkaren ”vid fronten” och specialisten som konsult – inte präglar den utbyggnad av barnmedicinsk och gynekologisk verksamhet i primärvården som pågår inom Uppsala län och på andra håll i landet. Landstinget anser att det inom primärvårdsorganisationen bör finnas specialistläkare i barnmedicin och gynekologi med uppgift att också ha en samordnande funktion inom resp. verksamhetsområde, varvid allmänläkarens behov av konsultinsatser också kan tillgodoses.

Göteborgs och Bohus läns landsting anser det vara önskvärt att man inom primärvården har andra läkarresurser som ger ett kompetenstillskott inom olika medicinska verksamhetsområden, främst inom barnsjukvård och gynekologi samt eventuellt också inom psykiatri. Vidare anför landstinget bl. a. följande.

”Den långsiktiga kontinuiteten i vården, som utredningen vill värna om, behöver inte bli särskilt lidande härav om det finns specialistläkare i primärvården inom ovannämnda medicinska verksamhetsområden. Därjämte bör beaktas att den s. k. vårdepisodkontinuiteten, som är minst lika viktig för den enskilde patienten, borde förbättras något. Samtidigt erhåller man fördelar med en kompetensförstärkning, som ger primärvården möjligheter att ta på sig ett ökat ansvar för invånarnas hälsotillstånd.

Dessa andra specialistläkare bör väsentligen fungera som konsultläkare. Men det innebär å andra sidan inte att alla dessa läkare administrativt bör tillhöra länssjukvården.

Då man inom ett primärvårdsområde har underlag för en hel tjänst, vilket naturligtvis måste bedömas med hänsyn till de lokala förhållanden i de enskilda fallen, bör tjänsten ifråga administrativt knytas till primärvården och vara en tjänst som distriktsläkare.

Samtidigt är det emellertid viktigt att ge dessa specialistläkare möjligheter att utveckla sin särskilda medicinska kompetens. Detta i sin tur förutsätter insatser från länssjukvårdens sida i utbildningshänseende men också i andra hänseenden som underlättar samarbetet mellan primärvården och länssjukvården. Det vore också felaktigt att hänvisa det kommande tillskottet av nu nämnda specialistläkare till länssjukvården för att ytterligare förstärka resurserna på denna nivå när önskemål finns att primärvården skall förstärkas.”

Direktionen för akademiska sjukhuset anser att ett visst antal specialister, framförallt inom ämnesområdena barnmedicin och gynekologi/obstetrik, bör finnas på vårdcentralnivå. Det skulle vara ett steg tillbaka om den utveckling mot utnyttjande av dessa specialister på vårdcentralnivå som nu är igång stoppades upp. Givetvis måste det här bli frågan om en avvägning av vad som skall skötas av allmänläkare och vad som skall skötas av specialist. Direktionen kan tänka sig konstruktioner av den typen att kanske tre vårdcentraler om vardera fem läkare slås samman till ett primärvårdsområde, och att det vid detta primärvårdsområde finns specialisttjänster i öppen vård i barnmedicin och gynekologi/obstetrik som tjänstgör på de olika vårdcentralerna. På liknande sätt skulle även andra specialister, t. ex. kirurger, kunna knytas till vårdcentralerna.

Västmanlands läns landsting finner det svårt att i nuläget precisera ett klart ställningstagande till utredningens tankegångar och till det slutliga behovet av specialistläkare i primärvården då antalet allmänläkare och deras utbildning byggts ut i enlighet med utredningens planer. Med hänsyn till primärvårdens delmål angående lättillgänglighet samt kvalitets- och säkerhetskrav räknar landstinget även i fortsättningen med att vissa specialister, skall ingå i primärvården, så t. ex. bör specialister i öron-, ögon-, kvinno- och barnsjukvård alltför få vara placerade vid de större vårdcentralerna (Köping, Sala och Fagersta). I Västerås med närheten till specialistkliniker kan dock

frågan om specialister vid kommundelsvårdcentralerna bli en annan. Landstinget föreslår därför att specialistläkarnas omfattning och ställning inom primärvården ytterligare övervägs.

SHSTF stöder utredningens förslag att det är distriktsläkaren (allmänläkaren) som tillsammans med distriktssköterskan har en nyckelfunktion och närkontakten till de våldsökande. Det är därför viktigt att dessa personer har så bred utbildning och erfarenhet att de vid behov kan lotsa patienten vidare till rätt instans. SHSTF:s ställningstagande på denna punkt sker bl. a. mot bakgrund av förhållandet att specialiseringen inom sjukvården har inneburit att resurserna övervägande har gått till den slutna vården. Detta har givetvis varit befrämjande för den medicinska utvecklingen. Den våldsökande har dock genom denna styrning upplevt främlingskap inom de stora enheterna och otrygghet genom att slussas mellan olika specialistfunktioner. Ansvar för och helhetssynen på hela människan har genom detta blivit lidande. Eftersom primärvården avses ha ett primärt ansvar för befolkningens hälsa inom ett geografiskt avgränsat område bör allmänläkaren ha ett samlat ansvar för detta menar SHSTF.

SHSTF konstaterar vidare att utredningen föreslår att specialistläkarna inom vårdcentralerna antingen skall fungera som konsulter eller efter kompletteringsutbildning erhålla allmänläkarkompetens. Detta bör enligt SHSTF:s mening inte utesluta att specialistläkare eller specialfunktioner ingår inom vårdcentralen. Möjligheter till att organisatoriskt kunna inlemma specialisterna i vårdcentralerna bör kunna få en lösning. SHSTF ställer sig tveksamt till att specialistläkare inom t. ex. mödra- och barnhälsovård skall "tvingas" till kompletteringsutbildning för att erhålla allmänläkarkompetens. Under ett utbyggnadsskede måste de resurser som finns tillvaratagas på bästa sätt och bedömas efter var och ens intresseinriktning och lokalt rådande befolkningsstruktur. På sikt torde utvecklingen kunna styras genom olika utbildningsinsatser. Även då det gäller mödra- och barnhälsovården, där specialutbildade barnmorskor och sjuksköterskor handhar hälsovården, föreligger likartade förhållanden.

Sveriges folkpensionärs riksförbund anser tanken med en på "fältet" aktivt arbetande allmänläkarkår som den primära grunden för husläkarsystemet vara riktig men vill också understryka att möjligheterna att liksom hittills konsultera specialistläkare på ett tillfredsställande sätt måste inrymmas i systemet. SFRF framhåller att husläkarsystemet inte får innebära en försämring av specialistläkarvården i landet.

Karolinska sjukhuset understryker att för det stora högspecialiserade sjukhuset är det av största vikt att en utbyggnad av primärvården leder till en styrning av patienterna från sjukhusets öppenvårdsmottagningar. Även *akademiska sjukhuset* instämmer i att den öppna vården utanför sjukhusen bör byggas ut. *Karolinska sjukhuset* konstaterar vidare att allmänläkarens uppgifter och arbetssätt enligt utredningsförslaget tillsammans med den

relativa isoleringen på vårdcentralen kräver gott omdöme och ett gediget kunnande inom ett mycket vitt kunskapsfält. Enligt sjukhusdirektionen är det tveksamt om denna breda kompetens för närvarande bibringas flertalet allmänläkare. Inom vissa områden av primärvården såsom den förebyggande mödra- och barnvården samt psykiatrien skulle där så är möjligt en utökning av antalet primärvårdsspecialister vid vårdcentralen, t. ex. enligt s. k. sektorsmodell, kanske bättre garantera en hög vårdstandard. Denna typ av organisation skulle avlasta allmänläkaren en relativt tung och högspecialiserad vård.

Skaraborgs läns landsting delar utredningens uppfattning att allmänläkaren och specialisten skall verka i ett samarbete där vars och ens speciella kunnande tas till vara för att ge patienterna så god vård som möjligt och där allmänläkaren har det primära ansvaret för patienterna. Landstinget framhåller därvid att det är lika viktigt att lösa kontinuitetsfrågan för de patienter som regelbundet erhåller vård av specialistläkarna. Skaraborgs läns landsting försöker här förbättra kontinuiteten genom att bygga ut den öppna vården utanför sjukhusen och placera specialister vid vårdcentralerna. Landstinget trycker i detta sammanhang på länsspecialiteternas betydelse för en utbyggnad av den kommunbaserade vården.

Södermanlands läns landsting är tveksam till en alltför stor utökning av allmänläkarnas arbetsuppgifter. Landstinget anser att utbildningen för allmänläkare i så fall måste förlängas, vilket i sin tur kan ge andra negativa konsekvenser. Enligt landstingets uppfattning bör därför systemet med specialister på de lokala vårdcentralerna i viss omfattning tillämpas även fortsättningsvis.

Umeå universitet (Medicinska fakultetsnämnden) instämmer i att det vid vårdcentralerna bör finnas specialister från sjukhus tillgängliga som konsulter åt allmänläkarna. Fakultetsnämnden framhåller också att fortlöpande specialistkontakt innebär en god vidareutbildning för allmänläkaren.

Statens handikappråd och handikapporganisationerna *DHR* och *HCK* understryker att för stora grupper av handikappade är kontinuerlig specialistvård av avgörande betydelse och en lika stor trygghetsfaktor som tillgången på allmänläkare på hemorten. Det framhålls att en utbyggnad av ett husläkarsystem inte får ske på bekostnad av specialistvården för t. ex. reumatiskt sjuka, allergiker och andra patientgrupper med invalidiserande sjukdomar. *HCK* påpekar att det f. n. finns ett allvarligt underskott på reumatologspecialister och framhåller att det är vilseledande att utredningen enbart konstaterar att specialistläkarna som grupp betraktas är fler än allmänläkarna. Enligt *DHR*:s uppfattning är en utveckling där specialisterna också har tjänster inom öppen vård angelägen. Sjukgymnastik, terapi och annan rehabiliterande behandling bör planeras i samråd med specialister på olika skador och sjukdomar anser *DHR* som framhåller att sådana konsulttjänster bör knytas till vårdcentralerna.

Svenska läkaresällskapet berör också reumatikerns problem och anför beträffande behov av specialistvård i öppen vård bl. a. följande.

”Vissa patientgrupper torde inte bli tillfreds med ett husläkarsystem som fjärrmar dem från specialistvården. De reumatiskt sjuka torde vara den största av dessa grupper. De reumatiskt sjuka fordrar uthyggnad av välfungerande samarbete mellan sjukhus och vårdcentraler.

Inom de flesta medicinska verksamhetsområden finns ett behov av kontinuerlig specialistvård för vissa patienter medan för andra patienter det räcker med specialistbedömning vid enstaka tillfällen då riktlinjerna för vården läggs fast. Den kontinuerliga behandlingen för den senare kategorin bör givetvis ges inom primärvården. Patienter med kronisk blodsjukdom, hjärtsjukdom, lungsjukdom, är exempel på patientgrupper där samarbete mellan specialist och allmänläkare tillfredsställer både kontinuitet och säkerhet. Aktuella vårdprogram för njursjuka och diabetiker understryker här samarbetet i hela vårdkedjan.

Eftersom utredningen dessvärre inte beaktat sjuklighet och sjukvårdsbehov förordar läkaresällskapet att man särskilt studerar hur dessa speciella patientgruppers kontinuitetsbehov skall kunna tillgodoses inom ett utvecklat system.”

Lunds universitet (Medicinska fakultetsnämnden) anser att det är rimligt att tänka sig att man – i varje fall i ett långtidsperspektiv – måste låta åtminstone vissa specialister direkt delta i vården vid vårdcentralerna och inte som nu bara tjänstgöra som konsulter åt allmänläkarna. Kravet på en successiv standardstegring tillsammans med det snabbt ökande kunskapsstoffet gör det omöjligt för allmänläkaren att på alla områden ge fullgod primärvård. Ansträngningen att hålla fronten bred gör att den lättare brister. Det kan därför enligt fakultetsnämndens mening finnas anledning att också av det skälet redan nu släppa fram specialister i primärvården. Fakultetsnämnden framhåller vidare att det bl. a. på grund av bristen på allmänläkare kommer att ta lång tid innan utredningens förslag kan genomföras överallt. En tänkbar väg att få ett tidigare förverkligande av husläkartanken kan därför enligt fakultetsnämndens mening vara att låta även andra läkare än allmänläkare fungera som husläkare.

Uppsala universitet (Medicinska fakultetsnämnden) konstaterar att det inte finns anledning att tro att utvecklingen inom medicinen skulle ha avstannat, tvärtom kan vi förvänta oss ytterligare kunskaper och därför också nya möjligheter att diagnostisera och behandla sjukdomar i framtiden. Detta innebär att fortsatt specialisering inom sjukvården är en nödvändighet för en god funktion och en hög medicinsk standard. Fakultetsnämnden framhåller vidare att en allmänläkare med ett kompetensområde där huvudvikt lagts vid disciplinerna internmedicin, geriatrik, samhällsmedicin och psykiatri torde komma att utgöra en ytterst värdefull länk i framtida sjukvård. Samtidigt befarar fakultetsnämnden att den föreslagna husläkaren torde komma att

hamna i en hopplös situation där en i och för sig välmotiverad satsning på ökad kontinuitet kommer att komma i allvarlig konflikt med kompetenskravet. Ett införande av husläkarsystemet torde komma att medföra en allvarlig nedrustning av primärvårdens medicinska kvalitet och ett raserande av bl. a. barnsjukvård och gynekologisk sjukvård inkl. barn- och mödrahälsovård, som för närvarande är under uppbyggnad inom primärvården och där erfarenheterna är mycket goda.

Lokala förhållanden måste få påverka rollfördelningen mellan allmänläkare / specialist anser flera remissinstanser.

Socialstyrelsen framhåller att sedan flera år har en diskussion förts om allmänläkarrollen, såväl inom distriktsläkarvården som inom andra grenar av hälso- och sjukvården. Avgränsningen mellan allmänläkares och specialisters uppgifter inom primärvården och mellan primär- och länssjukvård är dock inte helt klarlagd. Olika organisationsmodeller måste prövas i primärvårdsområden med skilda förutsättningar. I det utvecklingsarbete som f. n. pågår krävs samverkan mellan huvudmännen och de centrala administrativa organen. Ett genomförande av kontinuitetsutredningens förslag skulle enligt socialstyrelsens mening försvara de påbörjade utvecklingsarbetet beträffande primärvårdens krav på läkarkompetens m. m.

Landstingsförbundet konstaterar att vi kommer att få ett avsevärt antal vidareutbildade specialister och att det därför är nödvändigt att finna lämpliga former för specialistläkarnas deltagande i primärvården för att denna skall kunna utvecklas i önskvärd takt. Hur detta samarbete skall ske kommer att variera dels i tiden, dels beroende på lokala förutsättningar. Landstingsförbundet understryker vidare vikten av att i ett läge av personalbrist inte låsa sig för en fixerad modell för arbetsfördelningen i primärvårdens läkarfunktion. Inte minst måste lokala förutsättningar få påverka utvecklingen.

Malmö kommun betonar att om primärvården skall kunna utbyggas i snabb takt måste lämpliga former för specialistläkarnas medverkan utformas. Förutsättningarna härför är självfallet varierande och kommunen anser att man med hänsyn till rådande personalbrist ej bör fixera arbetsfördelningen i primärvårdens läkarfunktion. De lokala förhållanden och förutsättningarna inom varje sjukvårdsområde måste få påverka utvecklingen i detta avseende.

Gotlands kommun beklagar att kontinuitetsutredningen i så hög grad kommit att handla om den framtida allmänläkarrollen och inte mera förutsättningslöst diskuterat den lämpliga ansvars- och arbetsfördelningen mellan allmänläkare och specialister. Bl. a. måste enligt kommunens uppfattning klarläggas hur samspelet allmänläkare–specialist praktiskt skall utformas inom mödra- och barnhälsovården.

Svenska kommunalarbetsförbundet förordar att en anpassning till lokala förutsättningar när det gäller val av organisationsmodeller också bör omfatta möjlighet att ha ett varierat antal specialistfunktioner inom vårdcentralen och

därmed ytterligare minska behovet av remisser. Förbundet anser därmed utredningen ställningstagande till vårdcentralernas storlek och arbetsfördelning därinom vara en onödig begränsning.

Spri anser att arbetsfördelningen mellan de läkare som aretar vid en vårdcentral och samordningen av deras insatser med distriktssköterskornas verksamhet kan ske på olika sätt. *Spri* ser det därför som en angelägen utredningsuppgift att försöka närmare belysa för- och nackdelar med skilda organisatoriska lösningar på detta problem.

Sveriges läkarförbund delar utredningens uppfattning att allmänläkaren har en nyckelroll i den öppna vården utanför sjukhus men får därför inte ses som specialist på "det mesta". Utbildning och arbetsuppgifter måste givetvis stämma överens. I konsekvens härmed kan förbundet inte acceptera att "specialistens huvudsakliga funktion blir att vara konsult åt allmänläkaren" och att specialistläkarens särskilda kunnande skall tas i anspråk endast "när det behövs". Detta torde nämligen i realiteten ligga mycket nära ett remisstvång. I stället bör arbetsfördelningen grundas på (lokala) överenskommelser mellan allmänläkare och olika specialister. Därvid kan man ta hänsyn till såväl geografiska och demografiska variationer som olika läkares utbildning och intresseinriktning ("profilering"). Läkarförbundet påpekar vidare att utredningen inte tillräckligt analyserat möjligheten att inordna de offentliganställda specialistläkarna och privatpraktikerna i husläkarsystemet.

Även *Svenska läkaresällskapet* finner att arbetsfördelningen mellan allmänläkarna bör dels grundas på fortsatta avgränsningsdiskussioner mellan specialister och allmänläkare, såsom skett bl.a. inom kirurgi, dels på lokala överenskommelser mellan allmänläkare och specialister. I denna senare del kan då hänsyn tas till allmänläkarens utbildningsbakgrund och intresseinriktning vid bestämning av andelen specialistinsatser som behövs. Samtidigt betonas att sällskapets ställningstagande grundar sig väsentligen på tätorternas, dvs. större delen av befolkningens, vårdbehov resp. läkarstruktur. De allmänläkare och specialister som tillgodoser glesbygdsbefolkningen måste givetvis ha en bredare utbildning. Allmänläkaren i glesbygd bör t. ex. ha en kompletterande utbildning både i pediatrik och gynekologi.

Samverkan mellan primärvård och länssjukvård framhålls som viktig

Akademiska sjukhuset betonar att för en total lösning av de medicinska problemen i samhället måste en harmonisk utveckling ske både av den öppna primärvården och av den öppna vården vid sjukhus samt sjukhusens slutna vård. Vidare framhålls bl. a. följande.

"Den ökade specialiseringen inom sjukvården, och då speciellt vid sjukhusen, som skett på senare år, är framförallt beroende på den utomor-

dentligt kraftiga ökningen av det medicinska kunskapsområdet under de senaste decennierna. Genom denna ökade specialisering har svensk sjukvård snabbt kunnat tillgodogöra sig de stora medicinska framstegen beträffande diagnostik och terapi som utvecklingen medgivit. En husläkarreform får därför inte medföra att specialistsjukvården omfattande såväl öppen som sluten vård vid sjukhusen äventyras. Även denna sektor måste få sin del av resurserna. Direktionen kan sålunda inte tänka sig att t. ex. akademiska sjukhuset i framtiden får minskade resurser genom en omstrukturering i stil med det föreslagna husläkarsystemet."

Karolinska sjukhuset understryker att genom placeringen på en relativt liten vårdcentral ute i samhället blir allmänläkaren ur vetenskaplig synpunkt isolerad på ett helt annat sätt än sin sjukhusplacerade kollega. Direktionen anser det därför värdefullt att diskutera möjligheten att vårdcentralerna både vad avser vårdsamverkan och efterbehandling knyts funktionellt till läns-sjukhusen. Inom storstäderna kan en dylik koppling förslagsvis komma till stånd genom den sektorisering som under senare år diskuterats och försöksvis prövats.

Svenska läkaresällskapet anser att ett systematiserat samarbete med sjukhusen kan avlasta primärvården. Sällskapet redovisar i detta sammanhang att försöksverksamhet i Linköping visat att långvårdsläkare kan ge god kontinuitet i vården av gamla även utanför sjukhusen och därmed avlastning av primärvården. Sällskapet framför vidare att ytterligare studier av modeller för ett ökat samarbete mellan sjukhusansluten specialistvård och distriktsvård behövs. Vidare anför sällskapet bl. a. följande.

"Utredningen tar för givet att en läkare måste arbeta antingen inom distriktsvården eller inom länssjukvården. Man diskuterar inte möjligheten att kombinera deltidstjänster inom vardera av dessa sektorer. En arbetsfördelning mellan primärvård och sjukhusvård skulle ge ökad kontinuitet och kvalitet i primärvården och samtidigt ökad kontinuitet i samarbete mellan öppen och sluten vård. När sällskapet diskuterar denna integrerade organisationsmodell avses särskilt tre grupper av läkare: barnläkare, gynekologer och öronläkare, som alla inom sina resp. verksamhetsområden har relativt stor öppenvårdsverksamhet med tyngdpunkten i primärvården. Sällskapet får emellertid framföra att det också inom andra medicinska verksamhetsområden finns skäl att undersöka värdet av ett ökat engagemang i primärvården.

Det är i själva verket önskvärt att en internmedicinsk specialist vid behov skall kunna avlägga ett hembesök hos en nyutskrivna patient. En sådan ordning skulle säkert öka tryggheten för de många äldre som nu läggs in akut vid våra internmedicinska kliniker för att efter en kort vårdepisod återvända hem."

Enligt *Göteborgs universitets (Medicinska fakultetsnämnden)* uppfattning kan det husläkarsystem som utredningen föreslår innebära en förhållandevis

dyr, på grund av spridda "kringresurser", och kvalitativt försämrad sjukvård. Systemet ger en viss horisontell kontinuitet men med den utbildning som allmänläkaren har idag kan förväntas att remissförfarandet kommer att öka. Följaktligen bör resurserna inom den sjukhusbundna vården ökas parallellt med den öppna vården.

Stockholms läns landsting föreslår att relationerna mellan allmänläkarvården och den slutna vården bör studeras vid särskilda försök.

Jämtlands läns landsting m. fl. remissinstanser inskräper vikten av att kontakterna och samarbetsrutinerna mellan länssjukvård och primärvård utvecklas ytterligare i syfte att uppnå bättre kontinuitet mellan olika nivåer i sjukvårdssystemet.

7. Distriktssköterskans roll i husläkarsystemet

Utredningen framhåller att distriktssköterskan tillsammans med allmänläkaren utgör basteamet i husläkarorganisationen. Distriktssköterskan – allmänläkarens motsvarighet på sjuksköterskesidan – kommer enligt utredningen således att få en mer markerad roll än hittills och skall svara för en viktig del av kontinuiteten.

Socialstyrelsen anser sig, på samma grunder som anförts när det gäller arbets- och ansvarsfördelning mellan distriktsläkarna, inte kunna biträda utredningens organisationsförslag som innebär att distriktssköterskor skall avdelas för att betjäna ett visst antal individer inom ett mindre distrikt.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att distriktssköterskans roll berörs översiktligt i betänkandet. Socialstyrelsen instämmer i vad som anförts beträffande möjligheterna att ge distriktssköterskorna ansvarsfulla uppgifter av självständig natur inom primärvården. Styrelsen ser det som en angelägen uppgift att medverka vid utformningen av regelsystem beträffande ansvar m. m. som – utan att medicinska säkerhetskrav eftersättes – möjliggör ett effektivt utnyttjande av distriktssköterskans kunskaper och erfarenheter. Styrelsen vill här erinra om regeringens uppdrag 1978 till styrelsen att utreda förutsättningarna för att ge bl. a. distriktssköterskor rätt att föreskriva vissa läkemedel.

Beträffande den av utredningen omnämnda tendensen till specialisering av sjuksköterskeuppgifterna inom den öppna vården vill styrelsen erinra om förslaget i styrelsens barn- och mödrahälsovårdsutredning att barnhälsovården på sikt i huvudsak bör handhas av distriktssköterskor samt att sjuksköterskor med speciell vidareutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom inordnas i primärvårdsorganisationen.

Landstingsförbundet framhåller i likhet med utredningen distriktssköterskans betydelse och speciella förutsättningar att bidra till god kontinuitet och en helhetssyn på patienten.

Flera landsting bl. a. *Blekinge, Malmöhus, Älvsborgs, Skaraborgs, Väster-norrlands, Uppsala och Göteborgs och Bohus läns landsting* understryker starkt den betydelse som distriktssköterskorna har när det gäller att skapa och upprätthålla långsiktig kontinuitet. Malmöhus läns landsting anför bl. a. följande .

”Redan nu arbetar distriktssköterskorna inom bestämda geografiska områden. Detta bör leda till att de känner sina patienter förhållandevis väl. Antalet tjänster måste emellertid i princip fördubblas inom landstinget för att komma upp till den nivå som utredningen föreslår. En sådan ökning måste ske successivt och i konkurrens med övriga angelägna resursförstärkningar inom sjukvården. I takt med utbyggd organisation kan distriktssköterskorna dels avlasta allmänläkarna vissa arbetsuppgifter, dels svara för att kontakt mellan vårdcentral och allmänhet samt med socialvård i förekommande fall sker på ett tillfredsställande sätt.”

Göteborgs kommun betonar också distriktssköterskans betydelse för kontinuitet, varvid särskilt understryks att det stöd socialassistenten kan ge distriktssköterskan är en nödvändig förutsättning för att hon skall få den helhetssyn utredningen avser.

Även *Sveriges läkarförbund* kan i allt väsentligt ställa sig bakom utredningens idéer om distriktssköterskans mycket viktiga roll i den framtida primärvården.

SHSTF konstaterar att genom att läkarresurserna inom primärvården har varit begränsade, eller att dessa har funnits på långt avstånd från de vårdbehövande, har distriktssköterskan i allt högre omfattning fått utföra flera sjukvårdande arbetsuppgifter. Distriktssköterskan har därför – speciellt inom mindre tätorter och inom glesbygdsområden – blivit något av en ”första-hjälpinstant”. Inom områden (speciellt stora tätorter) där närheten till såväl läkare som sjukhus har funnits, har distriktssköterskan fått en mer anonym roll. *SHSTF* framhåller att utbyggnaden av primärvården i första hand bör mötas med en prioritering av ökade vidareutbildningsinsatser och genom inrättandet av fler distriktsskötersketjänster.

Svenska kommunförbundet erinrar om att distriktssköterskan är den vårdgivare som mest konsekvent kunnat arbeta utifrån en helhetssyn på patientens vårdssituation. Bl. a. genom att hon arbetar i ett geografiskt avgränsat område har det varit möjligt för henne att lära känna sina patienter och skaffa sig kunskap om människornas levnadsförhållanden inom området. En centralisering av distriktssköterskorna till vårdcentralen får enligt kommunförbundets mening inte innebära att denna möjlighet till närkontakt försvinner. Kommunförbundet framhåller att möjligheten till mottagningsverksamhet ute i området är angelägen, inte minst i glesbygd.

Kommunförbundet påpekar vidare att förutsättningarna för att en breddning av undersköterskornas arbetsområde inom primärvården kommer att öka i och med den ökade utbildningen av undersköterskor som också i och med att den nya läroplanen är bättre anpassad till verksamhet inom öppen

vård.

Uppsala och Älvsborgs läns landsting anser det vara nödvändigt att förstärka distriktssköterskefunktionen inom husläkarsystemet genom att tillföra också annan kvalificerad personal t. ex. undersköterskor.

Sveriges folkpensionärers riksförbund ifrågasätter det lämpliga i att utnyttja undersköterskor och sjukvårdsbiträden i stället för distriktssköterskor. SFRF framhåller särskilt betydelsen av att distriktssköterskeinstitutionen snarast byggs ut och ges en starkare ställning i framtidens sjukvård.

8. Vårdcentralen, vårdteam, övrig personal m. m.

Utredningen framhåller att det är viktigt för bl. a. helhetssynen att ett husläkarsystem byggs upp kring en vårdcentral med ansvar för hälso- och sjukvården inom ett skarpt begränsat geografiskt område som bör sammanfalla med socialvårdens distriktsområde och om möjligt också med skolans rektorsområde. I ett sådant område skall hemsjukvård, äldrevård, social service, barnhälsovård och skolhälsovård samordnas, jourverksamhet inom de medicinska och sociala fälten planeras och utvecklas, likaså förebyggande hälsovård, omgivningshygien och miljövård. Utredningen går dock inte närmare in på hur samverkansarbetet skall utformas i praktiken.

Enligt utredningen är det allmänläkaren och distriktssköterskan som utgör basen i husläkarsystemets kontinuitetsfunktion. Utredningen understryker samtidigt behovet av att dessa arbetar i nära samverkan med vårdcentralens övriga personal som, specialistläkare, läkare under utbildning, patientmottagare, mottagnings- och vårdpersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut m. m. Vidare understryks vikten av att det finns välfungerande samarbetsformer med primärkommunens sociala verksamhet och andra serviceorgan av betydelse.

Socialstyrelsen anför beträffande primärvårdens organisation bl. a. att utredningens redovisning av den öppna vården ger en klar uppfattning om att vårdutbudet i andra länder liksom hos oss för närvarande är splittrat och ojämnt fördelat. Utvecklingen mot en på människornas medicinska och sociala behov baserad på primärvårdsorganisation innehållande differentierade resurser vid lättillgängliga vårdcentraler/motsvarande är dock påtaglig i de flesta europeiska länder. Enligt socialstyrelsens uppfattning måste primärvårdsuppgifterna avgränsas från länssjukvården och hållas samman i en primärvårdsorganisation inom givna geografiska områden – i regel motsvarande primärkommunerna. Härigenom ökas förutsättningarna för vårdepisodkontinuitet och kontinuitet i vården.

Socialstyrelsen anser att utredningen ensidigt lyft fram en av huvudprinciperna för primärvårdens uppbyggnad – kontinuiteten – och baserar sitt organisationsförslag på föreställningen om en över åren varaktig relation mellan ett antal invånare och en viss läkare. Socialstyrelsen kan inte biträda

utredningens synsätt i detta avseende. Kontinuiteten i vården bör enligt styrelsen baseras på vårdlag i primärvården, i vilka ingår ett flertal personalgrupper vid sidan av distriktsläkare.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att primärvårdens övriga personal vid sidan av allmänläkare och distriktssköterskor beskrivs i betänkandet som "hjälpkrafter" som "biträder i vårdarbetet" och att utredningen synes förutsätta att husläkaren genom rapporter från dessa personalgrupper – specialistläkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor m. fl. – "håller i alla trådar" och har det samlade ansvaret för "sin patient".

Socialstyrelsen kan inte ansluta sig till en sådan beskrivning av ansvarsfördelningen inom primärvården. I primärvårdens lagarbete har var och en sitt professionella ansvar inom ramen för gällande författningar. Styrelsen kan heller inte acceptera utredningens uppfattning att specialister i primärvården skall betraktas enbart som konsulter åt allmänläkarna.

Vidare framhåller socialstyrelsen att kontinuitetsutredningen inte har framlagt något nytt material av betydelse för planeringen av sjuksköterskors verksamhet i primärvården. Viktiga grupper, som t. ex. barnmorskor, vårdcentralens mottagningssköterskor, undersköterskor m. fl. har helt utelämnats. Utredningens förslag att särbehandla distriktssköterskans ställning i syfte att säkerställa kontinuiteten i vårdarbetet är vidare enligt styrelsens mening inte tillräckligt underbyggt. Många möjligheter finns för arbetsfördelning och organisatorisk ställning för sjuksköterskor av olika kategorier i primärvården, alltefter primärvårdsområdenas varierande förutsättningar.

För att säkra en god kontinuitet i vården krävs även samverkan mellan primärvården och länssjukvården, t. ex. ifråga om vårdplanering och informationsutbyte kring gemensamma patienter. Dock bör enligt styrelsens mening vårdcentralens och inte de enskilda läkarnas journalarkiv utgöra den centralpunkt, där information samlas om de patienter som är bosatta inom centralens upptagningsområde.

Landstingsförbundet erinrar också om att man måste räkna med att sjuksköterskor med annan utbildning liksom personal med undersköterskeutbildning i ökad utsträckning måste få en roll i primärvårdsarbetet, inte minst när det gäller hemsjukvård.

Vårdcentralens kollektiva ansvar för kontinuiteten i primärvården hävdas av en del sjukvårdshuvudmän. Nedan refereras några sådana ståndpunktstaganden.

Göteborgs kommun:

Göteborgs kommun anser för sin del att vårdcentralen som helhet kan användas som kontinuitetsbärare. Givetvis skall kontinuitet mellan patient och en enskild läkare eftersträvas. Den enskilde läkaren kommer emellertid

från tid till annan att ersättas av vikarie, nämligen vid den ordinarie läkarens semester, sjukdom, föräldraledighet, jourkompensationsledighet och vidareutbildning. Med det innehåll utredningen ger husläkarfunktionen föreligger också en risk för splittring i läkarens arbetsutövning. Tjänstgöring vid sjukhem och servicehus för äldre tar sin tid, liksom engagemang i barnhälsovård, skolhälsovård och mödrahälsovård. Till detta kommer att såväl läkare som patienter har en hög flyttningsfrekvens inom en kommun av Göteborgs storlek. Utredningens förslag att den flyttande patienten skall ha möjlighet att behålla sin tidigare husläkare kan starkt ifrågasättas, inte minst med tanke på betydelsen av gemensamma upptagningsområden för och samverkan mellan sjukvård, socialvård, skola m. m. Utredningens förslag innebär också svårigheter att förena två var för sig viktiga principer nämligen närhet och fritt läkarval.

Västmanlands läns landsting:

Med den planerade utbyggnaden och i synnerhet om distriktsskötersketätheten också ökar enligt utredningens förslag har vi anledning tro att vårdcentralen i vårt landsting kommer att bli den centralpunkt till vilken vårdcentralens betjäningsområdes invånare kommer att ansluta sig utan sådana aktiva åtgärder för individuell anslutning som utredningen föreslår. Speciellt märkbart blir detta då den största orterna – som Västerås och Köping – fått sina kommundelsvårdcentraler och kommunerna delats upp i betjäningsområden för resp. vårdcentral och då vårdcentralernas betjäningsområden vinner överensstämmelse med andra områden som t. ex. socialvård, skola etc.

Uppsala läns landsting:

Som framgått av föregående satsar landstinget på en kraftig utbyggnad av primärvården. Med tanke på helhetssynen och kraven på närhet, tillgänglighet och kontinuitet måste det i framtiden bli fråga om ett lagarbete i vilket deltar inte bara allmänläkare och distriktssköterskor utan också övrig personal inom primärvårdsorganisationen. En eftersträvt kontinuitet inom sjukvården uppnås knappast genom införande av begreppet husläkare. Vårdcentraler med ansvar för befolkningen inom givna upptagningsområden och effektiva vårdplaneringsmetoder ger enligt landstingets mening bättre förutsättningar för en långsiktig kontinuitet.

Västernorrlands läns landsting:

Förvaltningsutskottet anser att kontinuiteten måste tillfredsställas genom att patienten knyts till en vårdcentral inom distriktet där flera läkare

samarbetar. Genom förändringar i vårdorganisationen och mottagningsrutinerna bör vi successivt kunna erbjuda patienterna en bättre kontakt med vårdpersonalen vid våra vårdcentraler. En grundläggande förutsättning är att tillräckligt många färdigutbildade läkare är beredda ta fast anställning i alla delar av landet. Viktigt är att då se till att de ökade personella resurserna hamnar där de bäst behövs. Olika vägar för att nå detta mål genom organisatoriska åtgärder bör naturligtvis prövas.

Vårdlagets betydelse framhålls av flera remissinstanser

Stockholms läns landsting efterlyser en diskussion av alternativa förslag som t. ex. – Skulle det kunna vara möjligt att betrakta arbetslaget inom vårdcentralen tillsammans med en distriktssköterska som lämplig kontinuitetsbärare? Vidare anser landstinget att utredningens synsätt innebär uppenbara risker för en alltför stor läkarcentrering. Husläkaren bör ses som ingående i ett arbetslag tillsammans med distriktssköterskor, socialarbetare m. fl., vilka var och en har ett självständigt vårdansvar. Alla insatser behöver då inte förmedlas via husläkaren. Tvärtom bör endast läkarens insatser tas i anspråk då det är befogat sett utifrån kraven på medicinsk kvalitet och säkerhet.

Västernorrlands läns landsting m. fl. remissinstanser anser att utredningen alltför lite tagit upp den betydelse övriga befattningshavare vid vårdcentralen har för att tillgodose god kontinuitet. Landstinget vill i detta sammanhang tona ned doktorsrollen och framhäva vårdteamets betydelse.

LO har förståelse för att svårigheter kan föreligga att upprätthålla fasta och kontinuerliga kontakter med alla personalkategorier. Det finns enligt vad *LO* anför anledning att påminna om den pågående statliga utredningen om sjukvårdens inre organisation och de strävanden som finns att sjukvårdens hierarkiska system skall ersättas av lagarbete, gruppvård och förändrade yrkesroller. *LO* understryker med anknytning härtill det angelägna i att kontinuitetssträvandena i vården inte motverkar utan i stället främjar och stärker lagarbetet.

SHSTF är i princip positiv till kontinuitetsutredningens målsättning och de tankegångar som finns för att åstadkomma en fast vårdgivarkontakt i hälso- och sjukvårdssystemet, som skall bilda en sammanhållen länk mellan olika vårdinsatser och på olika vårdnivåer. *SHSTF* vill dock understryka faran av att gå ut och bibringa befolkningen uppfattningen om att de ska erbjudas en och samma läkarkontakt (husläkare). *SHSTF* vill för sin del anförda att vårdcentralen bör vara det forum där ett vårdlag också kan stå för kontinuitet, eftersom olika befattningshavare utför olika behandlings- och omvårdnadsuppgifter. Självfallet måste den vårdsökande själv framföra önskemål vilken läkare som han/hon i första hand önskar ha kontakt med. Förslaget om mindre vårdenheter anser *SHSTF* är tillfredsställande och detta borde

möjliggöra för den vårdsökande att etablera en fast kontakt med vårdcentralens arbetslag – främst då med distriktsläkare (allmänläkare) och distriktsköterska, men också med övrig vårdpersonal inom vårdcentralen.

Svenska kommunalarbetsförbundet anför beträffande vårdlagets betydelse bl. a. följande.

”Ett genomgående drag i senare års vårddebatt är behovet av förändrade arbetsformer. Sjukvårdens hierarkiska system skall ersättas av lagarbete, gruppvård och förändrade yrkesroller. En statlig utredning är tillsatt och en intensiv forskningsverksamhet pågår inom området.

Av förslaget till husläkarsystem att döma verkar denna debatt i det närmast helt ha förbigått utredningen. ”Basteamet” utgörs här genomgående av allmänläkaren och distriktsköterskan. Övriga grupper kompletterar basteamet ”allt efter behov”.

Förbundet menar att vårdtagaren i princip skall ha kontakt med ett vårdlag. Visserligen är läkaren och distriktsköterskan betydelsefulla för kontinuiteten, men den successivt ändrade roll exempelvis undersköterskan erhållit motiverar också ett aktivt och självständigt deltagande i behandling och omvårdnad av patienterna. De begränsade resurserna torde i praktiken dessutom kräva att andra än läkare och distriktsköterska håller viss patientkontakt.

För att lagarbetet skall fungera väl bör antalet personalkategorier dock hållas begränsat. Detta sker lämpligen genom att undersköterskor utgör primärvårdens baspersonal, vilket är möjligt med ett fullföljande av gällande personalplanering som skall ge 89 000 yrkesverksamma undersköterskor år 1985. Givetvis skall primärvårdens sjukvårdsbiträden därvid ha möjlighet att få undersköterskeutbildning. Även läkarutbildningen bör ses över och föregås av praktik från vårdarbete i syfte att främja lagarbetet.”

Flera remissinstanser framhåller övriga personalkategoriernas betydelse för kontinuiteten

TCO pekar på att övriga personalkategorier såsom exempelvis läkarsekreterare, administrativ personal och övrig sjukvårdspersonal måste komma in i planeringsarbetet för vårdkontinuitet.

Statens handikappråd efterlyser en mer ingående diskussion av undersköterskornas, arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas arbetssituation i en decentraliserad sjukvård.

Östergötlands, Gävleborgs m. fl. läns landsting framhåller att det i framtiden torde bli nödvändigt att i högre grad än hittills anlita sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden i distriktsvården.

Spri framhåller att patientmottagaren har en nyckelroll vid vårdcentralen. Det är patientmottagaren som ser till att alla vårdsökande ges tillfälle att

diskutera sin situation och får den hjälp som behövs och som finns att tillgå vid vårdcentralen eller på andra sjukvårdsenheter. Vidare konstaterar Spri att en aktiv patientmottagarverksamhet också har en viktig uppgift att fylla när det gäller att se till att de begränsade sjukvårdsresurser vårdcentralen förfogar över i första hand utnyttjas för de människor som bäst behöver dem.

Blekinge läns landsting finner att utredningen tagit väl lätt på mottagnings-sköterskans viktiga roll i arbetet vid vårdcentralerna och betydelse för en förbättring av vårdkontinuiteten. I det arbete som bedrivs med utveckling av arbetsrutiner inom öppen vård i Blekinge är tyngdpunkten lagd på mottagnings-sköterskan. Allmänhetens första kontakt med sjukvården sker vanligen via telefon. Enligt landstingets uppfattning är det helt grundläggande att den rådgivning som där erhålles samt den prioritering som där sker och därmed planering av hela patientgenomströmningen i den öppna vården lägges på så kvalificerad personal som möjligt. Det går inte att bedriva verksamhet vid moderna vårdcentraler på ett bra sätt utan att mycket stor vikt lägges vid telefonmottagningen. Dessutom anser landstinget att mottagnings-sköterskans medverkan i diabetesvård, hypertoni-vård och motsvarande verksamhet av central och grundläggande betydelse.

Göteborgs kommun understryker också hur viktig den övriga personalen är för patientens upplevelse av kontinuitet. Inte minst gäller detta den sjukvårdsutbildade person som skall sköta vårdcentralens rådgivningsfunktion och svara för vårdplaneringen på centralen.

Liknande synpunkter framförs av *Sveriges läkarförbund* som anser att även andra personalkategorier än allmänläkaren och distriktssköterskan borde ha diskuterats mera ingående. Förbundet framhåller bl. a. att patientmottagaren/mottagnings-sköterskan har en central roll i vårdcentralarbetet och att samarbetet med socialvården är betydelsefullt.

Arbetskyddsstyrelsen framhåller att i betänkandet skjuts läkarrollen fram som centralgestalten medan övriga funktionärer inom teamet betecknas som läkarens hjälpkrafter. Arbetskyddsstyrelsen påpekar med anledning härav att man inom företagshälsovården slutat tala om läkarens hjälpkrafter. I stället har man velat understryka att det är fråga om samarbete mellan teammedlemmar. Resultatet har i många fall blivit bättre laganda, bättre arbetsmiljö för personalen, bättre ekonomi med läkarens tid. Många läkare som eftersträvat denna nya roll har dock funnit den svår att förverkliga på grund av förväntningar på läkaren som auktoritetsfigur och allmän trygghetsskapare. Arbetskyddsstyrelsen anser därför att det är olyckligt att utredningen genom sina förslag konserverar ett sådant synsätt.

Statens invandrarverk förutsätter att vårdcentralerna i stor utsträckning kommer att arbeta i team och att personal med invandrarbakgrund ingår i vårdteamen. Om sådan personal ej finns tillgänglig på centralen föreslår verket att s. k. kontaktassistenter knyts till teamen. Vidare anser invandrarverket att patientmottagaren spelar en central roll i utredningens förslag.

Eftersom patientmottagaren skall avgöra hur angeläget patientens vårdbehov är, ställer kontakten med invandrare stora krav. I många fall är det inte tillräckligt med ren tolkning för att patientmottagaren skall få en korrekt uppfattning av vårdbehovet. Samarbete med personal med invandrarbakgrund alternativt med kontaktassistenter blir därför nödvändigt.

Med utgångspunkt från målsättningen om helhetssyn i behandlingen tar flera remissinstanser upp frågan om samverkan med socialvården och andra serviceorgan i samhället.

Göteborgs kommun anför beträffande åtgärder för att uppnå en helhetssyn i behandlingen bl. a. följande.

”Kommunen hade funnit det värdefullt om utredningen närmare klargjort hur målen helhetssyn på patienten och kontinuitet i vården båda kan uppnås i de av utredningen föreslagna modellerna. Enbart en ökad kontinuitet mellan patienter och den enskilde läkaren leder inte självklart till helhetssyn på patienten – dvs. att individens fysiska, psykiska och sociala behov bedöms ur ett helhetsperspektiv och att sammansatta behov om möjligt tillgodoses samtidigt. Så hade det varit önskvärt om utredningen bl. a. i anslutning till diskussionen om läkarens, distriktssköterskans och patientmottagarens förändrade yrkesroller även kommenterat förändringar i socialassistentens yrkesroll samt även studerat allmänläkarens och distriktssköterskans behov av direkt samverkan med socialassistenter och konkretiserat dessa behov i nuläget samt skisserat de framtida behoven.”

Göteborgs och Bohus läns landsting anser att det vore en fördel om utredningens ”basteam” kunde utökas med en socialarbetare.

DHR anser det knappast möjligt för en vårdcentral att fungera ur rehabiliteringssynpunkt, om man inte kan samplanera vård och social service. DHR menar att om kommunerna skall kunna tillgodose behovet av social service till medborgare med handikapp, måste en nära samverkan ske med sjukvårdshuvudmännen. Personer med permanenta skador på grund av sjukdom eller olycksfall behöver regelbunden funktionsträning och andra behandlingsformer för att inte få ytterligare nedsatt funktionsförmåga. För att tillgodose dessa krav anser DHR att vårdcentralerna måste ha större resurser än vad kontinuitetsutredningen anger i betänkandet.

Statens handikappråd finner det vara av värde om på sikt sjukvårdens distriktsindelning så långt möjligt sammanfaller med annan geografisk administrativ indelning som t. ex. skolans rektorsområden, polisdistrikt osv.

Enligt riks försäkringsverkets mening bör ett eventuellt genomförande av systemet med vårdcentralanslutna husläkare ske med beaktande av de erfarenheter som gjorts vid försök med olika vårdcentralmodeller. Runt om i landet sker sådana försök med samverkan i behandlingsarbete mellan sjukvården och andra samhälleliga organ, framförallt socialvård, arbetsvård och försäkringskassa. Det är främst kravet på helhetssyn som styr dessa

samverkansförsök, som på många håll sker i form av lokalgemenskap i vårdcentraler. Verket vill därför peka på det angelägna i att en uppbyggnad av ett husläkarsystem sker i samverkan med de övriga organ som har att svara för medicinsk och social omsorg och service inom primärvårdsområdet.

Svenska kommunförbundet framhåller att det ur primärkommunal synpunkt är angeläget för att tillgodose behovet av samverkan att vårdcentralen och socialdistriktet arbetar inom samma geografiska område. Inte minst gäller detta där frågan om samlokalisering av öppna vården inom sjukvård och socialvård är aktuell. Kommunförbundet påpekar vidare att erfarenheten visar att inte så få av dem som söker kontakt med sjukvården – läkare, distriktssköterska – lever i en social situation som bör utredas och där insatser av social natur behöver sättas in. Sådana insatser kan röra barn- och äldreomsorg eller individuellt anpassade stöd- och behandlingsinsatser. Intimt samarbete mellan primärvården och socialvården är därför nödvändigt.

9. Mödra- och barnhälsovård m. m.

Utredningen som utgår från önskemålet om helhetssyn på patienten anser det vara angeläget att barnhälsovården integreras i distriktsvården så att husläkaren och distriktssköterskan får ett ökat ansvar för denna dock med tillgång till barnläkarexpertis på konsultbasis. Allmänläkaren skall enligt utredningens förslag fungera som en läkare för alla familjemedlemmar. Beträffande mödravårdscentralernas verksamhet förs liknande resonemang och utredningen anser det vara naturligt att allmänläkaren/husläkaren får ett ökat ansvar även inom denna verksamhet. Vad gäller läkarinsatserna under graviditetsövervakningen säger utredningen att "graviditeten är en speciell period under en kvinnas liv och att den kan medföra komplicerade medicinska skeenden av speciella slag, ofta av den karaktären att det är påkallat med specialistvård".

Socialstyrelsen betonar att det är ett oavvisligt krav att barn- resp. mödrahälsovård inte bör anförtros läkare som saknar eforderlig kompetens inom området. Då ett relativt stort antal distriktsläkare som fått sin allmänläkarkompetens med stöd av tidigare övergångsbestämmelser saknar utbildning såväl inom barnsjukvård som kvinnosjukvård, kan utredningens tanke att husläkarna generellt skall ges ansvar även för dessa verksamheter inte accepteras. Samtidigt erinrar styrelsen om sitt nyligen publicerade förslag till organisation av den framtida barn- och mödrahälsovården och till rapporten "Primärvård – innehåll och utveckling" där kompetenskrav för läkare inom nämnda verksamheter utförligt behandlas.

I likhet med utredningen avvisar socialstyrelsen beteckningen "allmänläkare för barn", vilken stundom framförts för att beskriva barnläkarens uppgifter i primärvården. En sådan beteckning leder enligt styrelsen till

förvirrande terminologi. Man kan härav få föreställningen att läkare med fastställd allmänläkarkompetens inte skulle kunna omhänderta minderåriga patienter. Socialstyrelsen hävdar således att allmänläkarna har väsentliga uppgifter inom primärvården, när det gäller hälso- och sjukvård för barn och en allmänläkare som utöver de obligatoriska tre månaderna har ytterligare fördjupad kompetens inom pediatrik, kan också anförtros uppgifter inom barnhälsovården.

Malmöhus läns landsting instämmer i utredningens förslag och redovisar att det i landstingets hälso- och sjukvårdsplan bl. a. uttalas att primärvården bedrivs med allmänläkare och barnläkare som är distriktsläkare och gemensamt deltar i mottagnings- och jourverksamhet, varvid barnläkaren inriktar sig på barnens hälso- och sjukvård samt att mödrahälsovården sköts av specialist i obstetrik och gynekologi eller av allmänläkare med tillfredsställande utbildning i obstetrik och gynekologi. Det är således av särskild vikt anser landstinget att ett tillräckligt antal specialister i obstetrik och gynekologi kommer att finnas.

Västernorrlands läns landsting delar i stort utredningens uppfattning att allmänläkare och distriktssköterska bör ha ett ökat ansvar inom dessa sektorer. Enligt landstingets uppfattning kommer sannolikt lokala förhållanden att spela stor roll, men den övergripande målsättningen anses vara riktig. Vidare säger landstinget att specialisterna självfallet skall tjäna som konsulter åt allmänläkarna.

Kopparbergs läns landsting anser att utredningens skisserade förslag för mödra- och barnavårdscentralernas uppbyggnad inte är övertygande. Landstinget anför att uppbyggnaden av mödra- och barnavårdscentralernas verksamhet och hur specialistresurserna inom dessa områden skall utnyttjas är av allra största betydelse och berör en större del av befolkningen. Dessa frågor har inte tillräckligt klarlagts av utredningen anser landstinget.

Malmö kommun konstaterar att förutsättningarna för mödra- och barnavårdscentralernas verksamhet är högst skiftande, varför inte någon bestämd modell bör fastställas.

Statens handikappråd betonar att specialisttillgång på primärvårdsområdet är av stor vikt för handikappade barn. Handikapprådet befarar att utredningens förslag om att barnavårds- och mödravårdscentralerna skall läggas in i små vårdcentraler, uppbyggda enligt husläkarsystem, kan innebära att specialister på barn inte längre blir tillgängliga på primärvårdsplanet.

Handikapporganisationerna *DHR* och *HCK* är kritiska mot utredningens förslag att allmänläkaren skall ta över barnläkarens funktion i den öppna vården. *DHR* betonar att habiliteringen av barn med handikapp kräver läkare med särskilda kunskaper och att denna verksamhet i allt större utsträckning läggs ut i kommunerna i anslutning till förskoleverksamheten. *DIIR* vill därför understryka att barnhabiliteringen måste byggas ut på det kommunala planet oberoende av men gärna i samverkan med vårdcentralerna. *HCK*

sätter den ökade satsningen inom barnhälsovården under 70-talet i samband med minskad sjuklighet och lägre barnadödlighet. HCK anför vidare att inte minst har förekomsten av handikapp kunnat upptäckas på ett tidigt stadium – vilket kunnat medföra goda behandlingsresultat och ett minskat lidande för barnet och dess familj. En barnmedicinsk skolning är således helt nödvändig för att rätt förstå och korrekt behandla de skiftande hälso- och sjukvårdsproblem som finns i barnaåren.

Älvsborgs läns landsting anser att barnhälsovårdsöverläkaren även i fortsättningen bör svara för samordningen av barnhälsovården. Vidare anför landstinget bl. a. följande.

”Allmänläkarnas övertagande av huvudansvaret för barnhälsovården får emellertid inte innebära att barnsjukvården till alla delar överföres till primärvården. Spädbarnsålderns sjukdomar är ur såväl diagnostisk som terapeutisk synpunkt så speciella att barnläkarnas insatser ofta inte kan undvaras. Likaledes bör sådana långvariga och svårbehandlade sjukdomstillstånd som t. ex. astma, diabetes, medfödda hjärtfel samt svårare handikapp även i framtiden skötas av specialister.”

Göteborgs kommun framhåller att kommunen har en väl fungerande barnhälsovård uppbyggd kring barnvårdscentraler med särskilt utbildade barnsjuksköterskor. Kommunen anser att denna organisation bör bibehållas. Läkarsatserna vid barnvårdscentralerna i Göteborg ombesörjes till övervägande del av specialiserade barnläkare – en ordning som kommunen finner fördelaktig. För de något äldre barnen anser kommunen dock att den primära barnsjukvården kan ombesörjas av allmänläkare. För att stödja samverkan inom en vårdcentral samt samarbetet mellan barnhälsovården och vårdcentralen anser kommunen en för Göteborg lämplig lösning vara att placera barnläkare på vårdcentral, särskilt i barnrika områden. Denne kan då sköta barn- och skolhälsovården i vårdcentralområdet, ta hand om sjuka barn på vårdcentralen när hans kompetens erfordras, samt i övrigt vara konsult i barnsjukvårdsfrågor åt allmänläkarna vid vårdcentralen. På vårdcentraler som betjänar områden med få barn kan denna roll övertagas av en allmänläkare med särskild utbildning i barnmedicin. Detta synsätt förutsätter dock att vårdcentralen är kontinuitetsbärare mellan patienten och sjukvården.

Beträffande mödravårdscentralerna är dessa i Göteborg bemannade med barnmorskor och specialistkompetenta läkare. I likhet med vad som gäller barnhälsovården har detta system visat sig fungera bra. Kommunen anser dessutom att det finns medicinska skäl att behålla nuvarande system. Detta hindrar givetvis inte att en större koppling eftersträvas mellan mödravården och allmänvården på så sätt att vårdcentralen hålls informerad om ”sina” patients kontakter med mödravården.

Stockholms läns landsting anser med hänsyn till bl. a. de administrativa och organisatoriska insatser som behövs för att genomföra ett husläkarsystem att

det kan vara lämpligt att i storstäderna inte omedelbart inordna barnhälsovård och -sjukvård i husläkarsystemet. Den vård som idag ges vid barnavårdscentralerna tillhör de bäst fungerande vårdområdena. Samtidigt är det en olägenhet att det friska barnet får hjälp på barnavårdscentralen och det sjuka på vårdcentralen. En samordning bör därför ske enligt utredningens förslag. Under ett övergångsskede skall barnläkaren och barnsjuksköterskan vara skyldiga att redovisa sina resultat för husläkaren och distriktssköterskan. Husläkaren skall svara för helhetsbilden av den familj barnet tillhör. För att underlätta genomförandet av ett totalt husläkarsystem i storstadsområde bör försök med integrerad barnsjukvård och -hälsovård inledas. Samtidigt betonas riskerna med en avspecialiserad primärvård och landstinget framhåller vikten av att den specialiserade barnhälso- och barnsjukvårdens tillgångar tillvaratas i en reformerad primärvård. Inom dessa personalgrupper finns ett kunnande om barns och ungdomars psykiska utveckling och störningar, som är svårt att uppehålla inom en från denna kompetens avspecialiserad primärvård med uppgifter över hela det medicinska fältet.

Vidare anför landstinget att det inom den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) för närvarande bedrivs konsultverksamhet främst i form av handledning och fortbildning av personalen vid länets barna- och mödravårdscentraler. Idag finns tolv tjänster avsatta för denna verksamhet för ca 250 bvc-sjuksköterskor. Ett genomfört husläkarsystem skulle medföra att konsultverksamheten skulle rikta sig till mellan 1 000 till 2 000 distriktssköterskor. Detta skulle radikalt förändra förutsättningarna för konsultverksamheten inom detta område. Den av barnomsorgsgruppen föreslagna föräldrautbildningen blir också svår att genomföra om distriktssköterskan får ett för litet befolkningsunderlag. Även förutsättningarna för barnhälsovårdens samarbete med förskolan kan komma att försvåras. Inom ett innerstadsdistrikt i Stockholm kan exempelvis en förskola komma att behöva samarbeta med 12 distriktssköterskor.

Östergötlands läns landsting anför i sitt yttrande bl. a. följande.

”Enligt utskottets mening kan det i socialt speciellt problematiska områden finnas skäl att sätta in större resurser än de som distriktsvården kan ge, eftersom barnen ofta fungerar som första tecken på att något är på väg att hända inom en familj. Normalt sett och i de fall barnhälsovårdens arbetsuppgifter i framtiden varit oförändrade hade distriktsvårdens resurser, med främst distriktssköterskeinsatser, varit tillräckliga. För tillfället har emellertid barnhälsovården ålagts nya arbetsuppgifter såsom föräldraundervisning och förskolans hälsovård. Så som verksamhetens omfattning blir under de närmaste åren förordar utskottet att frågan om bibehållande av en speciell barnhälsovårdsorganisation för åtminstone de större orterna tills vidare lämnas öppen. Definitivt ställningstagande bör ske i samband med att utredningen om mödra- och barnhälsovårdens framtida organisation och innehåll behandlas.

Vidare bör, eftersom barnspecialisterna i öppna vården skall deltaga i den allmänna jourverksamheten, man sträva efter att läkare med specialistkompetens inom barnmedicin erhåller kompletterande utbildning till allmänläkare. Fördjupningen som dessa läkare efter allmänmedicinutbildningen har på barnmedicinområdet kommer därvid att tjäna som en värdefull tillgång inom vårdcentralen som en komplettering till övriga läkares speciella profilering."

Vad gäller systemet med barnavårdscentraler ställer sig *Psykologförbundet* tveksam till att dessa i högre grad än nu skulle överföras till vårdcentralerna. Också inom denna verksamhet är kompetensen så mycket bredare än den renodlat medicinsk-biologiska att vårdcentralen knappast torde kunna erbjuda service på motsvarande nivå.

SHSTF framför bl. a. följande synpunkter vad gäller barnhälsovården.

"Arbetsuppgifterna inom barnhälsovården tenderar att allt mer öka i omfattning. Som exempel kan nämnas att barnomsorgsgruppen i sitt betänkande om föräldrautbildning (SOU 1978:5) föreslagit att barnmorskor vid mödravårdscentraler och sjuksköterskor inom barnhälsovården skall leda föräldragrupper (antingen enskilt eller i grupp) för alla nyfödda barns föräldrar. Andra exempel är barnhälsovårdens medverkan i förskolor, ökat samarbete med kommunerna i barnomsorgsfrågor och viss barnsjukvård. De lokala betingelserna och befolkningsstrukturen (bl. a. ökat antal innevånare i olika bostadsområden) medverkar till att resurserna speciellt inom tätortsområdena tillvaratas på ett adekvat sätt. Med beaktande av de konsekvenser som här anförts anser *SHSTF* att man i likhet med specialistläkarverksamheten inom vårdcentralen bör kunna samordna nu befintlig barnhälsovård i tätorter inom vårdcentralerna så att intentionerna i ett "husläkarsystem" kan uppfyllas. *SHSTF* anser att de sjuksköterskor som idag har specialutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom och som i framtiden frivilligt önskar fungera som distriktssköterskor, måste erhålla kompletterande utbildning motsvarande den utbildning som erhålles i distriktssköterskeutbildningen. Dessa utbildningar skall givetvis leda till fullständig behörighet och får inte innebära att den enskilde vidkänns ekonomisk eller annan försämring under utbildningstiden."

Sveriges läkarförbund framhåller att det från medicinsk kvalitetssynpunkt framstår som ändamålsenligt att där förutsättningar finns för specialistinsatser sådana tillhandahållas. Även med dessa begränsningar kommer allmänläkarna enligt läkarförbundets uppfattning att få en viktig roll i mödra- och barnhälsovården. Deras medverkan ställer dock vissa bestämda krav på utbildning inom resp. verksamhetsområde och kontinuerlig efterutbildning.

Svenska läkaresällskapet kan inte acceptera utredningens modell vad gäller mödra- och barnhälsovården för tätorterna, som enligt sällskapets uppfattning innebär att barnläkarna dras bort från barnavårdscentralerna och

gynekologerna från mödravårdscentralerna. Sällskapet framhåller att barnläkarna parallellt med allmänläkarna bör kunna fullgöra väsentliga primärvårdsuppgifter och bl. a. framförs följande synpunkter.

”Spädbarnsdödligheten i Sverige är lägre än i något annat land; en nyfödd flicka i Sverige lever i genomsnitt längre än någon annan människa någonstans någonsin har gjort. Redovisade resultat av 4-årsundersökningarna har visat att svenska barn är större och friskare än några andra barn. Den sociala tryggheten garanteras av lagfäst tillgång till en vuxen med primäransvar men, åtminstone i storstadsområdena, finns det allvarliga tecken till att både småbarn och tonåringar har problem av psykosocial natur. Stora grupper av läkare har en utbildning som syftar till att garantera våra barn kroppslig och psykisk hälsa. De flesta av dessa är barnläkare, som inom sin sektor har en utbildning som i mycket liknar den som allmänläkarna har inom vuxensektorn. Till skillnad från allmänläkarna har barnläkarna således utbildning i barnpsykiatri. Dessvärre saknar barnläkare i allmänhet utbildning i öronspecialiteten, viktig för diagnostik och behandling av vanliga barnsjukdomar. Ändå torde alla vara överens om att barnläkarna inte är sämre än allmänläkarna vad beträffar att tillgodose barnens behov av hälso- och sjukvård. Barnläkarna bör därför parallellt med allmänläkarna kunna fullgöra väsentliga primärvårdsuppgifter.”

Rädda Barnen anser att utredningens förslag för barnens räkning innebär en allvarlig nedrustning, både i jämförelse med nuläget och framförallt i jämförelse med de planer som bl. a. framlagts av socialstyrelsen om att man skulle organisera primärvården för barn distriktsvis med särskilda distriktsbarnläkare placerade vid vårdcentralerna. *Rädda Barnen* anför vidare att en förändring enligt kontinuitetsutredningens förslag skulle innebära, att alla barn i första hand måste gå till allmänläkaren, den s. k. husläkaren. En sådan person har enligt nuvarande och planerade utbildningsregler endast tre månaders utbildning i barnsjukvård och barnhälsovård. Detta bedömer *Rädda Barnen* som helt otillräckligt. Ännu på 1930-talet var det tämligen likgiltigt om en barnpatient sköttes av en dåtida provinsialläkare eller av en barnläkare. Ingen av dem kunde göra särskilt mycket. Nu är situationen dramatiskt förändrad i och med den mycket snabba medicinska utvecklingen inom såväl barnsjukvård som barnhälsovård. Kunskapsgapet mellan allmänläkare och barnläkare har ökat högst avsevärt.

Efter hörande av företrädare för de olika intresseområdena har *Älvsborgs läns landsting* kommit till den uppfattningen att graviditetsövervakningen bör skötas av specialistläkare och barnmorska eftersom en graviditet måste ses som en vårdepisod, som inte är avslutad förrän efter förlossningen. Den gravida kvinnans behov av läkarvård för sjukdomstillstånd, som inte direkt sammanhänger med den pågående graviditeten, bör dock tillgodoses inom primärvården. Då de inom mödrhälsovården verksamma barnmorskorna organisatoriskt är knutna till primärvården, torde en sådan fördelning av de

olika läkarnas insatser komma att betraktas som självklar.

SHSTF finner det uteslutet att distriktssköterskan utöver alla övriga arbetsuppgifter också skall svara för de uppgifter som en barnmorska inom mödrahälsovården har idag. Dessa uppgifter kräver specialutbildning och skulle innebära en alltför lång sammanlagd utbildning. Den "dubbelutbildning" som nuvarande distriktssköterskebarnmorskor har idag bör fortsättningsvis utnyttjas för speciella glesbygdsområden. Inom dessa områden kommer distriktsläkaren tillsammans med distriktsbarnmorskan att ha en nyckelroll och representera de obstetriska kunnandet. Inom vårdcentraler av tätortstyp kan läkarinsatserna ske antingen genom konsultinsatser eller profilerad allmänläkare. Formerna för samverkan inom vårdcentralerna bör även här kunna lösas inom husläkarsystemet.

HCK anser att det inte finns hållbara skäl till att låta allmänläkaren få ett större ansvar för mödrahälsovården. Effekten av specialiseringen och centraliseringen av mödrahälsovården har inneburit en kraftig minskning av dödföddhet och nyföddhetsdödlighet. I lika stor utsträckning har handikapp hos överlevande barn minskat.

10. Psykiatri

Utredningen går inte närmare in på den psykiatriska öppna vårdens organisation. Utredningen menar att specialistläkarens särskilda kunnande skall tas i anspråk, när så behövs, dock inte annars. Detta synsätt gäller för samtliga specialitetsföreträdare, inkl. psykiatrikern.

Älvsborgs läns landsting konstaterar att det för närvarande tycks föreligga överensstämmande åsikter om att kvalificerad psykoterapeutisk behandling inte skall utföras av personal inom primärvården. Samtidigt konstaterar landstinget att bristen på specialister troligen kommer att vara den styrande faktorn under mycket lång tid, varför det är svårt att framlägga några generella synpunkter. Landstinget hänvisar i sitt yttrande också till att socialstyrelsen i sitt förslag till principprogram "Psykiatrisk hälso- och sjukvård" utgår från att allmänläkarens insatser inom psykiatrin kommer att få ökad betydelse.

Svenska kommunförbundet påpekar att erfarenheterna visar att i sjukdomsbilden ofta finns inslag av psykiska problem. En ökad satsning av öppen vård inom psykiatrin har nyligen aktualiserats av socialstyrelsen i "Psykiatrisk hälso- och sjukvård, förslag till principprogram". Med tanke på det stora behovet av samverkan – exempelvis inom missbruksvården – och på att psykiska störningar ofta är komplexa, bedömer styrelsen det angeläget att psykiatrisk kompetens finns företrädd inom primärvården.

Kommunförbundet understryker i detta sammanhang vikten av att huvudmännen undviker att bygga upp parallella resurser. Kommunerna skall stå för de sociala insatserna och landstingen för de medicinska. Ur

huvudmännens synpunkt ger en sådan uppgiftsfördelning den bästa resursanvändningen. Ur den enskildes synpunkt är det en fördel att de sociala insatserna kan förmedlas utan att flera socialarbetare än nödvändigt behöver engagera sig.

Stockholms läns landsting framhåller att den planerade utbyggnaden av en specialiserad allmän och barnpsykiatrisk verksamhet inom länet är nödvändig i ett storstadsområde. Vidare anføres att den barn- och ungdomspsykiatriska liksom barnhabiliteringsverksamheten och dess samverkan med ett husläkarsystem på primärnivån inte närmare har behandlats av utredningen. Samverkansfrågorna inom dessa vårdområden bör därför bli föremål för ytterligare klarläggande inför ett genomförande av ett husläkarsystem.

SACO/SR (Psykologförbundet) anför bl. a. följande.

”Vad gäller speciellt psykiatrin vill Psykologförbundet framhålla att utredningens förslag inte kan ses isolerat från den utveckling som för närvarande pågår inom svensk psykiatri. Som framgår av utredningen har psykiatrin redan uppnått en hög kontinuitet i vad avser den öppna vård som bedrivs vid lasarettkliniker och specialistmottagningar. Även vad gäller de resterande övergripande målen (närhet, helhet och lättillgänglighet) torde den pågående utvecklingen garantera att dessa uppnås inom överskådlig framtid. Psykologförbundet har tidigare (i remissvar på socialstyrelsens principprogram för den psykiatriska vården) framhållit att psykiatrin endast med svårighet låter sig inpassas i IIS-80:s vårdstruktur om en effektiv vård skall erbjudas. Detta sammanhänger huvudsakligen med att psykiatrin idag kräver en betydligt bredare kompetens än den renodlat biologiskt-medicinska, vilket tillgodoses inom ramen för det multiprofessionella vårdteamet. Det är Psykologförbundets bestämda mening att denna kompetens ej kan byggas upp till rimlig kostnad inom primärvården, ej ens med en strikt koppling av denna till socialvården.”

Svenska läkaresällskapet anför bl. a. att den snabba utbyggnaden av den slutna psykiatriska vården utan kommunikation mot övriga medicinska verksamhetsområden medfört brister i vårdkedjans kontinuitet. Vidare sägs att psykiatri lämpar sig väl för integration av sluten och öppen vård och man skisserar ett mer sektoriserat arbetssätt.

Karolinska institutet (Medicinska fakultetsnämnden) föreslår att inom bl. a. området psykiatri bör möjligheten att i anslutning till vårdcentralerna etablera till husläkaren kopplade specialistläkarteam för primärvård undersökas vidare genom olika typer av försöksverksamhet.

Uppsala universitet (Medicinska fakultetsnämnden) anser att en allmänläkare med ett kompetensområde, där huvudvikt lagts vid internmedicin, geriatrik, samhällsmedicin och psykiatri torde komma att utgöra en värdefull länk i framtida svensk sjukvård.

11. De äldres vårdbehov

Utredningens förslag om husläkare och en förstärkt distriktssköterskeorganisation syftar bl. a. till att förbättra de äldres vård. Utredningen anför betydelsen av att de som har sammansatta och frekventa vårdbehov – vilket är vanligt bland äldre människor – får en fast läkarkontakt som kan svara för helhetssynen och kontinuiteten i vården.

Spri tar i sitt remissvar upp att ett successivt ökat ansvar för vården av långtidssjuka inom primärvården kommer att ställa krav på dygnet-runt-insatser för patienter, som vårdas på sjukhem eller i det egna hemmet. *Spri* framhåller vidare att tid för öppen vård vid vårdcentralen måste vägas mot den tid som behövs för att primärvården skall kunna ta sitt ansvar för patienter, som får sjukhemsvård, dagsjukvård och sjukvård i hemmet, och för läkarinsatser i primärkommunal verksamhet som ålderdomshem och servicehus.

Landstingsförbundet anser att åtgärder för att förbättra kontinuiteten har särskilt stor betydelse för äldre människor som många gånger har täta kontakter med sjukvården – exempelvis diabetes – men ofta också för flera åkommor samtidigt eller i tät följd. En god kontinuitet i kontakten såväl med distriktssköterska som läkare – en kontakt som fortsätter även efter flyttning till primärkommunalt serviceboende och ålderdomshem eller till lokalt sjukhem – skulle enligt förbundet väsentligt öka tryggheten för de äldre.

Älvsborgs läns landsting framhåller att specialisterna bör ha ett avgörande inflytande på vårdprogrammets uppläggning för långtidssjuka inom såväl hemsjukvård som sjukhemsvård.

Blekinge läns landsting anser att förslaget att allmänläkarna skall få ett primärt sjukvårdsansvar för sjukhem och andra mindre vårdinrättningar inom resp. arbetsområden är viktigt för en förbättring av vårdkontinuiteten. Samma förhållanden bör enligt landstingets uppfattning gälla hemsjukvården där distriktssköterskorna kommer att få än mer ökad betydelse. Härigenom kan också skapas möjligheter till ökat samarbete mellan öppen och sluten sjukvård och den primärkommunala verksamheten, t. ex. hemsamarithjälpen. De tankegångar och förslag som utredningen tar upp i dessa avseenden bearbetas redan i Blekinge läns landsting i anslutning till pågående eller redan framlagda utredningar.

Malmö kommun erinrar om att den verkliga utmaningen för 1980-talets sjukvård är att tillsammans med socialvården ge de äldre en sådan service, omsorg och vård att de så lång tid som möjligt kan leva ett normalt självständigt och aktivt liv. För att nå denna målsättning krävs att vården förs än längre ut i samhället. De äldre måste känna trygghet i skilda avseenden. En viktig aspekt av trygghet är enligt kommunens uppfattning att en försämrad hälsa inte skall behöva förändra hela livssituationen utan i första hand mötas av medicinska och sociala insatser i hemmet. Härmed ges också utrymme för

insatser från anhöriga och en viss ansvarsfördelning och delaktighet i vårdarbetet blir naturlig. Kommunen påpekar vidare att den primärvårdsbaserade sjukvården i hemmet kommer att utvecklas vidare och nya personalgrupper torde här ha många meningsfulla arbetsuppgifter. Härav följer att personalsammansättningen inom primärvården inte kan fixeras och att stor hänsyn måste tas till rent lokala förutsättningar.

Svenska läkaresällskapet anför beträffande pensionärernas vårdbehov bl. a. följande.

”Pensionsåldern är medicinskt otrygg genom att den avslutas med döden och den är socialt otrygg därigenom att arbetsplatsens stimulans försvinner och familjen upplöses när barnen flyttat bort och partnern så småningom avlider, vanligen efter kortare eller längre institutionsvistelse. Till skillnad från andra åldersgrupper karakteriseras de äldre av att flera olika organsystem kan börja svikta samtidigt. Frakturer och ledsjukdomar är särskilt vanliga hos äldre och det är också urinbesvär, dövhet, synrubbingar, hjärtsvikt och lindrigare eller svårare neurologiska problem. Dessa åldringars multifaktoriella vårdproblem och sociala svikt är en sektor mot vilken allmänläkarens utbildning är väl avpassad. Bristen på allmänläkare har gjort att åldringarna, av alla grupper i samhället, är de som mest lidit medicinsk och social nöd av bristen på allmänläkare och genom att allmänläkarna nu också får utbildning i långvård med ansvar för de perifera långvårdsenheterna kommer kontinuiteten också att upprätthållas för de äldre, så att de kan få den medicinska trygghet som vuxna i arbetsför ålder nu ofta redan har.

Sällskapetets förslag innebär givetvis inte att allmänläkaren skulle utesluta sin verksamhet till långvarigt sjuka pensionärer och äldre, endast att denna bristsektor torde behöva ett husläkarsystem rekryterat framförallt av allmänläkare (husläkare).

Sällskapet får således föreslå att bristen på allmänläkare kompenseras med ett fortsatt utvecklat samarbete mellan specialister och allmänläkare i öppen vård. Ett systematiserat samarbete med sjukhusen kan avlasta primärvården. Så visar t. ex. försöksverksamhet i Linköping att långvårdsläkare kan ge god kontinuitet i vården av gamla även utanför sjukhus och därmed en avlastning av primärvården.

Sällskapetets förslag ansluter sig till utredningens grundsyn. Framförallt kommer de äldre i större utsträckning att bli föremål för sådana omsorger som t. ex. barnen får vid 4-årskontrollen, dvs. förebyggande hälsovård och åtgärder mot social svikt. Åldringarna behöver mer än andra grupper i samhället en samordnad sjukvård och socialtjänst. En ökad inriktning på denna grupp skulle säkerligen snabbare ge den i andra sammanhang efterlysta men knappast förverkligade effekten av avlastning av akutsjukhusen.”

Lunds universitet (Medicinska fakultetsnämnden) anser det också rimligt att tänka sig att behovet av en husläkare i form av en allmänläkare som

utredningen tänkt sig, är störst bland de äldre i samhället. Inte bara står dessa ofta utan den tillsyn de behöver utan därtill besväras de ej sällan av sjukdomar och nedsatt funktion i många organ och organsystem, exempelvis hjärta-kärl, leder, ögon, öron etc. Det förhållandet att man på många håll beslutat att knyta långtidsvård och åldringsvård till primärvård och allmänläkare är inte bara rationellt utan kan kanske också tas som ett uttryck för sådan prioritering. En stark integrering av allmänmedicin, socialmedicin, åldringsvård och annan långtidsvård bör vara vägledande för planeringen.

Fakultetsnämnden beklagar vidare att utredningen inte diskuterat andra alternativa vägar att snabbare nå åtminstone en del av målet, detta mot bakgrund av att det kommer att ta tid att få fram tillräckligt antal allmänläkare. En väg som föreslås är att man skall ta reda på om behovet av husläkarfunktionen är särskilt stort för vissa grupper i samhället och om det i så fall finns möjligheter att prioritera dessa grupper.

Sveriges folkpensionärers riksförbund tillstyrker att ett husläkarsystem i princip utformat enligt utredningens förslag införs snarast möjligt. Förutsättningarna, dvs. tillräckligt antal allmänläkare och distriktssköterskor, måste dock först klart föreligga. SFRF anför bl. a. följande.

”För människor i högre åldrar framstår idag en reform av det nuvarande sjukvårdssystemet som alldeles särskilt nödvändig. Gamla människor har ofta svårigheter att finna sig tillrätta i ett mera komplicerat system med många olika kontaktvägar. Man känner behov av ett begränsat antal rådgivare liksom av enkla, raka vägar till sin sjukvårdsauktoritet. Osäkerhet och tveksamhet leder till en känsla av otrygghet, vilken i sin tur kan leda till rädsla att överhuvud taget gå till läkare eller till överdrivet eller felaktigt medicinerande.

Enligt utredningens direktiv bör den öppna vården planeras utifrån patienternas önskemål om bättre läkarkontinuitet och närhetsservice. SFRF stöder i princip utredningens förslag om ett ”husläkarsystem” som söker tillgodose direktivens ovannämnda huvudsyften. Förbundet ser det som en nödvändig utveckling att ett sjukvårdssystem etableras, där den öppna verksamheten bygger på små, decentraliserade enheter, där en mera personlig kontakt kan nås mellan patienter och personal. För den stora gruppen äldre personer i dagens samhälle framstår utredningens förslag som synnerligen välkommet.

För denna patientgrupp – de äldre – är det nämligen ett starkt önskemål att kunna få en läkare – eller ett läkarlag – att vända sig till. SFRF vill i det sammanhanget framhålla att det vore oralistiskt att använda uttrycket ”husläkare” så att därmed skulle menas att en enda läkare alltid skulle finnas redo för varje patient. Förbundet inlägger i husläkarbegreppet en mera personligt inriktad, närliggande kontakt med personalen vid den vårdcentral, dit vederbörande patient hör.”

Pensionärernas riksorganisation instämmer i vad utredningen konstaterat

om brister i kontinuitet och personaltillgång. PRO anser att primärvårdsorganisationen i sin utbyggda form täcker kontinuitetsbegreppet så långt det kan tänkas erforderligt. PRO anser således att primärvården måste byggas ut med full effektivitet för att därmed möjliggöra ett kvarstannande i det ordinära boendet och att de team som kommer att arbeta inom dessa primärvårdsområden får en sådan ställning att omotiverade omflyttningar inte kommer att aktualiseras. Vidare påpekar PRO att avgifter bör anpassas så att vid t. ex. sjukhusvistelse låginkomstpensionärer efter rehabilitering kan återgå till sitt eget hem. PRO tar också upp behovet av förebyggande åtgärder för äldre (refereras under avsnittet Förebyggande vård).

12. Vårdplaneringsmetoder

Utredningen ser vårdplaneringsmetoder som ett första steg mot ett husläkarsystem. För att garantera lättillgänglighet och god service bör därför vårdplaneringsmetoder i olika former ingå som en viktig bestandsdel i primärvårdsorganisationen.

Utvecklandet av vårdplaneringsmetoder förordas av *flertalet remissinstanser*.

Enligt *socialstyrelsens* mening är den väsentligaste åtgärden för att förbättra kontinuiteten att införa långsiktig löpande vårdplanering, varvid erfarenheterna från vårdcentralen i Lerum framhålls som väl ägnade att ligga till grund för lokala lösningar.

Ytterligare utvecklingsarbete krävs dock för att användbara vårdplaneringssystem skall kunna införas i primärvårdsområden som förutom allmänläkarverksamhet också innehåller specialiserad vård. Hur samverkan mellan större och mindre centraler inom ett primärvårdsområde skall ordnas beträffande jourtjänst och omhändertagande av akuta vårdbehov under dagtid är exempel på andra frågor som enligt styrelsen kräver fortsatta studier. Styrelsen anser att det i detta sammanhang är särskilt angeläget att utveckla den s. k. patientmottagarfunktionen eftersom tillgängligheten härigenom ökas betydligt.

Socialstyrelsen instämmer vidare i utredningens slutsats att det är nödvändigt att stödja arbetet med att förbättra planerings- och organisationsmetoderna vid sjukhusklinikerna för att kunna ge en mer tillfredsställande vårdkontinuitet och att detta gäller inte bara läkarnas utan även andra personalgruppers patientkontakter.

Statskontoret konstaterar att för ett husläkarsystem skall fungera fordras inte bara personal och lokaler utan även administrativa patientplaneringssystem och långsiktiga tjänstgöringsplaner för läkarna. De system som utredningen föreslår beaktar enligt statskontorets mening främst kontinuiteten under en vårdepisod, men bör utan alltför genomgripande åtgärder även kunna anpassas för att tillgodose även övriga kontinuitetsaspekter.

Spri pekar på att det behövs särskilda insatser för att främja kontinuiteten för patienter som är beroende av hjälp och stöd från både länssjukvården och primärvården. Ett viktigt hjälpmedel i det sammanhanget är vårdprogram. En stor del av vårdprogramarbetet bör enligt vad *Spri* anför ägnas åt sjukdomar och symptom, som är vanliga hos primärvårdens patienter. Det ger primärvården en god grund för eget utvecklingsarbete samtidigt som det ökar möjligheterna att integrera sociala åtgärder i vårdprogrammen. En sådan samordning av medicinska och sociala insatser är särskilt värdefull för patientgrupper som inrymmer ett stort antal äldre personer. *Spri* bedömer mot denna bakgrund det som synnerligen angeläget att *Spri*s insatser tillsammans med sjukvårdshuvudmännens inom vårdprogramområdet kan intensifieras och att större resurser än hittills kan användas.

Vårdplaneringsmetoderna som utvecklats vid Lerums vårdcentral bör enligt *Spri*s mening ingå som ett naturligt led i en vårdcentrals verksamhet. *Spri* redogör i detta sammanhang också för utvecklingsarbetet vid vårdcentralen i Vännäs som syftar till att information om patienten skall vara lätt att få fram och lätt att hitta i, vilket också bör underlätta kontinuiteten i vården. Personal som just har hand om en patient skall kunna ta reda på det som hänt tidigare såväl hos distriktsläkare och distriktssköterskor som på sjukhus.

Landstingsförbundet lägger stor vikt vid den av utredningen redovisade inställningen till nödvändigheten av vårdplaneringssystem. I huvudsak överensstämmer utredningens synsätt i dessa delar med den syn som redovisats av förbundet i andra sammanhang. En nödvändig utgångspunkt i strävandena att förbättra kontinuiteten i kontakten patienten/läkare såväl inom primärvården som i sjukvården i övrigt är att vidareutveckla och lokalt anpassa olika system för vårdplanering och patientbokning samt schemaläggning av läkarnas tjänstgöring. Detta tillsammans med en ytterligare intensifiering av det arbete som pågår för att bygga ut primärvården såväl lokal- som personalmässigt torde enligt förbundets mening vara de viktigaste komponenterna i ett systematiskt arbete på att förbättra kontinuiteten inom hälso- och sjukvården. Liksom utredningen anser *Landstingsförbundet* att system för förbättring av kontinuiteten måste utvecklas stegvis och att det första steget därvid bör vara att börja tillämpa vårdplaneringsmetoder av olika slag.

Flera landsting bl. a. *Stockholms, Jönköpings, Kalmar, Älvsborgs, Västmanlands, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands* och *Örebro läns landsting* understryker angelägenheten av att angripa kontinuitetsproblemen med hjälp av effektiva planeringsrutiner oavsett vilken organisationsform som väljs för primärvården. Trots svårigheter som läkarbrist, jourkompensationsreglerna, avsaknad av flexibilitet i utbildningssystemet m. m. tror man att en förbättrad kontinuitet kan uppnås genom att sådana rutiner utvecklas. Läkarbristen framhålls särskilt som ett incitament till utvecklingsarbete inom detta område.

Stockholms läns landsting pekar på den fundamentala betydelsen av dels läkartillgång, dels vårdplanering för att husläkaridén skall kunna realiseras. Det anføres vidare att möjligheten att förverkliga ett husläkarsystem i stockholmsregionen i alldeles särskild hög grad är förenat med problemet att söka styra patientströmmar till primärvårdens vårdcentraler och att detta i sin tur ger frågorna rörande information och samverkan en avgörande betydelse.

Malmö kommun och Västernorrlands läns landsting anser att primärvårdens organisation och resurser är av avgörande betydelse för patientens upplevelse av kontinuitet och trygghet och inte några speciella tekniska system. Malmö kommun instämmer dock med utredningen om att det första steget för att förbättra kontinuiteten bör vara att utveckla vårdplaneringen.

SHSTF anser att ett kontinuerligt journalsystem och fungerande meddelanderutiner är av stor vikt. Önskvärt vore också att alla administrativa funktioner kunde förenklas och mer lättarbetade rutiner arbetas fram. SHSTF anger som exempel att en distriktssköterskebarnmorska inom sitt verksamhetsområde har att föra 90 kolumner för statistiska uppgifter.

Sveriges folkpensionärs riksförbund framhåller önskvärldheten av att det skapas rutiner för att läkarlagets journalanteckningar automatiskt samlas och registreras centralt. Därmed kan en samlad bild av varje patient tecknas inom vårdcentralen. En striktare kontroll över patienternas medicinerande skulle exempelvis kunna erhållas därigenom.

Svenska kommunalarbetsareförbundet ser husläkarförslaget som ett byråkratiskt sätt att slå in öppna dörrar och menar att kontinuitetsproblemen torde få lösas i takt med att vårdcentralerna byggs ut och förbättrade rutiner för patientbokningen utarbetas.

Sveriges Läkarförbund framhåller att förbundet sedan länge engagerat sig i frågan om metoder för bättre planering av läkarnas tjänstgöring och bokning av besöken och att man försökt stimulera till lokala initiativ från läkarföreningarnas sida. Förbundet understryker vidare värdet av utredningens dokumentation av dessa frågor.

13. Organisationsmodellerna

Utredningen anger två modeller för hur ett husläkarsystem kan organiseras. I modell I har en grupp allmänläkare ett kollektivt områdesansvar och patienterna/invånarna ges möjlighet att välja en av allmänläkarna som sin husläkare. I modell II svarar varje allmänläkare i princip för ett geografiskt upptagningsområde. I båda modellerna förutsätts att patienten/invånaren har möjlighet att byta läkare. Det bör vidare vara möjligt att behålla sin läkare om man flyttar.

Av de remissinstanser som tar ställning till organisationsförslagen förordar ungefär lika många modell I som modell II, dock med någon övervikt för modell II.

Ett argument för modell I som framförs av *Kristianstads och Södermanlands läns landsting* är att patientens valfrihet ökar. *Statens invandrarverk* poängterar att modell I bättre kan tillgodose invandrarnas behov av att välja viss läkare. Även *SACO/SR (Psykologförbundet)* ansluter sig till modell I då den synes ge störst möjlighet att bibehålla ett fritt läkarval.

De två ovan nämnda landstingen anser vidare att modell I med sin större flexibilitet underlättar ett effektivt resursutnyttjande och *Kristianstads läns landsting* anför bl. a. följande.

”Den av utredningen skisserade modellen I synes ge dels större garanti för att upprätthålla sjukvårdsansvaret för befolkningen inom ett helt läkardistrikt eller betjäningsområde, dels ge allmänheten inom totala distriktet/området en större valfrihet betr. läkare. Modellen I torde också ge större möjligheter för läkare inom en vårdcentral att utnyttja sina speciella kunskaper dvs. profilering skulle härvidlag vara till nytta inom det totala vårdområdet. Detta skulle vara till stort värde inte minst med tanke på allmänläkarnas uttalade ansvar för såväl barnavårds- som mödravårdscentraler inom området. Likaså skulle man också härigenom kunna få profileringar vilka blir ofrånkomliga med tanke på den alltmer ökande äldrevården och de sjukdomar som följer med alltmer åldrande invånargrupper inom ett område. Modell I ger också en större möjlighet till fördelning av de knappa sjukvårdsresurserna. Det kan i vissa stycken upplevas som stötande att man inom en viss eller kanske flera sektorer inom ett läkardistrikt eller betjäningsområde saknar läkare och befolkningen där blir hänvisade till provisorier av olika slag av typ jourmottagningar eller liknande medan andra sektorer inom betjäningsområdet eller läkardistriktet erhåller en fullgod läkarvård med en mycket god vårdepisodkontinuitet etc. Utifrån dessa synpunkter torde i varje fall under överblickbar tid modell I vara att föredra.”

Flera remissinstanser bl. a. *Göteborgs och Bohus, Jämtlands, Södermanlands och Östergötlands läns landsting* samt *Svenska kommunalarbetsförbundet* framhåller att inriktningen av modell I ligger väl i linje med den utveckling som pågår inom resp. sjukvårdsområden idag men med undantaget att patienten inte formellt är knuten till en viss läkare.

Göteborgs och Bohus och *Östergötlands läns landsting* konstaterar att vårdcentralen kommer att ha ett övergripande ansvar för att invånarna i området får den vård som erfordras och att modell I därvid erbjuder en bra lösning på kontinuitetsproblemet.

TCO anser att modell I i ett inledningsskede kan vara lättare att genomföra med hänsyn till att den går att anpassa till förekommande vakanser och olika orsaker till långvarig frånvaro. Enligt *TCO:s* uppfattning är modell I också mer anpassningsbar till förekomst av andra läkare verksamma inom öppen

vård inom ett visst område exempelvis företagsläkare och privatpraktiker.

Blekinge läns landsting avvisar tanken på en mer eller mindre lagfäst rättighet för patienten att välja läkare. Ett sådant system menar landstinget kan lätt leda till en snedbelastning inom de mindre vårdcentralerna, om t. ex. någon läkare av någon anledning upplevs tillgodose patienternas förväntningar på ett bättre sätt. Landstinget poängterar i detta sammanhang att även om målsättningen medger viss valfrihet så kommer ändå teamet inom vårdenheten att vara mest lämpat att avgöra hur fördelningen av patienter bör ske.

Västerbottens läns landsting förordar modell II. Anledningen till detta ställningstagande är att en sådan uppdelning enligt landstingets uppfattning bl. a. befämjar samarbetet med de sociala myndigheterna.

Även *Statens handikappråd* och *HCK* förordar modell II mot bakgrund av att modellen sägs skapa goda möjligheter till ett förbyggande arbete och god miljökunnsdom och vidare lägger grunden till en naturligare samverkan med den sociala hemtjänsten.

Stockholms läns landsting konstaterar att det vid ett eventuellt genomförande av husläkariden och vid val mellan olika modeller uppstår vissa problem av praktisk och/eller rättvisekaraktär, bl. a. följande.

”Vid starten av ett husläkarsystem i ett område kommer det att vara ganska vanligt att någon eller några läkare är ”inarbetade” i området, medan andra läkare är helt nya. Någon form av hänsynstagande till redan etablerade läkarkontakter bör då ske vid starten av ett husläkarsystem.

En relativt jämn fördelning av befolkningen måste åstadkommas i förhållande till vårdcentralens läkare. Detta begränsar således möjligheterna till helt fritt val. Detta talar kanske för att utredningens modell II (geografisk underindelning) används som grundmodell.

Det är väsentligt att husläkarsystemet inte medför att de i samhället redan starka grupperna ”premieras” ytterligare genom förmågan och möjligheten att skaffa och bibehålla de bästa läkarkontakterna. De svaga i samhället kan här förväntas vara i väsentligt underläge. Också detta faktum talar kanske för en geografisk indelning (modell II) som utgångsmodell.

Även utifrån organisatoriska aspekter sett torde modell II vara enklast att genomföra dels genom att samarbetet mellan berörda allmänläkare och distriktssköterskor underlättas dels genom att informations- och registreringsförfarandena torde bli mindre svårbemästrade. Idén med en i huvudsak geografisk fördelning av befolkningen på vårdcentralens allmänläkare tillämpas för övrigt redan i nuläget vid vissa vårdcentraler inom Stockholms läns landsting.”

Sammanfattningsvis finner landstinget att många faktorer talar för att modell II är att föredra, men att det är möjligt att modell I är lämpligast i vissa geografiska områden.

Kristianstads läns landsting anser att primäransvar för mindre geografiska ansvarsområden gör distriktsvården mer attraktiv. Beträffande modell II konstaterar landstinget vidare att svårigheten att välja läkare kanske kan komma att upplevas som en alltför hård styrning av patienternas valfrihet. Landstinget ifrågasätter dock om inte valfriheten är något överbetonad i diskussionen. Denna valfrihet är idag en schimär konstaterar landstinget vidare och för patienten består valet ofta mellan att överhuvudtaget få kontakt med en läkare eller vara utan läkarvård. Landstinget ifrågasätter likaså om man även på sikt med en ökad läkarutbildning kommer att ha råd att genomföra en fullständig valfrihet.

Enligt *Kalmar läns landstings* bedömning bör kontinuiteten mellan läkare och patient i närsjukvården grundas på det geografiska sambandet. Genom indelningen i läkardistrikt får patienten en naturlig anknytning till en bestämd läkare vilket gör en formell registrering överflödig.

På grund av svårigheten att rekrytera distriktsläkare har det hittills inte varit möjligt att förverkliga landstingets intentioner i önskvärd utsträckning. I nuvarande bristsituation är det därför nödvändigt menar landstinget att i många områden organisera vården så att flera läkare vid en vårdcentral tillsammans svarar för befolkningen inom ett större upptagningsområde. Kontinuiteten får där tills vidare representeras av läkarteamet och inte av den enskilde läkaren vilket skapar större stabilitet vid vakans på läkartjänst eller vid läkares ledigheter. Samtidigt påpekar landstinget att det är önskvärt att distriktssköterskedistriktet sammanfaller med läkardistriktet, så att ett läkardistrikt består av ett eller flera distrikt för distriktssköterskor.

Lunds universitet (Medicinska fakultetsnämnden) finner modell II vara den bästa organisationsformen. Man har där närmat sig fördelarna i gamla tiders enläkardistrikt, men mot en ryggrad av flerläkarstationens möjligheter. Fakultetsnämnden poängterar vidare att vilket system man än väljer så blir "husläkarsystemet" med erbjudande att bli antecknade hos en distriktsläkare i praktiken bara en teknisk detalj.

Kronobergs läns landsting förordar också alternativ II och menar att organisationen inte bör utformas så att man stimulerar till ett "idolläkeri".

Svenska kommunalarbetsareförbundet konstaterar att modell II med geografiskt avgränsade ansvarsområden av utredningen betraktas som den högre ambitionsnivån och instämmer i att detta kan vara riktigt då det för allmänheten framstår som det mest "näraliggande" alternativet. Förbundet menar dock att förslaget innehåller stora brister som utredningen inte berör. Det finns enligt förbundets uppfattning en påtaglig risk för att vakanser och hög omsättning på läkare främst drabbar områden med hög andel socialt handikappade eller utslagna människor. Förbundet anför vidare att i takt med att primärvården byggs ut etableras efter hand kontakter mellan läkare och patienter. Införs sedan en enhetlig modell II riskerar man att de etablerade

kontakterna bryts. Enligt förbundets uppfattning torde möjligheterna att välja annan läkare än den systemet anvisar för flertalet ändå bli teoretisk, med tanke på nuvarande och även framtida brist på allmänläkare.

TCO framför liknande synpunkter beträffande svårigheterna att realisera modell II under överskådlig framtid. TCO menar vidare att de lokala förutsättningarna bör avgöra vilken modell som skall gälla men att huvudsaken är att man söker uppnå den bästa kontinuiteten mellan vårdsökande och vårdorganisation.

De flesta av SHSTF:s remissinstanser anser att modell II bör ligga som en målsättning i husläkarförslaget. De lokala förutsättningarna bör dock avgöra vilken modell som skall gälla – huvudsaken är att man söker uppnå den bästa kontinuiteten mellan vårdsökande och vårdlag. SHSTF finner därför den planerade försöksverksamheten i Stockholm vara av intresse att följa.

Åtskilliga remissinstanser konstaterar att pågående utvecklingsarbete, olikheter i vårdbehov beroende på åldersstruktur, olikheter beroende på tätortsgrad samt behov av vidare försöksverksamhet måste få bli avgörande för hur primärvården organiseras.

Skaraborgs läns landsting redovisar att det i länet bedrivs utvecklingsverksamhet för olika områden inom den kommunbaserade vården, vilka ligger i linje med utredningens målsättning. Landstinget avser att fortsätta denna verksamhet i olika former och i takt med att nya enheter etableras i kommunerna. Landstinget anser det således viktigt att erfarenheter från det pågående utvecklingsarbetet och de lokala förutsättningarna blir avgörande för hur primärvården organiseras.

Socialstyrelsen anser inte att någon av de presenterade modellerna bör läggas till grund för primärvårdsorganisationen i landet. Den avgörande invändningen som styrelsen anför mot de två modellerna är att de är ensidigt inriktade på allmänläkarnas mottagningsverksamhet, vilket enligt styrelsens sätt att se endast är en av många verksamheter i en differentierad primärvård.

Landstingsförbundet och Malmöhus läns landsting anser att förhållandet att ingen av de föreslagna modellerna i nämnvärd omfattning har prövats i praktisk försöksverksamhet i Sverige, innebär att det i nuläget inte finns underlag som gör det möjligt att bedöma de föreslagna modellernas effekt vare sig ur kontinuitetssynpunkt eller i andra avseenden.

Malmöhus läns landsting anför vidare att det största problemet med ett genomförande av systemen är att det idag saknas såväl personella som lokalmässiga resurser för ett genomförande fullt ut och att vilken modell man än väljer så måste genomförandet ske successivt efter varje vårdcentrals förutsättningar. Det är enligt landstingets uppfattning viktigt att som ett första steg låta vårdgivarna knyta kontakter med de grupper som i första hand är i behov av en välfungerande kontinuitet. Exempel på sådana grupper är äldre, barn och långvarigt sjuka.

Även *Lunds universitet (Medicinska fakultetsnämnden)* pekar på att en väg att gå snabbare fram är att ta reda på om behovet av husläkarfunktionen är av särskilt stort intresse för vissa grupper i samhället och om det i så fall finns möjlighet att prioritera dessa.

Västernorrlands och Gävleborgs läns landsting anser att utredningen i sina modellförslag inte tillräckligt beaktat konsekvenserna av att den framtida primärvården förväntas utföra en mängd nya uppgifter. Landstingen anför också att modellerna är alltför teoretiska och svagt underbyggda. Gävleborgs läns landsting utvecklar resonemanget om uppgifterna inom framtidens primärvård och nämner att ansvar för lokala sjukhem, barnhälsovård, mödrahälsovård, hälsovårdsinsatser, skolhälsovård, företagshälsovård, psykiatrisk hälsovård, hemsjukvård, distriktsarbetsterapi, distriktssjukgymnastik och social samverkan tillkommer eller ökar i omfattning. Alla dessa uppgifter kan enligt landstingets mening inte tillföras primärvården utan att allmänläkarnas verksamhet på något sätt profileras. Det innebär att vissa läkare får svara för t. ex. sjukhemsvården och därmed måste få ett reducerat antal patienter, vilket i sin tur återverkar på behovet av distriktssköterskor m. m. Å andra sidan anser landstinget att utredningens idéer är värda att prövas i någon försöksverksamhet där primärvården har nått en god utvecklingsfas och att utredningen härvidlag visat på en analysmodell av kontinuiteten som kan vara till hjälp i det fortsatta arbetet.

Kopparbergs och Östergötlands läns landsting samt *Malmö kommun* betonar att de modeller utredningen diskuterar representerar tänkbara utvecklingsvägar, men ingalunda de enda. En anpassning till lokala variationer måste enligt vad dessa remissinstanser anför tillåtas i systemet, varvid man samtidigt varnar för ökad byråkrati. Liknande synpunkter anføres av *Göteborgs kommun* som påpekar att det kan finnas skäl att behålla en väl beprövad och fungerande modell trots att den avviker från den centralt rekommenderade.

TCO och SACO/SR (Civilekonomernas riksförbund) understryker också att de lokala förutsättningarna måste vara avgörande för vilken modell som skall gälla.

Svenska kommunalarbetsförbundet konstaterar att primärvårdens utbyggnad möter varierande villkor i skilda delar av landet. Det vore enligt förbundets uppfattning därför olyckligt om någon av de modeller utredningen föreslår görs till ett alltomfattande system.

För den samlade översikten kan det förvisso vara av värde att ha en enhetlig modell, men eftersom betingelserna nu varierar kraftigt mellan olika landstingsområden menar förbundet att val av system bör göras landstingsvis. Enligt förbundets uppfattning är det heller inte osannolikt att lokala alternativ till utredningens två modeller efterhand kommer att utarbetas.

Norrbottens läns landsting vill heller inte förordna någon av de två modellerna som utredningen föreslår för att förbättra kontinuiteten. Istället förordar landstinget en modell som bygger på vårdcentralens kollektiva ansvar för ett

visst geografiskt område. Vårdcentralstillhörighet kan därvid lämpligen, precis som kontinuitetsutredningen föreslår, anges på försäkringsbeskeden. Inom ramen för detta kollektiva ansvar kan sedan vårdcentralen tillämpa en intern arbetsfördelning där tillgängliga läkarresurser fördelas på mindre delområden. Samtidigt kan man utnyttja aktiv vårdplanering för att hålla patient-läkarkontinuiteten på en så hög nivå som överhuvudtaget är möjligt med hänsyn till aktuell läkartillgång. Detta är enligt landstinget en mer flexibel och realistisk modell än de som kontinuitetsutredningen föreslår.

Svenska läkaresällskapet tar avstånd från registrering av relationen patient-läkare och kan därför inte välja mellan de båda föreslagna modellerna. Sällskapet konstaterar att uppenbarligen nås utredningens syfte bäst genom en organisation som väljs och prövas lokalt inom varje sjukvårdsområde och vid varje läkarstation.

Socialstyrelsen konstaterar att behovet av olika primärvårdsinsatser varierat starkt mellan olika kommuner och kommundelar. I storstädernas förortsområden är t. ex. kravet på barn- och mödrahälsovård betydligt större än i centrala kvarter, där den höga andelen äldre å andra sidan ställer särskilda krav på insatser för sjukvård i hemmet, servicecentraler etc. Förekomsten av halvöppna och slutna institutioner som kan kräva medverkan från primärvården varierar också betydligt mellan olika områden.

Liknande synpunkter framförs av *TCO* och *SHSTF* som finner att utredningen inte tillräckligt har analyserat skillnaden i befolkningsstruktur mellan större/mindre tätort och glesbygd. Båda remissinstanserna anser att de stora skillnaderna i befolkningsstrukturen måste vara avgörande för vilken modell av husläkarsystem som föredras. Befolkningsunderlaget inom ett bestämt geografiskt område kan i sig inrymma olika tunga verksamheter, beroende på ålderssammansättning, förekomst av handikapp och kroniska sjukdomar, utbud av social service, invandrarproblematik m. m.

Olikheter i vårdbehov mellan olika områden påpekas också av *statens invandrarverk* som anser att man vid utbyggnaden av vårdcentralerna bör kartlägga vilka invandrargrupper som finns inom sjukvårdsområdena och vilka särskilda åtgärder detta kan föranleda. Erfarenheten visar t. ex. att behandlingen av invandrare tar längre tid på grund av språk- och andra kommunikationssvårigheter. Det är enligt invandrarverkets uppfattning nödvändigt att ta hänsyn till detta vid planeringen av vårdcentraler i invandratäta områden.

Statens handikappråd konstaterar att utredningens förslag innebär en anpassning till de påtagligt ökade kraven på den öppna vården. Rådet tänker då särskilt på förskjutningar i befolkningssammansättningen, det ändrade sjukdomspanoramat, människors ökade anspråk på vård och service, den medicinska utveckling och inte minst huvudmännens kostnadsläge.

Svenska läkaresällskapet efterlyser en analys av befolkningens sjuklighet och sjukvårdsbehov och menar att utredningen inte har diskuterat vilka

konsekvenser den anförda bristen på allmänläkare kan ha för människor i olika åldersgrupper och med skilda hälsotillstånd.

Jönköpings läns landsting tror att det blir svårt att lägga fast ett system som är allmängiltigt för såväl glesbygd som tätort. Även *Göteborgs kommun* anser att det är viktigt att understryka att förhållandena kan vara olika i en större tätort som Göteborg och på landsbygden.

Stockholms läns landsting hyser också uppfattningen att utredningen i mycket liten utsträckning har diskuterat husläkaridén utifrån skilda regionala/lokala förhållanden. Landstinget konstaterar att utredningen tvärtom tar sin utgångspunkt från dels utländska erfarenheter, som baseras på privatpraktikersystem, dels det generella utvecklingsarbete "Primärvård och äldreomsorger" som socialstyrelsen, Spri, landstings- och kommunförbundet bedrivit. Enligt landstingets uppfattning hade en diskussion om husläkarsystemets tillämpning (olika modeller) i olika regionala/lokala miljöer varit av stort intresse. Inom Stockholms läns landsting ryms såväl tätort/storstads- som glesbygdsområden. Landstinget påpekar att inom storstadssektorn måste i nuläget beaktande och hänsyn tas till närheten till de delvis parallella vårdmöjligheter som erbjuds, dvs. i första hand privatpraktiserande läkare, företagsläkare och sjukhusens akuta och tidsbeställda mottagningar.

Enligt *Landstingsförbundets* bedömning kan de modeller för utformning av husläkarsystem som presenteras av utredningen främst på lite längre sikt då personalsituationen hunnit förbättras, tjäna som exempel för huvudmän/primärvårdsområden som är intresserade av att pröva en arbetsmetod där varje patient är mera direkt bunden till en bestämd läkare. Ytterst torde enligt förbundets uppfattning en kombination av erfarenheter från olika försöksverksamheter och de lokala förutsättningarna, geografiskt, befolkningsmässigt och när det gäller personaltillgång bli avgörande för hur man på varje ort organiserar primärvården.

Kristianstads och *Älvsborgs läns landsting* anser det vara orealistiskt att utgå ifrån att identiskt samma organisation kan tillämpas överallt. De lokala förutsättningarna för att stärka kontinuiteten är inte desamma inom t. ex. storstad och glesbygd. De i utredningen framförda idéerna bör således tillåtas växa fram på ett naturligt sätt i den takt som erforderliga resurser finns disponibla och anpassas till föreliggande lokala olikheter. Landstingen anser därvid att det bästa sättet att uppnå en för den enskilde huvudmannen lämplig organisation torde vara att genomföra en väl planerad försöksverksamhet i mindre skala.

Även *Gävleborgs* och *Västernorrlands läns landsting* finner ett fortsatt utvecklingsarbete och försöksverksamhet vara nödvändigt om modellerna skall tjäna sitt syfte dvs. att uppnå en god kontinuitet i vården.

LO framför liknande synpunkter och anför bl. a. följande.

"De av utredningen diskuterade vägarna för förbättrade kontakter mellan patienter och vårdgivare får betraktas som variationer och som en vidareut-

veckling av redan prövade organisationsmodeller. Sätillvida kan LO ge sin anslutning till de av utredningen föreslagna metoderna. Viktigt är dock att modellerna kompletteras med ytterligare försök av såväl de föreslagna systemen som andra system så att den praktiska utformningen av kontakterna blir så flexibla som möjligt och anpassas till skiftande förhållanden och förutsättningar. Valet av och bundenheten till en eller ett par modeller är nämligen enligt LO:s mening realistiskt för avsevärd tid framåt med tanke på bristen på allmänläkare och orättvist av den anledningen att olika kommuner och regioner redan idag men också framöver har så skiftande förutsättningar att organisera öppenvården efter just dessa system.

Inte heller *Sveriges läkarförbund* vill ta ställning för eller emot någon av de redovisade modellerna utan förutsätter att dessa liksom andra modeller prövas i försöksverksamhet och att resultatet av försöksverksamheten utvärderas noggrant och förutsättningslöst innan beslut fattas om ett mera generellt införande av husläkarsystem. Försöksverksamheten bör lämpligen äga rum i områden som uppfyller de förutsättningar som ställs upp för att ett husläkarsystem skall kunna fungera, dvs. vårdcentraler av storleken 2-5 allmänläkare och högst 3 000 invånare per allmänläkare. Förbundet anser vidare att det är ytterst angeläget att även privatläkarna tas med i en sådan försöksverksamhet.

Umeå universitet (Linjenämnden) framhåller att utredningens förslag är baserat på framförallt teoretiska resonemang och på utländska erfarenheter. Linjenämnden anser det därför väsentligt att en försöksverksamhet med uppföljning av husläkarsystemet snarast möjligt påbörjas – framförallt i tätort – för att få fram lämpliga modeller för uppbyggnaden av husläkarsystemet.

TCO konstaterar bl. a. att det framlagda förslaget visserligen bygger på en riktig bakgrundsbeskrivning och principiellt giltiga värderingar, men att så mycket är oklart vad gäller organisation och personalrekrytering, att en fortsatt utredning och ytterligare förslag är nödvändiga för att lösa dessa frågor. TCO anser därför att olika typer av försöksverksamhet bör prövas utifrån områden med lika befolkningsstruktur.

Stockholms läns landsting finner med tanke på behovet av kunskap och erfarenheter beträffande olika problem (information, registrering, utbildning, etc.) vid utveckling och genomförande av ett husläkarsystem samt med hänsyn till andra delvis oklara frågeställningar att det torde vara ytterst angeläget att en försöksverksamhet får föregå ett bredare genomförande.

Landstinget redovisar vidare att det inom sjukvårdsområdet för närvarande planeras sådan försöksverksamhet. Försöksverksamheten beräknas påbörjas successivt med start under första halvåret 1979 och tänks lokaliserad till tre av landstingets vårdcentraler, en i norra och en i södra länsdelen samt en i Stockholms innerstad. Möjligheterna att variera och anpassa försöken efter de lokala förutsättningarna skall tas till vara. Vidare skall möjligheterna

att inordna företagsläkare och privatläkare i ett husläkarsystem prövas i ett av försöken. I utvärderingen skall ingå att studera bl. a. effekterna för patienterna i försöksområdena liksom öppenvårdens inverkan på belastningen vid sjukhusens akutmottagningar.

14. Dimensioneringstal

Utredningen anser att en vårdcentral inte bör vara större än att där tjänstgör 2-5 allmänläkare samt övrig personal. På sikt är kontinuitetsutredningens mål för läkartätheten en läkare per 2 000 invånare. Enligt utredningens ambitionsnivå för år 1985 skall en allmänläkare svara för ca 3 000 invånare. Befolkningsunderlaget per distriktssköterska anges till 1 500-2 000 invånare.

Kronobergs, Kristianstads och Västerbottens läns lands ting stöder utredningens förslag om att vårdcentralerna ej bör vara planerade för mer än 2-5 distriktsläkare/allmänläkare. Bl. a. understryks att större centraler har en tendens att få problem med en fastare kontakt med distriktet. Även *Göteborgs kommun m. fl. remissinstanser* tillstyrker i princip en utbyggnad av den öppna vården genom relativt små vårdcentraler bemannade med allmänläkare och avsedda för geografiskt avgränsade områden.

Statens invandrarverk konstaterar att möjligheterna att få kontakt med personal med invandrarbakgrund blir större om vårdcentralerna inte görs för små. Med hänsyn till krav på öppethållande och service anser även *TCO* det vara mer fördelaktigt att planera för enheter omfattande minst fyra allmänläkartjänster.

Flera remissinstanser tar upp samverkansbehovet med socialvård, skola, försäkringskassa etc. och betonar i detta sammanhang vikten av överensstämmande upptagningsområden. Vidare redovisas i samband med diskussioner om primärvårdens planering målsättningar om att varje kommun i princip bör ha en vårdcentral. Kommunens storlek har således också betydelse för hur stor vårdcentral man bör planera för. Likaså framhålls att vårdcentralens storlek är beroende av speciella omständigheter som t. ex. glesbygd-tätortsgrad.

Socialstyrelsen anser att kontinuitetsutredningens förslag innebär en alltför schematisk lösning i och med att man utgår från en fördelning av befolkningen med 3 000 invånare per husläkare (1 500 invånare per distriktssköterska) utan att beakta de skilda vårdbehov som föreligger i olika befolknings- och åldersgrupper. Socialstyrelsen hänvisar i detta sammanhang till att metoder för behovsbedömningar och planering inom hälso- och sjukvården kommer att behandlas i den av socialdepartementets sjukvårdsdelegation tillsatta utredningen "Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS-90)."

Svenska kommunalarbetsförbundet menar likaså att utredningens norme-

ring av vårdcentralernas storlek och arbetsfördelning är en onödig begränsning med hänsyn till behovet av lokala variationer.

Beträffande utredningens ambitionsnivå en allmänläkare per 3 000 invånare konstaterar flera sjukvårdshuvudmän att en mycket god överensstämmelse med de egna sjukvårdsplanerna föreligger (*Blekinge, Kronobergs, Kalmar, Malmöhus, Västmanlands, Uppsala, Södermanlands, Göteborgs och Bohus, Örebro, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands och Västerbottens läns landsting samt Göteborgs kommun*).

En inte fullt lika god överensstämmelse med kontinuitetsutredningens ambitionsnivå för distriktsskötersketätheten – en distriktssköterska per 1 500–2 000 invånare redovisas. *Kronobergs, Kalmar, Södermanlands, Örebro, Kopparbergs och Västerbottens läns landsting* anger att sjukvårdsplanernas målsättning ligger vid ca en distriktssköterska per 2 000 invånare.

Arbetskyddsstyrelsen ansluter sig till utredningens målsättning beträffande helhetssyn på patienten och ökat utrymme för förebyggande insatser, men menar att detta riskerar att bli tomma ord och ursäkter för ett lappande på distriktsläkarsystemet om man inte från början ännu starkare satsar på de miljöinriktade och sjukdomsförebyggande uppgifterna, vilket innebär att man bör sikta på en läkartäthet om en per 2 000. *Arbetskyddsstyrelsen* anför vidare bl. a. följande.

”Från företagshälsovården har man en viss erfarenhet av lämpliga relationstal mellan läkare och servicetagare. Sedan ett par decennier har siffran en per 2 000 anställda varit målangivelse. I fall av spridda arbetsplatser eller särskilda problem: en läkare per 1 500 anställda. Åtminstone för större och medelstora företag har siffran visat sig hålla någorlunda. Då är att märka att läkaren befinner sig i ett team med andra funktionärer runtomkring. Hans sjukvårdande tid har ofta omfattat halva arbetstiden. Enligt styrelsens mening bör relationstalen kunna ge viss ledning även för en primärvårdsläkarfunktion, med uppgift att tillämpa helhetssyn och arbeta sjukdomsförebyggande. En sådan begränsning av patientantalet skulle även bidra till rekryteringsproblemens lösning.

Kalmar läns landsting anser det tveksamt om målsättningen en läkare per 2 000 invånare är förenligt med de samhällsekonomiska förutsättningar som torde gälla under lång tid framöver. Framförallt måste enligt landstingets mening övervägas om denna målsättning är rimlig i tätorter, där en omfattande öppen vård finns att tillgå vid sjukhusens mottagningar. Landstinget understryker därför vikten av att dimensioneringsnormerna blir föremål för mer ingående studier och överväganden än vad utredningen av tidsskäl haft möjlighet att göra. Det är emellertid angeläget att dessa överväganden påskyndas för att skapa underlag för realistiska läkarutbildningsprogram. Även *Kopparbergs läns landsting* anser den högre ambitionsnivån beträffande läkar- och distriktsskötersketäthet inte vara möjlig mot bakgrund av nuvarande ekonomiska situation.

Liknande synpunkter framför *Gotlands kommun* som understryker att innan man binder sig för en så omfattande utbyggnad som utredningen föreslagit – en allmänläkare per 2 000 invånare mot dagens en per 5 200 – måste ekonomiska, sjukvårdsorganisatoriska och andra konsekvenser närmare analyseras.

Hallands läns landsting finner målsättningen en allmänläkare per 3 000 invånare omöjlig att förverkliga till år 1985.

Svenska läkaresällskapet anser det orimligt att öka befolkningsunderlaget med 50 % år 1985 – i förhållande till den slutliga ambitionsnivån – då priset för denna försämrade målsättning är att man får radera planer och överenskomelser som nåtts av olika sjukvårdsintressenter: staten, huvudmännen, läkarförbundet.

Kristianstads läns landsting framhåller att kontinuitetsutredningen föreslagit en rad ytterligare arbetsuppgifter för allmänläkarna bl. a. inom hemsjukvården, den förebyggande vården och långtidssjukvården, vilket enligt landstingets uppfattning för med sig att man på sin höjd kan räkna med att varje årsanställd läkare kan betjäna 2 500 invånare.

Erfarenheterna från *Skaraborgs läns landsting* tyder på att en allmänläkare per 3 000 invånare knappast kan klara de arbetsuppgifter som förutsatts i utredningens förslag. En mer realistisk siffra har för länet befunnits vara en allmänläkare per 1 500 invånare. Denna norm skulle medföra möjlighet att tillgodose önskemålen om kontinuitet och tillgänglighet och ge möjlighet för allmänläkarna att ägna sig åt verksamheter utöver ren mottagningsverksamhet och akutmottagning. *Jämtlands läns landsting* redovisar också att landstinget har en läkare per 1 500 invånare som norm för år 1985.

Södermanlands läns landsting anger att bemanningsplanerna i länet i realiteten redan ligger kring de tal som anges i utredningen. *Göteborgs och Bohus läns landsting* redovisar också att det inom flera kommuner i dagsläget finns goda förutsättningar för att införa ett husläkarsystem. För landstinget som helhet ligger allmänläkartätheten på ca 3 400 invånare per läkare och endast 4 % av tjänsterna är obesatta.

Stockholms läns landsting understryker att den lämpliga allmänläkar- och distriktsskötersketätheten måste ses i relation till regionala förhållanden. Det framhålls att dimensioneringstal som sådana inte kan ses som helt generella utan måste ses dels i förhållande till de olika funktionernas vårdinnehåll och utveckling, dels i förhållande till de regionala förhållandena (storstad, glesbygd, etc.). Det bör i sammanhanget också observeras att en ökad läkar- och distriktsskötersketäthet medför krav på en ökning av vissa andra resurser såsom medicinsk och administrativ service, terapeutisk personal, sjukvårdspersonal i övrigt, etc. Dessa krav har utredningen för sin del inte funnit anledning att närmare analysera.

Även *Göteborgs och Bohus* och *Västerbottens läns landsting* pekar på att man i sjukvårdsplanerna räknat med betydligt lägre dimensioneringstal i

kommuner med stort inslag av glesbygd och långa restider.

Uppsala läns landsting påpekar också beträffande distriktsskötersketäthets-talen att hänsyn måste tas till befolkningens ålderssammansättning inom distriktet, tätortsgraden och bebyggelsestrukturen. En hög andel åldringar, för vilka kontinuiteten är av särskilt stor betydelse, motiverar särskilda insatser. Landstinget anför vidare att det i utredningen saknas en diskussion om distriktssköterskans arbetsuppgifter inom äldreomsorgen.

Distriktsskötersketätheten i *Göteborgs och Bohus läns landsting* är för närvarande en sköterska per 3 200 invånare. Landstingets principplan föreslår en ökning av antalet tjänster som skulle minska antalet invånare per tjänst till 2 500. Jämfört med utredningens förslag blir skillnaden således fortfarande stor. Även *Västmanlands läns landsting* och *Malmö kommun* är tveksam till att målsättningen för distriktsskötersketätheten kan uppnås till år 1985 och påpekar att normtalen är beroende av vilken övrig personal som ställs till distriktssköterskans förfogande, exempelvis undersköterskor, sjukvårdsbiträden etc. Även *Gävleborgs läns landsting* ställer sig mycket tveksam till utredningens överväganden beträffande distriktssköterskenormeringen.

Göteborgs kommun understryker också att ett genomförande av utredningens förslag kräver en mycket kraftig utbyggnad av distriktssköterskeverksamheten. Kommunen redovisar i sitt remissvar att det för närvarande finns 51 tjänster för kommunsköterskor och 71 tjänster för sjuksköterskor vid barnvårdscentraler, medan utredningens normer skulle innebära ett behov av närmare 300 distriktssköterskor.

Sveriges folkpensionärers riksförbund föreslår att pensionärstäthet i området vägs in vid vårdcentralens dimensionering, eftersom behovet av att söka läkare ökar med stigande ålder.

Svenska kommunförbundet understryker att vid dimensioneringen av personal bör för att inte motverka kontinuitetssträvandena hänsyn tas till de arbetsuppgifter som inte är att hänföra till direkta patient/vårdgivarkontakter vid mottagning – exempelvis hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunal verksamhet.

15. Registrering

Utredningen föreslår att försäkringsbeskeden skall föras med uppgifter om den försäkrades vårdcentralstillhörighet och – i ett senare skede då husläkarsystemet förutsätts vara mer allmänt genomfört – med namn på vederbörandes husläkare och distriktssköterska.

Flertalet remissinstanser avstyrker en registrering i den form utredningen föreslagit.

Socialstyrelsen anser att det bör vara sjukvårdshuvudmannens självklara uppgift att på lämpligt sätt informera invånarna i olika läkardistrikt om vilken eller vilka vårdcentraler och andra hälso- och sjukvårdsmottagningar som invånarna i första hand kan vända sig till. Huvudmännen ägnar också dessa

informationsfrågor stor uppmärksamhet. Förslaget att utnyttja försäkringsbeskeden för information innebär enligt styrelsens uppfattning onödigt administrativt arbete och sannolikt stora kostnader varför det avstyrks.

Riksförsäkringsverket konstaterar att ett utnyttjande av försäkringsbeskeden är förenat med vissa svårigheter och anför bl. a. följande.

”Försäkringsbeskeden framställs medelst ADB på grundval av information i försäkringskassornas centrala register. I detta register finns bl. a. uppgift om vid vilket lokalkontor den försäkrade är inskriven. Denna uppgift bygger på aviseringar från folkbokföringsregistret om kommun- och församlingstillhörighet. I något enstaka fall sker indelning med postnummer som grund. Även om vårdcentralernas upptagningsområden skulle överensstämma med lokalkontorsindelningen måste uppgift om vårdcentral aviseras från sjukvårdshuvudmännen, eftersom möjligheter till fritt val av vårdcentral och läkare skall finnas.

Husläkarförslaget innebär att patienten vid byte av bosättningsort som regel också byter vårdcentral. Enligt lagen om allmän försäkring skall försäkrad vara inskriven hos den försäkringskassa där han är mantalsskriven. Detta innebär att den försäkrade vid byte av bosättningsort kvarstår som inskriven hos sin gamla försäkringskassa till den 1 januari påföljande år. Om flyttningen äger rum efter den 1 november kvarstår inskrivningen ytterligare ett kalenderår. Den försäkrade kan således i vissa fall i över ett års tid efter flyttning inneha ett försäkringsbesked med inaktuell uppgift om vårdcentral. För att undvika detta måste särskilda utskrifter av besked göras i samband med byte av vårdcentral.

För närvarande utfärdas ca 6 miljoner försäkringsbesked per år. Huvuddelen av dessa utfärdas efter ändring av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst. Uppgift om vårdcentral – och eventuellt även husläkare/distriktsköterska – måste därför lagras i det maskinella sjukförsäkringsregistret för att uppgiften skall kunna skrivas ut på samtliga försäkringsbesked. En sådan utökning av registerinnehållet och de fortlöpande aviseringar som erfordras för att hålla registret aktuellt skulle medföra betydande kostnader.

Med hänsyn till vad ovan anförts ifrågasätter verket om det inte vore enklare och mindre kostnadskrävande att välja något annat alternativ för information om vårdcentralstillhörighet. Därvid bör bl. a. övervägas att utnyttja de patientkort som sjukvårdshuvudmännen utfärdar, vilket vanligen sker när patienten besöker en sjukvårdsinrättning. På vissa håll, t. ex. i Östergötlands län och Malmö kommun, har patientkort utfärdats för samtliga bosatta inom området. Nya kort distribueras omedelbart efter det att någon bosatt sig i eller ändrat bosättning inom området. Om patientkortet på detta sätt utfärdas omedelbart efter flyttning skulle en uppgift om vårdcentral på patientkortet alltid vara aktuell. Verket föreslår att möjligheterna att förse sjukvårdshuvudmännens patientkort med uppgifter om vårdcentralstillhörighet m. m. undersöks närmare.”

Statskontoret varnar för den meradministration utredningens förslag skulle innebära och föreslår som alternativ att endast vårdcentralens namn präglas på de patientkort som redan används i stora delar av sjukvården.

Akademiska sjukhuset tillstyrker i princip utredningens förslag att det kan vara lämpligt att på patientens egen önskan knyta denne till en viss vårdcentral och därvid ange vederbörandes vårdcentralstillhörighet på försäkringsbeskedet. Med hänsyn till bl. a. den stora omflyttningen inom befolkningen förutser dock direktionen att detta kommer att bli förenat med en rad tekniska problem. Med all säkerhet måste någon form av datasystem utnyttjas. En samkörning mellan försäkringskassans och vårdcentralernas datasystem, vilket vore rationellt, kan dock leda till komplikationer ur sekretessynpunkt, varför denna fråga bör närmare utredas.

Landstingsförbundet pekar på att även registreringssystem där kontakten etableras vid det första besöket är tänkbara, varvid viss ökad flexibilitet och valfrihet blir möjlig.

Stockholms läns landsting anser att själva registreringsiden skall ses som en teknisk fullbordning av övrig planering på relativt lång sikt och inte ges en alltför styrande inverkan. Landstinget anför att en mängd grundläggande åtgärder och planeringsfrågor måste klaras av först såsom

- förbättring av primärvårdens kvalitet och status
- information om primärvården till befolkning och sjukhusansluten vård m. fl.
- fortsatt utbyggnad av primärvården
- bemanning av tjänster, bemanningsplanering
- förbättrad tillgänglighet och vårdplanering
- ökad kommunikation och samverkan mellan de olika vårdformerna
- förlängt öppethållande

Beträffande registreringsförslaget anför landstinget vidare följande.

”Registreringsdelen i husläkartanken bör således ej bli alltför styrande. Å andra sidan bör framhållas att ett registreringsförfarande på sikt kan ha vissa positiva effekter, t. ex. genom att lokal forskning och förebyggande hälsovårdsarbete underlättas.

Förvaltningen vill understryka att ett system med registrering på läkare i samband med första kontakt torde vara administrativt betydligt enklare än en komplett registrering ”i förväg” av en befolkning fördelad på de olika läkarna. Det torde vara en relativt omfattande uppgift att utveckla sistnämnda system för registrering med hänsyn till att systemet också fortlöpande skall uppdateras med förändringar (läkare och befolkning).

Utredningen anger registrering av vårdcentral, husläkare och distriktssköterska på försäkringsbeskedet, som ett tänkbart förslag. Med tanke på att den allmänna försäkringens registrering m. m. numera sker med hjälp av ADB i ett för hela landet centralt system, torde förslaget inte vara utan komplika-

tioner. Registrering av husläkare resp. distriktssköterska på försäkringsbeskedet torde enligt förvaltningens bedömning i nuläget överhuvudtaget knappast vara genomförbart.

Registreringen husläkare-befolkning kan enligt förvaltningens uppfattning bli särskilt problematisk inom Stockholms läns landsting. Detta sammanhänger i huvudsak med att hela regionen kan betraktas som en arbetsmarknad medan primärvården kommer att vara indelad i mängder av betjäningsområden (ca 120 vårdcentraler på 80-talet). För befolkningen är arbetsplats och hemvist ofta inte belägna i samma betjäningsområde. Frekventa omflyttningar bland såväl befolkning som läkare/distriktssköterskor kan också förutses.

Sammanfattningsvis vill förvaltningen ang. registreringsfrågan understryka de praktiska svårigheterna samt att liksom utredningen framhålla att en registrering inte kan vara meningsfull förrän primärvården nått en viss utbyggnad (och stabilitet)."

Enligt *Kalmar läns landstings* bedömning bör kontinuiteten mellan läkare och patient i närsjukvården grundas på det geografiska sambandet mellan läkarmottagning och patientens bostad. Genom indelningen i läkardistrikt får patienten en naturlig anknytning till en bestämd läkare vilket gör en formell registrering onödig. Liknande synpunkter anförs av bl. a. *Jönköpings läns landsting*.

Flera remissinstanser påpekar att förslaget innebär ökad byråkratisering och onödigt administrativt krångel bl. a. *Kronobergs, Västmanlands, Örebro, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting*.

Gävleborgs läns landsting finner det tillräckligt med uppgift om vilken hälsocentral/vårdcentral som patienten tillhör samt telefonnummer dit. Enligt landstingets bedömning kan försäkringsbeskedet vara ett sätt att förmedla denna information.

Örebro, Jönköpings och Norrbottens läns landsting anser att kontinuitetsproblemen kommer att kunna lösas enklare och smidigare i ett utbyggt vårdcentralssystem med erforderlig tillgång till läkare och sjuksköterskor. Norrbottens läns landsting anför bl. a. att erfarenheterna i Norrbotten visar att man vid vårdcentraler som har en stabil och fulltalig läkarbesättning klarar kontinuiteten på ett utmärkt sätt utan att något så krångligt som formell registrering behöver tillgripas.

Norrbottens läns landsting påpekar också beträffande registreringsproblemen vid patienternas rörlighet, att Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå visat att det är personer med sociala och medicinska problem som har största benägenheten att flytta ofta mellan olika stadsdelar. I sådana fall blir registreringen av kortvarig natur och således mindre meningsfull som kontinuitetsmedel.

SACO/SR (Civilekonomernas riksförbund) konstaterar att förslaget förut-

sätter en relativt begränsad personalomsättning, vilket inte torde kunna uppfyllas inom de närmaste åren.

Sveriges läkarförbund betonar att utredningen inte tillräckligt belyst konsekvenserna för de personer som av en eller annan anledning inte "registrerar" sig och anför bl. a. följande.

"Det finns enligt läkarförbundets mening risk för att den som inte är registrerad får än svårare än nu att finna sin väg i sjukvårdssystemet. Det gäller särskilt grupper som även i andra avseenden har en utsatt ställning, t. ex. invandrare, låginkomsttagare, lågutbildade m. fl. Med hänsyn till att allmänläkarvårdens kapacitet, som redan påpekats, inte på långt när räcker till, kan det ligga nära till hands att de registrerade patienterna får komma i första rummet. De oregistrerade skulle alltså inte bara gå miste om förmånen att så långt möjligt få träffa samma läkare, utan de skulle riskera att inte få träffa någon läkare alls. Medvetandet om en sådan risk kan medföra att registreringen i praktiken upplevs som obligatorisk och leder till en orimlig belastning på vårdcentralerna och svikna förväntningar hos allmänheten.

I de länder där registrering förekommer, t. ex. Danmark och Storbritannien, arbetar husläkarna under helt andra förutsättningar ifråga om huvudmannaskap/finansiering, arbetstider m. m. Registreringen har där också använts som bas för remisstvång för specialistvård, något som utredningen avvisar till förmån för ett fritt läkarval. I teorin är givetvis registrering och remisstvång två skilda saker, men erfarenheterna från andra länder visar att ett husläkarsystem med registrering i praktiken alltid förenats med remisstvång och/eller ekonomiska styrmedel.

Mot denna bakgrund kan läkarförbundet inte tillstyrka förslaget om registrering. Registreringen får under inga förhållanden göras obligatorisk. Verkningsarna av frivillig registrering bör studeras närmare i försöksverksamhet i begränsad skala på ett par orter med olika förutsättningar innan man kan ta ställning till hur ett sådant nytt inslag i den svenska sjukvården kommer att fungera."

Socialstyrelsen tar även upp registreringsfrågan från aspekten att det finns stor risk att människor som inte har en tillräckligt social förankring hamnar utanför systemet. Personer som uppfattas som särskilt vårdkrävande, kverulantiska, eller på annat sätt störande skulle också löpa risk att bli utan läkarvård om samtliga fast anställda distriktsläkare med allmänläkarkompetens tilldelats maximalt antal "husläkarpatienter". Styrelsen anför vidare att utredningen ej heller har berört frågan om en husläkare skall ha rätt att vägra behandling av vårdsökande som ej "tillhör" läkaren ifråga.

Enligt socialstyrelsens bedömning kan det föreslagna systemet sålunda komma att medföra att vissa vårdsökande ställs utanför möjligheten att få tillgång till läkarvård vid en vårdcentral belägen inom vederbörandes bostadsområde, samtidigt som de personer som haft förmånen att få bli registrerade som husläkarpatienter tillförsäkras en lättillgänglig läkarvård. Socialstyrelsen erinrar i detta sammanhang om den övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitiken i vårt land som lagts fast i direktiven till den

pågående utredningen om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården (HSU). Regeringen uttalar där att målsättningsdiskussionen bör föras "med utgångspunkt i att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor". Socialstyrelsen finner således att konsekvenserna av det föreslagna husläkarsystemet kan komma att strida mot den citerade målsättningen.

Socialstyrelsen påpekar också att det varit värdefullt om utredningen kunnat analysera för- och nackdelar med olika fördelningssystem samtidigt som man konstaterar att utredningen inte anger vilka principer som skall tillämpas för prioriteringen, om ett alltför stort antal invånare i distriktet önskar registrera sig hos en viss husläkare. Vidare efterlyser socialstyrelsen en analys av vilka konsekvenser ett genomförande av husläkarförslaget kommer att få för befolkningen i primärvårdsområden med otillräckligt antal allmänläkare/husläkare.

Västernorrlands läns landsting ser också risker för att vissa grupper – åldringar, långtidssjuka, handikappade etc. – kommer att få sämre förutsättningar för basal hjälp under husläkarsystemets uppbyggnadsskede, där registrerade patienter kan komma att prioriteras. Landstinget ställer bl. a. följande frågor: Vilka skall registreras under uppbyggnadsskedet och vilka skall avvisas och vad skall vi göra med dem som på grund av läkarbrist saknar registreringsmöjlighet?

Östergötlands läns landsting anför att principen om fritt läkarval har lagts fast inom landstinget men att detta dock inte medger någon absolut rätt för patienten att träffa viss läkare. Landstinget kan inte heller ställa sig bakom någon rätt för läkare att, så som det sägs i utredningsdirektiven, visa ifrån sig patienter till andra läkare. Innebörden skulle enligt landstingets uppfattning bli att speciella patientgrupper, exempelvis patienter med missbrukarproblem och övriga sociala problem, skulle riskera att få svårt att få läkarhjälp vid vårdcentralen. Landstinget understryker i detta sammanhang att vårdcentralens personal skall ha ett kollektivt ansvar för att alla inom området, även särskilt arbetskrävande patienter, får en adekvat behandling så långt vårdcentralens resurser medger det.

Svenska läkaresällskapet tar avstånd från registreringsförslaget och anför att sällskapet inte kan se några fördelar av att formellt identifiera relationen läkare-patient. Hela systemet skulle riskera att få vanrykte redan från början, eftersom det inte råder tillräcklig stabilitet. Sällskapet tror istället att människorna själva kommer att märka effekterna av ökad kontinuitet, när antalet läkare i primärvården har ökat och när man i stigande utsträckning kan tillämpa de kontinuitetsbefrämjande rutiner som utredningen refererar.

Sveriges folkpensionärers riksförbund föreslår att en sjukvårdsregistrering av pensionärer snarast införes – oavsett om och när ett husläkarsystem införes i landet. För de gamla ger det en trygghetskänsla att veta besked om vart man

ska vända sig och vid vilken "station" inom sjukvården man känner till vars och ens hälsotillstånd. Barnen kontrolleras på barnavårdseentralerna och i skolan. De yrkesverksamma har sin företagshälsovård. Behovet av regelbunden kontakt och kontroll är därför störst hos de äldre anser SFRF.

16. Remissförfarande

Utredningen föreslår inte något remisstvång inom husläkarsystemet, vilket enligt utredningens grundsyn skall ses som ett erbjudande till befolkningen och inte som ett tvingande påbud. Det skall stå var och en fritt att avstå från husläkare om man vill det och likaså skall den som vill vända sig direkt till en specialist kunna göra det.

Samtliga remissinstanser avvisar i likhet med utredningen remisstvång eller har inget att erinra mot utredningens förslag på denna punkt. Vissa remissinstanser befarar dock att husläkarsystemet på sikt kan komma att medföra ett indirekt remisstvång.

Socialstyrelsen menar att den av utredningen föreslagna organisationen med husläkare i praktiken innebär ett remisstvång när det gäller möjligheterna för husläkarens patienter att få tillgång till specialistvård. Socialstyrelsen tolkar vissa skrivningar i utredningen på så sätt att utredningen tänker sig att husläkaren till stora delar skall bestämma över patientens rätt till specialistkonsultation. Socialstyrelsen finner att formuleringar som "Hur man via sin husläkare kan nå specialistläkare om så är nödvändigt" och "Samarbetet mellan husläkare och specialistläkare kommer därför till största delen dirigeras av husläkaren" innebär remisstvång och avvisar bestämt att ett sådant införs inom primärvården.

Enligt socialstyrelsens uppfattning är också remisstvånget en nödvändig beståndsdel i de utländska husläkarmodeller som utredningen speciellt åberopar som mönster.

Akademiska sjukhuset betonar att det vore mycket olyckligt om utvecklingen av husläkarsystemet skulle leda fram till att man tvingades införa ett remisstvång. Möjligheten att primärt söka öppen vård vid sjukhusen bör finnas kvar även på längre sikt. Direktionen framhåller att detta också är betydelsefullt ur utbildningssynpunkt.

Gävleborgs läns landsting konstaterar att det är angeläget att patientens kontinuerliga kontakt med sin hälsocentral upprätthålles vid alla hälso- och sjukvårdsbehov, åtminstone under icke jourtid. Kontakten behöver inte innebära obligatoriskt remisstvång till all specialistvård utan kan i många fall få karaktären av rådgivning/samråd med mottagningspersonal och läkare. Patienten kan då få hänvisning till lämplig vårdform.

Uppsala läns landsting anser att utredningens alltför starka betoning på allmänläkarens primära insatser kan leda till remisstvång på sikt, vilket vore olyckligt. Vidare framhålls att under en lång tid framöver kommer läkartill-

gången i primärvården att vara begränsad och därmed kan remisstväng leda till en inte önskad sekundär sjukvårdskonsumtion. Patientens valmöjlighet mellan allmänläkare och specialist bör därför inte helt undanröjas. Ett fritt läkarval får dock enligt landstingets uppfattning inte innebära att gränserna mellan olika vårdcentralers upptagningsområden suddas ut.

Uppsala universitet (Medicinska fakultetsnämnden) befarar att remisstväng och ett upphävande av det fria läkarvalet med stor sannolikhet kommer att bli konsekvensen av husläkarsystemet.

Göteborgs kommun redovisar att invånarna i kommunen har tillgång till huvuddelen av specialistvården utan remiss och att det i kommunen upplevs naturligt att söka specialister direkt, exempelvis gynekologer och ögonläkare. Kommunen anser att sådan verksamhet som specialisterna gör både snabbare och bättre än allmänläkarna inte bör läggas på allmänläkarna.

Stockholms läns landsting understryker att husläkarsystemet skall ses som ett erbjudande samt att remisstväng till specialistläkare inte skall erfordras.

Sveriges läkarförbund noterar med tillfredsställelse att utredningen tar avstånd från formellt remisstväng och slår fast att patienterna även i framtiden måste garanteras ett fritt läkarval. Förutom principiella och kvalitetsmässiga skäl åberopar läkarförbundet även rent praktiska skäl såsom att allmänläkarna inte kommer att kunna ta sig an alla primärvårdspatienter ens då slutmålet för allmänläkartätheten uppnåts.

Svenska läkaresällskapet tar bestämt avstånd från de tongångar i utredningen som antyder att primärvården skulle kunna få en formell förstärkning genom remisstväng till specialistvård. Sällskapet anför att många redan idag hyser en viss, inte oberättigad, ängslan för att en utbyggd primärvård kommer att fördyra sjukvården genom att antalet remisser ökar. Sällskapet framhåller vidare att det är illavarslande när utredningen framhåller att patienterna kan förväntas i första hand uppsöka sin husläkare när väntetiderna till specialistläkarvården är långa: "En patient kommer att ha bättre chanser att snabbt komma till specialist med en remiss än utan".

SACO/SR (Psykologförbundet) hävdar att det är av ytterst vikt att utredningens förslag ger den enskilde patienten möjlighet att fritt välja mellan alternativa samhälleliga hjälpformer och att den hjälpsökandes egen bedömning av vad som är adekvat hjälpinsats tillåts bli avgörande för valet av vårdgivare, oavsett om detta blir allmänläkare, företagshälsovård, psykiatriskt team eller socialvård. Ökande kunskaper om varandras kompetensområden bör garantera att den primärt uppsökta instansen leder patienten vidare till den i det aktuella fallet bäst lämpade vårdgivaren.

Sveriges folkpensionärers riksförbund ansluter sig till utredningens avståndstagande till tanken på formellt remisstväng och anser att systemet för att få komma till en specialist bör ges en generös och flexibel utformning.

Svenska arbetsgivareföreningen understryker likaså vikten av att medborgarna även fortsättningsvis i enlighet med det fria läkarvalet har möjlighet att vända sig direkt till specialistmottagning.

17. Jour- och akutheredskap

Utredningen anger olika principer för jourorganisationen. På sikt anges att inriktningen bör vara att primärvården får ett totalt jouransvar, men att det för närvarande på grund av arbetskraftssituationen är mer realistiskt att samla jourverksamheten till t. ex. länsdelssjukhusen. *Utredningen* framhåller att det även är viktigt att det finns ett fungerande dagjournsystem som kan medföra att patienterna kan få komma till sin läkare akut. *Utredningen* framhåller också nödvändigheten av att både läkare och sjuksköterska i ökad omfattning gör hembesök.

Kronobergs läns landsting understryker att vårdcentralerna bör organiseras så att de kan erbjuda en fungerande jourtjänst/ledighetsavlösning och ha en adekvat utrustning för viss akutheredskap.

Västmanlands läns landsting framhåller att förutsättningarna för kontinuitet ökar när det i en framtid blir möjligt att hålla mottagningen öppen under kvällstid, kanske till kl 19.00 eller 20.00 och därmed den egentliga jourtiden förkortas.

TCO förordar att längre öppenstående ordnas inom vissa vårdcentraler i storstadsregioner. Då det gäller primärvårdens och vårdcentralernas jourverksamhet nattetid och helger, anser *TCO* att detta måste bli föremål för ytterligare diskussioner beroende på distriktsområden och andra lokala verksamheter.

Södermanlands läns landsting anser att ett på sikt totalt jouransvar skulle bli kostsamt för huvudmännen samtidigt som det skulle innebära ett mycket dåligt utnyttjande av läkarresurserna. Dessutom skulle det enligt landstingets uppfattning reducera möjligheten till den ökade kontinuitet i kontakten mellan patient och läkare som eftersträvas. Även *Gotlands kommun* pekar på att det är mycket som talar för att man av kostnads- och andra resursskäl måste räkna med en viss ytterligare koncentration av den allmänläkarjour, som nu förekommer, liksom i förekommande fall en samordning mellan denna jour och den sjukhusbaserade jourtjänsten.

Östergötlands läns landsting konstaterar att i den mån jourverksamheten förläggs till sjukhus förloras de fördelar som en samordning med den primärkommunala socialvården kan ge. Enligt landstingets mening kommer ett totalt jouransvar för primärvården att bättre svara mot de krav som kan ställas på sjukvården och därmed är det naturligt att den fortsatta utbyggnaden av jourverksamheten organisatoriskt förläggs inom primärvården.

Göteborgs universitet (Medicinska fakultetsnämnden) föreslår att akutsjukvården på vårdcentralerna organiseras så att tillräckligt lång tid av dygnet täcks för att fånga upp de flesta bagatellartade sjukdomsfall som idag belastar sjukhusens akutmottagningar. Fakultetsnämnden påpekar att nattliga jourfall är förhållandevis få och oftast av allvarlig specialistvårdskaraktär.

Göteborgs och Bohus läns landsting uttalar att det i princip vore önskvärt att alla läkare inom primärvården delade på jourbördan men att det dock kan visa

sig svårt att disponera de kanske mycket begränsade läkarresurserna inom t. ex. barnsjukvård och gynekologi på detta sätt.

SHSTF och *Sveriges läkarförbund* efterlyser ytterligare diskussioner för klargörande av hur vårdcentralernas jourverksamhet skall fungera. *Läkarförbundet* anför beträffande utredningens uttalande om "totalt jouransvar på sikt" bl. a. följande.

"Enligt läkarförbundets uppfattning bör den erbjudna sjukvårdens kvalitet för akuta sjukdomsfall vara lika hög oberoende av vilken tid på dygnet den efterfrågas. Detta betyder att den som råkar bli i akut behov av vård under jourtid måste ges ett lika kvalificerat omhändertagande som den som blir sjuk på dagtid. Att kvantitativa skillnader i vårdutbudet måste föreligga är emellertid uppenbart. Det ovan uppställda kvalitetskravet innebär att varje specialitet i princip måste ta hand om sina egna patienter. Därvid bör noteras att allmänläkarvården är ett specialiserat medicinskt verksamhetsområde med samma krav på sig som andra specialiteter."

Sveriges folkpensionärers riksförbund anser att om de av utredningen skisserade vårdcentralerna skall kunna ge den kontinuitet som eftersträvas måste där finnas ett effektivt jourssystem som är programmerat för att på bästa sätt tillgodose husläkarsystemets grundidéer. Beträffande läkarbesök i hemmen anför SFRF bl. a. följande.

"Den förskjutning mot ökad hemsjukvård som tycks vara allmänt önskad av alla berörda parter i samhället kommer utan tvekan att ställa allt större krav på läkarbesök i hemmen liksom på en utbyggnad av distriktssköterskeinstitutionen. Med nuvarande system finns alltför liten marginal för hembesök och överhuvudtaget till en fullgod hemsjukvård. Om allmänläkarna i ett husläkarsystem verkligen ska kunna ge "närservice" så är det nödvändigt att de får möjlighet att göra besök i hemmen och därigenom kunna stärka och bredda den hemsjukvård som allmänt rekommenderas.

Många resor till sjukhus och intagningar för vård skulle kunna undvikas genom sakkunnig vård i hemmen. Särskilt äldre personer har vid sjukdom svårt att ta sig till sjukhusmottagningar – ett läkarbesök i hemmet skulle underlätta och förenkla. Möjligheterna att upptäcka sjukliga förändringar i tid liksom till förebyggande åtgärder måste anses avsevärt öka genom ett sådant arbetssätt."

18. Närhet till länsdels/länssjukhus

Utredningen påpekar att i begreppet primärvård inryms för närvarande också sådan specialistläkarvård som meddelas av specialistläkare anställda utanför sjukhus. I likhet med *Spri:s* länsdelssjukhusutredning anser kontinuitetsutredningen att man ur resurssynpunkt måste acceptera att en del av besöken som kunde ske hos specialistläkare i primärvården istället tas om hand av sjukhusläkarna. En utbyggnad av allmänläkarverksamheten i primärvårdsområden i anslutning till sjukhus anses däremot inte utgöra

någon "dubbling" av öppenvårdsresurserna.

Socialstyrelsen tolkar kontinuitetsutredningens skrivning så att förekomst av specialistutbildade läkare i primärvården på orter med länsdelssjukhus utgör en "risk" för sjukhusets verksamhet. *Socialstyrelsen* uttalar att specialiserad öppen vård av primärvårdskaraktär i viss utsträckning kommer att bedrivas vid de mindre länsdelssjukhusen även på längre sikt. Enligt *socialstyrelsens* mening förhindrar detta inte att distriktsläkare med specialistkompetens även här ingår i primärvårdsorganisationen.

Blekinge läns landsting delar utredningens uppfattning att en utbyggnad av allmänläkarverksamheten inte innebär någon risk för dubbling av de öppenvårdsresurser som länsdelssjukhusen tillhandahåller genom sina specialistläkare.

Älvsborgs läns landsting och *Gotlands kommun* uttalar beträffande utredningens överväganden om länsdelssjukhusens kapacitetsöverskott att man finner det självklart och angeläget att så rationellt som möjligt utnyttja akutsjukhusets specialister. Det framhålls att ny arbetsmiljölagstiftning, nya bestämmelser om jourkompensation, utbildningskrav m. m. på många håll kommer att framtvinga en ytterligare ökning av sjukhusens läkarstaber, som därmed kommer att ha en betydande kapacitet även för sådan öppen vård som kanske med fördel kunnat skötas på primärvårdsnivå. Även *Gävleborgs läns landsting* påpekar problemen för primärvården i samband med att de sjukhusbundna resurserna måste utnyttjas rationellt.

Stockholms läns landsting beklagar att kontinuitetsutredningen så knapphändigt behandlat husläkarorganisationens effekter på den sjukhusanslutna vården. Landstinget menar att det varit intressant att diskutera bl. a. följande frågor.

Kvantitativa förändringar i sjukhusansluten vård beträffande

- akutmottagningar?
- öppen vård?
- sluten vård?

Ställs krav på ökade insatser från service sektorn: medicinsk service m. m.?

Skall allmänläkare/husläkaren göra saker som f. n. görs i sluten vård, minskar medelvårdtiderna?

Skall husläkaren ha ett övergripande ansvar även då patienten är intagen i sluten vård?

Förändras husläkarens arbetssätt visavi sjukhuset? Kan husläkaren göra bedömningar redan på vårdavdelningen?

Förändras arbetsfördelningen (allm. läk.-sjukhusläk.) vad gäller servicen till andra vårdgivare och organisationer, t. ex. försäkringskassan?

19. Läkare under utbildning

Utredningen anser att läkare under utbildning – AT- och FV-läkare – inte skall fullgöra funktionen av husläkare, eftersom de bara finns vid vårdcen-

tralen en kortare tid och dessutom inte är färdigutbildade.

Vad gäller vård- och behandlingsarbetet säger utredningen att läkare under utbildning skall hjälpa en eller flera husläkare med dennes/deras patienter, dock under sådana former att patienten hela tiden kan vara förvissad om att hans husläkare är införestådd med de åtgärder som vidtas. Utredningen menar vidare att vid ordinarie läkares frånvaro bör i första hand vikariera sådana läkare som arbetar vid vårdcentralen under s. k. FV-utbildning.

NLV framhåller starkt att kraven på personkontinuitet inte får drivas så långt att läkare under vidareutbildning – i detta fall underläkarresurserna inom primärvården – ställs utanför den organisatoriska utformningen av ett husläkarsystem. Utbildningsvärdet av primärvårdstjänstgöring måste garanteras även i ett husläkarsystem. Enligt NLV:s mening bör kontinuitetsbegreppet vidgas till att avse kontinuiteten mellan patienten å ena sidan och ett husläkarteam å den andra sidan, där den ordinarie och färdigutbildade husläkaren står som garant för den långsiktiga kontinuiteten.

Socialstyrelsen kan inte heller dela utredningens syn på arbetsuppgifter och ansvar när det gäller läkare under utbildning i primärvården. Dessa har ett fullt professionellt läkaransvar. Framförallt läkare som fullgör fortsatt vidareutbildning (FV) men även allmäntjänstgörande läkare (AT) kan ges kvalificerade uppgifter i patientarbetet. Dessa läkare utgör enligt socialstyrelsens uppfattning ett värdefullt tillskott i primärvårdens arbetslag och bidrar till episodkontinuiteten.

Självfallet skall behovet av handledning från ordinarie distriktsläkares sida också beaktas vid planering av vårdcentralens arbete. Utredningens uppfattning att FV-läkare i första hand bör användas som vikarier vid ordinarie distriktsläkares frånvaro kan socialstyrelsen inte biträda, bl. a. av kvalitets- och utbildningsmässiga skäl.

Älvsborgs läns landsting framhåller att även om svårigheter uppstår på grund av underläkarnas korta anställningstider, måste de inordnas i systemet och med eget yrkesansvar utföra de arbetsuppgifter som de är anställda för att sköta. Huvudmännens insatser i läkarutbildningen måste även i framtiden stå i visst förhållande till det sjukvårdsmässiga behovet och huvudmännen måste kunna utkräva en arbetsinsats som står i relation till utgående löneförmåner.

Sveriges läkarförbund anser att det är olyckligt att utredningen i så hög grad har ställt läkare under vidareutbildning utanför sina överväganden om kontinuiteten och den organisatoriska utformningen av husläkarsystemet. Underläkarna svarar för en betydande sjukvårdsproduktion. Under utbildningen till allmänläkare eller specialist är tjänstgöringsperioderna – framförallt för de blivande specialisterna – så pass långa att i vart fall en betydande vårdepisodkontinuitet kan uppnås. Till detta kommer att utbildningsvärdet i underläkartjänstgöringen givetvis allvarligt minskar om underläkaren ställs utanför klinikens eller vårdcentralens normala arbetsformer och arbetsfördelning.

SIISTF biträder utredningens synsätt och understryker att distriktsläkaren skall ha huvudansvaret för de patienter vilkas behandling handhas av AT-läkare och andra läkare under utbildning.

20. Benämningen husläkare

Utredningen tar upp begreppet husläkare i relation till begreppet familjeläkare där familjeläkaren får ses i ett internationellt perspektiv. Den internationella termen familjeläkare avser således i allt väsentligt detsamma som husläkare. *Utredningen* understryker att familjeläkaren inte avser en läkare som enbart är till för människor som lever i mer eller mindre etablerade familjeförhållanden. Själva ordet familjeläkare kan dock kännas främmande för ensamstående personer varför *utredningen* stannat för att använda begreppet husläkare.

Socialstyrelsen anser att kontinuitet i vården mycket väl kan åstadkommas i det enskilda fallet antingen patientens distriktsläkare är allmänläkare eller har annan vidareutbildning. Därmed bortfaller enligt styrelsens mening behovet av att införa beteckningen "husläkare" på vissa av distriktsläkarna inom primärvården, och att ge dessa en annan ställning i ansvarshänseende än de övriga läkarna i primärvården. *Socialstyrelsen* avstyrker därför bestämt *utredningens* förslag att statsmakterna på olika sätt skall verka för ett genomförande av en särskild organisation inom primärvården.

Akademiska sjukhuset känner tveksamhet inför ordet husläkare då det kan medföra alltför stora förväntningar på vederbörande läkares möjligheter att göra hembesök.

Kalmar läns landsting finner att begreppet distriktsläkare bättre motsvarar den planerade organisationen och ifrågasätter om begreppet husläkare i fortsättningen bör komma till användning.

Västmanlands läns landsting avstyrker benämningen husläkare och markerar härmed att benämningen leder till begreppsförvirring genom sin association till det gamla begreppet husläkare och inte täcker vad det rör sig om mer än den vedertagna benämningen allmänläkare/distriktsläkare.

Östergötlands läns landsting föreslår också att, i konsekvens med *utredningens* förslag om decentraliserad distriktsvård med distriktssköterskor, den adekvata benämningen distriktsläkare behålls istället för benämningen husläkare.

Hallands och Jämtlands läns landsting biträder inte *utredningens* förslag att den nuvarande benämningen distriktsläkare skall ersättas med husläkare. Ordet kan missförstås och inge förväntningar som inte kan infrias. Liknande synpunkter anförs av *Västernorrlands läns landsting* som anser att ordet husläkare lätt kan ge associationer till den dygnet-runt-service som låg i det gamla begreppet. Vidare anser *Gävleborgs läns landsting* att information kring begreppet allmänläkare istället bör ökas och man jämför med läkarsystemet i England som för motsvarande funktion har beteckning GP (General Practitioner).

21. Förebyggande vård

Utredningens förslag att låta husläkaren få ett sammanhållande ansvar för sina patienter syftar bl. a. till att ge ökade möjligheter till en mer individuellt anpassad förebyggande vård genom t.ex. råd om kostvanor, motion, rökning, alkoholförtäring m. m. Husläkaren avses också vara den som har en samlad kunskap om resultat av hälsokontroller, medicinska undersökningar etc. Utredningen anser det dock inte meningsfullt att ange några procentuella andelar avseende sjukvårdande resp. hälsovårdande uppgifter. Den utgår emellertid ifrån att husläkaren under ett uppbyggnadsskede i första hand "skall söka tillfredsställa sjukvårdsbehovet". Utredningen framhåller vidare att förslaget om husläkare inom primärvården borde ge ökade möjligheter för företagshälsovården och skolhälsovården att ägna sig åt förebyggande hälsovård och sådana sjukdomar och skador som har direkt anknytning till arbetsplatsen eller skolan.

Socialstyrelsen påpekar att utredningen i sina överväganden om husläkarens uppgifter anger att denne skall ha ett ansvar för att även åtgärder av förebyggande och hälsovårdande slag meddelas patienterna. Enligt socialstyrelsens mening är det en väsentlig målsättning för primärvårdsarbetet att öka preventiva insatser av olika slag, även i ett skede av relativ läkarbrist. All personal i primärvården kan här medverka bl. a. i samverkan med socialvården.

Skaraborgs läns landsting konstaterar att det förebyggande medicinska arbetet har fått en kraftig framtoning i förslaget, och att detta är av stort intresse med hänsyn till den satsning som gjorts på hälsovårdsområdet sedan flera år inom landstinget.

Stockholms läns landsting betraktar liksom utredningen vårdcentralens betjäningssområde som utgångspunkten för kopplingen allmänläkare – befolkning och finner att husläkariden innebär förbättrade möjligheter att uppfylla primärvårdens intentioner att ta ett primärt ansvar gentemot en viss befolkning och att bedriva förebyggande hälsovårdsarbete i form av hälsoupplysning etc.

Göteborgs kommun konstaterar att den förebyggande hälsovårdens inriktning och omfattning vid vårdcentralen inte närmare diskuteras i utredningen. Kommunen anser det vara angeläget att en allvarlig prövning sker av möjligheterna att ge vårdcentralen en markant hälsovårdande inriktning och uppgift i syfte att motverka uppkomsten av sjukdomar. Det är också angeläget att pröva möjligheten att ge vårdcentralen en viktig roll i försöken att tillsammans med den berörda befolkningen skapa hälsobefrämjande förhållanden inom alla miljöer i samhället. Häri bör också ingå hälsoupplysning till de enskilda patienterna. Data från allmänläkarmottagningarna bör också kunna bli föremål för epidemiologiska studier.

SACO/SR (Psykologförbundet) beklagar att utredningen avvisar möjligheten att mera bestämt inrikta primärvården och allmänläkaren på förebyg-

gande och socialmedicinskt arbete, på liknande sätt som skett t. ex. i Norge. Självfallet erbjuder allmänläkarens närhet till befolkningen och dess miljö unika möjligheter att utöva en offensivt preventiv sjukvård menar psykologförbundet, något som den hittillsvarande satsningen på specialiserad vård inte främjat, men som ter sig i högsta grad önskvärd.

Sveriges folkpensionärers riksförbund anser att det föreslagna husläkarsystemet med en allmänläkare arbetande mer ute på "fältet" borde ge bättre möjligheter till hälsouppllysning om t. ex. kost, motion, hygien, regelbunden hälsokontroll. SFRF poängterar att i det nuvarande systemet ägnas den förebyggande sidan av de äldres hälso- och sjukvård alltför liten uppmärksamhet och att en bättre förebyggande hälsovård skulle kunna medverka till att avlasta vårdapparaten till en del.

Pensionärernas riksorganisation anser att resurser skall tillskapas för att möjliggöra friskvårdsplaner för äldre och att kontinuerlig hälsokontroll för äldre skall etableras så att sjukdomstillstånd kan botas i ett tidigt skede. PRO framhåller bl. a. att många vitala och friska pensionärer p. g. a. passivitet i sin livsföring blir vårdtagare alldeles för tidigt och att detta skapar och kommer i högre grad i framtiden att medföra ett ökat krav på vård. PRO understryker att i likhet med att man satsar på elitidrott så bör man också satsa på friskvård som också kommer äldre människor till del.

Svenska kommunförbundet konstaterar att avsikten är att husläkaren skall ansvara såväl för den förebyggande som hälso- och sjukvårdande verksamheten för sina patienter inom geografiskt avgränsade områden. Enligt styrelsens mening måste detta ske i samspel med socialvården. En sådan samverkan förverkligas bäst om socialvård och sjukvård arbetar utifrån en gemensam distriktsindelning.

22. Företagshälsovård

Utredningen tar inte närmare ställning till företagshälsovårdens utformning, eftersom den f. n. är föremål för en statlig utredning. Utredningen pekar dock på att ett närmande bör ske mellan företagshälsovårdens och primärvårdens resurser och att man bör söka erhålla ett förbättrat samarbete, så att ett ömsesidigt utbyte sker av information och erfarenheter.

Socialstyrelsen anser att ett förbättrat samarbete mellan företagshälsovården och den offentliga primärvården krävs för att tillgodose behovet av kontinuitet och helhetssyn i vårdarbetet. I detta sammanhang understryker styrelsen att den sjukvårdande verksamheten inom företagshälsovården – i takt med att primärvården byggs ut – bör begränsas till att enbart omfatta i strikt mening arbetsplatsanknutna hälsoproblem.

Riksförsäkringsverket pekar på att den förebyggande vården kommit att få allt mer dominerande betydelse inom företagshälsovården medan ersättningen från sjukförsäkringen formellt är begränsad till att avse den sjukvårdande verksamheten. Verket erinrar i detta sammanhang om förslaget i betänkandet DsS 1977:3 om vidgad rätt till ersättning för förebyggande vård

inom företagshälsovården, vilket enligt verkets mening bör genomföras snarast möjligt.

Arbetskyddsstyrelsen anser att frågan om hur långt en uppdelning mellan miljöinriktad primärvård och företagsläkeri skall bibehållas bör hållas öppen åtminstone till dess en miljöinriktad primärvård börjat fungera. Företagshälsovården fungerar inom större och medelstora företag och inom allt fler förvaltningar och mindre företag. Enligt arbetskyddsstyrelsen bör den få fortsätta att utvecklas och fungera innan alternativa organisationsformer av radikalt nytt slag övervägs. Beträffande mindre och spridda företag kvarstår en del problem som är föremål för försöksverksamhet och annat utvecklingsarbete bl. a. med hjälp av arbetskyddsfonden. Det är möjligt att man där skulle börja samla såväl företagsläkaruppgifter som husläkaruppgifter till samma person, eller åtminstone till ett gemensamt arbetslag. Styrelsen understryker att denna parallellitet föreligger. För närvarande ligger dessa frågor i 1976 års företagshälsovårdsutredning, där bl. a. frågan om samverksansformer mellan primärvård och företagshälsovård kommer att beaktas.

Styrelsen pekar vidare på att man inom företagshälsovårdens ram bedriver en viss sjukvård och att denna sjukvård på många håll fått en alltför stor omfattning, delvis på bekostnad av företagshälsovårdens egentliga uppgifter. Detta olyckliga förhållande har flera orsaker, en av de viktigaste är dock att den samhälleliga primärsjukvården i landet på många håll fungerat otillfredsställande. Som en nödlösning har företagshälsovården måst ta på sig en olämpligt stor sjukvårdsbörda. Styrelsen ser därför med största tillfredsställelse alla försök att förbättra den allmänna primärsjukvårdens effektivitet. I den mån förslagen i betänkandet kan bidra därtill har de styrelsens stöd.

Svenska arbetsgivareföreningen finner det angeläget att erinra om att en total utbyggnad av företagshälsovården som förutsades av riksdagen 1971, torde komma att kräva ca 2 000 läkare med allmänläkarkompetens, vilket bör hållas i minnet vid den totala sjukvårdsplaneringen. SAF betonar vidare att samplanering mellan företagshälsovården och den offentliga sjukvården är nödvändig om man skall uppnå kontinuitetsutredningens målsättning att förbättra möjligheterna att vid behov snabbt få adekvat sjukvård och att erfara en kontinuitet i densamma.

LO instämmer i det angelägna att företagshälsovården hålls skild från primärvården så att den i ökande utsträckning kan inriktas på sina huvuduppgifter nämligen förebyggande insatser i arbetsmiljö och därmed integrerade åtgärder.

Malmöhus läns landsting betonar vikten av att kontinuitet i första hand finns väl utvecklad inom primärvården. Företagshälsovårdens uppgifter bör inriktas mera åt hälsovård än sjukvård. Förvaltningsutskottet anser vidare det vara viktigt att samspillet mellan företagshälsovården och primärvården blir klarlagt. Utskottet betonar vikten av att ömsesidigt utbyte av information och erfarenheter skapas mellan representanter för primärvården och företagshälsovården. Samtidigt har ett informationsutbyte av det här slaget också en

integritetsaspekt där i princip patienten själv måste få avgöra vilken information som får föras vidare.

Älvsborgs läns landsting finner att det vid en utbyggnad av allmänläkarvården finns goda förutsättningar för en samordning av primärvården och företagshälsovården, varvid företagshälsovården väsentligen bör inriktas på förebyggande verksamhet och den sjukvårdande delen överförs till primärvården. Liknande synpunkter framförs av *Östergötlands läns landsting*.

Västerbottens läns landsting redovisar att möjligheterna att integrera företagshälsovården i allmänläkarnas arbetsuppgifter med framgång prövats i en av arbetarskyddsfonden stödd försöksverksamhet i Västerbotten, men finner att detta i och för sig inte behöver innebära att landstinget skall vara huvudman. Enligt förvaltningsutskottets mening bör emellertid företagshälsovården i glesbygdsområden inräknas i primärvårdens arbetsuppgifter.

SHSTF instämmer i vad Västerbottens läns landsting anför. *SHSTF* framhåller också vikten av att kompletterande utbildning anordnas för dem som skall handha företagshälsovården.

Stockholms läns landsting delar utredningens uppfattning att företagsläkarna inte skall fungera som husläkare men understryker samtidigt att formerna för samverkan mellan företagshälsovården och husläkaren måste beaktas och utvecklas bl. a. med hänsyn till den kunskap som företagsläkarna kan få om sina personalpatienter.

Svenska kommunalarbetsareförbundet betonar att företagshälsovårdens resurser ytterligare måste inriktas på förebyggande åtgärder, särskilda riskgrupper och behandling av sjukdomar och skador som har samband med arbetet. Förbundet förordar ett informationsutbyte för att erhålla samordningsvinster, men anser inte att företagshälsovården bör inlemmas i den öppna primärvården.

Sveriges läkarförbund konstaterar att företagshälsovård i likhet med privatläkarvård, skolkhälsovård och förbandssjukvård erbjuder likartade eller identiska tjänster som den s. k. primärvården och att utredningen trots detta inte försöker inlemma vårdgivarna inom dessa områden i husläkarsystemet. Enligt förbundet har företagsläkarna en viktig roll i ett framtida husläkarsystem.

Svenska läkaresällskapet anser att män i yrkesverksam ålder kan kanaliseras genom företagshälsovården i första hand. Sällskapet anför som motiv härför bl. a. följande.

”I arbetsför ålder är det karakteristiskt att de flesta människors vårdbehov inskränker sig till ett organsystem i sänder. Beträffande de arbetsföras sociala trygghet markeras denna dels av att de flesta har en frisk arbetsför partner, dels av att arbetsplatsen och -kamraterna i allmänhet ger ett inte obetydligt mått av trygghet. För mannen är olycksfall och alkoholsjukdom – en tiondel av alla vuxna män! – de vanligaste orsakerna till vårdbehov. På sikt

torde företagshälsovårdens organisation ha särskilt stora förutsättningar att tidigt spåra upp och, när det alls är möjligt, medverka till åtgärder mot alkoholsjukdomen. En ökad inriktning av företagshälsovården mot dessa psyko-sociala problem kan bli av stor samhällelig betydelse: direkta och indirekta följder av alkoholsjukdomen lär vålla så mycket som en fjärdedel av samhällets sjukvårdsbehov.

Lunds universitet (Medicinska fakultetsnämnden) framför liknande synpunkter som läkaresällskapet ovan.

Sveriges folkpensionärens riksförbund erinrar om att den yrkesverksamma delen av befolkningen kommer att – förutom husläkaren – ha tillgång till företagshälsovården som f. ö. förväntas bli utbyggd och uttalar att i ett läge med brist på läkare så bör utbyggnaden av husläkarsystemet gå före anställandet av flera läkare inom företagshälsovården.

TCO konstaterar att det torde vara en klar missbedömning att anta att den offentliga sektorn skulle avstå från en utbyggnad av företagshälsovården för att friställa resurser till allmänläkarvård. *TCO* är av den uppfattningen att utbyggnaden av företagsvård inom den offentliga sektorn hittills gått alltför långsamt och att krafttag måste till för att denna sektor av företagshälsovården skall nå en acceptabel nivå. Även vad gäller företagshälsovård riktad till medelstora och mindre företag föreligger ett stort utbyggnadsbehov. Företagshälsovården skall enligt *TCO* i första hand vara inriktad på arbetsmiljörelaterad ohälsa och bör alltså enligt *TCO*'s mening alltjämt ha prioritet och inte relateras till husläkarsystemet. Med hänsyn till att dessa båda vårdssystem kommer att rekrytera sin personal från i stort sett samma grupper, anser *TCO* att särskilda styrinsatser måste till utöver de av utredningen föreslagna, med syfte att generellt öka tillgången på allmänläkare, disriktssköterskor och företagssköterskor. Om dessa åtgärder ej kommer till anser *TCO* att förutsättningarna för att genomföra husläkarsystemet måste bedömas som dåliga. *TCO* finner det också anmärkningsvärt att utredningen baserat sina ställningstaganden på prognoser som med utredningens ord är kvalificerade gissningar, mycket osäkra eller ett mer än preliminärt antagande.

23. Skolhälsovård

Utredningen anser att ett samrådsförfarande mellan skolhälsovården och primärvården kommer att bli nödvändig för att familjeläkaren skall ha möjlighet att få en helhetssyn på de barn och ungdomar som är hans patienter. Ett närmare samarbete skulle förenklas anser utredningen genom ett gemensamt huvudmannaskap för de båda verksamheterna. Även om primärvården utformas som ett familjeläkarssystem kommer enligt utredningen självfallet läkar- och sköterskeresurser att behövas för vissa uppgifter

inom skolhälsovården, men behovsbilden kan förändras vad gäller personalantal och kanske också möjliggöra en större inriktning på förebyggande verksamhet.

Socialstyrelsen delar utredningens uppfattning att samarbetet skulle förenklas genom ett gemensamt huvudmannaskap.

Skolöverstyrelsen känner stor tveksamhet inför att totalt inlemma skolhälsovården i familjeläkarsystemet. För skolhälsovården finns en väl uppbyggd skolsköterskeorganisation som svarar för kontinuiteten i arbetet. I många kommuner finns en särskild skolläkarorganisation både för praktiskt arbete och administration, som utfallit väl. Skolöverstyrelsen anser att en integrering i ett familjeläkarsystem skulle innebära en splittring av resurser och fara för en sämre hälsoomsorg för eleverna och ett försvårande av lokalt utvecklingsarbete t. ex. gällande hälsofostran. Systemet måste under alla omständigheter föregås av väl upplagd, genomförd och utvärderad försöksverksamhet. Organisationen för grundskola och gymnasieskola måste därvid beaktas liksom skolhälsovårdens uppläggning och resursbehov i skolformer. Na framhåller SÖ.

Älvsborgs läns landsting menar att skolhälsovårdens behov av läkarinsats säkerligen med stor fördel kan tillgodoses inom primärvården. Endast i undantagsfall torde den direkta skolhälsovården erfordra specialistens medverkan. Skolhälsovårdens starka knytning till primärvården bör enligt sjukvårdsstyrelsens uppfattning innebära att huvudmannaskapet för skolhälsovården på sikt överförs till landstinget. Liknande synpunkter framförs även av *Östergötlands läns landsting*.

Kopparbergs läns landsting pekar på att skolhälsovården är ett exempel på ett vårdområde där det delade huvudmannaskapet negativt påverkar möjligheterna till stabila relationer mellan patient och läkare.

Göteborgs kommun delar utredningens uppfattning att behov föreligger av ett närmare samarbete skolhälsovård–primärvård. Enligt kommunens uppfattning bör detta kunna uppnås med hjälp av ett utvecklat samrådsförfarande. Skolsköterskan bör även fortsättningsvis vara anställd av skolförvaltningen och ha sin förankring i skolan. Läkarservicen däremot bör skötas av läkare inom den öppna sjukvården, antingen allmänläkare eller barnläkare.

SHSTF konstaterar att skolhälsovården har haft och har otillräckliga resurser. SHSTF framhåller att ett intensifierat samarbete och utbyte av erfarenheter måste ske för att en samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och primärkommunernas skolhälsovård skall erhållas. Här kan också en profilerad allmänläkare eller specialistläkare – naturligtvis knuten till vårdcentralen – ingå inom skolhälsovården. SHSTF förutsätter också att skolsköterskorna samarbetar med vårdcentralen, eftersom man bör eftersträva ett samlat ansvar och en helhetssyn.

24. Privatläkarvård

Utredningens förslag innebär ingen förändring vad gäller de privatpraktiserande läkarnas funktioner i sjukvårdssystemet. Utredningen föreslår att det skall vara möjligt för den som så önskar att anlita en privatpraktiserande läkare som husläkare och förordar ett ökat samarbete mellan de privatpraktiserande läkarna och vårdcentralernas personal, inte minst då distriktssköterskorna. Utredningen ser det också som angeläget att man på privatpraktikersidan får en utveckling som bl. a. medför förlängt öppethållande och journalsamverkan.

Socialstyrelsen pekar på att det saknas systematiska redovisningar beträffande vårdkontinuiteten vid privata läkarmottagningar och att utredningen inte ger något underlag för det stundom hävdade påståendet att kontinuiteten bättre tillgodoses inom denna verksamhet än inom den offentliga distriktsläkarvården. Genom sina nära kontakter med t. ex. distriktssköterskor och socialvård och genom samarbetet med länssjukhuset har distriktsläkaren uppenbara fördelar gentemot den privatpraktiserande läkaren. Socialstyrelsen anser vidare att samtliga primärvårdsresurser inom ett givet geografiskt område – i regel en kommun – bör hållas samman i en organisation. För de verksamheter som under överskådlig tid kommer att bedrivas av annan huvudman än den offentliga sjukvårdshuvudmannen måste en formaliserad samverkan etableras med primärvården.

Riksförsäkringsverket instämmer i utredningens synpunkter på behovet av ett ordnat samarbete mellan privatpraktikerna och den offentliga vården, men konstaterar samtidigt att utredningen inte närmare redogjort för hur ett sådant samarbete skall genomföras.

Statens invandrarverk finner det möjligt att en del invandrare vill hålla fast vid sin kontakt med privatpraktiserande invandrarläkare och att det därför är angeläget att ett ökat samarbete mellan dessa invandrarläkare och vårdcentraler kommer till stånd, vilket även kan förbättra invandrarläkarnas ställning i förhållande till bl. a. försäkringskassan.

Landstingsförbundet utgår från att förutsättningar kommer att skapas för en samordning av privatpraktikernas verksamhet och den öppna mottagningsverksamheten inom primärvården genom hälso- och sjukvårdsutredningens arbete där bl. a. frågan om totalansvar för landstingen för all hälso- och sjukvård diskuteras.

Kristianstads läns landsting framhåller angelägenheten av att bristen på allmänläkare hävs och alla åtgärder vidtas som kan förändra utvecklingen till det bättre och påtalar privatpraktikernas betydelse i detta sammanhang.

Skaraborgs läns landsting utgår från att förutsättningar skapas för en samordning av privatpraktikernas verksamhet och den öppna mottagningsverksamheten inom primärvården.

Östergötlands läns landsting finner det inte vara möjligt att basera landstingets planering av primärvården i framtiden på insatser av privata

vårdgivare mot bakgrund bl. a. av privatläkarkårens ålderssammansättning och benägenheten att öppna privatpraktik har sjunkit kraftigt bland de yngre läkarna.

Stockholms läns landsting menar att utredningen mer utförligt borde behandlat hur samverkan mellan privatläkare och landstingets öppna mottagningsverksamhet skulle kunna läggas upp, problem, hinder etc.

Även *TCO* finner att utredningen otillräckligt belyst samverkan mellan husläkare å ena sidan och företagshälsovård och privatläkarvård å den andra och vidare ej analyserat huruvida utbudet av sådan läkarvård kan komma att påverka fördelningen av läkarresurser inom husläkarsystemet.

Svenska kommunalarbetsareförbundet anser att ett bibehållande av privatläkarsystem parallellt med samhällets öppna vård utgör en resurssplittring och att privatpraktikerna på sikt bör överföras till den samhälleliga vårdorganisationen. Enligt förbundets mening blir den föreslagna samordningen med övrig öppen vård halvhjärtad då privatpraktikern inte verkar från vårdcentralen och inte kan ges motsvarande ansvarsområde. Det är också enligt *LO:s* mening angeläget att privatläkarna ställs utanför den allmänna sjukvårdens organisation då samhället måste ta ansvaret för att dess egen sjukvård fungerar på ett tillfredsställande sätt både i fråga om resurser och organisation.

Sveriges läkarförbund finner det anmärkningsvärt att utredningen inte analyserat förutsättningarna för de privatpraktiserande läkarnas respektive företagsläkarnas medverkan i ett tänkt framtida husläkarsystem på ett tillfredsställande sätt, då utredningen på olika ställen deklarerat att den typ av kontinuitet man eftersträvar (dvs. den långsiktiga kontinuiteten) f. n. främst tillgodoses av privatpraktiserande läkare. Enligt läkarförbundets bestämda upplåtning har privatpraktikerna en mycket viktig roll att spela i den framtida primärvården i allmänhet och i ett husläkarsystem i synnerhet. Läkarförbundet delar utredningens syn på angelägenheten av ett utvecklat och systematiserat samarbete mellan den offentliga sjukvårdshuvudmannen och privatpraktikerna. Liknande synpunkter framför av *Akademiska sjukhuset*. Läkarförbundet finner det vidare vara ytterst angeläget att även privatläkarna tas med i kommande försöksverksamhet.

Svenska läkaresällskapet tillägger i detta sammanhang att just som husläkare har de privatpraktiserande läkarna den oslagbara fördelen att de är stationära i motsats till de offentliganställda läkarna som flyttar från en tjänst till en annan.

Svensk förening för allmänmedicin (yttrandet bifogat Läkaresällskapets remissvar) understryker att de privatpraktiserande allmänläkarna är den grupp som har de största förutsättningarna att fungera som husläkare i dagens Sverige och frågar samtidigt varför samhället inte skulle kunna bygga upp en vårdorganisation som innehåller så många som möjligt av privatläkarsystemets fördelar.

25. Allmänläkare – tillgång och utbildningsbehov

I syfte att kunna förverkliga förslagen till husläkarsystem lägger *utredningen* fram följande förslag för att öka allmänläkarantalet inom det reguljära utbildningssystemet

att socialdepartementets sjukvårdsdelegation beaktar utredningens förslag om att öka den andel av FV-blocken som leder till allmänläkarkompetens samt att härvid försöka åstadkomma en så jämn regional fördelning som möjligt,

att regeringen uppdrar åt universitets- och högskoleämbetet och nämnden för läkares vidareutbildning att ytterligare överväga hur primärvården kan ges ett större utrymme inom läkarutbildningen.

Utredningen föreslår också att dispenser och kompletteringsutbildningar som möjliggör för specialistläkare att övergå till allmänläkare övervägs (refereras i det följande).

UHÄ redovisar att frågan om en anpassning av läkarutbildningen i enlighet med hälso- och sjukvårdens utveckling har diskuterats inom UHÄ i planeringsberedningen för bl. a. sektorn för utbildning för vårdyrken (PbV). Under hösten 1978 lades förslaget "Samhällsmedicinska moment m. m. i läkarutbildningen" (UHÄ-rapport 1978:23) fram. Förslaget innebär i första hand ökade inslag av utbildning i allmänmedicin, långvårdsmedicin samt miljö- och arbetsmedicin. Rapporten remissbehandlas för närvarande bl. a. av linjenämnderna för läkarlinjen.

Enligt UHÄ:s mening gäller det att finna former för och bereda resurser till en uppbyggnad av allmänmedicinska institutioner på primärvårdsnivå. Sådana vårdcentraler/institutioner kommer då att bli ansvariga för såväl grundutbildning som vidare- och forskarutbildning inom allmänmedicin. Frågan om grundutbildningens innehåll och uppläggning på primärvårdsnivå bör ses mot bakgrund av de organisatoriska problem som enligt UHÄ:s bedömning måste ägnas särskild uppmärksamhet i detta sammanhang. Planering och genomförande av läkarutbildning vid vårdcentraler och motsvarande enheter är idag nämligen i hög grad beroende av de varierande förutsättningar som föreligger vid de olika studieorterna både vad gäller tillgång till utbildningsplatser och kompetenta lärare. Överhuvudtaget måste de resurs- och planeringsproblem beaktas som föranleds av att fast och bestående organisation för läkarutbildning på primärvårdsnivå idag saknas.

Socialstyrelsen erinrar om att det inom NLV pågår en utredning med uppgift att göra en allmän översyn av allmänläkar- och specialistutbildningens innehåll (ÖSUT). Vidare redovisar socialstyrelsen att arbete pågår – bl. a. i samarbete med UHÄ – med att förbättra såväl utbildning som forskning inom det allmänmedicinska kunskapsområdet. Socialstyrelsen beräknar att knappast fler än 2 300 allmänläkare torde vara disponibla för distriktsläkartjänst i mitten av 80-talet. Möjligheterna att ytterligare öka

antalet FV-block för allmänläkarutbildning är enligt socialstyrelsens uppfattning begränsade och kan inte ge mer än ett mycket marginellt tillskott.

Enligt socialstyrelsens uppfattning är det bl. a. mot bakgrund av beräknad mängd besök inom primärvården nödvändigt att tillgången på specialistutbildade läkare beaktas i bedömningen av primärvårdens distriktsläkarbehov. Socialstyrelsen varnar samtidigt för en övertro på allmänläkarens kompetens att ensam behärska det medicinska fältet. Styrelsen erinrar vidare om att i senaste läkarfördelningsprogrammet (LP 82) anges att cirka 7 300 läkare år 1985 har sådan kompetens att de bör kunna arbeta enbart i öppen vård. För att snabbt kunna öka läkarresurserna bör enligt socialstyrelsen övervägas att överföra vissa av sjukhusens specialisläkartjänster för öppen vård till primärvården.

NLV anför bl. a. följande.

”Utbyggnaden av en väl fungerande primärvård med betoning på förebyggande, diagnostiska, behandlande och omvårdande insatser förs således särskilt fram i riktlinjerna för översynsutredningens arbete. Konsekvenserna av en förändrad primärvårdsverksamhet för vidareutbildningens uppläggning skall analyseras. NLV:s översynsutredning skall överväga hur primärvården kan ges ett större utrymme inom vidareutbildningen, inte enbart vad avser allmänläkarutbildningen utan också vad gäller värdet av primärvårdsverksamhet i specialistutbildningarna.

Allmänläkarnas utbildningsfrågor är av central betydelse och därför högt prioriterade i utredningsarbetet. Behovet av att förändra allmänläkarutbildningens innehåll har klart framkommit i det hittillsvarande arbetet. Primärvårdens utveckling och ändrade arbetssätt ställer krav på tillräckliga kunskaper om och erfarenheter av primärvårdens speciella problem hos de läkare som skall tjänstgöra där. Den nuvarande utbildningens innehåll behöver därför anpassas till dessa ändrade kompetenskrav. Innan allmänläkarnas utbildningsfrågor är slutgiltigt lösta måste eventuella kompletteringsutbildningar för specialister som önskar övergå till allmänläkarverksamhet vara anpassade till den nuvarande allmänläkarutbildningens innehåll. Framtida förändringar i allmänläkarutbildningen kan då få till följd att ytterligare kompletteringsutbildningar senare måste genomgåas.”

Karolinska institutet (*Medicinska fakultetsnämnden*) anser att en avsevärd omdirigering av flödet medicine studerande mot allmänläkarutbildning kan medföra stagnation av den medicinska kunskapsutvecklingen och även leda till minskad vårdpotential för den stora grupp patienter som trots införande av ett husläkarsystem även fortsättningsvis kommer att kräva specialistvård.

Behovet av ökade lärarresurser påpekas av *Karolinska Institutets, Linköpings, Lunds, Göteborgs och Umeå universitets fakultetsnämnder*. Man framhåller härvid vikten av att en del av allmänläkarutbildningen förläggs till vårdcentraler.

Sveriges läkarförbund anser att tillgången på allmänläkare bör ökas i den takt som man kommit överens om vid utarbetandet av läkarfördelningspro-

grammen. Förbundet påpekar att utredningen i sina beräkningar av allmänläkarunderskottet inte tagit hänsyn till antalet allmänpraktiserande privatläkare och företagsläkare med allmänläkarinriktning. Läkarförbundet ställer sig avvisande till en ytterligare ökning av antalet FV-block i allmänläkavård. En expansion i nuläget skulle, framhåller läkarförbundet, innebära att man redan vid mitten av 1980-talet skulle tvingas dra ned på antalet FV-block för att inte utbilda för många allmänläkare. Detta skulle medföra en icke önskad ryckighet som påverkar utbildningen inom andra specialiteter och leder till bemanningsproblem vid klinikerna.

Enligt *Landstingsförbundets* mening bör andelen allmänläkarblock ytterligare ökas. Med nuvarande utbildning och organisation inom vidareutbildningssystemet kommer bristen på allmänläkare att långt in på 1980-talet medföra svårigheter att nå upp till de kvantitativa och kvalitativa målen för primärvården. Landstingsförbundet instämmer därför i utredningens förslag att socialdepartementets sjukvårdsdelegation och NLV bör ges i uppdrag att pröva möjligheterna att snabbt förbättra primärvårdens läkarförsörjning.

Sjukvårdshuvudmännen framhåller över lag att åtgärder för att snabbt öka rekryteringen av allmänläkare är nödvändiga för att närhet, tillgänglighet och kontinuitet skall kunna tillgodoses inom primärvården. Målsättningen att öka andelen FV-block betraktas som mycket viktig. Det framhålls att kraftfulla åtgärder måste vidtas för att stimulera läkare till att i högre utsträckning än idag välja allmänläkarbanan. Vidare pekas på önskvärdheten av att läkarutbildningen redan från början ges en inriktning mot primärvård.

Flera landsting bl. a. Stockholms, Hallands, Jönköpings, Malmöhus, Skaraborgs och Blekinge understryker att det fortfarande är mycket svårt att besätta allmänläkartjänsterna och vakanstal på mellan 29 och 45 procent redovisas.

Jönköpings läns landsting menar t. o. m. att utbildningssystemet för prioriterade personalkategorier måste avsiktligt dimensioneras med viss överkapacitet för att den av alla eftersträlvade kontinuiteten på sikt skall kunna utvecklas och fördjupas.

Enligt *Kristianstads läns landstings* uppfattning måste – samtidigt med omläggning av utbildningen – den pågående expansionen inom akutsjukvården bromsas, varigenom en större andel läkare skulle bli tillgängliga för allmänläkeri, psykiatri och långvård. Samtidigt bör en skärpning ske beträffande anställande av vikarier för kortare och längre tid inom akutsjukvården. Med dessa åtgärder anser landstinget att man snabbare skulle få en balans beträffande tillgången på allmänläkare till de tjänster som finns disponibla. Om inte sådana åtgärder vidtas löper man risk att få genomföra provisoriska anordningar inom den tänkta allmänläkarverksamheten. Detta har på vissa håll redan påbörjats, framhåller landstinget, innebärande att specialister anställs som går in och tar ansvar för vissa delar av sjukvården.

Härigenom "urholkas" allmänläkaruppgiften på ett allvarligt sätt. Detta får till följd att allmänläkaruppgiften blir mindre stimulerande och kvarvarande allmänläkare förlorar möjligheten att få en överblick över det totala hälsoläget inom ett visst område och härigenom uppstår allvarliga problem beträffande hälsoläget och möjligheterna att förbättra detta på sikt.

Karolinska sjukhuset pekar bl. a. på det förhållandet att vidareutbildningen till allmänläkare är betydligt kortare än för flertalet specialistläkare, vilket förtjänar att uppmärksammas mot bakgrund av det föreslagna ansvarsområdet och det breda kunskapsfält som allmänläkaren skall omfatta. Med hänsyn till den växande primärvården anser direktionen för sjukhuset att en total översyn av läkarnas grundutbildning är befogad.

Uppsala läns landsting anser att i princip bör blocktilldelningen inom varje specialitet motsvara behovet. Landstinget betonar härvid att en ökad satsning på primärvård inte får förhindra en utveckling också av läns- och regionsjukvård.

Stockholms läns landsting anför att i och för sig är det möjligt att öka antalet allmänläkarblock, men praktiska skäl – brist på handledare och praktikplatser – lägger hinder i vägen för en radikal ökning. För att förvärva allmänläkar-kompetens krävs numera fyra års vidareutbildning. I den pågående översynen av läkarnas vidareutbildning prövas emellertid bl. a. frågan om utbildningstidens längd för allmänläkarutbildningen efter fullgjord AT. Många tecken i detta arbete tyder på en ytterligare förlängning av utbildningstiden. Det kan sålunda bli frågan om en kvantitativ ökning av antalet läkare under utbildning och en samtidig ökning av utbildningstidens längd.

Även *Hallands läns landsting* tar upp frågan om en eventuell förlängning av den nuvarande fyraåriga FV-utbildningen till fem år och påpekar att detta bl. a. skulle medge längre lärotid inom verksamhetsområdena barnmedicin, gynekologi samt öron, näsa och hals.

Svenska läkaresällskapet förordar ett fortsatt utvecklat samarbete mellan specialister och allmänläkare i öppen vård istället för en drastisk ökning av allmänläkarutbildningen.

HCK anser att utbildningen för blivande allmänläkare är något begränsad med tanke på deras framtida funktion. *HCK* framhåller att utbildningen bör breddas överlag och en större tonvikt måste inte minst läggas på den beteendevetenskapliga delen av utbildningen. I utbildningen skall också finnas moment som underlättar för den studerande att identifiera sig med sitt framtida yrke som allmänläkare och inse i vilka situationer man skall remittera patienter med mera komplicerade problem till specialistvård. *HCK* betonar särskilt vikten av att allmän handikappkunskap ingår i utbildningen till allmänläkare. Detta är nödvändigt för att kunna förstå handikappades situation och för att effektivt medverka i en allsidig rehabilitering.

LO understryker att det är angeläget att parallellt med en generell utökning av läkareutbildningen på skilda vägar öka tillgången på allmänläkare.

(Kompletteringsutbildning och dispenser tas upp i ett följande avsnitt.)

26. Distriktssköterskor – tillgång och utbildningsbehov

Utredningen räknar med att alternativet en distriktssköterska per 1 500 invånare bör kunna uppnås 1985. Utredningen framhåller dock att stor osäkerhet präglar prognosen. För att öka tillgången på distriktssköterskor föreslår utredningen att regeringen uppdrar åt vederbörande utbildningsmyndigheter att i samråd med sjukvårdshuvudmännen dels beakta behovet av kompletterande utbildningsinsatser för distriktssköterskor och BVC-sjuksköterskor mot bakgrund av utredningens förslag om gemensamma uppgifter för dessa kategorier, dels också vidta åtgärder som möjliggör en utökning av distriktssköterskekåren för att täcka de av utredningen angivna behoven.

UHÄ tar inte ställning till utredningens förslag rörande sjukvårdsorganisationen. Behovet av ökad kapacitet för vidareutbildning av sjuksköterskor till distriktssköterskor har emellertid uppmärksamrats av UHÄ liksom den regionala fördelningen av utbildningsinsatserna inom detta område. I en gemensam skrivelse 1978-11-14 från SÖ, UHÄ, socialstyrelsen och landstingsförbundet till landstingen och vissa primärkommuner inför det kommande budget- och planeringsarbetet har myndigheterna tagit upp det ökade utbildningsbehov för öppen hälso- och sjukvård som kommer att uppstå i en utbyggd primärvårdsorganisation.

Skolöverstyrelsen understryker utredningens krav på att kunskaper hela tiden måste befinna sig på en tillfredsställande nivå och att de även upprätthålls och vidareutvecklas. Vidare anför skolöverstyrelsen att om familjevårdsprincipen genomförs innebär det bl. a. att distriktssköterskans ansvarsområde utökas till att omfatta barnhälsovård och barnsjukvård. Mot bakgrund härav delar skolöverstyrelsen utredningens synpunkter angående behovet av kompletterande utbildning för såväl distriktssköterskor som sjuksköterskor inom barnhälsovården.

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att på olika sätt öka tillgången på distriktssköterskor och förslaget att ge vissa sjuksköterskor med vidareutbildning inom barnhälsovård kompletterande distriktssköterskeutbildning.

Beträffande utredningens prognos framhålls att socialstyrelsens beräkningar tyder på att nuvarande brist på distriktssköterskor kommer att bestå. Socialstyrelsen konstaterar vidare att utredningens optimala räkneexempel förutsätter att samtliga utbildade distriktssköterskor under de följande åren helt kan disponeras för primärvårdens behov, vilket hittills inte varit fallet. Ungefär hälften av de utbildade distriktssköterskorna arbetar för närvarande inom andra områden såsom företagshälsovård samt inom administration och undervisning. Denna överströmning av distriktssköterskor till andra områden försvårar naturligtvis utbyggnaden av primärvården, vilket enligt socialstyrelsens mening styrker utredningens förslag om att nuvarande utbildningskapacitet av distriktssköterskor bör ökas.

Liknande synpunkter beträffande utredningens antaganden om andelen vidareutbildade sjuksköterskor som kommer att vara verksamma inom distriktsvården anför av *Landstingsförbundet*, som framhåller att diskrepansen mellan utredningens angivna behov och den sannolika tillgången är så stor att den inte kan elimineras enbart med ökad utbildning. Förbundet pekar vidare på att det idag finns flerdubbelt antal sökande i förhållande till antalet utbildningsplatser.

Malmö kommun kan inte dela utredningens antaganden om distriktsskötersketillgången och framhåller att man känner oro för den framtida tillgången på distriktssköterskor. Skillnaden mellan angivet behov och den sannolika tillgången på distriktssköterskor torde vara så stor att den inte kan elimineras enbart med ökad utbildning. Sjukvårdsstyrelsen bedömer som sannolikt och även önskvärt att sjuksköterskor med annan utbildning och undersköterskor ges uppgifter inom primärvården.

Flera sjukvårdshuvudmän finner utredningens förslag att vidta åtgärder som möjliggör en utökning av distriktssköterskekåren vara utomordentligt viktigt. *Kopparbergs läns landsting* anför bl. a. att dessa frågor har fått en alltför undanskymd plats i utredningen och konstaterar vidare att med det ökade innehåll som primärvården avses få med förbättrad kontinuitet i vården, ökad hemsjukvård, ökad sjukvårdsservice till socialvård och skola m. m., så kommer distriktssköterskebristen under lång tid att utgöra ett besvärande hinder. *Skaraborgs läns landsting* framhåller också att det krävs åtgärder från statsmakternas sida för att åstadkomma ökad utbildning av distriktssköterskor.

Bl. a. *Stockholms* och *Göteborgs och Bohus läns landsting* redovisar vad utredningens normtal skulle betyda för respektive sjukvårdsområde.

För *Stockholms läns landsting* beräknas antalet sjuksköterskebefattningar exklusive barnmorskor inom den fristående öppna vården år 1983 uppgå till ca 1 000. Omkring 400 av dessa avser distriktssköterskebefattningar – mot nuvarande 283 – alltså bemannade med kompetens att tjänstgöra inom husläkarsystemet. Med utgångspunkt från utredningens normtal en distriktssköterska per 1 500 invånare beräknar landstinget att behovet skulle uppgå till ca 1 000 distriktssköterskor. *Göteborgs och Bohus läns landsting* skulle, likaså med utredningens högre ambitionsnivå, idag behöva ytterligare ca 100 distriktssköterskor.

Stockholms läns landsting anför vidare att en så kraftig ökning av utbildningskapaciteten, som utredningens förslag innebär kan bli svår att genomföra med nuvarande praktikkrav och brist på praktikplatser – framförallt inom barnsjukvård och psykiatrisk vård. Olika vägar att underlätta genomförandet måste därför prövas, t. ex. översyn av behörighetsbestämmelserna främst för sjuksköterskor med annan vidareutbildning, tillvaratagande av tidigare erfarenhet av t. ex. barnavård samt en omfördelning av de praktiska utbildningsperiodernas tidsmässiga förläggning.

SHSTF understryker att utbyggnaden av primärvården måste mötas med en prioritering av vidareutbildning av sjuksköterskor och genom inrättandet av fler distriktsskötersketjänster. SHSTF anser vidare att de sjuksköterskor som idag har specialutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom och som önskar tjänstgöra som distriktssköterskor måste erhålla kompletteringsutbildning. Härvid framhåller SHSTF att sådan kompletteringsutbildning inte får medföra någon ekonomisk försämring under utbildningstiden och givetvis skall leda till fullständig behörighet. Den dubbelutbildning som nuvarande distriktssköterskebarnmorskor har idag bör enligt SHSTF:s uppfattning även fortsättningsvis utnyttjas för glesbygdsområden.

Sveriges läkarförbund, som i allt väsentligt ställer sig bakom utredningens idéer om distriktssköterskans mycket viktiga roll, konstaterar att en ökad medverkan i BVC-verksamheten förutsätter viss kompletterande utbildning och mindre distrikt.

Behovet av tvåspråkig sjukvårdspersonal understryks av *statens invandrarverk* som anser att invandrarerfarenhet och kunskap i invandrarspråk bör meriteras vid rekrytering av personal. Vidare framhålls att invandrarungdom med kunskaper i invandrarspråk bör stimuleras att utbilda sig till barnmorskor, sjuksköterskor, socialassistenter och läkare och invandrar-språk bör meritvärderas vid antagning till sådan utbildning.

27. Kompletteringsutbildning till allmänläkarkompetens

Utredningen föreslår att regeringen skall uppdra åt NLV att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen skyndsamt utarbета och till regeringen inkomma med förslag till kompletterande utbildning av specialister så att de skall kunna bli allmänläkarkompetenta.

Socialstyrelsen instämmer i utredningens bedömning att fortsatta ansträngningar bör göras för att öka antalet allmänläkare. Styrelsen är emellertid tveksam till förslaget att NLV skall ges i uppdrag att utarbета regler för kompletteringsutbildning av specialutbildade läkare, så att dessa även kan få allmänläkarkompetens. Skälen härtill är dels att styrelsen anser att specialistutbildningen ger tillräcklig kompetens för viktiga primärvårdsuppgifter, dels att förslaget innebär att de redan hårt ansträngda utbildningsmöjligheterna för allmänläkare ytterligare begränsas.

NLV framhåller beträffande förslaget till kompletteringsutbildning bl. a. följande.

”Utredningens förslag att NLV skall ges i uppdrag att utarbета förslag till kompletteringsutbildningar som möjliggör för specialistläkare att övergå till allmänläkarverksamhet innehåller i sig betydligt större svårigheter än vad som framkommer i utredningen. Det konstateras att kompletteringsutbildningens längd och innehåll måste variera beroende på vilken specialitet

vederbörande läkare har. NLV vill framhålla att kompletteringsutbildningen också måste ta hänsyn till de enskilda läkarnas hela utbildnings- och tjänstgöringsbakgrund. Alla pediatriker t. ex. har inte identiskt lika utbildning och tjänstgöring bakom sig. Det är därför troligt att individuella kompletteringsutbildningar måste fastställas av NLV även om det skulle kunna vara möjligt att utarbeta generella utbildningsplaner för varje specialitet som en kompletterande utbildning till allmänläkarkompetens.

Det föreligger också en risk i att som utredningen anför kompletteringsutbildningen skulle variera beroende på de lokala förutsättningarna avseende primärvårdens struktur, uppbyggnad, samverkan med länssjukvården m. m.". En allmänläkarkompetens efter kompletteringsutbildning måste enligt NLV:s uppfattning självfallet vara av generell karaktär och ge riksgiltig behörighet till allmänläkartjänster. Däremot torde det bli nödvändigt att hänsyn tas till lokala förhållanden när det gäller planeringen och genomförandet av en sådan kompletteringsutbildning i varje enskilt fall."

Karolinska sjukhuset framhåller att merparten av den specialisering som under senare decennier ägt rum inom medicinen varit den kanske viktigaste förutsättningen för att ge svensk sjukvård dess höga kvalitet och behandlingspotential för svåra sjukdomar. Svensk sjukvård har i detta avseende en framskjuten plats i internationellt perspektiv. Förslaget om en omskolning av specialistläkare till allmänläkare synes mot denna bakgrund något tveksamt. En mera successiv ökning av allmänläkartillgången genom det nu tillgängliga systemet för fortsatt vidareutbildning torde innebära ett bättre resursutnyttjande.

Även *Akademiska sjukhuset* ställer sig tveksam till en mera systematisk omskolning av ett större antal specialister till allmänläkare under användande av någon form av tvångsvisa styrmetoder. Detta skulle innebära en alltför lång total utbildningstid för de aktuella läkarna, en dålig utbildningsekonomi och dessutom kunna förväntas ge negativ inställning till allmänläkaryrket.

En distriktsläkarroll som medger ett deltagande från läkare med olika utbildningsbakgrund är enligt *Landstingsförbundets* uppfattning både möjlig och önskvärd. En viss komplettering av utbildningen för specialistutbildade läkare kan därvid bli nödvändig. Förbundsstyrelsen tillstyrker att frågan utreds närmare och att därvid också provas åtgärder för att underlätta för blivande specialister att övergå till allmänläkarbanan. Vidare understryker förbundet starkt att det härvid bör röra sig om tidsbegränsade åtgärder och att något ytterligare utbildningssystem för läkare inte tillskapas, då krav på utbildning och fortbildning reses från många håll och resurserna är begränsade.

Malmö kommun har inget att invända mot att NLV får utreda denna fråga om kompletterande utbildning för specialistläkare. Enligt kommunens bedömning bör endast ifrågakomma vissa begränsade åtgärder och kommunen förutsätter att man ej skapar något nytt utbildningssystem för läkare.

Hallands läns landsting konstaterar att "omskolning" av specialister förutsätter en minskning av antalet specialistkompetenta läkare inom andra områden varför det hade varit värdefullt om utredningen angett omfattning och specialitet.

Kronobergs läns landsting anser att förslaget angående omskolning av specialistläkare till allmänläkare endast torde ge ett mycket marginellt tillskott av allmänläkare. Landsortssjukhusen brottas idag med rekryteringsvårigheter vad gäller specialisttjänster och i den mån ett överskott finns torde detta hänföra sig till storstadsområden och universitetskliniker. Enligt landstingets uppfattning kommer en minskning av specialistkåren med stor sannolikhet att drabba i första hand landsortssjukhusen som redan nu har rekryteringsvårigheter. Landstinget förväntar sig därför att utbildnings- och rekryteringsfrågorna angrips på ett mera seriöst sätt.

Sveriges läkarförbund anför beträffande utredningens förslag på denna punkt följande.

"Läkarförbundet vill understryka vikten av att en sådan 'omskolning' ges formen av ett *erbjudande*. Ur kvalitetssynpunkt är det angeläget att de specialister som önskar övergå till allmänläkarverksamhet garanteras kompletteringsutbildning till fullständig allmänläkarkompetens. Kompletteringsutbildningen måste liksom den ordinarie allmänläkarutbildningen självfallet ge generell allmänläkarkompetens och riksgiltig behörighet för läkartjänster.

Utredningen framhåller att det är önskvärt att berörd specialistläkare fullgör sin kompletteringsutbildning före tillträdet till allmänläkartjänst. I analogi med det dispensförfarande som gäller idag kan det dock enligt utredningens mening övervägas att låta en specialistläkare tillträda en allmänläkartjänst för att sedan inom viss tid fullgöra den kompletteringsutbildning som befinns nödvändig för erhållande av allmänläkarkompetens.

Läkarförbundet vill starkt understryka att de utbildningsmässiga kraven på och övriga villkor för kompletteringsutbildning måste klargöras – efter överläggningar mellan berörda parter. Fasta tidsramar måste ges för utbildningens fullföljande. Vidare skall vederbörande läkare inte behöva vidkännas ekonomiska eller andra försämringar under kompletteringsutbildningen. Det motsatta förhållandet skulle givetvis verka rekryteringshämmande."

Karolinska institutet (Medicinska fakultetsnämnden) motsätter sig förslaget om en omskolning av specialister till allmänläkare.

Uppsala och Lunds universitet (Medicinska fakultetsnämnderna) ställer sig avvisande då man anser att en omskolning av färdigutbildade specialister med lång och dyrbar utbildning ter sig ekonomiskt oförsvarligt. Bl. a. anförts att det inom flera specialiteter fortfarande existerar en bristsituation.

Göteborgs universitet (Medicinska fakultetsnämnden) anser att den föreslagna omskolningen av specialister till allmänläkare innebär en resursminskning inom den sjukhusbundna vården som kan leda till allvarliga konsekvenser

för patienten. Kontinuitet inom den specialiserade sjukvården representerad av specialistutbildade läkare, som i sin verksamhet kan följa patienten från den öppna till den slutna vården och vice versa bör enligt fakultetsnämnden också tillgodoses.

Umeå universitet (Linjenämnden för läkarutbildning) instämmer i vikten av att specialistläkare stimuleras att övergå till allmänläkarverksamhet.

Sjukvårdshuvudmännen anför bl. a. följande synpunkter. "En omskolning av specialister till allmänläkare måste vara helt frivillig och kan accepteras endast under ett övergångsskede." (*Uppsala läns landsting*), "Landstinget vill dock erinra om att sjukvårdshuvudmännen genom det nya läkarutbildnings-systemet påtagit sig högst avsevärda utbildningskostnader för läkare. Att i detta skede ytterligare öka utbildningskostnaderna genom att ge kompletterande utbildning till specialistläkare för att dessa skall erhålla allmänläkar-kompetens måste föranleda överväganden om särskild ekonomisk ersättning till landstingen." (*Kopparbergs läns landsting*). "Sjukvårdsstyrelsen har inte kunnat förmärka någon förbättring av allmänläkartillgången och vill därför ånyo påkalla att sådana åtgärder vidtas. De förslag som utredningen i dessa sammanhang lägger fram får enligt styrelsens mening ses som ett minimi-krav." (*Skaraborgs läns landsting*).

28. Dispenser

Utredningen tar bl. a. upp möjligheten att öka allmänläkarnas antal genom dispenser som möjliggör för läkare med annan utbildning att erhålla behörighet till tjänst inom allmänläkarvård.

Socialstyrelsen och *NLV* säger i sina remissvar att man är beredda att vid behov tillstyrka (*NLV* undersöka) en förlängning av gällande dispensregler och därmed sammanhängande minimifordringar för erhållande av bevis om allmänläkarkompetens. Samtidigt understryks vikten av att de reguljära utbildningskraven inte urholkas och åsidosätts i en strävan att öka antalet allmänläkare. Båda remissinstanserna poängterar att de kvalitativa kraven på allmänläkarvården inte får komma i skymundan för en önskvärd ökning av läkartillgången inom verksamhetsområdet.

Sveriges läkarförbund ställer sig avvisande till en ökning av allmänläkarnas antal genom dispenser för läkare utan krav på kompletteringsutbildning. Även *Uppsala universitet* avstyrker ett utvidgat dispensförfarande.

Västerbottens läns landsting anför att man inte vill motsätta sig förslaget om att *NLV* ges i uppdrag att överväga möjligheterna av ett dispensförfarande men konstaterar samtidigt att ett dispenssystem inte får leda till att allmänläkarnas kompetens urholkas.

Blekinge läns landsting anför att dispensreglerna bör hållas strikta då det inte gagnar primärvården att specialister med liten anknytning till primärvården erhåller dispenser.

Stockholms läns landsting konstaterar att allmänläkare med dispens från huvudregeln numera utgör huvuddelen av nytillträdande allmänläkare. Landstinget betonar att fortbildningsinsatser troligen blir nödvändiga för att stärka dessa läkares kompetens.

LO finner fortbildningen av specialistläkare till allmänläkare mycket angelägen och att denna ej borde vara alltför resurskrävande.

29. Efterutbildning av allmänläkare

Utredningen anför att det huvudsakliga syftet med läkarnas efterutbildning är att vidmakthålla läkarens kunnande och kompetens i takt med den medicinska utvecklingen och att efterutbildningen avser kontinuerligt återkommande utbildningstillfällen. Utredningen delar också GREIA:s syn (GREIA: Gruppen för Efterutbildning Inom Allmänläkarvård) på värdet av efterutbildning i form av tjänstgöring vid sjukhusklinik eller genom auskultation inom olika specialiteter.

Socialstyrelsen förutsätter att NLV ges tillräckliga resurser för att fortsätta sitt påbörjade översynsarbete rörande läkarnas vidare- och efterutbildning och att därvid primärvårdens behov särskilt prioriteras.

Vad gäller allmänläkarnas efterutbildning framhåller *NLV* bl. a. följande.

”Uppbyggnaden av en efterutbildning enligt GREIA:s modell kommer under lång tid att konfronteras med problem som hänger samman med allmänläkarnas heterogena utbildningsbakgrund. En av GREIA hösten 1976 företagen undersökning visade att ca 44 procent av de då självständigt verksamma allmänläkarna saknade allmänläkar- och/eller specialistkompetens medan 11 procent hade enbart specialistkompetens. Den övervägande delen av de läkare som saknade allmänläkar/specialistkompetens fanns i åldersklassen ’39 år eller yngre’.

Också för nu verksamma allmänläkare utan formell allmänläkarkompetens finns behov av en kompletterande vidareutbildning liknande det i betänkandet framförda förslaget avseende läkare inom andra medicinska verksamhetsområden vilka skall stimuleras att övergå till allmänläkarverksamhet. Dessa utbildningsinsatser varken kan eller bör tillgodoses inom ramen för en verksamhet med efterutbildning.

Med detta konstaterande vill *NLV* framhålla att redan nu finns betydande behov av kompletterande vidareutbildningar för läkare verksamma inom allmänläkarvården. Dessa kompletteringsbehov är följden av tidigare i olika omgångar övergångsvis införda generella dispenser från reguljära behörighetskrav. Mot denna bakgrund kan ytterligare utbildningsåtgärder skapa vissa svårigheter för huvudmännen med avseende på såväl möjligheterna att frigöra allmänläkarna för kompletterande tjänstgöringar som att bereda plats för dessa vid berörda kliniker.

Avslutningsvis vill dock NLV framhålla betydelsen av att effektiva åtgärder vidtas för att få till stånd en allsidig efterutbildningsverksamhet inom allmänläkarvården. Som framgått av bl. a. GREIA:s undersökningar och försöksverksamhet torde en väl fungerande efterutbildning vara ett mycket verksamt medel för att öka benägenheten för val av allmänläkarbanan. En sådan ökad benägenhet är nödvändig att åstadkomma om det ökande antalet block för allmänläkarutbildning skall kunna fyllas, vilket ändå måste vara huvudvägen till en ökning av allmänläkarkåren."

Jämtlands läns landsting framhåller att ett sätt att uppnå förbättrad kontinuitet mellan olika vårdnivåer kan vara en systematiserad efterutbildning och fortbildning. De positiva erfarenheter som vunnits av pågående försöksverksamhet med efterutbildning av allmänläkare har landstinget tagit fasta på genom att organisera efterutbildning inte bara för distriktsläkare utan även för distriktssköterskor och annan primärvårdspersonal. Genom att inbegripa olika företrädare för den specialiserade länssjukvården i ett sådant system skapas möjligheter till bättre samarbete och kontakter mellan de två vårdnivåerna. Enligt landstingets uppfattning bör denna och andra verksamheter på sikt leda till utvecklingen av lokala vårdprogram inom länet, vilket ytterligare kan förbättra kontinuiteten.

Älvsborgs läns landsting konstaterar att om allmänläkarna skall kunna spänna över det vida fält, som utredningen förutsätter, torde frågan om deras fort- och efterutbildning få den allra största betydelse. Vidare fordras en mycket noggrann planering och man måste beakta såväl det stora antalet läkare som de betydande ekonomiska resurser som måste tas i anspråk.

Även *Hallands läns landsting* påpekar att de ekonomiska konsekvenserna av ökad fortbildning bör medräknas i primärvårdens kostnader.

Karolinska sjukhuset poängterar att den snabba kunskapsutveckling som äger rum inom medicinen ställer stora krav på kontinuerlig efterutbildning av allmänläkaren och menar att garantier måste tillskapas för att efterutbildningen av allmänläkaren blir kvalitetsmässigt hög.

Sveriges läkarförbund erinrar i detta sammanhang om att ca 40 procent av dagens allmänläkare saknar formell kompetens. Ett förhållande som enligt förbundets uppfattning snarast bör rättas till.

Stockholms läns landsting påpekar att nytillskott genom dispenser samtidigt kommer att ställa krav på fortbildningsinsatser.

Karolinska institutet föreslår att en organisation för efterutbildning av allmänläkare etableras på länsnivå. Institutet konstaterar att genom placeringen på en relativt liten vårdcentral ute i samhället blir allmänläkaren ur vetenskaplig synpunkt isolerad på ett helt annat sätt än sin sjukhusplacerade kollega. Medicinska fakulteten anser det därför värdefullt att diskutera möjligheten att vårdcentralerna både vad avser vårdsamverkan och efterutbildning knys funktionellt till länssjukhusen. Vidare anføres att inom storstäderna kan en dylik koppling förslagsvis komma till stånd genom den sektorisering som under senare år diskuterats och försöksvis prövats bl. a. inom psykiatrin.

30. Forskning och utvecklingsarbete

Utredningen föreslår att professurer i primärvård/allmänmedicin successivt inrättas för att befärma forsknings- och utvecklingsarbete inom området.

Samtliga remissinstanser tillstyrker eller har inget att erinra mot utredningens förslag om att successivt inrätta professurer i primärvård/allmänmedicin.

Socialstyrelsen understryker därvid starkt betydelsen av att forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården stimuleras. Socialstyrelsen och UHÄ har också tagit upp diskussioner om innehållet i ämnesområdet allmänmedicin och om möjligheterna att tillskapa forskar- och läkartjänster inom detta område.

NLV påpekar att landets enda primärvårdsinriktade professur – allmän internmedicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård – vid medicinska fakulteten i Lund varit av avgörande betydelse för uppbyggnaden av allmänläkarutbildningen. NLV framhåller vidare att en förstärkt forskningsorganisation innebär att underlaget för utbildning inom primärvårdens skilda områden kan bygga på ett successivt förbättrat kunskapsunderlag och att förekomsten av en vetenskaplig aktivitet kan förväntas ge en ökad rekrytering till verksamhetsområdet allmänläkarvård.

Beträffande forsknings- och utvecklingsarbete anför UHÄ bl. a. följande.

”Liksom samtliga läroanstalter givit uttryck för i sina yttranden delar också UHÄ utredningens syn på behov av forskningsinsatser kring primärvårdens problem. På sikt är det därför nödvändigt att förstärkningen av allmänmedicin inom läkares grundutbildning också får en motsvarighet inom forskningen/forskarutbildningen. UHÄ har i sin anslagsframställning för budgetåret 1979/80 också framhållit den öppna vårdens frågeställningar som ett viktigt expansområde för den medicinska forskningen vid sidan av äldrevården och omvårdnadsforskning. I sin långtidsbudget har UHÄ räknat medel för nya forskningsinsatser bl. a. inom dessa tre prioriterade områden.

Man måste här beakta att allmänmedicin är ett för forskningen nytt område och att kompetens därför måste byggas upp successivt. Det är således inte nu möjligt att ange i vilken takt man bör inrätta nya professurer i allmänmedicin. En annan viktig fråga som för närvarande diskuteras mellan UHÄ och de medicinska fakulteterna är formerna för allmänmedicinens förankring i de medicinska fakulteternas forskningsorganisation. Från universiteten i Uppsala och Lund har framförts förslag om professurer i anslutning till den öppna vård som bedrivs vid vårdcentralerna i Tierp och Dalby. UHÄ räknar med att återkomma om detta i årets anslagsframställning.

Forsknings- och utvecklingsarbete kring primärvårdens problem bör enligt utredningen också innefatta hälsoekonomiska frågor, t. ex. frågor om effektmätning och fördelning av samt hushållning med resurserna för denna sektor. Forskningsfrågor av detta slag förutsätts bli belysta i temat 'Hälso- och

sjukvården i samhället", som har föreslagits starta inom den temainriktade forskningsorganisationen vid universitetet i Linköping.

Utredningen berör också UHÄ:s rapport om de kortare vårdutbildningarnas forskningsanknytning i detta sammanhang. UHÄ har i rapporten pekat på att bl. a. omvårdnadsforskning är ett problemområde som kan anknytas till berörda utbildningar. UHÄ har i skrivelse 1978-11-22 till de medicinska fakulteterna inför det kommande budget- och planeringsarbetet pekat på det angelägna i att pågående aktiviteter fortsätter och att man lokalt utvecklar samverkan mellan berörda högskoleenheter och sjukvårdshuvudmän."

Samtliga medicinska fakulteter tillstyrker inrättandet av professurer i primärvård/allmänmedicin.

Karolinska institutet (Medicinska fakulteten) anser att professurer i primärvård bör kopplas till allmänläkarkompetens och placeras vid vårdcentral. Härigenom kan en adekvat sjukvårdsmässig anknytning erhållas. Fakulteten anger som viktiga forskningsområden bl. a. prevention och hälsovård, samband mellan miljö och sjuklighet, epidemiologi och community medicine.

Uppsala universitet (Medicinska fakulteten) påpekar att det gäller att täcka ett annat kunskaps- och forskningsområde än det socialmedicin har att svara för. Allmänmedicinen omfattar mer individinriktad forskning, medan däremot socialmedicinen studerar gruppfenomen inom samhällsmedicinen i vidare bemärkelse.

Lunds universitet (Medicinska fakulteten) är särskilt intresserad av samordningsfrågor mellan socialmedicin – allmänmedicin och långvårdsmedicin och erinrar om att erfarenheterna från Dalby gör att en utveckling kan ske relativt snabbt.

Göteborgs universitet (Medicinska fakulteten) är tveksam till i annat sammanhang framförda förslag om att ge allmänläkarspecialisten en akademisk förankring i de socialmedicinska institutionerna. Fakultetsnämnden anser att det är naturligt att tillskapandet av forskar- och lärartjänster sker inom de ämnesområden som främst berörs i detta avseende och påpekar vidare att de rikliga forskningsproblemen i mycket ringa omfattning ligger inom de socialmedicinska institutionernas intresse.

Skolöverstyrelsen anser det angeläget att frågan om de kortare vårdutbildningarnas forskningsanknytning beaktas med hänsyn speciellt till förhållanden inom primärvården och i synnerhet distriktssköterskans roll.

Statens invandrarverk framhåller att i forsknings- och utvecklingsarbetet bör särskilt studeras lämpliga modeller för att möta invandrarnas behov.

Akademiska sjukhuset understryker att inrättandet av professurer i allmänmedicin inte får ske på bekostnad av redan existerande ämnesområden.

Landstingsförbundet understryker sjukvårdshuvudmännens starka intresse av en ändrad inriktning på forskningen så att en större andel av forskningsresurserna satsas på områden av betydelse för primärvårdens utveckling.

Landstingsförbundet framhåller också att det är viktigt att den omvårdnadsforskning som nu växer fram inom de medellånga vårdyrkesutbildningarnas personalgrupper inriktas på uppgifter inom primärvårdsområdet.

Spri lägger stor vikt vid att utredningsresurser satsas på utvecklingsarbete kring frågor som gäller kontinuitet, tillgänglighet och fördelning av knappa vårdresurser. *Spri* framhåller vidare att det i *Spri*'s verksamhetsprogram finns ett flertal projekt som är inriktade på att ta fram konkreta lösningar på olika delproblem som behandlas i utredningens betänkande och som utgör nödvändiga förutsättningar för en bättre kontinuitet varför det vore önskvärt att *Spri* fortsättningsvis kunde avsätta större resurser, än vad den nuvarande ekonomiska ramen medger, på dessa för primärvårdens utveckling så viktiga frågor.

Malmöhus läns landsting anger att förvaltningsutskottet föreslagit universitets- och högskoleämberet att befintlig professur i medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård, placerad vid läkarstationen i Dalby ändras till professur i öppen hälso- och sjukvård med inriktning mot primärvård, förenad med överläkartjänst i öppen vård inom Lunds sjukvårdsdistrikt. Enligt landstingets mening är det av största vikt att professurer i primärvård förenade med överläkartjänster inom angränsande medicinska verksamhetsområden snarast inrättas så att en större del av grundutbildningen för läkare kan ske inom primärvården. Erfarenheterna inom specialiserad vård måste successivt ställas till primärvårdens förfogande och lika angeläget är det att primärvårdens erfarenheter delges den specialiserade vården.

Göteborgs kommun instämmer i utredningens förslag och påpekar att insatser för forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvårdsområdet kan visa sig viktigt i strävandena att lyfta upp vårdformens allmänna status i förhållande till övriga medicinska specialiteter.

SHSTF anför liknande synpunkter som Göteborgs kommun och tillägger att det är angeläget att sjukvårdshuvudmannen stödjer förslaget om en forskning på tvärvetenskaplig grund och belyser möjligheterna till en integrering av socialt, psykologiskt och biologiskt synsätt på människan.

Vad gäller forskningen anser *LO* i likhet med utredningen att konsekvenserna av en sjukvårdspolitisk prioritering avseende ökade resurser till primärvården bör vara föremål för ett kontinuerligt och systematiskt forskningsarbete. Den medicinska forskningen har i alltför stor utsträckning varit sjukhusbaserad och sannolikt styrd i stor utsträckning av läkarnas utbildnings- och meriteringssystem. Den forskning som pågått vid vårdcentralerna i Dalby, Tierp och Vilhelmina måste enligt *LO*'s uppfattning efterföljas av ett mycket brett upplagt forsknings- och utvecklingsarbete inom åtskilligt flera av våra öppenvårdsenheter.

Umeå universitet (Medicinska fakultetsnämnden) anser att forskningsanknytningskurser bör beaktas vad gäller distriktssköterskeutbildning och att detta är frågor som måste beaktas och lösas i samarbete mellan fakultet och sjukvårdshuvudman.

31. Stimulansbidrag

Utredningen har i syfte att stimulera utvecklingen mot den föreslagna husläkarorganisationen övervägt frågan om eventuella statliga ekonomiska stimulans- och utvecklingsbidrag. Sådana stimulansmedel kan bl. a. utgå inom ramen för nuvarande system med försäkringskasseersättningar till sjukvårdshuvudmännen. *Utredningen* föreslår att överläggningar sker mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att uppnå en överenskomelse om utveckling av primärvården i enlighet med utredningens förslag och att frågan om ekonomiska stimulansmedel ingår i dessa överläggningar. I en bilaga till betänkandet skisserar utredningen också former för hur ett statligt utvecklings- och stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen kan anordnas.

De remissinstanser som tar upp det i bilagan skisserade utvecklings- och stimulansbidraget avstyrker med hänvisning till dels att det skulle missgynna sjukvårdsområden som har svårt att rekrytera läkare, dels att det går i motsatt riktning mot den av både kommuner och statsmakter eftersträfvade utvecklingen av statlig detaljstyrning. (Övervägande delen av sjukvårdshuvudmännen och flera andra remissinstanser. En del nämner dock endast ett av motiven.)

Statskontoret avstyrker förslaget om särskilda statliga utvecklings- och stimulansbidrag mot bakgrund bl. a. av att vissa fakta talar för att ett husläkarsystem ställer sig ekonomiskt fördelaktigt i den mån det avlastar specialistvården och att sådana ekonomiska fördelar samt fördelar för patienten ur vårdsynpunkt borde vara tillräckliga som underlag för att stimulera sjukvårdshuvudmännen att satsa på den föreslagna utbyggnaden av primärvården. Statskontoret menar att en kalkylering ur samhällsekonomiskt perspektiv skulle ha tillfört utredningen värdefull information och beklagar att detta inte varit möjligt inom den tillmätta utredningstiden.

Riksförsäkringsverket kommenterar att det är tekniskt möjligt att inordna eventuella utvecklings- och stimulansbidrag i det nuvarande ersättningssystemet från den allmänna försäkringen men att detta i viss mån skulle motverka de förenklingssträvanden som riksförsäkringsverket tidigare föreslagit, nämligen att ersättning från försäkringen skall utges med ett enhetligt belopp för läkarbesök och därmed jämförliga åtgärder samt ett enhetligt belopp för sjukvårdande behandlingar och andra ersättningsberättigade åtgärder utförda av annan än läkare.

Spri anser att statliga stimulans- och utvecklingsbidrag bör utformas så att de främjar en utbyggnad inom eftersatta områden och leder till en successiv utjämning av de stora skillnader i fråga om tillgång på primärvårdsservice, som nu föreligger såväl mellan olika kommuner inom ett sjukvårdsområde som mellan skilda delar av landet. De föreslagna stimulansåtgärderna kommer enligt *Spri*'s mening att i första hand gynna välutvecklade områden.

Landstingsförbundet avvisar utredningens förslag om stimulansbidrag men är däremot berett att ta upp överläggningar med regeringen om hur en utveckling av primärvården på olika sätt kan gynnas genom samordnade och gemensamma insatser av staten och huvudmännen. Förbundet menar härvid att ekonomiska stimulansåtgärder av mera generell art i syfte att främja en utbyggnad av primärvården är av intresse och då de allvarligaste bristerna finns på personalsidan är insatser för att klara den delen av högsta prioritet.

Sjukvårdshuvudmännen ställer sig positiva till eller har inget att erinra mot att överläggningar upptas om hur en utveckling av primärvården mot förbättrad kontinuitet på olika sätt kan gynnas genom samordnade insatser av staten och sjukvårdshuvudmännen. Särskilda ekonomiska stimulansåtgärder är därvid givetvis av intresse, men det framhålls att de bör vara av generell natur.

Uppsala läns landsting menar bl. a. att ett stimulansbidrag lätt kan få karaktär av påtryckningsmedel och vidare kan en rationell planering förryckas om två av flera tänkbara modeller favoriseras.

Även *Göteborgs kommun* framhåller i detta sammanhang vikten av att huvudmännen får behålla en avsevärd frihet att själva bestämma över organisationen och inriktningen av sin primärvård. Liknande synpunkter anförs av *Hallands läns landsting* som menar att ett eventuellt "premierings-system" inte bör knytas till fullföljandet av detaljerade anvisningar utan bör lämnas som ett stöd åt landstingens redan klart uttalade ambition att i ett kärt ekonomiskt läge kraftigt bygga ut primärvården. Skall stimulansbidrag ges inom ramen för nuvarande system med försäkringskassersättningar till sjukvårdshuvudmännen bör de enligt landstingets uppfattning utformas så att de ger en fördelning som står i proportion till respektive huvudmans insatser och prestationer och inte som t. ex. hemsjukvårdsbidraget belastar vårdpersonalen med ytterligare administrativa uppgifter.

Älvsborgs läns landsting framhåller att det framlagda förslaget om primärvårdens utbyggnad och utveckling mot ett husläkarsystem kommer att innebära en avsevärd höjning av ambitionsnivån. Då möjligheterna till överförande av resurser från länssjukvård till primärvård måste bedömas som mycket begränsade, anser sjukvårdsstyrelsen att ett någorlunda snabbt genomförande av utredningens intentioner är beroende av statligt stöd.

Stockholms läns landsting delar utredningens uppfattning att överläggningen om ekonomiska stimulanser för att utveckla vårdcentralernas arbete enligt utredningens förslag bör inledas. Därvid bör också möjligheterna beaktas att genom bidrag stimulera landstingen till att utarbeta försöksprojekt som söker pröva olika modeller för ett husläkarsystem. Vidare anförs att det hade varit önskvärt att utredningen diskuterat och uppskattat de kostnader i form av utbildning, information, utveckling av registreringssystem etc., som uppstår i samband med genomförande av förslagen.

Gotlands kommun som menar att förslaget måste ses som en ambitionshöjning med ekonomiska konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen framhåller följande.

”Delmålet en allmänläkare/3 000 invånare skulle uttryckt i rikssiffror kräva ett tillskott i förhållande till nuvarande tillgångsprognoser om 400–700 allmänläkare fram till 1985. Utredningen anser att dess förslag innebär egentliga merkostnader för huvudmännen endast för den information om husläkarsystemet, som bör lämnas allmänheten. Även om det i övrigt inte gjorts beräkningar av förslagens ekonomiska konsekvenser är det uppenbart att ett genomförande redan under den närmaste 5-årsperioden för flertalet huvudmän skulle medföra mycket stora kostnader och sannolikt förutsätta genomgripande omprioriteringar: ett stort antal nya vårdcentraler och läkarstationer skulle behöva byggas och utrustas, driftkostnaderna skulle öka inte bara för tillkommande läkartjänster utan än mer för ”kringpersonal” av olika kategorier. Samtidigt skall enligt utredningen distriktssköterskekåren kraftigt byggas ut, vilket också medför både investerings- och nya driftkostnader. Även med av utredningen föreslagna styrmedel för att öka allmänläkartillgången – omdisponering av FV-block och utsträckta dispensmöjligheter – får också möjligheterna att på så kort tid så kraftigt öka allmänläkartillgången anses tveksamma. En betydligt lägre ambitionsnivå vad gäller takten för utbyggnad av allmänläkar- och distriktsvården torde därför bli nödvändig för flertalet sjukvårdshuvudmän. Utredningens förslag kan f. ö. heller inte anses stå i överensstämmelse med budgetdepartementets tilläggsdirektiv om största möjliga återhållsamhet med kostnadskrävande reformer.”

Sveriges läkarförbund förutsätter att den närmare utformningen av utvecklings- och stimulansbidrag blir föremål för ytterligare överväganden och att privatläkarverksamheten härvid ges möjlighet att komma i åtnjutande av dessa bidrag.

Innehåll

Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde	2
1. Inledning	2
2. Allmänna överväganden	3
2.1 Bakgrund	3
2.2 Kontinuitetsbegreppet	8
2.3 Allmänläkare – specialistläkare	9
2.4 Distriktssköterskor och övriga personalkategorier	13
2.5 Mödra- och barnhälsovård m. m.	15
2.6 Psykiatri	19
2.7 De äldres vårdbehov	21
2.8 Vårdplaneringsmetoder och organisationsmodeller m. m.	25
2.9 Dimensioneringstal	30
2.10 Registrering	32
2.11 Remissförfarandet	34
2.12 Förebyggande vård	35
2.13 Företagshälsovård	37
2.14 Skolhälsovård	38
2.15 Privatläkarvård	39
2.16 Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården ..	41
2.17 Åtgärder för genomförande av ett husläkarsystem	43
3. Hemställan	50
4. Beslut	50
Bilaga 1 Sammanfattning av kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74) Husläkare – en enklare och tryggare sjuk- vård	51
Bilaga 2 Sammanställning av remissyttranden över kontinuitetsut- redningens betänkande	56