

Regeringens proposition

1981/82:97

om hälso- och sjukvårdslag, m.m.;

beslutad den 8 januari 1982.

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

På regeringens vägnar

THORBJÖRN FÄLLDIN

KARIN AHRLAND

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att den nuvarande sjukvårdslagen (1962:242) ersätts av en hälso- och sjukvårdslag. Den nuvarande detaljerade lagstiftningen ersätts av en målinriktad ramlag. Den nya lagen ger stort utrymme för landstingskommunerna att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Samtidigt syftar flera av förslagen till att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården skall vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Regleringen av den organisatoriska uppbyggnaden av landstingskommunernas hälso- och sjukvård begränsas. Regler om en politiskt vald styrelse, benämnd hälso- och sjukvårdsnämnd, behålls dock. Möjligheter kommer vidare att finnas att under denna nämnd inrätta förtroendemannaorgan. Regler om medicinskt ledningsansvar för vissa läkare behålls. Möjligheter införs för socialstyrelsen att ge dispens från sistnämnda bestämmelser.

Landstingskommunerna ges ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Landstingskommunerna åläggs sålunda förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människor som miljön. Genom sin livsföring, goda levnadsvanor kan människor inte bara undgå eller begränsa sjukdomar och skador utan även öka sitt eget välbefinnande. För detta krävs bl.a. upplysning och information. Människornas hälsa påverkas också av samhällets miljöutformning. Landstingskommunerna skall därför ta till vara, sammanställa, bearbeta och utnyttja den information som finns inom hälso- och sjukvården om risker i människornas livsmiljö. I hälso- och sjukvården skall i framtiden mera aktivt medverka i samhällsplaneringen och på så sätt bidra till en bättre livsmiljö för befolkningen.

Ett antal krav på landstingskommunernas hälso- och sjukvård ställs upp. Den skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet, vara lätt tillgänglig samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. I sistnämnda hänseende åläggs landstingskommunerna att informera patienten om hälsotillståndet och de behandlingsmöjligheter som finns. Patienten skall vidare, så långt det är möjligt, ges tillfälle att samråda med personalen om den egna vården och behandlingen. En god kontinuitet i kontakterna mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen skall främjas. Detta kan ske bl.a. genom att den öppna vården kan organiseras enligt husläkarprincipen.

Som ett led i landstingskommunernas vidgade ansvar åläggs dessa vidare att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. En samordning av verksamheten med kommuner och andra vårdgivare i landstingskommunen samt med närliggande landstingskommuner skall ske i syfte att åstadkomma ett samlat och rationellt utbud av vård.

Staten ges ansvaret för den centrala, övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Tillsynen över hälso- och sjukvården skall även i fortsättningen ligga på socialstyrelsen. Tillsynen föreslås avse främst allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning men även inspektioner skall kunna företas.

Under beredningen i regeringskansliet har under hand särskilt inhämtats synpunkter från företrädare för sjukvårdshuvudmännen för att säkerställa att den nya lagen inte i rådande samhällsekonomiska läge skall kunna tas till intäkt för att öka den samlade verksamhetsvolymen i hälso- och sjukvården. Samstämmighet har uppnåtts med företrädarna för sjukvårdshuvudmännen om att lagen som sådan inte behöver medföra några omedelbara merkostnader för landstingskommunerna. Den får i nuvarande samhällsekonomiska läge inte heller tas till intäkt för en total resursökning.

Den nya lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 januari 1983.

1 Förslag till Hälso- och sjukvårdslag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör sjuktransporter.

I fråga om omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda finns bestämmelser i lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser.

Mål för hälso- och sjukvården

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den landstingskommunala hälso- och sjukvården

Landstingskommunens ansvar

3 § Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Bestämmelser om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

En god hälso- och sjukvård skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i sekretesslagen (1980:100).

4 § Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan vård.

5 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård.

6 § Landstingskommunen svarar för att det inom landstingskommunen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med fordon som är särskilt inrättade för ändamålet.

7 § Landstingskommunen skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

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

8 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

9 § Regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner.

Landstingskommunerna skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård.

Nämnder

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

Landstingskommunen får tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd. Har detta inte skett, är förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd.

11 § Ett eller flera särskilda organ får tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer.

12 § I fråga om särskild hälso- och sjukvårdsnämnd och organ som avses i 11 § gäller bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.

Personal

13 § I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

14 § En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares verksamhet kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset. Vid utövandet av denna ledning skall läkaren i frågor som inte rör

vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.

15 § Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket skall förordnas för viss tid.

16 § Regeringen får meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

I fråga om enheter inom hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande högskoleutbildning av läkare finns särskilda bestämmelser.

Vårdavgifter

17 § Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen skall därvid behandlas lika.

När sjukhusvård meddelas en pensionär i fall där rätten till ersättning för vården upphört enligt 2 kap. 12 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, skall vården vara avgiftsfri de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle. Vårdavgiften för tid därefter får bestämmas med hänsyn till pensionärens betalningsförmåga. I sådant fall skall endast pensionärens egna inkomster efter skatt läggas till grund för avgiften. Vårdavgiften skall alltid bestämmas så att pensionären förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter.

En fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten. I övrigt gäller preskriptionslagen (1981:130) i fråga om sådana fordringar.

Tillsyn

18 § Socialstyrelsen har tillsynen över landstingskommunernas hälso- och sjukvård. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.

Ytterligare föreskrifter

19 § Regeringen bemyndigas att i fråga om landstingskommunernas hälso- och sjukvård meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Hälso- och sjukvården i krig m. m.

20 § Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga

förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983. Genom lagen upphävs sjukvårdslagen (1962:242).

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

2 Förslag till

Lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m.

Härigenom föreskrivs följande.

1 § I denna lag ges bestämmelser om vissa läkartjänster vid sådana enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för den grundläggande högskoleutbildningen på läkarlinjen.

Vad som sägs om landstingskommunal hälso- och sjukvård gäller också den hälso- och sjukvård som anordnas av kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

2 § Regeringen får förordna att en tjänst för specialistutbildad läkare skall vara förenad med en tjänst för lärare vid en högskoleenhet.

3 § Sådan läkartjänst som är förenad med en lärartjänst vid en högskoleenhet tillsätts i den ordning som gäller för lärartjänsten. Vid tillsättningen skall, utöver de befordringsgrunder som gäller för lärartjänsten, beaktas den kliniska skickligheten i undervisningsämnet.

På förslag till sådan läkartjänst som avses i första stycket får uppföras endast den som uppfyller behörighetskraven för läkartjänsten eller som socialstyrelsen förklarat behörig till sådan tjänst.

Tjänsteförslagsnämnden skall bereda hälso- och sjukvårdsnämnden tillfälle att, såvitt avser den hälso- och sjukvårdande verksamheten, yttra sig över de sökande som tjänsteförslagsnämnden anser främst bör komma i fråga till tjänsten.

4 § Andra specialistutbildade läkare än överläkare, distriktsläkare och läkare som avses i 3 § anställs med förordnande för sex år om inte särskilda skäl föranleder förordnande för kortare tid. Socialstyrelsen får dock medge att förordnande meddelas att gälla tills vidare utan tidsbegränsning.

5 § Varje läkare som är anställd vid sådan hälso- och sjukvårdsenhet som avses i denna lag är skyldig att biträda vid handledningen av medicine studerande.

Specialistutbildad läkare anställd vid enheten är, i den mån hälso- och sjukvårdsnämnden medger det, skyldig att inom sitt verksamhetsområde ombesörja den undervisning och den examination som behövs för att den

grundläggande högskoleutbildningen av läkare skall kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

6 § Kliniska amanuenser och medicine studerande får biträda i hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

3 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

För den sjukvård som en landstingskommun och en kommun som inte tillhör landstingskommun ombesörjer enligt *sjukvårdslagen (1962:242)* skall det finnas en eller flera förtroendenämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena påkallar.

Landstingskommunen eller kommunen får tillsätta särskild förtroendenämnd eller uppdra åt någon annan nämnd att vara förtroendenämnd. När flera förtroendenämnder finns, skall varje nämnd fullgöra de uppgifter som sägs i första stycket för en viss del av *sjukvårdsområdet* eller för en viss *sjukvårdsinrättning*.

Föreslagen lydelse

1 §

För den *hälso- och* sjukvård som en landstingskommun och en kommun som inte tillhör landstingskommun ombesörjer enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:00)* skall det finnas en eller flera förtroendenämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena påkallar.

Landstingskommunen eller kommunen får tillsätta särskild förtroendenämnd eller uppdra åt någon annan nämnd att vara förtroendenämnd. När flera förtroendenämnder finns, skall varje nämnd fullgöra de uppgifter som sägs i första stycket för en viss del av *landstingskommunen eller kommunen* eller för en viss *vårdinrättning*.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1981-11-26

Närvarande: statsministern Fälldin, ordförande, och statsråden Ullsten, Wikström, Friggebo, Dahlgren, Åsling, Söder, Johansson, Wirtén, Andersson, Boo, Petri, Gustafsson, Elmstedt, Tillander, Ahrland

Föredragande: statsrådet Ahrland

Lagrådsremiss om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

1 Inledning

Landstingskommunernas sjukvård regleras i sjukvårdslagen (1962:242) och i tillämpningskungörelser till denna lag. Om hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna åligganden och om samhällets tillsyn över den personalen finns sedan den 1 juli 1980 bestämmelser i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Ett flertal statliga utredningar har under senare år haft i uppdrag att se över olika frågor inom hälso- och sjukvården. De flesta av dessa utredningar har redan slutfört sitt arbete som efter särskilda propositioner föranlett beslut av riksdagen.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) (HSU)¹, som har haft i uppdrag att utreda frågan om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården, avlämnade i november 1979 sitt betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården. I betänkandet läggs fram förslag till en helt ny lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Lagförslaget – som har utformats som en ramlag – innehåller regler om bl.a. hälso- och sjukvårdens mål och landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvården. I betänkandet behandlas även samspelet mellan landstingskommunerna och staten på hälso- och sjukvårdsområdet i frågor som enligt utredningen inte bör lagregleras.

Till protokollet i detta ärende bör fogas dels en inom socialdepartementet

¹ Riksdagsledamöterna Börje Hörnlund, ordförande, och Nils Carlshamre, landshövdingen Göte Fridh, landstingsrådet Bertil Göransson, överläkaren Hans-Erik Holst, landstingsledamoten Ruth Kärnek, riksdagsledamoten Gunnar Olsson, landstingsledamoten Karl-Anders Pettersson och riksdagsledamoten Kersti Swartz.

upprättad redovisning av gällande sjukvårdslagstiftning som *bilaga 1*, dels utredningens sammanfattning av sitt betänkande som *bilaga 2*, dels det lagförslag som läggs fram i betänkandet som *bilaga 3*. Beträffande nuvarande organisation och omfattning av hälso- och sjukvården samt utredningens närmare överväganden hänvisas till betänkandet. Betänkandet har remissbehandlats. En inom socialdepartementet upprättad sammanställning över remissyttrandena bör fogas till protokollet som *bilaga 4*.

2 Allmän motivering

2.1 Allmänna utgångspunkter

Hälso- och sjukvården i vårt land har under de senaste årtiondena genomgått en snabb utveckling. Organisatoriskt har genomförts ett i princip enhetligt huvudmannaskap med landstingskommunerna och de kommuner som inte ingår i någon landstingskommun, dvs. Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner, som ansvariga för hela den offentliga hälso- och sjukvården inom sina respektive områden. Vad som sägs om landstingskommuner i fortsättningen gäller också dessa kommuner.

Staten är på hälso- och sjukvårdens område huvudman endast för två undervisningssjukhus, Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala, för vissa laboratorier samt för ett fåtal institutioner inom den psykiatriska vårdsektorn. Stockholms läns landstingskommun tar den 1 januari 1982 över huvudmannskapet för Karolinska sjukhuset. Statens förhandlingsnämnd fick år 1977 i uppdrag att förhandla om ett ändrat huvudmannaskap för Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vid riksdagsbehandlingen av prop. 1980/81:9 om regionsjukvården har socialutskottet enhälligt understrukt angelägenheten av att man från statens sida verkar för att förhandlingsuppdraget genomförs skyndsamt (SoU 1980/81:6, rskr 123).

Genom statsbidrag – bl.a. till den psykiatriska sjukvården och via sjukförsäkringen och skatteutjämningsbidragen – deltar staten i betydande omfattning i sjukvårdens finansiering.

Landstingskommunernas skyldigheter i fråga om sjukvården regleras främst i sjukvårdslagen (1962:242), sjukvårdskungörelsen (1972:676) och kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus. Om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

Sjukvårdslagen har sin grund i sjukhuslagen (1959:112). Denna lag liksom tidigare lagstiftning på området avsåg enbart sluten vård. Genom beslut av 1962 års riksdag byggdes sjukhuslagen ut till en sjukvårdslag på så sätt att bestämmelser om öppen sjukvård utanför sjukhus infogades i lagen. Lagstiftningen kompletterades på nytt år 1966 med vissa bestämmelser som följd av att mentalsjukvården inordnades i den landstingskommunala

sjukvårdsverksamheten. Även under 1970- talet har sjukvårdslagen ändrats.

Sjukvårdslagen innehåller främst bestämmelser om landstingskommunernas skyldighet att ombesörja sjukvård för befolkningen. Skyldigheten att ombesörja sjukvård gäller i den mån inte staten, kommuner eller enskilda – personer eller organisationer – drar försorg härom. Med sjukvård avses "vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns börd". Sjukvårdslagen innehåller däremot inte någon skyldighet för landstingskommunerna att ombesörja hälsovård. Även i avsaknad av närmare lagstiftning härom har en förbyggande verksamhet – till viss del med stöd av statsbidragsbestämmelser – växt fram inom landstingskommunerna och förekommer nu i större eller mindre omfattning hos samtliga landstingskommuner.

Någon direkt skyldighet för landstingskommunerna att planera för hälso- och sjukvårdens utveckling finns inte. Landstingskommunerna bedriver emellertid en omfattande planering av hälso- och sjukvården.

De nämnda sjukvårdsförfattningarna innehåller en lång rad bestämmelser om organisation och förvaltning av främst den sjukhusanknutna sjukvården. Bestämmelser finns vidare om s.k. medicinskt ledningsansvar för vissa läkare. Detaljerade bestämmelser finns också om vissa läkartjänster, bl.a. rörande behörighet och tillsättning. Behörighetsbestämmelser finns också för sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster. Det finns också bestämmelser som begränsar huvudmännens möjligheter att utan tillstånd inrätta läkartjänster.

Staten svarar på riksplanet för planering och samordning inom hälso- och sjukvården. Detta är ett led i samordningen av de olika delarna av samhällsverksamheten och i avvägningen av hur tillgängliga resurser skall fördelas med hänsyn till en övergripande välfärdspolitik, till samhällsekonomi och sysselsättningspolitik. Vissa planeringsfrågor behandlas i socialdepartementets sjukvårdsdelegation, som är ett samrådsorgan för staten, landstingskommunerna och de fackliga organisationerna.

När det gäller frågor om den kommunala ekonomin sker överläggningar varje år mellan regeringen och de båda kommunförbunden.

Som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården medverkar socialstyrelsen i planeringen på central nivå och svarar för tillsynen inom området.

Med stöd av lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd avgör staten vilka större byggnadsprojekt bl.a. inom hälso- och sjukvården som får komma till stånd.

Forsknings- och utvecklingsarbete bedrivs i första hand vid statliga högskoleinstitutioner och vid statliga eller kommunala undervisningssjukhus med statliga bidrag.

Kommunerna – främst landstingskommunerna – svarar för huvuddelen av vårdutbildningarna på gymnasienivå och för därtill anknutna vuxenutbildningar samt även för s.k. medellång vårdutbildning på högskolenivå (till bl.a.

sjuksköterska, sjukgymnast och medicinsk teknisk assistent). Staten svarar direkt för vissa vårdutbildningar, bl.a. läkar- och tandläkarutbildningarna. När det gäller övrig vårdyrkesutbildning medverkar staten genom statsbidrag och fastställande av utbildningsplaner.

Hälso- och sjukvården har utvecklats snabbt. Under perioden 1965-1970 uppgick den reala ökningen av hälso- och sjukvårdens konsumtion (den s.k. volymutvecklingen) till drygt 7 % per år. Expansionstakten dämpades något i början av 1970-talet men steg därefter på nytt. Under perioden 1975-79 var volymökningen närmare 5 % per år. Enligt landstingskommunernas femårsplaner (LKELP 81) beräknas ökningen komma att begränsas under åren 1981-1985 och uppgå till i genomsnitt 2,2 % per år. Den särskilda arbetsgruppen om kommunernas ekonomi (KEA) har våren 1981 beräknat att effekter av befolkningsförändringar och vissa utbyggnadsprogram skulle leda till en ökning av den totala landstingskommunala konsumtionen med 2,5 % år 1982, 2,2 % år 1983 och 1,7 % år 1984.

De totala årliga kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgår f.n. till över 50 miljarder kr. Detta svarar mot närmare 10 % av bruttonationalprodukten (BNP), vilket kan jämföras med 3 % år 1960. Mer än 375 000 människor är f.n. sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Detta motsvarar cirka 8 % av det totala antalet sysselsatta i landet (jämfört med omkring 3 % år 1960).

Totalt sett svarar i dag den kommunala sektorn för 25 % av BNP och 70 % av all offentlig konsumtion. Det råder politisk enighet om nödvändigheten av att anpassa landstingskommunernas och kommunernas utgifter till det samhällsekonomiska utrymme som står till förfogande. Statsmakterna har våren 1981 i samband med bl.a. behandlingen av 1980 års långtidsutredning bedömt att det samhällsekonomiska utrymmet gör det nödvändigt att begränsa den kommunala konsumtionens volymökning till ca 1 % år 1982. Även för åren därefter har bedömts att den kommunala expansionen måste begränsas till högst 1 % per år.

Med hänsyn till den samhällsekonomiska situationen i vårt land finns det således anledning räkna med fortsatta starka begränsningar i expansionstakten under 1980-talet samt att därvid måste utgå från att den landstingskommunala konsumtionen kan öka med högst 1 % per år.

För att ge landstingskommunerna möjligheter att dra ned sin volymökning till denna nivå, angav statsmakterna våren 1981 bl.a. att utbyggnaden av långtidssjukvården måste begränsas till vad som motiveras av befolkningsförändringar, dvs. ca 1 000 platser per år. En eventuell utbyggnad därutöver bör endast ske i den utsträckning resurser kan frigöras genom omprioritering. Även utbyggnadsplaner för sådana verksamheter som öppen och sluten vård, folktandvård och yrkesmedicinsk verksamhet kan enligt statsmakternas ställningstagande behöva omprövas för att nedbringa ökningstakten till högst 1 % per år.

Under 1950- och 1960-talen byggdes sjukhusen ut och fick starkt ökade resurser. Detta präglar verksamheten i dag och kommer sannolikt att göra så

under lång tid framåt. Vid en internationell jämförelse är tillgången på vårdplatser hög i Sverige. Antalet besök hos läkare i öppen vård är relativt lågt. Då skall också noteras att huvuddelen av dessa besök sker vid sjukhusens öppna mottagningar.

Under det senaste decenniet har vårdpolitiken i allt högre grad syftat till att ge hälso- och sjukvården en ändrad inriktning. Politisk enighet har rått om behovet av en sådan förändring. Den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhusen har jämte långtidssjukvården och psykiatrin ställts i förgrunden. En ökad samverkan mellan olika verksamhetsområden och en social helhetssyn kännetecknar den pågående utvecklingen. Under de senaste åren har härutöver behovet av förebyggande insatser alltmer uppmärksamats. Från centralt håll framtagna struktur- och sektorsprogram m.m. samt underlag som kommit fram i landstingskommunernas arbete med hälso- och sjukvårdsplaner har gett nya utgångspunkter för verksamheten.

Under de närmaste decennierna fortsätter både antalet och andelen äldre att öka. Det gäller framför allt de allra äldsta som genomsnittligt har många och sammansatta vårdbehov. Kraven på samhällets insatser för att på olika sätt bistå de äldre växer också som följd av att allt fler av dem bor ensamma med små möjligheter till hjälp och stöd från anhöriga.

Samhällsutvecklingen har vidare inneburit en höjd levnadsstandard och utbildningsnivå vilket i sin tur medför att patienternas anspråk på hälso- och sjukvårdens tjänster ökat. Detta gäller såväl den medicinska kvaliteten som t.ex. boendet och andra sociala förhållanden vid sjukhem. Vidare kräver patienterna numera att få ett medinflytande på vården. Ökade krav ställs också på att även andra än rent medicinska behov skall beaktas i vårdarbetet. Mot denna bakgrund får man se strävandena mot en helhetssyn på patientens förhållanden samt kraven på att förbättra omvårdnad och kontinuitet i arbetet – särskilt för långtidssjuka patienter – och att beakta patienternas behov av att vården skall vara nära och lätt tillgänglig.

Från vårdpersonalen ställs krav på en bättre arbetsmiljö och ett vidgat medinflytande. Ett genomförande av sådana förändringar innebär ofta krav på ökad personaltäthet.

Den kraftiga utbyggnad av sjukvårdsresurserna, som har skett under de senaste decennierna, har svarat mot de krav som medborgarna ställt. Undersökningar visar att människorna är relativt tillfredsställda med sjukvårdens insatser vid akut inträffade sjukdomar och skador samt sätter stort värde på dess höga standard. Problem i sjukvården är dock bl.a. svårigheter att rekrytera personal till vissa geografiska områden och till vissa verksamhetsfält, väntetider vid behandling av vissa sjukdomar samt brister i kontinuitet och i omvårdnad, särskilt för långtidssjuka patienter.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har inneburit att kvaliteten på dess tjänster förbättrats, bl.a. genom ökade kunskaper om nya metoder för diagnostik och behandling. Här kan erinras om vad antibiotika och kemoterapi, dvs. användning av kemiska ämnen, innebär vid behandling av

infektionssjukdomar samt vad psykofarmaka innebär inom den psykiatriska vården. Genom nya metoder inom kirurgi och ortopedi har möjligheter skapats att återställa funktionsförmåga och minska lidande i samband med t.ex. ledsjukdomar.

Den medicinska forskningen ger fortlöpande nya möjligheter att upptäcka, diagnostisera, behandla och lindra människors sjukdomar. Därutöver förväntas att hälso- och sjukvårdsforskning liksom omvårdnads- och primärvårdsforskning undan för undan skall ge ny kunskap som underlag för effektivisering och förbättringar av hälso- och sjukvårdsarbetet. Nya framsteg kan t.ex. innebära förkortade vårdtider inom den slutna vården. Genom nya behandlingsformer bör ytterligare möjligheter erbjudas att förbättra funktionsförmågan hos sjuka och handikappade. Det finns också anledning räkna med att diagnos- och behandlingsuppgifter skall kunna fortsätta att överföras från slutna till öppna vård, som i allmänhet är mindre resurskrävande. Nya kunskaper ökar förutsättningarna att framgångsrikt angripa hälsoproblem.

Erfarenheten visar att utvecklingen av nya undersöknings- och behandlingsmetoder i många fall innebär krav på resursökningar. Därför är det nödvändigt att ta till vara möjligheterna att minska antalet vårdplatser m.m. inom den dyra slutna akutsjukvården. En stor del av akutsjukvårdplatserna i dag upptas av långtidssjuka patienter. En minskning av antalet vårdplatser inom akutvården bör därför kunna ske i samband med utbyggnaden av långtidssjukvård och annan äldreomsorg.

Under den första hälften av 1900-talet inträffade stora förbättringar av befolkningens hälsa. Med bättre hygien och kost, allmänt höjd levnadsstandard samt medicinska framsteg sjönk barnadödligheten och människornas livslängd ökade. Denna utvecklingsperiod är nu passerad. Bl.a. har ökningen i medellivslängd framför allt för män i stort sett avstannat. För män i 40-55-årsåldern har t.o.m. påvisats en ökad dödlighet. En ökad sjuklighet i bl.a. hjärt- och cirkulationssjukdomar och tumörsjukdomar har konstaterats inom vissa åldersgrupper. Sådana sjukdomar torde hänga samman med vad som brukar kallas människors "livsstil" och olika miljöförhållanden. Den stora konsumtionen av tobak och alkohol liksom vägtrafiken och förhållanden i arbetslivet skapar stora hälsoproblem.

Bristen på utbildad personal har hittills varit en starkt begränsande faktor för utbyggnaden av hälso- och sjukvården. På grund av bl.a. den tidigare höga utbyggnadstakten råder fortfarande personalbrist inom vissa områden. Genom de utbildningsinsatser som har skett under de senaste decennierna kommer emellertid tillgången på utbildad personal att växa snabbt.

Av den lämnade redogörelsen framgår att en kraftig utbyggnad har skett av hälso- och sjukvården under senare år.

Hälso- och sjukvården är numera i första hand en landstingskommunal uppgift. Verksamheten finansieras till två tredjedelar med intäkter från landstingsskatt.

Genom bl.a. statsbidrag och ersättningar från sjukförsäkringen medverkar staten i stor utsträckning till sjukvårdens finansiering. Genom lagstiftning och tillsyn men också på andra sätt påverkar staten hälso- och sjukvårdsutvecklingen.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har ett gemensamt intresse av att främja en ändamålsenlig utbyggnad av hälso- och sjukvården, bl.a. i samband med fördelningen av de totala samhällsresurserna.

Under de senaste årtiondena har den kommunala sektorn byggts ut kraftigt. Också andra viktiga samhällsuppgifter än hälso- och sjukvården har förts över från staten till kommuner och landstingskommuner. De kommunala organen har i dag vidsträckta befogenheter att själva ombesörja sina angelägenheter. Den kommunala självstyrelsen utgör i enlighet med regeringsformen en grund för vårt samhällssystem och vår demokrati.

Det finns en klar strävan att ytterligare förstärka den kommunala handlingsfriheten. Många utredningar har genomförts eller pågår med syfte att begränsa den statliga detaljregleringen av kommunernas verksamhet och att decentralisera arbetsuppgifter från staten till kommuner och landstingskommuner. Uppdraget till hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) kan delvis ses som ett led i detta större sammanhang. Bl.a. bedriver den s.k. stat-kommungruppen som tillsattes år 1980, ett omfattande arbete med att begränsa sådan statlig normgivning och tillsynsverksamhet som medför ökade kostnader för kommuner och landstingskommuner.

Hälso- och sjukvården utgör en väsentlig del av samhällets totala välfärdssystem. Landstingskommunernas verksamhet på detta område måste bedrivas på ett tillfredsställande sätt samt svara mot demokratiska, välfärdspolitiska och samhällsekonomiska mål. Härfor fordras bl.a. ett väl fungerande samspel mellan landstingskommunerna och staten, mellan närliggande landstingskommuner och mellan skilda intressen inom ett landstingsområde.

Frågan om samspelet mellan staten och landstingskommunerna har under senare år behandlats av ett flertal utredningar och i flera propositioner.

Den nya kommunallagen (1977:179) bygger på principen att kommuner och landstingskommuner skall lämnas största möjliga frihet att anpassa sina arbetsformer till de lokala förhållandena. Lagen har i högre grad än tidigare lagar karaktär av ramlag. Åtskilliga detaljfrågor som tidigare reglerades i lag har överlämnats till kommuner och landstingskommuner att själva reglera.

I prop. 1976/77:1 om minskad statlig detaljreglering av kommunerna m.m. lades fram förslag till de ändrade regler för de landstingskommunala specialreglerade nämnderna som föranleddes av den nya kommunallagen. Den grundläggande principen bakom förslagen var att kommunernas och landstingskommunernas handlingsfrihet skulle ökas liksom deras möjligheter att anpassa verksamhetsformerna efter lokala förhållanden. För hälso- och sjukvårdens del gjordes i det sammanhanget endast begränsade

ändringar med hänvisning till den då påbörjade översynen av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Riksdagen beslöt år 1979 om en omfattande reformering av skatteutjämningsystemet i enlighet med förslag som lagts fram i prop. 1978/79:95 om den kommunala ekonomin (FiU 35, rskr 335). I linje med att statsmakterna i ökad utsträckning drar upp allmänna riktlinjer för de kommunala verksamheterna i stället för att detaljstyra dem beslöts också att flera specialdestinerade statsbidrag skulle upphöra och att medlen skulle föras över till det nya skatteutjämningsystemet. I propositionen förutsattes att överläggningar fortlöpande skulle ske mellan representanter för staten och kommuner och landstingskommuner bl.a. för att underlätta för kommunerna och landstingskommunerna att hålla en kommande utgiftsutveckling inom av statsmakterna angivna samhällsekonomiska ramar.

Statsmakternas allmänna synsätt i frågan om samspelet mellan staten å ena sidan samt kommunerna och landstingskommunerna å den andra har redovisats i flera propositioner. Senast har detta skett i prop. 1980/81:80 om ökad kommunal självstyrelse och minskad byråkrati. Den nya ramlagstiftningen på socialtjänstens område som riksdagen antog år 1980 och som träder i kraft den 1 januari 1982 bygger på det allmänna synsätt som där anges. Det gäller även det förslag till hälso- och sjukvårdslag som jag nu lägger fram.

På hälso- och sjukvårdens område har statens roll behandlats i prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. (SoU 45, rskr 386). I propositionen beskrivs statens ansvar på följande sätt.

”De uppgifter som följer av statens ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården har sin grund i statens övergripande ansvar för den samlade välfärdspolitiken och för samhällsekonomin. Staten fullgör dessa uppgifter genom lagstiftning samt genom en betydande medverkan i vårdens försörjning med ekonomiska resurser och utbildad personal. Statens ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården kan sägas omfatta ett övergripande planerings- och samordningsansvar som innebär att påverka omfattningen och inriktning av socialvården och hälso- och sjukvården. Statsmakterna har vidare möjligheter att påverka den kommunala verksamheten inom ramen för den ekonomiska politiken och genom överläggningar med representanter för kommuner och landsting. Statsmakterna har slutligen ett tillsynsansvar som innebär att ytterst garantera enskilda människors trygghet och säkerhet såväl vad avser vårdens kvalitet som i rättsligt hänseende.”

HSU delar i sitt betänkande i huvudsak det synsätt som ligger till grund för den nyssnämnda propositionen. Statens uppgifter inom hälso- och sjukvården kan enligt utredningen hänföras till kravet på en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom denna sektor samt mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer (välfärdspolitik). Vidare understryks behovet av en för riket samordnad utveckling av resurser för hälso- och sjukvården (arbetsmarknadspolitik, utbildning samt forsknings- och utvecklingsverksamhet m.m.). Slutligen betonas behovet av bevakning av enskilda

människors trygghet och säkerhet i medicinskt avseende (tillsyn). Dessa uppgifter för staten förutsätts enligt HSU bli utförda främst som ett bistånd och ett stöd till sjukvårdshuvudmännen.

HSU menar att ett samråds- och förhandlingsförfarande bör utvecklas i olika övergripande frågor där bl.a. vårdpolitiska, arbetsmarknadsmässiga och samhällsekonomiska aspekter vägs samman. Utredningen förutsätter samordnade insatser bl.a. i planeringsfrågor samt i fråga om utbildning av vårdpersonal och forsknings- och utvecklingsarbete. Utredningen pekar vidare på behovet av samordning på riksnivå när det gäller sådana åtgärder som är inriktade på att undanröja hälsorisker i miljön, t.ex. när det gäller epidemiologiska studier och annat forsknings- och utvecklingsarbete.

HSU:s principiella ställningstaganden i denna del har i huvudsak inte föranlett några invändningar under remissbehandlingen.

Som påpekas bl.a. i prop. 1980/81:80 finns det inte någon allmängiltig princip för utformningen av den statliga kontrollen. Det har inte ansetts möjligt eller lämpligt att ställa upp några sådana generella principer. För varje område bör i stället en avvägning ske mellan de delvis motstridiga intressen som kan finnas. En anpassning till samhällsutvecklingen måste fortlöpande ske. Det är därvid naturligtvis angeläget att sådana former väljs för kontrollen att ett förtroendefullt och ömsesidigt samarbete främjas mellan staten och de kommunala huvudmännen.

De intressen som särskilt gör sig gällande på hälso- och sjukvårdens område är enligt min mening följande.

Hälso- och sjukvårdens insatser kan vara särskilt ingripande i den enskilda människans tillvaro. Det är fråga om hennes liv och hälsa. Vård av olika slag måste finnas att tillgå i erforderlig omfattning. Den skall vara tillgänglig för hela befolkningen och tillgodose människornas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt och rättsligt hänseende. Detta nödvändiggör vissa statliga regler och en statlig tillsyn.

Samtidigt måste konstateras att landstingskommunerna har de bästa förutsättningarna att bedöma hur behoven av service på lokal nivå även på detta område skall kunna tillgodoses. Informationsvägar och kontakter underlättas också, om avståndet är kort mellan beslutsfattarna och innevarnarna. En decentralisering av beslutsbefogenheter till landstingskommunerna bör därför ske som ett led i arbetet att fördjupa demokratin även på detta område.

Den nya lagen bör därför enligt min mening ge stort utrymme för landstingskommunerna att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Den statliga tillsynen bör främst avse allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmannen. Möjligheten måste emellertid även i fortsättningen finnas till inspektion i enskilda fall från tillsynsmyndighetens sida.

I olika sammanhang har det framhållits att övergripande mål behövs för hälso- och sjukvården. Härigenom skapas möjligheter att – inom ramen för

de riktlinjer för den långsiktiga hälso- och sjukvårdsutvecklingen, som sådana mål utgör – samordna de insatser, som görs på skilda håll inom hälso- och sjukvården samt av olika myndigheter och organisationer m.m. Jag instämmer häri. Jag anser också att de övergripande målen bör tas in i en ny hälso- och sjukvårdslag. Jag biträder således HSU:s uppfattning att denna bör ges formen av en målinriktad ramlag. De av HSU föreslagna målen – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – anser jag i huvudsak väl avvägda. Dessa allmänna mål bör utgöra riktlinjer vid den fortsatta utvecklingen av hela hälso- och sjukvården. Med anledning av den kritik som framförts av en del remissinstanser bör vissa förtydligande uttalanden göras angående innebörden av målen. Jag återkommer här till i avsnitt 2.2.

Utredningens förslag till ramlag har mottagits positivt av det stora flertalet remissinstanser. Några remissinstanser bl.a. juridiska instanser, handikapporganisationerna samt SACO/SR och de flesta av dess förbund är dock negativa till förslaget i denna del. De menar i huvudsak att lagförslaget är substanslöst och att det medger stora standardskillnader mellan olika landstingskommuner till nackdel främst för de svagaste grupperna i samhället. Invändningar har också gjorts om att förslaget inte skulle tillgodose regeringsformens krav på tillräcklig precision vid angivande av landstingskommunernas ansvar. Jag har därför föreslagit vissa tillägg till och förtydliganden i lagen i syfte att åstadkomma en något fastare reglering än den utredningen har föreslagit. Det är min uppfattning att även grundlagens krav härigenom tillgodoses. Lagen bör dock behålla sin karaktär av ramlag med möjlighet för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar. En mycket detaljerad lag skulle enligt min mening försvåra detta. Landstingskommunerna bör ha möjlighet att organisera sin verksamhet på olika sätt. Även verksamhetens inriktning bör kunna variera något mellan olika landstingsområden. Vården måste dock ha en likvärdig kvalitet.

Regleringen av den organisatoriska uppbyggnaden av hälso- och sjukvården bör i linje härmed begränsas till att främst avse en politisk styrelse, benämnd hälso- och sjukvårdsnämnd, och till möjligheter för huvudmännen att inrätta förtroendemannaorgan som är underställda denna nämnd. Regler om s.k. medicinskt ledningsansvar för vissa läkare bör också finnas kvar i den nya lagen. Möjlighet bör införas för socialstyrelsen att efter framställning från huvudmännen medge undantag från lagens bestämmelser i sistnämnda hänseende.

Såsom jag tidigare nämnt har utvecklingen inom hälso- och sjukvården inneburit att kvaliteten på dess tjänster förbättrats, bl.a. genom att ökade kunskaper och nya metoder för behandling och diagnostik kommit befolkningen tillgodo. Samtidigt är det dock uppenbart att det blivit allt svårare att relatera de ökade hälso- och sjukvårdsinsatserna till en motsvarande förbättring av folkhälsan. I stället har konstaterats en ökad sjuklighet och

stigande dödlighet i vissa grupper av befolkningen.

Det räcker inte med att hälso- och sjukvården enbart tar hand om dem som blir sjuka eller som skadas. Hälso- och sjukvården måste i större utsträckning engagera sig i hälsovårdande uppgifter. Den måste också använda sina kunskaper om för tidig död, sjukdomar och skador m.m. samt informera om riskerna för ohälsa. Hälso- och sjukvården måste därför i framtiden mera aktivt medverka i den allmänna samhällsplaneringen och därigenom bidra till bättre miljöförhållanden till gagn för vår hälsa.

För att på sikt uppnå större effekt på befolkningens hälsa är det viktigt att människorna ges möjligheter att själva sköta sin hälsa på ett bättre sätt än f.n.

Den nya lagen bör ålägga huvudmännen för hälso- och sjukvården ett samlat ansvar för att främja befolkningens hälsa och för att en god hälso- och sjukvård kan erbjudas hela befolkningen. Vården måste vara av god kvalitet och tillgodose den enskildes behov av trygghet och säkerhet i vården.

Till frågan om ramlagen för hälso- och sjukvården bör omfatta även tandvården återkommer jag sedan 1978 års tandvårdsutredning slutfört sitt arbete. I fråga om skolhälsovården föreslår jag ett fortsatt kommunalt huvudmannaskap.

Landstingskommunerna bör åläggas att planera hälso- och sjukvårdens utveckling med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. De bör vidare åläggas att samordna sin verksamhet med kommunerna och andra vårdgivare i landstingskommunen samt med närliggande landstingskommuner till ett samlat och rationellt utbud av hälso- och sjukvård.

Jag redovisar i ett särskilt avsnitt samlat och mera i detalj hur mina förslag påverkar patientens ställning. Flera av dessa förslag syftar till att stärka patientens ställning. Tillsammans med de redan existerande bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden m.m. och om landstingskommunala förtroendenämnder skapar den nya lagstiftningen enligt min mening goda förutsättningar för att den enskilde skall få vård när det behövs, att vården är av god kvalitet och att den som är missnöjd kan få gehör för sina klagomål när de är berättigade.

I de förslag som jag nu lägger fram har jag tagit hänsyn även till det övriga förändringsarbete som under senare år pågått på detta område. Hit hör förutom de nyssnämnda bestämmelserna om tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. och om landstingskommunala förtroendenämnder även t.ex. betänkandet av utredningen om sjukvårdens inre organisation (SIO) samt de lösningar som valts för organisationen av regionsjukvården och för sjukvården i krig. De förslag som lagts fram av utredningen om sjukvården i livets slutskede övervägs f.n. i socialdepartementet.

I enlighet med en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen har för åren 1982 och 1983 införts en särskild ersättning till huvudmännen att schablonmässigt fördelas mellan dem. Ersättningen skall underlätta insatser vad gäller förebyggande hälsovård och primärvård.

inräknat långtidssjukvård.

I prop. 1980/81:187 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m. framhöll chefen för socialdepartementet att schablonersättningen bör betraktas som inledningen till en mera allmän övergång till ett enklare ersättningssystem från sjukförsäkringen till de offentliga sjukvårdshuvudmännen. En arbetsgrupp skall inför nästa överläggningsomgång mellan staten och huvudmännen överväga möjligheterna att i ökad omfattning föra samman och schablonisera ersättningarna. Arbetsgruppen skall också överväga möjligheterna att i detta ersättningssystem inrymma – helt eller delvis – nuvarande statsbidrag till kliniker för psykiskt sjuka. Jag har därför inte ansett det lämpligt att behandla frågan om ersättning från sjukförsäkringen för hälso- och sjukvård i detta sammanhang.

Jag har tidigare pekat på hälso- och sjukvårdens stora betydelse i samhällsekonomin. Behovet av en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom denna sektor liksom mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer innebär att möjligheter måste finnas till statlig påverkan. Härför talar även behovet av en för hela riket samordnad utveckling av personella resurser för hälso- och sjukvården och behovet av att tillhandahålla nya kunskaper på området. Staten bör därför enligt min uppfattning ha ansvaret för den mer övergripande centrala planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Jag finner det också erforderligt att ett samråd sker mellan staten och sjukvårdshuvudmännen på politisk nivå i frågor av gemensamt intresse på detta område.

Någon motsvarighet till nuvarande krav på medgivande av socialstyrelsen för att inrätta läkartjänster behövs inte längre. En central planering av läkararbetskraft bör dock ske även i fortsättningen.

Statens roll i fråga om forskning och utveckling behandlas inte i detalj i detta sammanhang. Jag ansluter mig dock i huvudsak till det principiella synsätt som utredningen förordat på detta område. Det bör framhållas att en proposition om den allmänna forskningspolitiken planeras till våren 1982.

När det gäller personalplanering och utbildning ansluter jag mig också i huvudsak till vad utredningen anfört. Utredningens förslag har till viss del redan beaktats i prop. 1978/79:197 om vårdutbildningar inom högskolan. Jag förutsätter vidare att HSU:s synpunkter skall kunna läggas till grund för bl.a. de översyner som pågår av gymnasieutbildningarna samt av grundutbildningen och vidareutbildningen av läkare m.m.

I kompletteringspropositionen (prop. 1980/81:150, bil. 2. sid. 30f) har uttalats att det med hänsyn till kraven på uppbromsning av den landstingskommunala expansionen finns anledning att närmare pröva vilka investeringsprojekt som bör komma till utförande. I princip bör endast sådana investeringar som krävs för att klara en oförändrad standard eller som är rena ersättningsinvesteringar genomföras. Den särskilda prövning av byggnadstillstånd som regeringen gör för byggnader inom sjukvårdssektorn måste därför kvarstå t.v. Jag finner därför inte anledning att nu behandla denna fråga.

Hälso- och sjukvården bör liksom annan verksamhet bedrivas effektivt. Utgångspunkten bör vara att resurserna används så att patienternas behov tillgodoses på bästa sätt. Flera av mina förslag syftar förutom till humanitära vinster även till att förbättra effektiviteten. Jag tänker här närmast på satsningen på förebyggande verksamhet, förbättrad planering och samordning, ökad decentralisering, förbättrad kontinuitet samt ökad dag- och hemsjukvård.

De målpreciseringar som jag föreslår utgår från viljeyttringar som flertalet landstingskommuner redan givit uttryck för i hälso- och sjukvårdsplaner eller på annat sätt. Dessa innebär bl.a. krav på omstruktureringar inom hälso- och sjukvården med ökad satsning på öppen vård utanför sjukhus och långtidssjukvård samtidigt med att den slutna akutsjukvården minskas. De förebyggande insatserna bör samtidigt kunna ge både samhällsekonomiska vinster och kostnadsbegränsningar inom sjukvården på sikt.

Jag har under beredningen i regeringskansliet under hand särskilt inhämtat synpunkter från företrädare för sjukvårdshuvudmännen för att säkerställa att den nya lagen inte i rådande samhällsekonomiska läge skall kunna tas till intäkt för att öka den samlade verksamhetsvolymen i hälso- och sjukvården. Härvid kan jag konstatera att samstämmighet uppnåtts med företrädarna för sjukvårdshuvudmännen om att lagen som sådan inte behöver medföra några omedelbara merkostnader för landstingskommunerna. Den får i nuvarande samhällsekonomiska läge inte heller tas till intäkt för en total resursökning.

2.2 Mål för hälso- och sjukvården

Nuvarande förhållanden

Försök har tidigare gjorts att formulera konkreta mål för hälso- och sjukvården. Försöken har emellertid inte lett till något påtagligt samlat resultat.

Samhällets hälso- och sjukvårdspolitiska prioriteringar har hittills kommit till uttryck framför allt i samband med resursfördelningen i samhället genom bl.a. budgetpropositioner men också genom särpropositioner i olika ämnen. Under de två senaste åren har också i kompletteringspropositionerna en samlad prioritering gjorts vad avser utvecklingen av olika kommunala verksamheter inom det givna samhällsekonomiska utrymmet.

I budgetpropositionerna har sedan flera år kraftigt understrukits behovet av att starkare inrikta hälso- och sjukvården på decentraliserad öppen vård samt att tillhandahålla ökade resurser för långtidssjukvård och annan sjukvård för de äldre samt för psykiatrisk verksamhet. Betydelsen av förebyggande åtgärder har betonats. Ökade resurser har under senare år ställts till socialstyrelsens förfogande för hälsouppllysning. En förändring av den nuvarande vårdorganisationen från en tidigare i huvudsak sjukhusbun-

den verksamhet till en vård och omvårdnad så nära patientens hemmiljö som möjligt har ansetts nödvändig.

Inriktningen av hälso- och sjukvården har vidare under senare år redovisats i anslutning till olika större reformförslag, exempelvis i samband med läkarutbildningsreformerna åren 1969 och 1973, sjukförsäkringsreformen år 1970 (den s.k. sjukronorsreformen) samt förändringarna i sjukvårdslagstiftningen åren 1971 och 1973, som bl.a. syftat till en ökad integration mellan öppen och sluten vård och till en utbyggnad av den decentraliserade öppna sjukvården i samhällets regi. Av särskild betydelse i detta sammanhang är det beslut om att organisera den öppna hälso- och sjukvården som ett husläkarsystem i enlighet med prop. 1978/79:118 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m.

Bl.a. i samband med remissbehandlingen av principprogrammet Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS -80) inom socialstyrelsen efterlyste vissa remissinstanser klart uttalade mål för hälso- och sjukvården. Att fastställa mål skulle enligt dessa kunna tänkas resultera i en bättre fördelning av tillgängliga resurser och därmed en mer behovsanpassad vård. Dessa remissinstanser ansåg bl.a. att avsaknaden av mål kan medföra en bristande samordning mellan beslut och insatser av riksdag, regering, departement och ämbetsverk, landstingskommuner, kommuner m.fl.

Utredningen

HSU har i enlighet med direktiven tagit upp frågan om mål för hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller att den allmänna välfärdspolitiken syftar till att skapa goda levnadsförhållanden och bästa möjliga livskvalitet för människorna. Av särskild betydelse är här hälsa, sysselsättning, utbildning, ekonomi, boende, fritid, sociala relationer, politiska resurser, transporter och kommunikationer samt trygghet och säkerhet. Att åstadkomma en god hälsa inom befolkningen är således en av de mest betydelsefulla delarna av samhällets välfärdspolitik. För att förverkliga välfärdspolitiken krävs därför åtgärder ägnade att befästa, skapa eller återställa ett gott hälsotillstånd hos den enskilda individen. Välfärds målet god hälsa måste innebära anspråk på många olika funktioner i samhället som kan inverka på individens hälsotillstånd, t.ex. arbetsmarknadsorgan, socialvård, hälso- och sjukvård, sjukförsäkring och allmän hälsovård. Krav ställs även på andra samhällsfunktioner med möjlighet att påverka den gemensamma miljön, t.ex. boendet, trafiken, arbetsmiljöskyddet, livsmedelshandlingen, alkoholdistributionen m.m. Hälso- och sjukvården har således att tillsammans med andra sektorer verka i syfte att främja människors hälsa. De enskilda individernas medverkan i vården av den egna hälsan är också betydelsefull.

De övergripande målen skall enligt HSU beskriva det framtida tillstånd som bör uppnås. Målen skall ange egenskaper, inte krav på organisatoriska

eller andra förändringar, t.ex. i fråga om resurser. Målen förutsätts inte påverkas av i vilken utsträckning samhället vid olika tidpunkter kan ställa resurser till förfogande för hälso- och sjukvården. Sådana övergripande mål bör enligt HSU bilda utgångspunkten för och skrivas in i en ramlag för hälso- och sjukvården.

HSU anger följande övergripande mål för den framtida hälso- och sjukvårdsverksamheten:

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

HSU konstaterar att hälsobegreppet på senare tid fått ett vidare innehåll. Såväl den fysiska hälsan som psykiska och sociala faktorer har numera betydelse för dess innebörd. I motsats till tidigare tas också hänsyn till positiva värden, som kan sammanfattas i begreppet livskvalitet. Hittills har det dock varit mera vanligt att med hälsa avse frånvaro av något negativt, dvs. sjukdom och andra besvär, än närvaro av något positivt.

Enligt HSU är grunden för om en människa anses vara sjuk många gånger en kombination av olika bedömningar, där hänsyn också tas till den sociala situationen och till individens arbets- och funktionsförmåga. HSU varnar dock för en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet och för att därmed göra alla problem till medicinska problem. Bedömningen att en människa är sjuk bör i de allra flesta fallen kunna grundas på en medicinskt påvisbar sjukdom eller på en kombination av medicinska och andra bedömningar.

Innebörden av lika villkor är enligt HSU att alla som bor i landet i princip skall ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Endast vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Samhället måste undanröja bl.a. ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska hinder för den enskilde att få del av vården.

I ekonomiskt avseende innebär principen enligt HSU att enhetliga taxor för jämförbar vård inom olika delar av landet måste eftersträvas.

Tillräckliga vårdresurser måste finnas och vara geografiskt rättvist fördelade. Samhället har en skyldighet att se till att – inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper – vård erbjuds åt alla vårdbehövande. Förutsättningarna att kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens mottagningar m.m. måste så långt möjligt utjämnas.

En viktig uppgift är vidare att utreda hur skilda sociala förhållanden – hög ålder, handikapp och missbruk m.m. – som kan begränsa den enskildes möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning samt hur de sociala förhållandena kan påverkas. Även invandrarnas problem måste beaktas.

För att tillgodose lika- villkors-principen är det angeläget att också beakta psykologiska faktorer. Den vårdbehövande kan t.ex. uppleva främlingskap i vårdmiljön, frukta en sjukskrivning eller av blyghet eller osäkerhet undvika

att ta kontakt med hälso- och sjukvården. Orsakerna till sådana upplevelser bör så långt möjligt undanröjas.

Hänsyn till lika-villkors-principen bör enligt HSU också tas vid försäkringssystemets utformning.

En ändamålsenlig hälso- och sjukvård ger enligt HSU trygghet och tillgodoser de kvalitativa krav som vårdsökande har rätt att ställa. Vårdinsatserna måste vara baserade på vad som brukar benämnas vetenskap och beprövad erfarenhet samt kunna relateras till olika kvalitetsnormer. Vårdformer och vårdmetoder skall därvid vara anpassade till vad tillståndet i det enskilda fallet kräver. Behoven bör bedömas under erforderligt hänsynstagande till såväl individuella som sociala och miljömässiga förhållanden.

För att vården skall kunna anses ändamålsenlig krävs också att man beaktar behovet av andra än rent medicinska åtgärder i vårdarbetet, däribland omvårdnadsbehovet. Vårdresurserna bör utformas och organiseras så att vården, i den mån detta med hänsyn till kvalitativa krav är möjligt, görs lätt tillgänglig för den vårdsökande. För många sjukdomar bör vård i hemmet eller i hemliknande miljö eftersträvas. Patienten bör också ha möjlighet att under en sjukdomsperiod och under en längre tidrymd vid olika sjukdomstillfällen kunna upprätthålla kontakt med en och samma läkare eller ett och samma vårdlag.

En ändamålsenlig hälso- och sjukvård kännetecknas enligt HSU också av medverkan av patienten. Denne bör vara tillförsäkrad rätt att få de upplysningar han önskar om sin egen situation. Patienten bör också kunna kräva att få möjligheter till medinflytande och skydd för sin integritet.

De övergripande målen bör enligt HSU omfatta all hälso- och sjukvård och inte enbart den som bedrivs av landstingskommunerna.

Några delmål för olika verksamheter anges inte. Vad som anförs om hälso- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad bildar dock enligt HSU för flera verksamheter en principiell grund för att ställa upp delmål.

HSU ställer däremot upp fem krav för att hälso- och sjukvården skall kunna uppnå de övergripande målen och vara en "god" hälso- och sjukvård.

Vården skall

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

Remissinstanserna

De flesta remissinstanserna lämnar utredningens förslag i denna del utan erinran. Från bl.a. huvudmannahåll ser man mycket positivt på förslagen.

Landstingsförbundet anser att utredningens mål är väl avvägda och att de ger stöd åt en utveckling som redan påbörjats. Målet att främja allas hälsa slår fast det vidgade ansvaret för hälso- och sjukvården: inte bara sjukvård utan också hälsovård. Målet "lika villkor" slår fast att inget annat än behovet skall styra möjligheten att få tillgång till hälso- och sjukvård. Alla skall få samma stöd från samhället, när det behövs. Lagförslaget skriver enligt förbundet här fast en princip som sedan länge gällt inom sjukvården. Självfallet begränsas dock möjligheterna att ställa krav på hälso- och sjukvården av de resurser som står till förfogande. De lika villkoren har flera utgångspunkter: ekonomiska, geografiska, sociala och åldersmässiga. Målet är viktigt att sträva mot.

Sättet att tillgodose behoven måste emellertid kunna variera inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Det är givet, att det inte ser likadant ut i varje enskilt landsting. Hälso- och sjukvården måste dock ha en organisation som i möjligaste mån tar bort hinder av olika slag. Inte minst måste den värna om lika villkor för de människor som själva har svårt att göra sin röst hörd – de gamla, de handikappade, de utslagna.

En hälso- och sjukvård på lika villkor ställer enligt landstingsförbundet stora krav på varje enskilt landsting. Men den förutsätter också solidaritet mellan landstingen. Alla måste medverka till att de knappa resurserna – bl.a. på personalsidan – fördelas någorlunda jämnt över landet och inom sjukvårdsregionerna. Lika villkor ställer också enligt förbundet krav på staten. Den måste bidra till en ekonomisk utjämning, som gör det möjligt för alla landsändar att nå en lika och rimlig standard vid förverkligandet av lagförslaget.

LO anser att de mål utredningen har angivit tillsammans utgör en bra utgångspunkt för utformningen av hälso- och sjukvårdspolitiken. Målet "en god hälsa för hela befolkningen" går dock långt utöver vad hälso- och sjukvårdssektorn ensam kan åstadkomma. För arbetarrörelsen har en bred folkhälsopolitik alltid varit förknippad med åtgärder mot arbetslöshet, dåliga bostäder och boendemiljöer, skadliga arbetsmiljöer osv. Det andra målet – ändamålsenlig hälso- och sjukvård för alla på lika villkor – får också långt gående konsekvenser om det tas på allvar. Det betyder att rätten till sjukvård inte i något sammanhang får göras till en marknadsvara och avgöras av den sjukas ekonomiska resurser. Den skall i stället vara en rättighet för alla på lika villkor. Målet är helt oförenligt med nuvarande stora skillnader mellan olika delar av landet. Utbyggnaden av vårdorganisationen och utvecklingen av vårdarbetets innehåll är fortfarande i alltför hög utsträckning styrd av läkarnas specialisering, val av specialitetsinriktning och val av tjänstgöringsort i landet.

Enligt LO:s uppfattning måste målet om rätt till vård på lika villkor leda till att man skapar starkare centrala styrmedel än f.n., bl.a. genom ett effektivt och ändamålsenligt läkarfördelningssystem, för att utjämna den regionala obalansen.

Flera remissinstanser framhåller vikten av att resurser ställs till förfogande för att ge målen trovärdighet.

Några remissinstanser är kritiska mot formuleringen av målen.

Sveriges läkarförbund anser att HSU:s diskussion om hälso- och sjukvårdens mål inte är klagörande. De båda övergripande målen är var för sig invändningsfria, liksom de kompletterande föreskrifterna om hur hälso- och sjukvården skall utformas. Vad utredningen inte gör klart är i vilken mån målen skall uppfattas som mål för hälso- och sjukvården som helhet och i vilken utsträckning varje enskild del av verksamheten skall uppfylla kriterierna. Det är uppenbart att t.ex. hälsokontroller inte kan erbjudas alla på lika villkor utan bör riktas till vissa riskgrupper. Åtgärder för att lindra enskilda patienters lidande måste vidtas även om de inte kan sägas bidra till ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen. Regionsjukvården kommer inte att vara nära eller lättillgänglig för en majoritet av befolkningen. Listan med sådana exempel på konflikter mellan målen skulle kunna göras lång.

Särskilt egendomligt är enligt läkarförbundet att HSU i sin förklaring av vad "lika villkor" innebär å ena sidan slår fast att endast vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär, men å andra sidan hävdar att sjukdomens art och varaktighet inte skall påverka möjligheterna att erhålla vård. Förbundet utgår från att HSU menar att den förstnämnda principen skall vara vägledande och att avsikten inte är att sjukvården skall ge samma prioritet åt en snuva som åt en hjärtinfarkt. Sammanfattningsvis anser läkarförbundet att HSU:s analys av hälsopolitikens inriktning är bristfällig, att HSU underskattar behovet av kvalitet och säkerhet i vården och att HSU för en föga klagörande och bitvis t.o.m. motstridande diskussion om målen för hälso- och sjukvården.

Svenska Läkaresällskapet instämmer i strävandena att sjukvård skall erbjudas alla "på lika villkor" men anser att utredningens förslag leder till en stelbent, byråkratiserad organisation där individens möjlighet att välja vårdform och att hävda sin rätt i själva verket blir ytterligare beskuren.

Pensionärernas riksorganisation (PRO) anser att utredningen i sin egen kommentar till direktiven överger kravet "på lika villkor" i och med konstaterandet att man genom ramlagen inte kan garantera visst utbud av vårdresurser. Enligt PRO:s mening måste i kvalitetsbegreppet också ingå normer för utbud, omfattning och tillgänglighet för att tesen "lika villkor" skall kunna bli verkningsfull.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala menar att de övergripande målen för hälso- och sjukvården har formulerats i mycket allmänna ordalag. Direktionen anser att det i denna del saknas ett tredje mål, nämligen det ekonomiska, dvs. att nyttan av hälso- och sjukvård skall maximeras inom

tillgängliga resurser. Tillsammans med den diffusa och breda definitionen på hälso- och sjukvård i lagtexten finns enligt direktionens mening stora risker att arbetsområdet hälso- och sjukvård kan komma att tolkas alltför brett.

JO anser att det måste klargöras om målen är bindande eller inte. JO anser att det finns anledning att överväga om lagförslaget på denna punkt motsvarar det lagkrav som uppställs i 8 kap. 5 § RF. Liknande synpunkter framförs också av kammarrätten i Stockholm och Sveriges medicinsk-juridiska förening.

Överväganden

Jag konstaterar att några samlade övergripande mål för hälso- och sjukvården ännu inte slagits fast trots att det i vårt land råder en relativt enhetlig uppfattning om hälso- och sjukvårdspolitiken. I stället har beslut och rekommendationer från olika instanser i samhället kommit att gälla i dessa avseenden. De har rört olika delar av hälso- och sjukvården (t.ex. primärvård, långtidssjukvård och psykiatri) eller skilda slag av resurser (t.ex. vårdplatser och läkare). Detta förhållande kan leda till problem vid planeringen genom att besluten och rekommendationerna kan komma att strida mot varandra eller är svåra att inordna i ett mer totalt hälso- och sjukvårdssystem. Ett gynnsamt ekonomiskt läge har hittills inneburit att sinsemellan olikartade krav ändå i stort sett kunnat tillgodoses. I den ekonomiskt kärvare situation, som vi numera och för lång tid framåt måste se som en realitet, skulle en avsaknad av övergripande mål kunna vålla problem.

Den hittillsvarande situationen inom hälso- och sjukvården kan sålunda karakteriseras av att olika intressen och initiativ gjort sig gällande och utmynnat i en rad delmål. Som regel har dock delmålen för olika grenar av hälso- och sjukvården inte klart definierats. Det stora problemet har varit och är fortfarande frånvaron av en gemensam grundsyn som utgångspunkt för dessa delmål. Kraven växer alltså enligt min uppfattning på mer preciserade och övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska mål för att möjliggöra bl.a. en riktig fördelning av resurser inom ett begränsat totalt utrymme för verksamheten.

Mot den bakgrunden finner jag, i likhet med HSU, det angeläget att nu, utifrån mera övergripande vårdpolitiska utgångspunkter, lägga fast översiktliga riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer bör ges formen av mål för hälso- och sjukvården och tas in i ramlagen. Målen bör som HHSU framhållit ange önskvärda framtida tillstånd. De bör inte ange egenskaper eller krav på organisatoriska eller andra förändringar, t.ex. i fråga om resurser. Att mål ställs upp för hälso- och sjukvården bör kunna medverka till att hälso- och sjukvårdens samlade insatser blir bättre anpassade till människornas behov och därmed effektivare. På sikt kan detta bidra till en förbättring av befolkningens hälsotillstånd.

Målen för hälso- och sjukvården bör gälla all hälso- och sjukvård och inte enbart den landstingskommunala verksamheten. Dessa mål bör också ligga till grund för den samverkan som erfordras mellan olika vårdgivare, bl.a. statliga och kommunala vårdgivare samt fristående organisationer och enskilda, för att intentionerna i lagstiftningen skall kunna förverkligas.

Jag delar i allt väsentligt HSU:s förslag till målpreciseringar. Med anledning av den kritik som har framförts av vissa remissinstanser bör dock vissa förtydliganden göras.

Jag instämmer i HSU:s uppfattning att det främsta målet för hälso- och sjukvården bör vara en god hälsa för hela befolkningen. För hälso- och sjukvårdens del förutsätter detta mål åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön och därmed en god hälsopolitisk planering.

En god samordning med närliggande landstingskommuner och med övriga vårdgivare inom landstingsområdet är också nödvändig. Den enskildes medverkan i vården av den egna hälsan är också av den största betydelse. Samhället måste stärka den enskildes möjligheter att ta ett aktivt ansvar för sin hälsa.

För att kunna åstadkomma en så god hälsa som möjligt hos befolkningen måste förutsättas insatser av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen t.ex. arbetsmarknadsmyndigheter, arbetarskydd, bostadsmyndigheter, socialtjänst, sjukförsäkring och miljövårdsorgan. Hälso- och sjukvården bör i samverkan med dessa andra samhällsorgan främja människornas hälsa.

Det andra övergripande målet att vården skall erbjudas befolkningen på lika villkor innebär att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Därav följer bl.a. att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård.

Visserligen kommer människor som bor nära en vårdcentral eller ett sjukhus att i många fall ha lättare än andra att få tillgång till hälso- och sjukvården. Sådana skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar eller av hänsyn till den medicinska säkerheten bör dock i möjligaste mån undanröjas.

Ett väsentligt inslag i målet att alla skall ha möjlighet att på lika villkor kunna få del av hälso- och sjukvårdens tjänster är att behovet av hälso- och sjukvård skall styra möjligheterna att få vård inom ramen för de ekonomiska resurser huvudmannen förfogar över. Detta kan med andra ord uttryckas så att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurserna, ensamt skall vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. Häri ligger också att vid prioritering mellan två patienter den som har det mest akuta behovet av vård

skall ges företräde.

Möjligheterna att vid behov erhålla vård får sålunda inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden. Även för inte akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste möjligheter finnas att få god vård inom rimlig tid. Samhället måste ha skyldighet att se till att – inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper – vård erbjuds åt alla vårdbehövande. Därvid är det särskilt angeläget för samhället att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta, t.ex. äldre och handikappade.

För äldre och handikappade kan oförmåga att ta sig till en vårdinrättning utgöra en hindrande faktor. För t.ex. invandrare och missbrukare kan vårdutbudet av andra skäl förefalla begränsat. Vissa människor ställer sig själva utanför hälso- och sjukvårdens service. En viktig uppgift blir därför, som HSU framhållit, att utreda hur skilda sociala förhållanden, som kan begränsa den enskildes möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning.

Vårdresurserna måste också vara rättvist fördelade över landet. Detta förutsätter solidaritet mellan de olika landstingskommunerna t.ex. vid fördelning av knappa personalresurser.

Ett par remissinstanser har ansett att ett effektivitetsmål också bör ställas upp. Sålunda anser t.ex. direktionen för akademiska sjukhuset att ett mål för hälso- och sjukvården bör vara att nyttan maximeras inom tillgängliga resurser.

Jag delar naturligtvis uppfattningen att hälso- och sjukvården liksom annan verksamhet måste bedrivas effektivt. Utgångspunkten skall därvid givetvis vara att samhällets resurser används så att patienternas behov tillgodoses på bästa sätt. Flera av de förslag som jag i det följande lägger fram syftar också till att förbättra effektiviteten. En målinriktad ramlag förutsätter också en uppföljning från tillsynsmyndighetens sida. Vidare bör förslagen om en satsning på förebyggande verksamhet, förbättrad planering och samordning, som också innefattar uppföljningsinsatser, ökad decentralisering, förbättrad kontinuitet samt ökad dag- och hemsjukvård ge effektivitetsvinster. Jag är emellertid inte beredd att precisera några effektivitetsmål i lagen utan anser att det torde vara en självklarhet att landstingskommunerna beaktar effektivitetsaspekterna utan särskilda lagbestämmelser härom.

Jag delar också utredningens inställning att några delmål inte nu bör ställas upp. Sådana mål torde böra utformas olika för olika verksamhetsområden.

Jag anser sålunda sammanfattningsvis att de av HSU föreslagna målen för hälso- och sjukvården är väl avvägda och att de bör utgöra riktlinjer för

verksamheten. I enlighet med det anförda föreslår jag följande övergripande mål för hälso- och sjukvården:

- en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

2.3 Landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvården

2.3.1 Ansvarets innebörd och omfattning

Nuvarande förhållanden

Enligt 3 § första stycket sjukvårdslagen åligger det landstingskommunen att för dem som är bosatta inom landstingskommunen ombesörja öppen och slutet sjukvård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsård, i den mån inte någon annan drar försorg om detta. Med andra vårdgivare åsyftas staten, kommuner och enskilda – personer eller organisationer.

Landstingskommunernas vårdansvar är sålunda begränsat till sjukvård. Den förebyggande vården är inte reglerad. Trots denna begränsning har landstingskommunerna frivilligt byggt upp omfattande hälsovårdsverksamheter, bl.a. mödrahälsovård, barnhälsovård och vissa riktade hälsoundersökningar.

Landstingskommunen skall också se till att det finns en ändamålsenlig organisation för sjuktransport till och från sjukhus eller läkare. Räddningstjänstkommittén (Kn 1979:01) överväger f.n. bl.a. frågan om huvudmannaskapet för sjuktransport- och ambulansverksamheten.

Landstingskommunerna svarar också enligt särskilda lagar för omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda och för tandvård för barn och ungdom t.o.m. det år de fyller 19 år, specialisttandvård samt viss vuxentandvård.

Företagshälsovården utgör en del av arbetarskyddet. Enligt arbetsmiljölagen skall arbetsgivarna tillhandahålla de resurser som behövs för att värna om de anställdas säkerhet och hälsa i arbetet. En av dessa resurser är företagshälsovården. Företagshälsovårdsutredningen (A 1976:01) ser f.n. över vissa frågor angående företagshälsovården.

Huvudmannaskapet för skolhälsovården är i dag knutet till huvudmannaskapet för skolan. Detta innebär att primärkommunerna ansvarar för skolhälsovården i grundskolan och i huvuddelen av gymnasieskolan. Landstingskommunerna svarar för skolhälsovården i den del av gymnasieskolan för vilken de är huvudmän. Skolhälsovården vid folkhögskolorna ligger huvudsakligen under landstingskommunernas och folkrörelsernas huvudmannaskap. Landstingskommunerna svarar vidare för den vård som ges vid skolor inom omsorgsverksamheten. Vid specialskolor för barn med syn-, hörsel- och talskador svarar staten för hälsovården.

Till barnhälsovårdens uppgifter hör hälsovården i förskolan och vid vissa institutioner inom den kommunala barnomsorgen.

Huvudmannaskapet för studerandehälsovården vilar f.n. på särskilda kårortsnämnder som inrättas av de studerande genom deras organisationer.

Verksamheten skall främst inriktas mot förebyggande verksamhet samt behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar. Trots denna inriktning dominerar den somatiska sjukvården. F.n. pågår en utredning om studerandehälsovården, som bl.a. behandlar frågan om huvudmannaskapet för denna verksamhet.

Försvarsmakten har ansvaret för hälso- och sjukvården för de värnpliktiga. Företagshälsovården för försvarets anställda följer de principer som gäller för andra statsanställda.

Utredningen

HSU framhåller att hälso- och sjukvården har blivit alltmer kostnadskrävande och tar i anspråk en allt större andel av samhällets resurser. Mot bakgrund bl.a. av den samhällsekonomiska situationen och med hänsyn till att alla som bor i landet bör erbjudas hälso- och sjukvård på lika villkor anser utredningen det nödvändigt att förbättra samordningen av hälso- och sjukvårdens insatser och resurser.

Enligt HSU bör samhället ta ett ökat övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. På länsnivå bör ansvaret läggas på landstingskommunen, som redan i dag svarar för huvudinsatserna inom sjukvården. Ansvaret bör enligt HSU omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet utan betoning av någon särskild vårdform eller vårdinriktning. Landstingskommunen bör ges uppgiften att inom sitt område bära ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem. Utredningen benämner denna typ av ansvar landstingskommunernas totalansvar.

Enligt HSU innebär totalansvaret att landstingskommunen

kartlägger behoven av hälso- och sjukvård för befolkningen inom sitt område,

vidtar, initierar och samordnar hälsofrämjande åtgärder,

genom totalplanering samordnar hälso- och sjukvårdsinsatser som riktar sig till enskilda jämte resurserna härför inom landstingsområdet (detta innefattar överenskommelser om inriktning, lokalisering och omfattning av olika vårdgivares verksamhet),

medverkar vid samordning av hälso- och sjukvården för större områden,

följer upp planeringen och vidtar de åtgärder uppföljningen kan ge anledning till,

ser till att det planerade innehållet i hälso- och sjukvården står i överensstämmelse med den medicinska utvecklingen och ändrade förutsättningar i övrigt,

svarar för att resurser för hälso- och sjukvården finns i tillräcklig omfattning; detta innebär att landstinget i sista hand har skyldighet att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar, anger hälso- och sjukvårdens allmänna krav på resurser samt medverkar till att utveckla resurser genom utbildning, forskning och andra utvecklingsinsatser.

Förslaget innebär enligt HSU ingen förändring av de grundläggande förutsättningarna för andra vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvård.

Tandvården förutsätts av HSU ingå i hälso- och sjukvården och sålunda omfattas av totalansvaret.

I fråga om företagshälsovården skall totalansvaret enligt HSU endast innebära krav på samverkan från landstingskommunernas sida med huvudman för företagshälsovården, bl. a. i fråga om tillgången på medicinsk personal. I vissa fall kan det dock enligt HSU bli aktuellt att t.ex. landstingskommunerna kompletterar den av arbetsgivarna organiserade företagshälsovården.

HSU föreslår vidare att landstingskommunerna övertar ansvaret för skolhälsovården från primärkommunerna. Skolhälsovården bör enligt HSU ingå i totalansvaret och utgöra en integrerad del av barnhälsovården.

Det slutliga ställningstagandet till frågan om ansvaret för studerandehälsovården bör enligt HSU vara beroende av resultaten av den översyn som f.n. pågår av denna vård.

HSU anser inte att ett ovillkorligt vårdgivaransvar bör införas för landstingskommunerna vad avser sjuktransporter, i vart fall inte förrän räddningstjänstkommittén lagt fram sina förslag.

En av de grundläggande förutsättningarna för att totalansvaret skall få ett reellt innehåll är enligt HSU att landstingskommunerna åläggs att i samverkan med andra vårdgivare planera all hälso- och sjukvård inom länet.

Totalansvaret medför en skyldighet för landstingskommunerna att aktivt verka för ett planerat och samordnat utbud av hälso- och sjukvårdstjänster omfattande samtliga hälso- och sjukvårdsresurser inom länet.

Hälso- och sjukvårdspolitiken måste enligt HSU samordnas med insatserna inom andra områden för välfärdspolitiken. Speciellt gäller detta områdena äldreomsorg, vård- och hjälpinsatser för personer med psykiska störningar samt vård av alkoholmissbrukare m.fl.

HSU framhåller att totalansvaret kan omfatta även en verksamhet, inom vilken landstingskommunen inte är vårdgivare. Det kan vidare enligt utredningen bli aktuellt för en landstingskommun att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar för att befolkningen skall kunna erbjudas ett tillfredsställande vårdutbud.

Behov finns av ändamålsenliga former för samråd och samarbete med övriga vårdgivare. HSU anser att överenskommelser bör träffas med övriga vårdgivare om verksamhetens omfattning, jour och beredskap, planering av semester och annan ledighet, utnyttjande av resurser vid kliniker och laboratorier samt fortbildnings- och konferensverksamhet.

HSU pekar också på vikten av att i hälso- och sjukvården stor uppmärksamhet ägnas frågor om miljöns och de sociala förhållandenas betydelse för olika sjukdomars uppkomst. Det gäller såväl risker som förknippas med omgivningsfaktorer som sådana som betingas av den

enskildes livsföring. Mot denna bakgrund har utredningen ansett att det tillhör hälso- och sjukvårdens uppgifter att ta till vara, ställa samman och bearbeta den information om miljörisker som upptäcks i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Hälso- och sjukvården bör informera olika organisationer om sådana risker och i samverkan med dem försöka åstadkomma förändringar av livsmiljön av betydelse för befolkningens hälsa.

Remissinstanserna

Ett stort antal remissinstanser delar utredningens uppfattning att samhället måste ha ett övergripande ansvar för hela hälso- och sjukvården.

Landstingsförbundet delar utredningens uppfattning att samhället måste ha ett övergripande ansvar för hela hälso- och sjukvården. Detta är bl.a. en förutsättning för att målsättningen om en hälso- och sjukvård för alla på lika villkor skall kunna infrias. Detta gäller inte minst i tider där det samhällsekonomiska utrymmet för expansion är begränsat och resurserna måste utnyttjas effektivt. Det starka beroendet mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsverksamheter talar också för en sådan lösning.

Andra remissinstanser som är positiva till HSU:s förslag i dessa delar är socialstyrelsen, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, Svenska kommunförbundet, flertalet landstingskommuner, Spri, LO, TCO och Svenska kommunalarbetsförbundet.

Flera remissinstanser är dock tveksamma eller negativa till begreppet totalansvar. De menar att begreppet är oklart eller att det snarast innebär ett övergripande planerings- och samordningsansvar.

Bland de remissinstanser som anser att innebörden av totalansvaret är oklar återfinns bl.a. statskontoret, Sveriges läkarförbund, TCO, SHSTF, statens handikappråd och HCK. HCK menar att landstingskommunerna i stället för ett yttersta ansvar borde ges ett primärt vårdgivaransvar med privatvården som komplement.

Sveriges medicinsk-juridiska förening konstaterar att landstingen enligt HSU:s förslag inte har någon direkt skyldighet att verka som huvudman eller vårdgivare och att en sådan skyldighet måste grundas på föreskrift i lag.

Överväganden

Som jag inledningsvis framhållit delar jag HSU:s uppfattning att landstingskommunerna bör få ett vidgat ansvar inom hälso- och sjukvårdens område. Landstingskommunerna bör ges ett ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen och för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård. De bör ansvara för planeringen av hälso- och sjukvårdens utveckling och för samverkan med andra myndigheter och organisationer vars verksamhet kan ha betydelse för befolkningens hälsa.

Att ett sådant samlat ansvar läggs på landstingskommunerna kan få stor betydelse för möjligheten att på sikt förbättra hälsan hos befolkningen och för att effektivera verksamheten. Jag anser dock inte att, som utredningen föreslagit, det behövs någon särskild beteckning på detta ansvar.

Landstingskommunernas ansvar utgör inte något hinder för andra att bedriva hälso- och sjukvård. Inte heller innebär ansvaret någon bestämmanderätt för landstingskommunerna över andra vårdgivare inom landstingsområdet. Jag återkommer längre fram i detta avsnitt till frågan om gränsdragningen mellan landstingskommunernas och andra huvudmäns ansvar och till frågan om planerings- och samverkansansvaret i avsnitt 2.3.4. Jag vill dock redan nu påpeka att förslaget inte innebär någon ändring av kommunernas yttersta ansvar enligt socialtjänstlagen för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

Med vårdgivare avser jag den som rent faktiskt meddelar vården, vare sig detta bygger på en skyldighet eller sker rent frivilligt. Den som har ett författningsreglerat ansvar för att vård meddelas betecknas huvudman. Ansvaret innebär inte skyldighet att själv bedriva verksamheten. Driften kan ligga på någon annan som då betecknas vårdgivare.

Liksom f.n. bör landstingskommunernas ansvar omfatta dels dem som är bosatta inom landstingskommunen, dels – såvitt rör akutvård – dem som tillfälligt vistas inom landstingskommunen.

Med bosatta inom landstingskommunen avses samma personkrets som i 12 § folkbokföringsförordningen (1967:198). Det är angeläget att nå en överensstämmelse mellan bosättningsbegreppet i hälso- och sjukvårdslagen och motsvarande begrepp i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Uppstår skillnader i tolkningen vållas såväl problem för de tillämplande myndigheterna som en rättsosäkerhet för den enskilde.

Utöver de traditionellt sjukvårdande uppgifterna bör det åligga landstingskommunerna att företa *förebyggande insatser*, som inriktas på såväl miljön som människorna. Jag räknar med att sådana insatser skall få en god effekt när det gäller att förebygga ohälsa hos befolkningen. Jag anser det nödvändigt att relativt detaljerat redovisa min uppfattning i denna fråga.

Samtidigt som insikterna förbättras om de förebyggande åtgärdernas betydelse för hälsan har intresset för sådana ökat starkt under senare år. Jag vill i det följande ge några exempel på de erfarenheter som vunnits av förebyggande insatser.

I den kamp som tidigare fördes mot livshotande infektioner, t.ex. kolera och tuberkulos, samt mot svåra bristsjukdomar utgjorde sanering av den yttre miljön och allmän förbättring av levnads- och näringsstandarden viktiga inslag. Genom vaccinering har vidare smittkoppsjukdomen totalt utrotats från jorden samt polio och difteri så gott som helt försvunnit från vårt land. Genom olika vetenskapliga undersökningar har påvisats vissa vaccinationers stora samhällsekonomiska lönsamhet. Förestående åtgärder inom detta område är vaccination mot mässling, röda hund och påssjuka i stor skala.

Detta bör leda till minskat behov av sluten och öppen vård av barn samt till minskade sociala störningar för familjerna.

Högt blodtryck och följsjukdomar därtill, t.ex. hjärtinfarkt och hjärnblödning, återfinns som tunga poster i vår sjuklighets- och dödlighetsstatistik. Dessa sjukdomar svarar därmed för en stor andel av sjukvårdskostnaderna. I Sverige liksom i andra länder pågår omfattande försök med förebyggande insatser, som är inriktade på att tidigt upptäcka personer med högt blodtryck och därmed ge möjlighet till behandling av sjukdomen. Resultaten av dessa försök visar att insatserna har betydande effekt när det gäller att begränsa eller uppskjuta följsjukdomar. Såväl sjukvårdskostnader som övriga samhällskostnader kan därmed nedbringas och de enskilda människornas välbefinnande stärkas.

Beträffande sockersjuka finns i dag metoder att avslöja tidiga former av sjukdomen men också att upptäcka anlagsbärare, innan sjukdomen brutit ut. Vidare finns möjligheter att förebygga eller i tiden förskjuta de fortfarande relativt vanliga allvarliga komplikationerna av sockersjuka, t.ex. hjärtinfarkt, åderförkalkning, hjärnblödning och synnedsättning.

Andra exempel på framgångsrika förebyggande åtgärder är mödra- och barnhälsovården, som haft stor betydelse för att begränsa sjuklighet och dödlighet för mödrar och barn i samband med graviditet och förlossning liksom under barnens första levnadsår. Ett ytterligare exempel utgör insatserna inom tandhälsovården med bl.a. fluorbehandling mot tandröta.

I detta sammanhang bör även nämnas de studier och utvärderingar som pågår om effekterna – både från medicinska och ekonomiska utgångspunkter – av hälsoundersökningar med syfte att tidigt upptäcka vissa cancerformer, främst bröstcancer och livmodercancer.

Det är även uppenbart att det finns betydande välfärdsvinster och samhällsekonomiska vinster att hämta av miljöinriktade förebyggande åtgärder, t.ex. inom vägtrafiken och inom arbetslivet. En rad vetenskapliga undersökningar har bekräftat detta.

De stora kroniska sjukdomskategorierna i högre åldersgrupper har bedömts vara svårare att angripa med förebyggande åtgärder. Även här bör emellertid på sikt miljömedicinsk verksamhet kunna ge underlag för olika framgångsrika former av förebyggande insatser.

I skrifter från landstingsförbundet, vilka behandlats under förbundets senaste kongresser, har huvudmännens vilja att utveckla en hälsopolitiskt och miljöpolitiskt inriktad verksamhet starkt framhållits. Detta ser jag som en viktig förutsättning för ett framgångsrikt arbete på detta område.

Ansvar för att förebygga ohälsa är dock inte en uppgift enbart för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Även andra myndigheter och organisationer har ett ansvar härför. Det bör också vara ett intresse och ansvar för den enskilde individen. Jag återkommer härtill längre fram.

I detta sammanhang vill jag peka på de frivilliga organisationernas betydelse när det gäller t.ex. hälsouppllysning. Jag anser de frivilliga

organisationernas arbete inom den förebyggande verksamheten vara av utomordentligt stort värde.

Landstingskommunernas ansvar när det gäller miljöinriktade insatser bör innefatta insatser i syfte att fastlägga hur faktorer i den yttre miljön – och därvid inte bara kemiska, biologiska eller fysiska utan även sociala och psykologiska – samt levnadsvanor inverkar på befolkningens hälsotillstånd. Landstingskommunerna bör ta till vara, bearbeta och utnyttja den information om risker i människornas livsmiljö som observeras i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Här bör erinras om att de enskilda landstingskommunerna många gånger är för små för att var för sig kunna ge underlag för att bedöma samband mellan t.ex. miljöförhållanden och sjukdomar av olika slag. För att sådana bedömningar skall kunna bli verkningfulla måste de ofta göras på nationell nivå. Ibland kan det t.o.m. bli nödvändigt att sätta in dem i ett större internationellt sammanhang.

Av stor betydelse är att förekomsten av sjukdomar och skador och de förändringar som kan iakttas i dessa hänseenden registreras. Uppgifterna bör sammanställas och utnyttjas för att de sjukdoms- och skadeframkallande faktorerna skall kunna utvärderas. Uppgifter i journaler och liknande bör i ökad utsträckning registreras i bearbetningsbar form och efter analys göras tillgängliga. En härpå grundad hälso- och sjukvårdsstatistik bör tas fram. Epidemiologiska studier, som syftar till att kartlägga och analysera förekomsten och utbredningen inom olika befolkningsgrupper av sjukdomar och annan ohälsa, är viktiga instrument för att nå erforderlig kunskap på detta område.

På många områden saknas ännu vetenskapligt underlag för att bedöma de förebyggande insatsernas effekt samt deras kostnadsmässiga konsekvenser. Det är därför angeläget att uppmärksamma de förebyggande aspekterna i det forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs samt att få till stånd försöksverksamheter rörande sådana insatser. Det pågående HS 90-arbetet är bl.a. inriktat på att försöka konkretisera miljö- och individinriktade förebyggande åtgärder.

En verksamhet med denna inriktning har getts olika beteckningar i olika sammanhang, bl.a. miljömedicin och samhällsmedicin. Jag använder i det följande beteckningen miljömedicin.

De sammanställningar och analyser som blir en följd av det miljömedicinska arbetet bör användas av landstingskommunerna i deras egen hälso- och sjukvårdsplanering samt för inriktningen av hälsouppllysning och annan individinriktad förebyggande verksamhet, till vilken jag inom kort återkommer.

De kunskaper om olika miljöfaktors betydelse för människornas hälsa som framkommer i detta arbete bör också ge underlag för skade- och sjukdomsförebyggande åtgärder inom andra delar av samhället än hälso- och sjukvården. Kunskaperna bör utnyttjas vid samhällsplaneringen, t.ex. i bebyggelse- och miljöplaneringen, i syfte att skapa en så hälsobevärande och

hälsofrämjande miljö för befolkningen som möjligt. Härigenom bör hälsorisker kunna undvikas. Formerna för hälso- och sjukvårdens medverkan i arbetet på att skapa samhällsmiljöer, som är anpassade till människors förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende och som främjar människornas behov i vid bemärkelse, är dock ännu outvecklade och måste ägnas ytterligare uppmärksamhet.

Att ta kontakt med hälsovårds-, byggnads-, fritids- och trafiknämnder liksom med företagshälsovård och yrkesinspektion – för att ta några exempel – blir en viktig uppgift för landstingskommunerna. Det är också självklart att landstingskommunerna måste samarbeta med regionala och centrala myndigheter och expertorgan. Jag vill här peka på behovet av samordning på central nivå för att en samlad kunskap på detta område skall kunna åstadkommas i rationella former. Det behövs enhetliga begrepps- och referensramar m.m. för att möjliggöra sammanställningar och analyser på nationell nivå.

Det finns enligt min mening inte anledning att föreskriva hur landstingskommunerna skall gå till väga för att lösa sina uppgifter inom miljömedicinen. I propositionen 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m.m., som antagits av riksdagen, har uttalats att landstingskommunernas medicinska ansvar bör förankras i primärvårdsorganisationen, såväl när det gäller att ta fram miljömedicinska kunskaper som när det gäller att sprida dessa till olika intressenter. Detta är även innebörden i de nämnda ställningstagandena vid landstingsförbundets två senaste kongresser. Jag instämmer häri.

Den miljömedicinska verksamheten kräver delvis specialiserad kompetens, bl.a. på det epidemiologiska området, som inte rimligen kan tillföras varje primärvårdsenhet, i vart fall inte i ett kortare perspektiv. För den kortsiktiga utvecklingen men även i det längre perspektivet är det därför angeläget att landstingskommunerna inrättar särskilda enheter för dessa uppgifter vilket också förutsatts i den nämnda propositionen.

Jag anser att den miljömedicinska verksamheten bör kunna komma till stånd i huvudsak genom omdisponering av redan befintlig personal och genom landstingskommunernas övertagande av viss personal inom länsläkarväsendet enligt det avtal mellan staten och landstingsförbundet som anmälts för riksdagen i proposition 1980/81:187 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m. Utbildning för verksamheten kan ske vid Nordiska hälsovårdshögskolan, statens miljömedicinska laboratorium samt de hygieniska och socialmedicinska institutionerna inom högskolan.

De miljömedicinska insatserna kommer att kunna medföra, utöver avgörande humanitära vinster, också rena besparingar inom andra grenar av hälso- och sjukvården genom minskat behov av sjukvård. Motsvarande vinster bör också kunna göras inom andra samhällssektorer. Härför talar bl.a. de erfarenheter som redan vunnits av förebyggande insatser och som jag tidigare pekat på.

I detta sammanhang vill jag också erinra om att målsättningen för landstingskommunernas yrkesmedicinska verksamhet i huvudsak är av förebyggande karaktär och att arbetsmetodikerna inom yrkesmedicinen till stora delar är densamma som inom miljömedicinen i övrigt. Det ligger därför nära till hands med en samverkan mellan yrkesmedicin och övrig miljömedicin i syfte att nå vissa rationaliserings- och samordningsvinster.

Jag övergår så till landstingskommunernas individinriktade förebyggande åtgärder. Dessa bör liksom f.n. sker på flera håll innefatta

- information och hälsouppllysning,
- åtgärder för att förhindra uppkomsten av sjukdom, t.ex. genom vaccinering och tillförsel av skyddsläkemedel,
- uppspårande verksamhet riktad mot sjukdomar eller förstadier till sådana, dvs. hälsokontroller och hälsoövervakning.

Såsom jag tidigare påpekat har individinriktade förebyggande insatser sedan länge ingått som en naturlig del i sjukvårdshuvudmännens arbete vid sidan av de utredande och behandlande åtgärderna. Trots detta vill jag framhålla att förebyggande insatser och kurativ vård kan behöva samordnas bättre.

Förebyggande åtgärder har hittills som regel varit koncentrerade till vissa avgränsade ofta rent medicinska problemområden. Enligt min uppfattning bör dock de framtida förebyggande insatserna utgå från en helhetssyn på individernas situation och ha en viss kontinuitet.

Hälsouppllysning och annan individinriktad förebyggande vård bör främst vara en uppgift för primärvården. Jag vill dock understryka att i alla former av hälso- och sjukvård förutsätts ingå information och hälsouppllysning. I samband med vård och behandling skall patienten informeras om sitt hälsotillstånd, om de särskilda hälsorisker som kan föreligga, om de behandlingsmöjligheter som står till buds samt om möjligheterna att förebygga eller behandla sjukdomen, skadan eller handikappet. Detta följer redan av 5 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.

Det är angeläget att hälso- och sjukvårdspersonalen förbereds och motiveras för sina uppgifter i fråga om information och hälsouppllysning. Behovet av sådana insatser får övervägas i grundutbildningen av vårdpersonal samt i vidareutbildningen och efterutbildningen.

Mödra- och barnhälsovården kommer även i framtiden att ha stor betydelse för folkhälsan. Föräldrautbildningen bör också kunna medverka till att bl.a. psykiska problem hos barn förebyggs.

Hälsouppllysning kan också integreras i aktiviteter av typen friskvård, som är inriktade på att vidmakthålla en god hälsa genom en hälsosam livsföring. Hit hör uppllysning om lämplig kost och motion samt om tobakens och alkoholens skadeverkningar.

Staten har också en roll i hälsouppllysningen. Socialstyrelsen bedriver sedan lång tid tillbaka hälsouppllysning. Verksamheten har bl.a. omfattat

information kring kost och motion, beroendeframkallande medel, sexual- och samlevnadsfrågor, smittsamma sjukdomar samt tandvård. Till stor del har verksamheten bestått av försöksprojekt med syfte att utveckla metoder för det hälsoupplysningsarbete som bedrivs av lokala myndigheter och organisationer.

Hälsoupplysning bedrivs vidare av flera andra statliga myndigheter, exempelvis skolöverstyrelsen, konsumentverket, livsmedelsverket och trafiksäkerhetsverket.

I likhet med HSU anser jag att staten även i fortsättningen bör ha en kompletterande och samordnande roll när det gäller hälsoupplysningen i landet. Staten – och därvid i första hand socialstyrelsen – har att inom området medverka i kunskapsförmedlingen till bl.a. andra berörda samhällssektorer, såsom skola, arbetsmarknad och massmedia (press, radio och TV). Socialstyrelsen har därjämte enligt propositionen 1979/80:6 att ge underlag till landstingskommunerna samt bistå och stödja dem i deras informations- och hälsoupplysningsverksamhet.

Jag vill också peka på de särskilda hälsoproblem som handikappade människor kan ha. Det är viktigt att främja en positiv utveckling för barn med handikapp eller medfödda missbildningar. Insatser för de långvarigt sjuka barnen måste ges hög prioritet.

Det är viktigt att med olika stödjande och förebyggande åtgärder söka skapa förutsättningar för ett normalt liv för de handikappade. Jag ser de förebyggande insatserna här i ett bredare perspektiv. Huvudvikten bör i många fall ligga på en integrerad psykologisk och social verksamhet. Häls- och sjukvården kan då vid sidan av rent medicinska åtgärder även på annat sätt bidra med sina kunskaper och erfarenheter i andra verksamheters arbete med att anpassa bostads-, transport- och arbetsmiljö till de handikappades behov.

Ett förebyggande arbete mot psykisk ohälsa omfattar åtgärder utanför hälso- och sjukvårdens ram. Dessa berör många av samhällets sektorer, såsom åtgärder för att minska alkoholkonsumtion och användning av psykofarmaka, hjälp att öka individens motståndskraft genom hälsoupplysning m.m.

Jag är medveten om att detta är stora och svårbemästrade problem. Jag vill ändå peka på att det i det psykiatriska vårdarbetet samlas kunskaper om sådana samhällsförhållanden som påverkar uppkomsten av psykiska störningar. Primärvårdens personal får även kunskaper och erfarenheter om vilka livsskeden som innebär kriser och kan medföra svåra psykiska påfrestningar. Hälso- och sjukvården och socialvården bör ha möjligheter att genom samarbete lokalt verka för att förebygga psykiska problem för riskgrupper för psykisk ohälsa, t.ex. arbetslösa, ensamstående med minderåriga barn, invandrare och unga missbrukare.

De äldre är en annan grupp för vilken det – sett i ett bredare perspektiv – är viktigt med förebyggande åtgärder. Sådana åtgärder övervägs inom äldre-

beredningen (S 1981:01). Men även rent hälso- och sjukvårdsinriktad förebyggande verksamhet är av största vikt för att förhindra att sjukdomar blir invalidiserande. Förebyggande och rehabiliterande insatser behövs för att äldre personer så länge som möjligt skall kunna bo kvar i sina hem.

Den enskilda människan har ofta stora möjligheter att själv påverka sitt hälsotillstånd. Genom sin livsföring och genom goda levnadsvanor, t.ex. tillräcklig vila, undvikande av tobak och alkohol samt lämplig kost och motion kan människor inte bara undgå eller begränsa sjukdomar och skador utan även öka sitt välbefinnande. Det gäller således att få de enskilda människorna att känna ansvar för sin hälsa och att själva ompröva och eventuellt ändra sin livsföring. För detta krävs från samhällets sida upplysning och information.

Att engagera förskolan och skolan i aktiviteter som kan bidra till en hälsosammare livsföring ser jag därför som en mycket viktig uppgift. I skolundervisningen ingår att fortlöpande ta upp frågor om hur den egna kroppen fungerar, vad som kan orsaka sjukdomar och skador samt hur man bör leva för att främja en god hälsa.

Nära sammanhängande härmed är information för att förbättra den enskilda människans möjligheter att själv på rätt sätt ta hand om vissa sjukdomar och skador, s.k. egenvård. Erfarenheten visar att människor i betydande utsträckning kan påverka sin hälsa genom egna åtgärder såväl när det gäller att upptäcka sjukdomssymptom som att behandla vissa sjukdomar och skador. Det är den enskilde som får göra den första iakttagelsen vid ett sjukdomsfall antingen det nu gäller den egna personen, barn eller andra närstående. Vid de flesta sjukdoms- eller skadefall kontaktas f.ö. inte heller hälso- och sjukvården. Den enskilde försöker i stället klara sig själv. I de fall den enskilde haft kontakt med hälso- och sjukvården t.ex. den öppna vården är det patienten själv som avgör om givna föreskrifter följs eller inte, om medicinen tas och dietanvisningar åttlyds osv. Mycket viktiga vårdinsatser görs alltså av människorna själva vid sidan av institutionerna.

Kunskaperna måste ökas om vilka sjukdomar och sjukdomssymptom som den enskilde själv kan behandla och som naturen själv läker samt sådana där snabb kontakt med läkare eller annan vårdpersonal är nödvändig. Kunskaperna måste också vidgas hos människorna om hur hälso- och sjukvården är organiserad och om vilka vårdmöjligheter som finns. I detta sammanhang bör också erinras om den betydelse som förstahjälpsinsatser av vanliga medborgare har vid inträffade akuta sjukdoms- och olycksfall. Sådana insatser kan i många fall bli avgörande för den sjukes eller skadades möjlighet till överlevnad eller tillfrisknande. Det är önskvärt att kunskaperna härom förstärks hos allmänheten.

Om människornas möjligheter att ta ansvar för den egna och närståendes hälsa förbättras, kan detta ha stor betydelse för deras välbefinnande och trivsel. Hälso- och sjukvårdsresurserna bör då också kunna användas på ett bättre sätt än f.n.

För att ge utrymme för sådana förebyggande insatser, som bedöms vara effektiva, kommer landstingskommunerna i många fall att behöva omprioritera och omstrukturera sin verksamhet. Hälsovård, friskvård och egenvård måste utgöra en viktig del av hälso- och sjukvården i framtiden. Utbyggnaden av de förebyggande insatserna får emellertid inte gå ut över viktiga sjukvårdsuppgifter för särskilt utsatta grupper t.ex. vissa grupper av handikappade.

Jag vill i detta sammanhang understryka att det inte finns någon anledning att se ett motsats- eller konkurrensförhållande mellan den förebyggande och den sjukvårdande verksamheten. Båda inriktningarna är lika betydelsefulla och bör ömsesidigt påverka varandras utveckling. Helhetssynen inom hälso- och sjukvården och inom socialsektorn som sådan bör tillämpas såväl i det enskilda fallet som när det gäller organisationsstrukturen. I enlighet härmed bör hälso- och sjukvård – som också HSU betonat – ses som en sammanhängande verksamhet.

När det gäller *sjukvården* blir landstingskommunernas ansvar enligt mitt förslag detsamma som enligt gällande lagstiftning. En redogörelse för hur sjukvården bedrivs ges i HSU:s betänkande.

I hälso- och sjukvården ingår även funktionsförbättrande och funktionsuppehållande behandling för handikappade. Liksom f.n. omfattas även olika insatser vid barnsörd i landstingskommunernas ansvar.

Den verksamhet som bedrivs inom den allmänna hälso- och sjukvården med stöd av abort- och steriliseringslagarna omfattas i dag inte av landstingskommunernas ansvar enligt sjukvårdslagen, utan utgör ett frivilligt åtagande från huvudmännens sida. Att ombesörja abort och sterilisering bör ingå i landstingskommunernas ansvar enligt den nya ramlagen. Såsom framhölls i prop. 1974:70 med förslag till abortlag, m.m. är det särskilt angeläget när det gäller abort att ingreppet kan utföras utan onödigt dröjsmål.

HSU har föreslagit att *tandvården* bör omfattas av begreppet hälso- och sjukvård. Den bör därför ingå i landstingskommunernas ansvar enligt denna lag. Flera remissinstanser har instämt häri, bl.a. socialstyrelsen, landstingsförbundet, riksförsäkringsverket och 1978 års tandvårdsutredning. Landstingsförbundet anser att tandvården redan nu bör föras in i en hälso- och sjukvårdslag men att resultatet av sistnämnda utredning bör föreligga, innan ställning tas till bl.a. preciseringen av innehållet i tandvården.

Tandläkareförbundet och ett par landstingskommuner är av samma skäl tveksamma till förslaget.

Enligt min mening talar mycket för att landstingskommunernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen även bör omfatta tandvården.

Med hänsyn till de särskilda överväganden som nu pågår beträffande tandvården i 1978 års tandvårdsutredning är jag emellertid inte beredd att nu slutligt ta ställning till frågan om även tandvården bör omfattas av den nya lagen.

På flera områden inom hälso- och sjukvården bedrivs f.n. verksamhet av andra än landstingskommunerna. *Företagshälsovården* är sålunda en del av arbetarskyddet enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). För den svarar arbetsgivaren i samverkan med arbetstagarernas organisationer.

HSU föreslår ingen ändring av ansvarsförhållandena vad gäller företagshälsovården. Utredningen framhåller dock behovet av samverkan mellan landstingskommunerna och de ansvariga för företagshälsovården i syfte att samordna utvecklingen och utnyttjandet av de olika medicinska resurser som behövs för en ändamålsenlig företagshälsovård. Jag delar denna uppfattning.

Skolhälsovården är f.n. enligt skollagen (1962:319) en primärkommunal uppgift. För att få till stånd en bättre samordning av skolhälsovården med hälso- och sjukvården för barn och ungdom föreslår HSU att landstingskommunerna tar över huvudmannskapet för skolhälsovården inom i första hand grundskola och gymnasium med socialstyrelsen som tillsynsmyndighet. Det ekonomiska ansvaret bör enligt utredningen åvila landstingskommunerna. Vården bör normalt även ombesörjas av landstingskommunerna med egen personal. Skolhälsovården skall bedrivas i skolans lokaler och i nära samarbete med skolan, dess personal, elever och elevernas föräldrar.

Vid remissbehandlingen av detta förslag har remissopinionen varit delad.

Socialstyrelsen, landstingsförbundet, de flesta sjukvårdshuvudmännen samt Svenska kommunalarbetsförbundet instämmer i förslaget.

Landstingsförbundet framhåller att ett skolhälsovårdsengagemang inte bör omfatta enbart barnet i skolan utan även barnet mot bakgrund av dess totala hälsomässiga och sociala situation. Skolhälsovården kan vid ett genomförande av HSU:s förslag i denna del få värdefull kontakt med den förebyggande barnhälsovården och andra medicinska verksamhetsområden.

Flera remissinstanser, bl.a. SÖ, Svenska kommunförbundet, TCO, SHSTF, Sveriges läkarförbund, HCK och Riksförbundet Hem och Skola, är emot förslaget och vill behålla ett primärkommunalt huvudmannskap. De menar att elevvården, inkl. skolhälsovården, bör vara en integrerad del av skolans hela verksamhet. För att arbetet inom elevvården skall bli effektivt måste personalen inom denna arbeta nära skolans övriga personal och ha ingående kunskaper om skolan som arbetsplats och arbetsmiljö. Samarbetet med landstingskommunerna och socialstyrelsen fungerar väl enligt dessa remissinstanser och kan ytterligare förbättras.

Jag delar den uppfattning som framförs av bl.a. SÖ att övervägande skäl talar för att bibehålla ett primärkommunalt huvudmannskap. Skolhälsovården bör ses som en del av skolans elevvård, vilken ingår i samhällets omsorg om barn och unga. Jag instämmer i uppfattningen att elevvården bör vara en integrerad del av skolans hela verksamhet. Ett nära samarbete behövs emellertid med landstingskommunerna bl.a. när det gäller personalresurser.

Ett sådant förekommer redan och bör kunna utvecklas ytterligare. På flera håll fullgörs skolläkare- och skolsköterskeinsatser av landstingskommunal personal. Jag förordar ett förstärkt samarbete mellan skolhälsovården och landstingskommunernas barnhälsovård samt också mellan skolhälsovården och den kommunala barnomsorgen.

Studerandehälsovårdens ställning har utretts vid flera tillfällen under senare år. Studerandehälsovårdsutredningen föreslog i sitt betänkande (SOU 1975:7) Framtida studerandehälsovård bl.a. att den allmänna hälso- och sjukvården successivt borde ta över ansvaret för de studerandes behov av somatisk och psykiatrisk sjukvård. Förslaget har remissbehandlats. Studerandehälsovårdens framtida ställning har ansetts vara nära avhängig lösningen på frågan om det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar, det s.k. kårobligatoriet. Denna fråga har varit föremål för utredningar och ställningstaganden i riksdagen vid flera tillfällen under senare år. Riksdagen har senast mot bakgrund av regeringens förslag i prop. 1978/79:100 beslutat att det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar tills vidare skall bibehållas. En särskild arbetsgrupp har tillsatts av regeringen med uppgift att föreslå hur studerandehälsovården skall organiseras och fungera i ett system med fortsatt obligatorium för flertalet studerande inom högskolan.

Då studerandehälsovården sålunda f.n. är under utredning, bör enligt min uppfattning resultatet av denna avvaktas, innan slutlig ställning tas till huvudmannaskapet för verksamheten.

Ansvaret för *hälso- och sjukvården för de värnpliktiga* åvilar enligt beslut av riksdagen år 1978 försvarsmakten. Enligt vad jag har inhämtat pågår förhandlingar med berörda sjukvårdshuvudmän om deras möjligheter att genom avtal tillhandahålla läkare för verksamheten.

Eftersom frågan om huvudmannaskapet för *sjuktransport- och ambulansverksamheten* f.n. övervägs av räddningstjänstkommittén (Kn 1979:01), har HSU inte funnit anledning att föreslå några förändringar av nuvarande ansvarsförhållanden. Detta innebär att landstingskommunerna i avvaktan på resultaten av räddningstjänstkommitténs arbete skulle ansvara för att en organisation finns för vägbundna transporter.

Jag delar denna uppfattning. Sjuktransporterna är en viktig länk i behandlingsarbetet. Det är därför nödvändigt att landstingskommunerna har ett starkt inflytande i vart fall över personalens utbildning och fordonens utrustning. Räddningstjänstkommittén har nyligen lagt fram principbetänkandet (SOU 1981:82) Samhällets räddningstjänst, som även omfattar dessa frågor.

Det är svårt att klart och entydigt *avgränsa landstingskommunernas ansvar* för hälso- och sjukvården i förhållande till näraliggande verksamhetsområden som andra huvudmän svarar för. Särskilt landstingskommunernas ansvar för förebyggande åtgärder kan komma att göra gränsdragningen besvärlig. De verksamheter mot vilka en klar boskillnad kan bli svår att göra är främst

socialtjänsten, företagshälsovården, skolhälsovården, studerandehälsovården, äldreomsorgen och den allmänna hälsovården. Beträffande socialtjänsten är det i första hand äldreomsorgen och vården av alkohol- eller narkotikaskadade som kan leda till gränsdragningsproblem.

HSU framhåller att helt klara och otvetydiga gränser mellan hälso- och sjukvården och de andra nämnda vårdområdena inte kan dras. HSU anser det därför angeläget att hälso- och sjukvårdens ansvariga ständigt uppmärksammar riskerna med en alltför vid tolkning av begreppen förebygga, utreda och behandla sjukdomar eller skador och därmed även beaktar riskerna med att göra alla vårdbehov till medicinska problem.

När det gäller avgränsningen mot socialtjänsten har HSU inte satt i fråga att psykiatrisk vård och långtidssjukvård hör till hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller att de förebyggande, utredande och behandlande uppgifterna som rör sjukdomar och skador i hög grad berör även dessa verksamheter. Hälso- och sjukvården bör här liksom inom andra områden ha resurser att tillgodose de vårdbehov, som är av övervägande medicinsk natur.

Enligt HSU hänger avgränsningssvårigheterna främst samman med ställningstagandena i de individuella fallen, huruvida vårdbehoven är av enbart medicinsk eller av annan karaktär. Problemet gäller således vem som i ett konkret fall skall tillhandahålla vården.

Många vårdbehov, inte bara sådana med anknytning till psykiatrisk vård och långtidssjukvård, kräver enligt HSU kombinerade sociala och medicinska insatser. En samordning av det vårdutbud som tillgodoser dessa behov är viktig. Denna samordning kan enligt HSU åstadkommas genom ett långtgående samarbete mellan de olika vårdgivarna.

Några remissinstanser, bl.a. socialstyrelsen, efterlyser en närmare granskning av ansvarsfördelningen mellan å ena sidan hälso- och sjukvården och å andra sidan socialtjänsten. Remissinstanserna framhåller att avgränsningsproblemen är särskilt påtagliga beträffande hemsjukvården, äldreomsorgen, insatserna för handikappade, psykiatrin och vården av alkohol- och narkotikamissbrukare.

Det ansvar som i socialtjänstlagen lagts på kommunerna innebär att både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kommer att ha ett ansvar för att vård eller annat bistånd ges t.ex. äldre människor, handikappade och missbrukare. Detta utvidgade ansvar för socialtjänsten för med sig vissa gränsdragningsproblem. Mot denna bakgrund anförde föredraganden i propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten bl.a. att han inte var beredd att föreslå några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och sjukvården. Han utgick i stället från att de tveksamheter som kan komma upp i fråga om denna fördelning smidigast löses genom överenskommelser mellan huvudmännen. På detta sätt kan bl.a. lokala behov och önskemål bäst tillgodoses. Han framhöll att principen om ett yttersta ansvar för kommunerna inte innebar någon ändring i fördelningen av de uppgifter som då låg hos

kommunerna resp. landstingskommunerna.

Enligt min uppfattning saknas det skäl att nu göra en annan principiell bedömning av hur gränsdragningsproblemen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten skall lösas än den som gjordes av föredraganden i propositionen om socialtjänsten. Jag är dock medveten om att övergången från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt kommer att ställa ytterligare krav på huvudmännen för hälso- och sjukvården resp. socialtjänsten för att få till stånd en smidig och flexibel anpassning av de båda verksamhetsområdena. Inte heller detta förhållande bör emellertid, enligt min bedömning, medföra att man går ifrån den principiella lösning av gränsdragningsproblemen som skisseras av föredraganden i propositionen om socialtjänsten.

Några vägledande principer bör här framhållas.

Hälso- och sjukvårdens vårdansvar bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avser jag även personal, vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering.

Svårigheterna att i praktiken strikt tillämpa dessa avgränsningsprinciper kan vara betydande. Så kan t.ex. behovet av medicinsk kompetens vara begränsat i tiden om än återkommande vid flera tillfällen. Kravet på kontinuitet i behandlingen kan i dessa fall göra det nödvändigt att fortsätta vården inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan kan kravet på kontinuitet göra det motiverat att fortsätta en behandling inom den sociala sektorn.

Principerna för gränsdragningen kan följaktligen inte ge en exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Detta förhållande får dock inte leda till att en människa i en viss situation inte får den vård och hjälp hon behöver. Det är därför synnerligen angeläget att en samverkan mellan de olika vårdområdena kommer till stånd.

När det gäller förhållandet till företags-, skol- och studerandehälsovården anför HSU att sjukdomsorsakerna och hälsoriskerna i hög grad har förknippats med förhållandena på arbetsplatserna. I skolorna finns goda förutsättningar för att bedriva ett förebyggande arbete. Det förebyggande och uppspårande arbetet inom hälso- och sjukvården bör därför till stor del förläggas till sådana miljöer. Företagshälsovård, skolhälsovård och studerandehälsovård utgör därmed naturliga delar av hälso- och sjukvården samtidigt som de utgör integrerade delar av andra verksamheter. Dessa verksamheter har hittills till huvudsaklig del anordnats av andra huvudmän än sjukvårdshuvudmännen. De har därför ansvarsmässigt och organisatoriskt varit skilda från hälso- och sjukvårdsorganisationen. Även om de också i fortsättningen kommer att bedrivas av andra huvudmän förändrar detta, enligt HSU, inte tillhörigheten till hälso- och sjukvårdssektorn.

Även beträffande dessa verksamheter har remissinstanserna påpekat att det föreligger ett behov av att närmare ange gränserna till hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

Jag anser också att det finns skäl att något kommentera gränsdragningen till dessa verksamhetsområden.

Företagshälsovården bör ha en offensiv karaktär i den bemärkelsen att den inte arbetar bara individuellt förebyggande utan främst är inriktad på arbetsmiljön. Företagshälsovårdens arbete kan således karakteriseras som hälsoskydd i den betydelse HSU använder begreppet. Liksom primärvården är företagshälsovården beroende av att kunna få tillgång till specialister och avancerad utrustning som den själv inte kan hålla sig med. Den sjukhusanknutna verksamheten och främst yrkesmedicinen är den centrala resurs som företagshälsovården vänt sig till i dessa situationer. Gränsen mellan den sjukhusanknutna yrkesmedicinens och företagshälsovårdens uppgifter har dock i viss mån blivit flytande. Vissa grundläggande skillnader finns dock.

I sitt delbetänkande (SOU 1980:22) Utbyggnad av yrkesmedicinen har 1976 års företagshälsovårdsutredning ingående behandlat gränsdragningen mellan företagshälsovård och yrkesmedicin. Enligt utredningen skall yrkesmedicinen inte ersätta företagshälsovården eller andra delar av arbetarskyddet utan skall i stället komplettera dessa med specialiserat kunnande på hälso- och sjukvårdsområdet. En av yrkesmedicinens obligatoriska uppgifter är enligt utredningen att fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården. Vad utredningen anför i detta avseende kan enligt min mening tjäna till ledning för hur yrkesmedicinen skall avgränsas mot företagshälsovården.

Någon klar åtskillnad kan inte göras mellan de uppgifter som åvilar skol- eller studerandehälsovården och dem som bör ankomma på den hälso- och sjukvård som bedrivs av landstingskommunerna. Jag delar HSU:s uppfattning, att en samordning kan åstadkommas endast genom samarbete mellan de olika vårdgivarna.

Den allmänna hälsovården är väsentligen inriktad på den fysiska miljöns beskaffenhet. Den allmänna hälsovården avser därför, enligt HSU, ett annat område än hälso- och sjukvården och dess förebyggande verksamhet. HSU:s uppfattning har i denna del inte mött någon erinran hos remissinstanserna. Även jag delar uppfattningen att det i praktiken inte bör uppkomma några problem vid avgränsningen mellan den allmänna hälsovården och hälso- och sjukvården. Liksom hittills bör hälsovårdsnämndernas verksamhet ha som mål att undanröja eller begränsa störningar som härrör från den fysiska miljön och som har en skadlig inverkan på människornas hälsa. Hälsovårdsnämnden har klara myndighetsuppgifter med rätt och skyldighet att fatta beslut enligt flera speciallagar, såsom hälsovårdsstadgan och livsmedelslagen. Landstingskommunernas roll i sammanhanget är att inhämta och förmedla kunskap. Skulle osäkerhet uppkomma om en viss uppgift

ankommer på hälso- och sjukvården eller på den allmänna hälsovården får frågan avgöras genom överenskommelse mellan huvudmännen.

Genom prop. 1980/81:57 om *hälso- och sjukvården i krig* m.m. har landstingskommunerna ålagts ansvaret för ledningen av sjukvården i krig. Enligt propositionen åligger det landstingskommunerna att redan i fred planlägga och vidta de olika förberedelser, som fordras för att de skall kunna bedriva sin verksamhet under beredskap och krig.

Utredningen om sjukvården i krig, vars betänkande låg till grund för propositionen, hade vidare föreslagit att en bestämmelse skulle tas in i lagen om kommunal beredskap som ger regeringen möjlighet att meddela särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården i krig m.m.

I nämnda proposition ansåg föredraganden det emellertid inte vara lämpligt att föreskriften meddelades i lagen om kommunal beredskap utan att den borde tas in i sjukvårdslagstiftningen. Frågan bör nu tas upp.

Som föredraganden framhöll i förenämnda proposition bör den i fred gällande hälso- och sjukvårdslagstiftningen m.m. utgöra grunden för sjukvården också i krig. Hälso- och sjukvården måste emellertid kunna organiseras och bedrivas så, att den tillgodoser de särskilda krav som ställs på den i en krigssituation. För att detta skall vara möjligt måste regeringen få meddela bestämmelser som i erforderlig utsträckning tar över den fredstida hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Jag föreslår därför en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om att regeringen skall kunna meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

2.3.2 Patientens ställning

Nuvarande förhållanden

Den nuvarande lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område innehåller inga bestämmelser som direkt klargör patientens rättigheter eller ställning i vården. Patientens ställning får utläsas genom tolkning av bestämmelser som rör landstingskommunernas och personalens ansvar.

Under de senaste årtiondena har frågor om patientens ställning i hälso- och sjukvården kommit att alltmera uppmärksammas. Från olika håll i samhället har framförts krav på att dessa förhållanden skall bli klarare markerade. Flera utredningar har från olika utgångspunkter i sitt arbete behandlat frågor som rör patientens ställning och roll i vården samt lagt fram förslag härom. Som exempel kan nämnas medicinalansvarskommittén (SOU 1977:26 och 1977:66) och utredningen om sjukvårdens inre organisation (SOU 1979:26).

Åtgärder har också under senare år vidtagits i syfte att stärka patientens ställning. Genom lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspers-

sonalen m. fl. (tillsynslagen), som trädde i kraft den 1 juli 1980, har hälso- och sjukvårdspersonalens förhållande till patienterna närmare klarlagts. Personalen skall enligt lagen vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Vidare skall vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Personalen skall visa patienten omtanke och respekt. I lagen har vidare förts in en bestämmelse om skyldighet för personalen att informera patienten om hans eller hennes hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Sedan år 1947 har en särskild nämnd varit knuten till socialstyrelsen med uppgift att pröva frågor om fel och försummelser av läkare och annan s.k. medicinalpersonal. Genom tillsynslagen har en väsentlig ändring skett av nämnden. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd är sedan den 1 juli 1980 fristående från socialstyrelsen. Samtidigt har i den nya lagen den personkrets, som står under socialstyrelsens tillsyn och vars verksamhet kan prövas av nämnden, vidgats. Numera står inte bara den tidigare s.k. medicinalpersonalen under socialstyrelsens tillsyn utan bl.a. även övrig personal vid sjukhus och andra vårdinrättningar. Patienten har också givits ställning som part i ärenden hos ansvarsnämnden. Patienten har numera också rätt att överklaga nämndens beslut.

Under flera år har det förts fram önskemål om att särskilda från sjukvården fristående s.k. patientombudsmän borde inrättas för att informera, stödja och hjälpa patienterna. Genom lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården, som också trädde i kraft den 1 juli 1980, har denna fråga lösts på så sätt att sjukvårdshuvudmännen ålagts att försöksvis under en femårsperiod inrätta särskilda förtroendenämnder för stöd och hjälp till patienter. Nämnderna har inga disciplinära befogenheter. De har emellertid till uppgift att informera patienten om möjligheten att vända sig till olika prövningsinstanser. Enligt förarbetena till lagen (prop. 1978/79:220, SoU 1979/80:16) bör till nämndernas uppgifter höra att verka för att patienternas rättigheter tas till vara och att deras integritet skyddas. Nämnderna bör vidare kunna förmedla kontakter med socialvården samt med patientorganisationer och sådana andra ideellt arbetande organisationer som kan ge patienten stöd. I förarbetena understryks vidare vikten av att nämnderna har ett förtroendefullt samarbete med patienterna, personalen och deras organisationer. Förtroendenämndernas uppgifter är f.n. begränsade till den sjukvård som sjukvårdshuvudmännen enligt sjukvårdslagen är skyldiga att ombesörja. Sjukvårdshuvudmännen får under försöksperioden anförtro verksamheten på en redan befintlig nämnd. Varje sjukvårdsområde skall ha minst en förtroendenämnd.

Omsorgskommittén har i sitt betänkande Omsorger om vissa handikappade (SOU 1981:26) föreslagit att förtroendenämndernas verksamhet utvidgas att omfatta den omsorgsverksamhet som landstingskommunerna ansvarar för.

Här bör också erinras om att patienternas integritet fått ett förstärkt skydd

genom den nya sekretesslagen (1980:100) som trädde i kraft den 1 januari 1981. Genom lagen har införts enhetliga regler för handlingssekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården. Sekretess gäller även mellan och inom myndigheter. För att en uppgift som omfattas av sjukvårdssekretess skall kunna lämnas mellan myndigheter och mellan olika verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet krävs normalt uttryckligt stöd i lag eller förordning.

Genom tillsynslagen har patientens rätt att ta del av journalmaterial rörande honom utvidgats till att gälla även den enskilda hälso- och sjukvården. Vidare ges en patient möjlighet att under vissa förutsättningar få sin journal eller viss del av journalen förstörd.

Genom patient- och läkemedelsförsäkringarna som trädde i kraft den 1 januari 1975 resp. den 1 juli 1978 har patienternas möjligheter att få behandlings- och läkemedelsskador ersätta avsevärt förbättrats genom att fel eller försummelse hos personal eller läkemedelstillverkare inte behöver visas för att ersättning skall kunna utgå.

Utredningen

Hälso- och sjukvården skall enligt HSU utgå från den enskildes ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och okränkbarhet. Hälso- och sjukvården skall bl.a. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet.

Enligt HSU bör patientens samlade behov vara av grundläggande betydelse för lagstiftningens utformning. Föreskrifter med anknytning till patienternas behov skall enligt utredningen tjäna inte bara som vägledning för sjukvårdshuvudmännen när det gäller inriktning och utformning av vårdorganisationen utan även klargöra patientens ställning i vården. Utredningen föreslår att särskilda bestämmelser om samverkan och förtroende i vården skall ingå i en hälso- och sjukvårdslag. Bestämmelserna avses knyta an till och vara en påbyggnad till de mål för hälso- och sjukvården som redovisats.

Särskild vikt läggs vid att patienten skall ha möjlighet att påverka den vård eller behandling som skall meddelas honom och att han skall ha insyn i vad som sker. Vården skall så långt det är möjligt läggas upp och genomföras i nära och förtroendefull samverkan mellan personalen och patienterna. Patienten ges i förslaget vidare rätt till upplysningar om sin hälsa och om de behandlingsmöjligheter som finns. Om patienten själv inte kan ta emot denna information skall den enligt förslaget kunna ges till en nära anhörig eller annan närstående.

HSU anser det inte möjligt att införa en rätt för patienten till hälso- och sjukvård. Landstingskommunerna åläggs emellertid ett ansvar för att hälso- och sjukvård erbjuds befolkningen och för att främja hälsan hos denna.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser är positiva till att patienternas ställning förstärks och klargörs i enlighet med HSU:s förslag. I flera remissyttranden framhålls dock att utredningens förslag i dessa delar utgör en reglering i enlighet med redan rådande förhållanden inom hälso- och sjukvården. Flera remissinstanser framhåller att patientens ställning blivit reglerad genom tillsynslagen.

Åtskilliga remissinstanser uttrycker farhågor över att förslaget till ramlag i olika avseenden kan komma att medföra rättsosäkerhet för patienterna. Vidare har framförts synpunkter på att lagens effekter för patienterna bl.a. vad avser garantier för en kvalificerad vård inte tillräckligt har analyserats.

Statens handikappråd anser t.ex. att förslaget ger den enskilde medborgaren föga upplysning om vad som kan krävas av myndigheterna. Förslaget ger heller inga garantier för vårdens kvalitet och omfattning.

Handikappförbundens centralkommitté (HCK) anser att det från rättssäkerhetssynpunkt är mycket viktigt att patienterna får möjlighet att överklaga beslut som rör den medicinska behandlingen och att detta behov inte täcks genom förtroendenämnderna. HCK anser att patienten skall ha möjlighet att anföra förvaltningsbesvär och att förvaltningslagen bör gälla inom sjukvården.

Malmöhus läns landsting och Göteborgs kommun är tveksamma till 13 § i lagförslaget som berör samverkan och förtroende i vården. Bestämmelserna kan tolkas som en begränsning av de allmänna rättigheter man har som människa och patient och som är reglerade i lagstiftning av annan karaktär såsom i grundlag samt i allmän civil- och kriminallagstiftning.

Även mot den föreslagna informationskyldigheten till nära anhörig och annan närstående har rests invändningar av formell natur.

Överväganden

Jag har valt att genomgående använda begreppet patient som beteckning för den enskilde i hans kontakter med hälso- och sjukvården.

Jag delar HSU:s inställning att en ny hälso- och sjukvårdslagstiftning bör utgå från patienternas samlade behov. Vården bör vara anpassad till den enskilde patientens behov och förutsättningar och utgå från den enskildes ansvar för sin hälsa. Att patientens ställning bör vara en central fråga i lagstiftningen har också tydligt kommit fram av remissutfallet.

Remissinstanserna har i skilda frågor aktualiserat de konsekvenser förslagen kan få för den enskilde patienten. I flera fall har remissinstanserna efterlyst en mera djupgående analys av hur lagförslaget kan komma att påverka patientens rättssäkerhet och trygghet i vården. Jag anser det motiverat att samlat och mera i detalj redovisa hur patientens ställning blir om förslaget genomförs.

Som jag framhållit i avsnitt 2.2 bör som mål för hälso- och sjukvården gälla att åstadkomma en god hälsa hos hela befolkningen och att alla skall ha tillgång till vård på lika villkor. Som framgått av avsnitt 2.3.1 skall landstingskommunerna erbjuda god hälso- och sjukvård och även i övrigt främja befolkningens hälsa. På den landstingskommunala vården bör vidare ställas vissa krav. Jag återkommer härtill i avsnitt 2.3.3. Socialstyrelsen skall vidare ha tillsyn över vården och därvid bl.a. övervaka vårdens kvalitet. Jag återkommer härtill i avsnitt 2.4.

Jag vill redan här nämna att jag i avsnitt 2.3.3 föreslår att verksamheten inom hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patienternas självbestämmande och integritet. Patienten bestämmer själv om vård över huvud taget skall ges. Det är angeläget att patienten är medveten om detta. Patienten kan visserligen inte själv få bestämma vilken vård som skall ges. Genom tillsynslagen och den motsvarande bestämmelse som jag i det följande föreslår skall tas in i hälso- och sjukvårdslagen skapas dock garantier för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd och om vilka vårdmöjligheter som det finns tillgång till antingen inom landstingsområdet eller genom sjukvårdsregional samverkan samt får samråda om vården och behandlingen. Härigenom ges patienten möjligheter att påverka hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det måste dock samtidigt slås fast att den vård och behandling som ges alltid skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientens medverkan kan eller får aldrig innebära att dessa krav efter-sätts.

Som jag tidigare har framhållit i avsnitt 2.3.1 bör den enskilde ges möjlighet att ta ett större ansvar för sin egen hälsa. För detta krävs förebyggande insatser från samhällets sida bl.a. i form av information och upplysning till den enskilde såväl innan något sjukvårdsbehov finns som under och efter ett vårdtillfälle.

Det är viktigt att man på alla nivåer i vårdorganisationen uppmärksammar behovet av information till patienterna. Som jag ser det är – vid sidan av den allmänna hälsouppllysning som landstingskommunerna bedriver – upplysning och information i det enskilda vårdfallet av stor betydelse för att vården skall kunna fungera för patienten på det sätt som avses. Det är exempelvis önskvärt att den ansvarige läkaren tillsammans med patienten lägger upp ett individuellt vårdprogram som inte enbart omfattar den renodlat medicinska vården och behandlingen utan även t.ex. åtgärder för rehabilitering och annan uppföljning efter vården.

När det gäller information och annan upplysning pågår ett fortlöpande arbete inom framför allt landstingskommunerna. Jag vill i det här sammanhanget hänvisa till den delrapport Patienten i sjukvården – kontakt och information (SOU 1977:66) som en arbetsgrupp inom medicinalansvarskommittén avlämnat och som ger en god överblick över vad som då hade skett på detta område. Vidare ger Spris utredningsbank möjligheter att fortlöpande följa utvecklingen på bl.a. detta område inom landet.

För att den enskilde skall kunna ta ett ökat ansvar för sin hälsa krävs att samhället bidrar med resurser dels för individuellt förebyggande och sjukdomsuppspårande insatser, dels för att förbättra den allmänna livsmiljön på olika områden. Det är således helt i linje med de hälsopolitiska strävandena i vårt land att landstingskommunerna också får ett lagstadgat ansvar för den förebyggande vården.

Möjligheten till alternativa vårdformer är också väsentlig för patienten. Jag är därför angelägen om att den enskilda vården ges goda möjligheter att utvecklas. En särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet överväger f.n. vilka insatser som bör vidtas för att bibehålla och stärka en väl fungerande enskild hälso- och sjukvård.

Jag finner det angeläget att i detta sammanhang även beröra principen om det fria läkarvalet. Enligt min mening är det väsentligt att den enskilde liksom hittills så långt möjligt har frihet att själv avgöra om han vill vända sig till en läkare inom primärvården eller till en privatpraktiserande läkare.

Den nya sekretesslagen innebär som redan har berörts ett förstärkt skydd för den enskildes integritet i vården, bl.a. gäller samma bestämmelser för handlingssekretess och tystnadsplikt. Sekretessen gäller även mellan myndigheter och mellan olika verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. Tillämpningen av sekretesslagen på hälso- och sjukvårdsområdet följs uppmärksamt.

När det gäller frågan om en nära anhörig eller annan närstående skall informeras eller ges tillfälle att samråda med personalen i vårdfrågor, medför tillsynslagens och sekretesslagens bestämmelser vissa begränsningar. Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen gäller sålunda som huvudregel för uppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden att dessa omfattas av sekretess, om det inte står klart att uppgift kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Denna grundprincip gäller även vid information till nära anhöriga. I prop. 1979/80:2 (Del A s. 168-169) med förslag till sekretesslag m.m. anförde föredragande statsrådet beträffande denna fråga bl.a. följande. "I många fall kan patienten ha särskild anledning att just för dessa hemlighålla sin sjukdom eller dess närmare beskaffenhet. Emellertid är det givetvis högst angeläget att i förekommande fall de nära anhöriga får kännedom om att patienten inte har lång tid kvar att leva eller har en obotlig sjukdom. Hindrar patientens tillstånd i sådana fall att han samtycker, bör underrättelse likväl få lämnas till de anhöriga. Detsamma gäller om läkaren någon gång bedömer att patientens allvarliga tillstånd åtminstone tills vidare inte bör avslöjas för honom själv och något samtycke av den anledningen då inte kan inhämtas. Enligt min mening ger en tillämpning av skaderekvisitet utrymme för ett utlämnande i dessa fall." För egen del vill jag understryka att det i praktiken torde vara ytterst ovanligt att information inte kan lämnas till de anhöriga.

Jag vill i detta sammanhang nämna att journalutredningen (S 1980:03) genom tilläggsdirektiv fått i uppdrag att göra en översyn av den grundläggande patientdokumentationen inom hälso- och sjukvården. Därvid skall hänsyn tas till såväl patienternas intressen av en god och säker vård som deras integritets- och rättssäkerhetsintressen. Uppdraget omfattar även praktiska frågor som rör rutiner kring journalhanteringen. Till utredningen har också överlämnats frågan om gällande bestämmelser rörande patienternas rätt att under vissa förutsättningar få sin journal förstörd även skall omfatta kopior som förvaras hos andra myndigheter, t.ex. hos domstol.

Genom tillsynslagen har hälso- och sjukvårdspersonalen ålagts att vinnlägga sig om att ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård. Bestämmelser som innebär garantier för vårdens kvalitet finns också i instruktioner och i reglementen för de olika yrkesgrupperna inom vården. Även de av samhället uppställda behörighets- och utbildningskraven för tjänstgöring inom vården samt pågående forsknings- och utvecklingsarbete är väsentliga garantier för vårdkvaliteten.

Utvecklingen av omvårdnadsarbetet, dvs. den praktiska patientvården, har gått fort under senare år. Bl.a. i betänkandet om sjukvårdens inre organisation (SOU 1979:26) har omvårdnadsforskningens betydelse belysts. Jag instämmer i att en fortsatt utveckling av omvårdnadsarbetet är av stor betydelse.

Ett viktigt uttryck för kvaliteten i vården är att den bedrivs i en miljö som ger de bästa förutsättningarna för en fullgod utredning och ett gott behandlingsresultat eller en framgångsrik rehabilitering. Miljöinriktade åtgärder har betydelse inom många vårdområden men kanske främst inom långtidssjukvården, den psykiatriska vården och i samband med rehabilitering. Patienterna önskar som regel att bli vårdade i hemmet när detta är från vårdsynpunkt möjligt. Även i övrigt bör så hemliknande former som möjligt för vården eftersträvas. En vård anknuten till hemmiljön ger ofta bättre förutsättningar för patienterna att själva klara sin livsföring och hälsa under och efter vårdtillfället. Mot denna bakgrund delar jag HSU:s uppfattning att den allmänna utgångspunkten i hälso- och sjukvården bör vara att institutionsvård skall undvikas – om inte vårdens kvalitet härigenom äventyras – och att institutionsvården bör bedrivas under så hemliknande och decentraliserade former som möjligt.

I dag finns i Sverige ca en miljon människor som kommit från andra länder. Invandrarna har som patienter ofta särskilda behov av information, tolkservice och flerspråkig personal m.m. Jag vill för min del understryka vikten av att dessa människor får tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som den övriga befolkningen. Detta gäller inte minst de förebyggande insatserna. Jag vill här understryka vikten av att hänsyn tas till personer som tillhör språkliga, kulturella eller religiösa minoritetsgrupper i vårt land. Det är givetvis viktigt att behoven av ökad kunskap och förståelse i dessa frågor beaktas i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Ett önskemål som patienterna kan ha – framför allt under längre sjukhusvistelser – är att även få tillgång till andlig vård. Nuvarande organisation av den andliga vården vid sjukhus och andra sjukvårdsinrättningar grundar sig på beslut av 1958 års riksdag. Den andliga vården vid sjukhus inordnades härigenom i svenska kyrkans församlingsvård och ingick i församlingsprästernas tjänsteuppgifter. De frikyrkliga samfunden bereddes möjlighet att utöva andlig verksamhet vid sjukhusen. Deras insatser fick ske i helt fria former utan annan reglering från samhällets sida än vad som kunde vara påkallat av hänsyn till sjukvården. För svenska kyrkans vidkommande påverkade antalet vårdplatser inom pastoratet beräkningsunderlaget för antalet prästerliga tjänster inom pastoratet. Kritik har riktats mot organisationen av den andliga vården vid sjukhus bl.a. för att den inte i tillräcklig utsträckning tillgodosåg behoven av sådan vård. Vidare har krävts särskild utbildning av den personal som är sysselsatt med den andliga vården vid sjukhus.

För egen del anser jag att de åtgärder som riksdagen som en följd härav har beslutat på detta område i enlighet med förslag i prop. 1979/80:152 och 1980/81:174 om vissa anslag ur kyrkofonden m.m. samt prop. 1979/80:100 bil. 18 och 1980/81:100 bil. 18, kommer att innebära väsentliga förbättringar när det gäller att bereda patienterna möjlighet till andlig vård under sjukhusvistelser. Besluten innebär bl.a. att inom svenska kyrkan särskilda prästtjänster för andlig vård vid sjukhus får inrättas i pastorat med sjukhus med ett visst antal vårdplatser samt att de fria trossamfunden genom statsbidrag tillförsäkras resurser för motsvarande insatser för detta ändamål. Det förutsätts att hälso- och sjukvårdshuvudmännen medverkar till att patienterna på detta sätt får tillgång till andlig vård. Enligt min uppfattning är frågan inte av den art att den härutöver motiverar särskild reglering i hälso- och sjukvårdslagen.

Sedan den 1 juli 1980 finns i varje landstingskommun en eller flera förtroendenämnder som skall förmedla information och ge stöd och hjälp i olika former till patienter. Om nämnden t.ex. finner att en patient behöver vård skall den medverka till att sådan vård lämnas. Den skall verka för att patienternas rättigheter tas till vara och deras integritet skyddas. Nämnden har även till uppgift att för de ansvariga påpeka eventuella behov av resurser inom ett visst område.

Förtroendenämndernas verksamhet avses bli utvärderad innan den femåriga försöksperioden är över. I detta sammanhang blir det även aktuellt att överväga om förtroendenämndernas ansvarsområde skall utökas att omfatta t.ex. även omsorgerna om vissa handikappade och tandvård. Genom att den nya lagen omfattar även förebyggande insatser sker dock redan nu en utvidgning av förtroendenämndernas verksamhetsområde.

Av vad jag här anfört framgår att det för den som är missnöjd med vad hälso- och sjukvården erbjuder finns möjligheter att där det är motiverat få en ändring till stånd genom medverkan av t.ex. förtroendenämnderna, social-

styrelsen eller – i fall av fel eller försummelse från personalens sida – hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Hälso- och sjukvården är en mycket mångskiftande och komplicerad verksamhet. Det är ofta svårt att dra gränserna mellan faktiskt handlande och formella beslut. Dessa förhållanden har bl.a. motiverat att hälso- och sjukvården i vissa avseenden undantagits från tillämpningen av förvaltningslagens bestämmelser. Mot bakgrund härav anser jag det inte möjligt att som ett par remissinstanser önskat införa en formell rätt för den enskilde till hälso- och sjukvård. En läkare bör alltså inte ha en ovillkorlig skyldighet att t.ex. tillhandagå en patient med en viss undersökning eller behandling som denne kan önska. Det måste i stället ankomma på läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal att bedöma om t.ex. en begärd undersökning behövs för att utreda vilken sjukdom patienten lider av eller vilken behandling som patientens tillstånd kräver. Om undersökningen eller behandlingen bedöms sakna betydelse i dessa hänseenden och inte heller i övrigt kan tjäna något medicinskt syfte bör en läkare således ha rätt att vägra sin medverkan till undersökning och behandling. Jag vill i detta sammanhang erinra om att hälso- och sjukvårdspersonalen enligt tillsynslagen är skyldig att informera patienten om vårdmöjligheter och – så långt det är möjligt – bereda denne möjlighet att samråda om vård och behandling. En motsvarande bestämmelse riktad till huvudmännen för vården bör tas in i hälso- och sjukvårdslagen.

Samtidigt bör påpekas att en patient som kommer t.ex. till ett sjukhus och uppger sig vara akut sjuk alltid måste tas om hand. Vilka medicinska behandlingsåtgärder som därvid olika personalgrupper får vidta är inte närmare reglerat i författning, utan måste bedömas från fall till fall med utgångspunkt i personalens utbildning och erfarenheter samt till de rutiner och den arbetsfördelning som gäller för mottagningens personal. Läkarnas uppgifter när det gäller att ställa diagnos och behandla kan dock som regel inte i sin helhet föras över till annan personal. I sista hand svarar den överläkare som har det medicinska ledningsansvaret för att patienten tas om hand på ett behörigt och ändamålsenligt sätt. Patienten bör vid behov informeras om hur verksamheten är upplagd och om sin rätt att om han begär det få träffa en läkare.

Som tidigare framhållits kan en patient som anser sig inte ha blivit omhändertagen på ett riktigt sätt vända sig till förtroendenämnden eller vid fel eller försummelse från personalen till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Enligt min mening skapar bestämmelserna i den nya lagen tillsammans med de redan existerande bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalen och om förtroendenämnder goda förutsättningar för att den enskilde skall få vård när det behövs, att vården är av god kvalitet och att den som är missnöjd kan få gehör för sina klagomål när de är berättigade.

2.3.3 Krav på hälso- och sjukvården

Gällande förhållanden

Nuvarande sjukvårdslagstiftning innehåller inga direkta kvalitetskrav på vården. Sådana finns dock i olika bestämmelser för personalen t.ex. i 5 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. och i bestämmelser för olika yrkesgrupper, t.ex. den allmänna läkarinstruktionen (1963:341). I sjukvårdslagen finns dock som framhållits av vissa remissinstanser vissa bestämmelser som kan uppfattas som minimikrav på vården. I 4 § finns sålunda bestämmelser om indelning i läkardistrikt, i 6 § om sjukhus, i 15 § om att i varje läkardistrikt skall finnas erforderligt antal distriktsläkare, i 16 § om att det vid sjukhus skall finnas läkare som skall ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande, i 23 § om att landstingskommunerna skall ha den personal som behövs för att god vård skall kunna meddelas. I 26 § anges att regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om särskilda villkor för behörighet till läkartjänst och närmare bestämmelser om tillämpningen av lagen. I 36 § sjukvårdskungörelsen finns slutligen behörighetskrav för anställning som barnmorska, sjuksköterska och sjukgymnast.

Utredningen

HSU föreslår att följande krav skall ställas på vården för att den skall anses som god. Den skall särskilt

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

HSU föreslår också bestämmelser om förtroendefull samverkan mellan patienter och personal inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården skall så långt det är möjligt läggas upp och genomföras i nära och förtroendefull samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och den enskilde.

I förslaget anges också att patienten skall ha rätt till upplysningar om sin hälsa och om de behandlingsmöjligheter som finns. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället kunna ges till någon som står patienten nära.

Jag återkommer längre fram till utredningens förslag om medicinskt ledningsansvar, om villkor för anställning och om möjligheter för regeringen

eller – efter regeringens bestämmande – socialstyrelsen att meddela vissa ytterligare föreskrifter.

Remissinstanserna

Vid remissbehandlingen har de flesta instanser som yttrat sig i dessa frågor varit positiva till utredningens förslag och uttalanden. Flera av de juridiska instanserna menar dock att standard- eller minimikrav på vården bör fastställas. Ett par remissinstanser efterlyser en mer djupgående analys till förslagen i denna del. Sveriges läkarförbund menar att kvalitetsfrågorna givits för liten vikt. Malmö kommun anser att kravet på närhet och tillgänglighet är svårt att nå upp till. Ett par remissinstanser framhåller att förslagen måste anpassas till den nya lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Överväganden

Jag ansluter mig i sak till utredningens förslag i denna del.

Som framhållits tidigare har dock vid remissbehandlingen framförts en allmän kritik, framför allt från juridiska instanser, mot HSU:s författningsförslag. Förslaget anses vara oklart och substanslöst. Jag anser det därför angeläget att så långt möjligt söka konkretisera landstingskommunernas ansvar utan att lagen för den skull mister sin karaktär av ramlag. Den nya lagen måste vidare anpassas till lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. som trätt i kraft sedan HSU lämnade sitt förslag.

Ett grundläggande krav som måste ställas på hälso- och sjukvården är att den är av god kvalitet. Detta innebär bl.a. att den skall ha den medicinskt tekniska kvalitet som behövs och även tillgodose kraven på en god omvårdnad samt vara anpassad till den enskilde patientens särskilda förhållanden. Det måste förutsättas att vården tillgodoser människornas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt hänseende.

Det är angeläget att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden. Jag avser härmed sådana förhållanden som den sociala situationen, arbetsförhållanden osv. Det räcker ofta inte att bara ställa en diagnos och behandla ett visst symptom. För att nå ett varaktigt resultat och för att förebygga att sjukdom eller skada inträffar på nytt är det inte så sällan av avgörande betydelse att personalen får en uppfattning om varför patienten har ett visst problem och varför en sjukdom eller skada har drabbat patienten. Ett sådant problemorienterat synsätt tillämpas i viss utsträckning redan i dag. Samtidigt måste det påpekas att det i många fall inte finns någon anledning att uttröna de bakomliggande orsakerna. Det kan även förekomma att patienten motsätter sig att en sådan utredning görs. Att en helhetssyn tillämpas vid behov är sålunda angeläget. Detta bör påverka såväl personalens handlande som organisationen av verksamheten. Detta markeras också genom att huvud-

männen åläggs ett ansvar för att förebygga sjukdomar och skador. Jag anser emellertid inte att principen om helhetssyn på patienternas behov bör särskilt skrivas in i lagen. Jag vill erinra om att detta inte heller skett i socialtjänstlagen.

Av stor betydelse för att kunna genomföra målet en hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen är att vården är lätt tillgänglig för alla. Det är självfallet inte möjligt att uppfylla ett krav på närhet och tillgänglighet på samma sätt i hela landet. Jag vill dock understryka att hälso- och sjukvården i princip överallt bör ha denna inriktning. Mottagningar bör således, där det är ekonomiskt och geografiskt möjligt lokaliseras så att det är lätt för envar att ta sig dit eller omvänt lätt för läkaren eller distriktssköterskan att besöka den som behöver vård eller tillsyn i sin bostad. Kravet på att vården så långt ekonomiska förutsättningar och medicinska säkerhetskrav medger det skall vara lätt tillgänglig innefattar sålunda enligt min mening även ett krav på närhet.

Tillgängligheten beror inte bara på hur hälso- och sjukvården är geografiskt lokaliserad. Om vården är lättillgänglig beror också på exempelvis öppettiderna och på planeringen av den kollektiva persontrafiken, så att t.ex. busstider och mottagningstiderna vid en vårdcentral etc. anpassas.

Ett allvarligt problem inom hälso- och sjukvården under senare år har varit bristen på kontinuitet i kontakterna mellan personalen och patienterna. Detta har också föranlett regeringen att lägga fram förslag i detta ämne till riksdagen, senast i prop. 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården bl.a. i syfte att införa ett husläkarsystem. En viktig utgångspunkt för organisationen av den framtida hälso- och sjukvården bör vara att skapa möjligheter för den vårdsökande att när en behandling eller utredning kräver flera besök, vid varje tillfälle få träffa samma läkare och även i övrigt samma personer inom vårdlaget. Sådan möjlighet bör i princip också finnas när patienten söker för olika slags problem under en längre tidsrymd. Denna princip kan sammanfattas i begreppet kontinuitet, och främjas bl.a. genom att vården organiseras enligt husläkarprincipen.

Det är angeläget att man inom alla områden av hälso- och sjukvården beaktar behovet av kontinuitet så att patienterna kan lära känna vårdpersonalen och känna trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården.

Behovet av kontinuitet bör beaktas inom såväl sluten som öppen vård liksom under sjukdomsperioder då både sluten och öppen vård ingår. Behovet av att få möta samma personal vid varje besök är stort vid långvarig sjukdom. Likaså torde äldre människor ha stort behov av att vid olika sjukdomstillfällen skötas av samma personal. För dem är det besvärligare än för yngre att etablera kontakt med ny personal. Behovet av en samordning av den behandling som en patient får inom olika vårdformer och på olika hälso- och sjukvårdsinrättningar är stort även för patienter med flera skador, sjukdomar eller handikapp. Även patienter med psykiska och psykosociala

problem har ofta ett stort behov av kontinuitet i vården.

Som jag tidigare har framhållit är det av stor betydelse för möjligheterna att förbättra välbefinnandet och trivseln hos människorna och för att sjukvårdsresurserna skall kunna utnyttjas på bästa möjliga sätt att människornas möjlighet att ta ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa underlättas.

Den enskilde har naturligtvis ett ansvar för sin egen hälsa och kan på flera olika sätt påverka sitt hälsotillstånd. Detta kan ske genom ett hälsosamt levnadssätt genom lämplig motion, lämplig kost, genom att inte bruka tobak och alkohol osv. Den enskilde kan också påverka sin hälsa genom att när det är lämpligt själv behandla sjukdomar och skador och genom att följa läkares ordinationer m.m.

Hälsa- och sjukvården bör självklart utgå från att den enskilde har ett ansvar för sin egen hälsa. Den enskildes möjligheter att ta ett sådant ansvar bör också förbättras genom olika insatser från samhällets sida. Jag hänvisar i detta hänseende till vad som i avsnitt 2.3.1 anføres om individuell förebyggande insatser. Jag vill dock i detta sammanhang framhålla att alla – oavsett orsaken till sjukdomen eller skadan – naturligtvis skall kunna få vård och behandling. Jag är därför inte beredd att i lagen skriva in att vården skall utgå från den enskildes ansvar. I likhet med utredningen anser jag det angeläget att det i lagen tas in en bestämmelse om att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Redan i dag är vården enligt sjukvårdslagen helt frivillig. En del människor upplever dock uppenbarligen inte sin situation på det sättet när de t.ex. tas in på sjukhus. Det är därför angeläget att på olika sätt verka för att patienterna blir medvetna om sin bestämmanderätt i detta avseende. Denna fråga har också behandlats i avsnitt 2.3.1 och 2.3.2.

Samverkan och förtroende är nödvändiga beståndsdelar i vården. I 5 § tillsynslagen (senaste lydelse 1980:982) finns en bestämmelse om att den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till patienten.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Personalen skall så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.

Jag finner det angeläget att även i ramlagen ta in bestämmelser om att patienten skall ges information om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som finns samt vidare ges möjlighet till samråd om den egna vården och behandlingen. Denna bör – så långt det är möjligt – utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten måste ges så utförlig och ingående information som förhållandena påkallar och stimuleras att aktivt söka information, kritiskt granska den och anpassa informationen till sin

egen situation. Informationen måste förutom till behandlingssituationen också anpassas till patientens egna förutsättningar att tillgodogöra sig informationen. Sjuka, oroliga och ängsliga patienter har ofta svårt att uppfatta informationen. Invandrarnas, de dövas och de syn- och hörselskadades särskilda informationsproblem måste uppmärksammas. Informationen bör också innehålla uppgift om riskerna med en eventuell behandling. Att patienten är välinformerad är en förutsättning för att personalen skall få den information från patienten som behövs för en god vård. Informationen till patienten har också stor betydelse för patientens självkänsla och är ett led i strävandena att göra vården mer mänsklig.

2.3.4 Landstingskommunernas planering och samverkan

Nuvarande förhållanden

Som jag tidigare har framhållit bör i landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvården också ingå ett planerings- och samordningsansvar. Någon direkt skyldighet för landstingskommunerna att upprätta planer för hälso- och sjukvårdens utveckling finns inte idag. Landstingskommunerna bedriver ändå en omfattande planering av hälso- och sjukvården. Planeringen sker enligt ett relativt enhetligt system med långsiktiga principplaner och femåriga genomförandeplaner samt årsbudgetar. Efter initiativ bl.a. av socialdepartementets sjukvårdsdelegation utarbetade så gott som samtliga landstingskommuner i början och mitten av 1970-talet principplaner med 10-15 års perspektiv. Flertalet av dessa planer sträcker sig fram till år 1985. Femårsplanerna revideras årligen och sammanställs i den s.k. LKELP-redovisningen. Principplaner och femårsplaner har utgjort en viktig grund för landstingens vidareutveckling av hälso- och sjukvården under 1970-talet.

Enighet råder om att de första principplanerna hade vissa brister. Kritik har framförts för att kopplingen mellan principplaner och femårsplaner var otillräcklig. Det har också hävdats att principplanerna var alltför detaljerade och resursorienterade på bekostnad av mål- och problemanalyser.

Flertalet landstingskommuner utgick i sin principplanering främst från förhållandena inom hälso- och sjukvården. Det var inte möjligt att i planeringen väga in alla förutsättningar avseende t.ex. samhällsekonomi, personalförsörjning och sysselsättning, eftersom långsiktiga planer och prognoser för dessa områden saknades i betydande utsträckning. Detta ledde i många fall till alltför optimistiska bedömningar av t.ex. den ekonomiska utvecklingen av hälso- och sjukvården. De i många fall mycket ambitiösa mål för utvecklingen av prioriterade områden, såsom primärvård, långtidssjukvård och psykiatri, som både från statens och landstingskommunernas sida angavs för planeringen, kunde därför inte realiseras i avsedd utsträckning.

Femårsplanerna var tidigare till största delen finansiellt inriktade. På senare år har dock i flertalet landstingskommuner dessa planer fått ett djupare verksamhetsinnehåll. Tendenser finns nu också till en ökad samordning mellan dessa planer och årsbudgeten.

Årsbudgeten har traditionellt varit det medel med vilket politikerna styrt landstingskommunernas verksamhet. Budgetens vikt framgår av att den är föremål för bindande beslut. Budgeten är det dokument, genom vilket övriga planer realiserar och resurserna fördelas.

Utredningen

HSU föreslår att landstingskommunerna åläggs ett ansvar för planering och samordning av hälso- och sjukvården. Planeringen skall därvid omfatta alla hälso- och sjukvårdsinsatser och resurser inom länet och för länets befolkning, oavsett vem som meddelar vården. Detta innebär bl.a. att landstingskommunerna – med utgångspunkt i att behovet av resurser i princip är oberoende av vem som är vårdgivare – har att påverka annan samhällsplanering för att säkerställa hälso- och sjukvårdens tillgång till resurser. Planeringen förutsätts bli uppbyggd från primärvårdsnivån (när-vårdsnivån) för att en förankring av hälso- och sjukvården i närmiljön skall kunna uppnås. Viss planering och samverkan måste härutöver ha flera landstingskommuner som underlag (sjukvårdsregional planering).

Utredningen använder uttrycket totalplanering för hälso- och sjukvården för att sammanfatta dels en princip enligt vilken landstingskommunen har att uppfylla sitt totala ansvar, dels ett system av olika plandokument samt avtal och andra överenskommelser.

Remissinstanserna

Utredningens förslag i fråga om planeringsansvaret har tillstyrkts eller lämnats utan erinran av det stora flertalet av remissinstanserna.

RRV påpekar dock att särskild uppmärksamhet bör ägnas planeringen av sådana områden, där flera huvudmän delar ansvaret, t.ex. äldre- och missbrukarvård.

Enligt statskontoret får planeringssystemet avgörande betydelse för såväl statens agerande som den landstingskommunala vårdens organisation och resursfördelning. Det är därför angeläget att särskild vikt fästs vid planeringssystemets fortsatta uppbyggnad och att staten genom socialstyrelsen aktivt kan medverka i detta arbete. Ansvaret för att utveckla uppföljningssystem som fångar upp och ställer samman vårddata bör också klart definieras. Planeringen blir i hög utsträckning beroende av en snabb uppföljning.

Överväganden

Jag ansluter mig i huvudsak till HSU:s uppfattning att landstingskommunerna bör ha ett planeringsansvar som berör alla hälso- och sjukvårdsverksamheter inom sina resp. områden. Också planeringen för krig eller krigsfara ingår i detta ansvar. Jag delar också utredningens syn på hur planeringsarbetet skall bedrivas.

Landstingskommunernas planering av hälso- och sjukvården bör utgå från människornas samlade behov och statsmakternas övergripande prioriteringar. Den ekonomiska återhållsamhet som kommer att prägla utvecklingen under det närmaste decenniet gör detta än mer viktigt. Planeringen bör utgå från primärvården med hänsyn till att den utgör basen i hälso- och sjukvårdsorganisationen med särskilt ansvar för åtgärder i syfte att främja befolkningens hälsa. Planeringen bör även avse sådan hälso- och sjukvård, som bedrivs av andra vårdgivare än landstingskommunen. Vid planeringen förutsätts en samverkan med andra myndigheter och organisationer inom länet, främst primärkommunerna. För min del vill jag understryka angelägenheten av att planeringen av äldreomsorgen, handikappomsorgen, barnomsorgen och missbruksvården sker i samarbete mellan landstingskommuner och kommuner och mot bakgrund av ett så långt möjligt gemensamt underlag.

Jag anser att uttrycket totalplanering bör kunna användas för att beskriva dels landstingskommunens planering av hälso- och sjukvården inom sitt område, dels systemet av olika plandokument, avtal och andra överenskommelser om samverkan vad gäller hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av dagens kärva ekonomiska situation, som kan förväntas bestå under en lång följd av år, skärps kraven på landstingskommunerna att hålla tillbaka utgiftsexpansionen. Det blir enligt min mening ännu mer nödvändigt än tidigare att utvärdera befintliga verksamheter, att prioritera mellan olika hälso- och sjukvårdsinsatser samt att omstrukturera verksamheten inom ramen för befintliga resurser. Det blir också nödvändigt att i betydligt större utsträckning än f.n. omfördela tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvården i enlighet med en övergripande hälso- och sjukvårdspolitik. I annat fall finns risk att den avsedda inriktningen av vården inte kommer att kunna genomföras. Möjligheterna att förbättra och bygga ut den förebyggande vården, primärvården, långtidssjukvården och psykiatrin kommer då att saknas.

De beslut som fattas i dag binder utvecklingen inom hälso- och sjukvården för lång tid framåt. Även en brist på planering innebär en låsning till en bestämd utveckling och därigenom ett indirekt ställningstagande för nuvarande inriktning av verksamheten, resursfördelning m.m.

Det politiska ansvaret för planering och genomförande måste enligt min mening förstärkas på lokal, regional och central nivå för att prioriterade vårdområden skall kunna byggas ut inom en i stort sett oförändrad total ram.

Den långsiktiga planeringen (principplaneringen) bör var målinriktad och redovisa den önskvärda utvecklingen för de olika verksamheterna. Det kan därvid bli fråga om strukturförändringar, t.ex. att föra över uppgifter och resurser från länssjukvård till primärvård eller från sjukvårdande till förebyggande insatser. Målen i den långsiktiga planeringen bör så långt möjligt preciseras i strategiska termer, som gör att det går att successivt följa graden av måluppfyllelse.

Den långsiktiga planeringen måste omfatta all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Den kan dock inte vara lika detaljerad inom alla delområden. Det måste bli fråga om mer övergripande avvägningar mellan olika delar av vården som en utgångspunkt för femårsplaneringen.

En av förutsättningarna för att resurserna inom en sjukvårdsregion skall kunna utnyttjas effektivt är enligt min mening att landstingskommunerna inom regionen kan etablera en samverkan avseende innehållet i och omfattningen av den mest specialiserade sjukvården, dvs. i princip region-sjukvården.

Enligt riksdagens beslut om regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 6, rskr 123) är landstingskommunerna skyldiga att samverka om regionsjukvårdens innehåll och omfattning. Varje landstingskommun skall tillhöra en bestämd region.

Det ankommer på landstingskommunerna själva att komma överens om hur denna planeringssamverkan skall läggas upp och om inriktningen och omfattningen av samarbetet inom och mellan regionerna. Enligt riksdagens beslut förordas dock en samordning av de regionala planerna på riksnivå. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas den flerregionala vården. Även jag anser att det är väsentligt att så sker.

I enlighet med vad jag nyss angivit måste planeringen bygga på realistiska antaganden om den långsiktiga samhällsekonomiska utvecklingen. Detta är nödvändigt för att kunna styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården mot de välfärdspolitiska målen. Att så sker är också nödvändigt för att kunna göra långsiktiga förändringar i bl.a. vårdstruktur, arbetssätt och verksamhetsinriktning. Statsmakternas ställningstagande när det gäller frågor om den samhällsekonomiska utvecklingen och det samhällsekonomiska utrymmet för olika sektorer bildar en grund för denna planering. Jag återkommer till denna fråga i avsnittet om statlig planering och samordning.

Bristen på utbildad personal har varit en orsak till att landstingskommunerna inte kunnat realisera sina ambitioner i fråga om bl.a. primärvård, långtidssjukvård och psykiatri i den tidigare planeringen. Detta visar det angelägna i att verksamhetsplaneringen också bygger på realistiska antaganden när det gäller personalförsörjningen.

Jag anser i likhet med HSU att landstingskommunerna måste ta aktivare del i samhällsplaneringen och därvid samverka med sådana kommunala, regionala och centrala organ som kan påverka behov, förutsättningar och förhållanden inom andra samhällssektorer. Detta kan få stor betydelse för

befolkningens hälsa. Landstingskommunerna måste i sin planering ange hälso- och sjukvårdens önskemål om förändringar inom andra sektorer i syfte att förbättra befolkningens hälsa. Med en sådan planeringsprocess bör också andra sektorers önskemål om vårdinsatser lättare kunna beaktas i landstingskommunernas planering. Jag vill i detta sammanhang peka på vikten av att förebyggande insatser också ingår i planeringen. Denna fråga har närmare berörts i avsnitt 2.3.1.

De beslut som i dag fattas om t.ex. utbildning, byggnation, organisation och ekonomi på ett till två års sikt påverkar, som tidigare nämnts, i många fall i betydande utsträckning förutsättningarna för den fortsatta utvecklingen inom hälso- och sjukvården. För att landstingskommunernas långsiktiga planering skall få genomslag är det önskvärt att det finns en klar koppling mellan femårsplaneringen och årsbudgeten. Femårsplaneringen ger bl.a. underlag för de kommunalekonomiska överläggningarna mellan staten och kommunerna.

Huvudmännen bör bedriva sin hälso- och sjukvårdsplanering enligt vissa enhetliga principer som är gemensamma för hela landet och använda samma begrepps- och referensramar. Detta är önskvärt om planeringen skall kunna samordnas på olika nivåer, om planeringsinsatser skall kunna jämföras och summeras samt om resultaten senare skall kunna utvärderas. Här för behövs också ett samordnat och enhetligt statistiksystem.

HSU har föreslagit att inriktningen och organisationen av den hälso- och sjukvård som skall tillgodose behov av närhet och lättillgänglighet, här kallad primärvården, skall redovisas särskilt i planeringen. Enighet torde råda om att primärvården måste prioriteras. En bestämmelse har också införts i lagen om att vården skall verka för att hälso- och sjukvården blir lätt tillgänglig vilket bl.a. innefattar att vården finns i patienternas närhet. Det kan därför finnas goda skäl att särskilt redovisa vilka åtgärder landstingskommunen ämnar vidta i detta syfte. Jag anser det emellertid inte nödvändigt att i lagen föra in en bestämmelse om särredovisning i planeringen härav.

Jag anser liksom HSU att skyldigheten för landstingskommunerna att planera hälso- och sjukvårdens utveckling bör skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen. Planeringen bör innefatta alla de hälso- och sjukvårdsresurser som finns inom landstingsområdet. Skyldigheten att samverka med andra myndigheter och organisationer bör också anges i lagen.

Behov finns av samverkan med företagshälsovården, skolhälsovården, studerandehälsovården etc. och de statliga vårdinstanserna. Samarbetsparter kan också vara enskilda, privatpraktiserande och privata sjukhem och organisationer, t.ex. inom arbetsmarknaden, handikapp- och patientorganisationer. Andra väsentliga samarbetsparter beträffande t.ex. regionalpolitik och sysselsättning för landstingen är centrala och regionala myndigheter.

Behovet är också stort av samarbete med socialvården och annan kommunal verksamhet, t.ex. i fråga om äldreomsorg, handikappomsorg, missbruksvård och psykiatrisk vård.

Denna samverkan kan t.ex. innefatta informationsfrågor eller privata vårdgivares medverkan i en med landstingskommunerna gemensam jour och beredskap. I vissa primärvårdsområden kan t.ex. privatpraktiserande läkare avlasta vårdcentralerna vårduppgifter för ett antal patienter och därmed utgöra en del av resurserna inom primärvården.

Innebörden av den skyldighet att samverka som anges i hälso- och sjukvårdslagen är att landstingskommunerna skall ta initiativ till samverkan med andra vårdgivare på lämpligt sätt. Jag utgår som tidigare framhållits från att dessa andra vårdgivare i största möjliga utsträckning kommer att aktivt delta i en sådan samverkan. Att myndigheterna har att samverka torde framgå av deras allmänna åligganden.

Det är också viktigt att den privata sektorns behov av länssjukvårdens resurser inom olika medicinska verksamhetsområden beaktas i planeringen. Principer för remittering och laboratorieundersökningar bör t.ex. vara gemensamma.

För att vården skall få en enhetlig kvalitet kan det vidare vara lämpligt att t.ex. privatpraktikerna bereds möjlighet att delta i kliniska konferenser och i andra former av efterutbildning.

En läkare får etablera sig som privatläkare även om han inte kan komma överens med landstingskommunen om hur de skall samverka. Landstingskommunerna har sålunda ingen bestämmanderätt över de privatpraktiserandes verksamhet. Jag anser det emellertid naturligt att även de privatpraktiserande tar ett ökat ansvar för patienterna, t.ex. genom att delta i jour och beredskap.

Inom Spri pågår ett utvecklingsprojekt i fråga om samverkan mellan primärvården och privatläkarvården. Projektet ingår i det utvecklingsarbete som staten finansierar under en treårsperiod i syfte att förbättra kontinuiteten inom hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av att privatläkarkåren minskar har en beredningsgrupp tillsatts inom socialdepartementet med uppgift att analysera frågor om nyrekrytering till privatpraktikeråren. Arbetsgruppen har i uppgift att lämna förslag som kan underlätta nyetablering av privatpraktiserande läkare, särskilt i de delar av landet där läkarvårdsresurserna är otillfredsställande. Förslag bör också läggas fram om hur samarbetet mellan privatpraktikerna och den offentliga vården kan utvecklas.

De enskilda sjukhemmen kommer även i framtiden att vara en tillgång för hälso- och sjukvården.

Jag vill slutligen än en gång instämma i vad landstingsförbundet anfört i sitt remissyttrande om planeringens och samordningens stora betydelse för möjligheterna att skapa ett samlat och rationellt – effektivt – utbud av hälso- och sjukvård som tillgodoser människornas behov av god vård. Detta förutsätter ett växelspel där olika vårdgivare måste vara beredda att

gemensamt verka för konstruktiva lösningar och där olika vårdgivare är beroende av varandra. Ett gott resultat kommer att kräva god vilja från alla inblandade.

2.3.5 Organisation

Nuvarande förhållanden

Landstingskommunens politiska organisation av hälso- och sjukvården regleras f.n. i kommunallagen (1979:179) och i sjukvårdslagen. Det högsta beslutande organet inom landstingskommunen är landstinget. Förvaltning och verkställighet ankommer på förvaltningsutskottet och övriga nämnder.

Ledningen av den sjukvårdande verksamheten utövas i allmänhet av en sjukvårdsstyrelse. Landstingskommunen kan tillsätta en särskild sjukvårdsstyrelse eller uppdra åt annan nämnd att vara sjukvårdsstyrelse. Har detta inte skett är förvaltningsutskottet också sjukvårdsstyrelse.

Motsvarande principer gäller för de primärkommuner som inte hör till någon landstingskommun. Bestämmelserna om förvaltningsutskott avser därvid kommunstyrelse.

Närmast under sjukvårdsstyrelsen kan tillsynen och ansvaret för förvaltningen av sjukhus och annan sjukvårdande verksamhet utövas av en eller flera direktioner. Den administrativa organisationen är som regel anpassad till den politiska organisationens uppbyggnad med en central förvaltning och ett varierande antal lokala förvaltningar.

Den nu gällande sjukvårdslagstiftningen innehåller vidare detaljerade bestämmelser om organisationen av förvaltningen inom hälso- och sjukvården, t.ex. bestämmelser om sjukvårdsdirektör, chefsläkare, styresman, sjukhusdirektör, indelning i sjukvårdsområden, kliniker och block samt klinik- och blockchefer m.m. I lagen slås också fast att vården skall organiseras i slutna och öppna vård. Vidare finns föreskrifter om att den slutna vården skall anordnas vid sjukhus, som beroende på vårdens inriktning benämns lasarett, sjukstuga eller sjukhem. För den öppna vården skall landstingskommunen enligt lagen vara indelad i läkardistrikt. Den nya kommunallagen bygger på principen att landstingskommunerna skall lämnas största möjliga frihet att anpassa sina arbetsformer till de lokala förhållandena. Lagen har i högre grad än tidigare lag karaktär av ramlag. Åtskilliga detaljfrågor som förut reglerades i lag kan landstingskommunerna numera själva besluta om.

I samband med införandet av den nya kommunallagen gjordes en översyn av olika specialförfattningar som ålägger landstingskommunerna att svara för förvaltningsuppgifter och som föreskriver statlig tillsyn över att uppgifterna fullgörs på ett tillfredsställande sätt. Syftet med översynen var att ta bort sådana detaljföreskrifter som med hänsyn till de landstingskommunala

organens ställning och resurser inte längre var nödvändiga.

Flera motiv anfördes för att på detta sätt decentralisera ansvar och befogenheter. Statsförvaltningen kunde avlastas arbetsuppgifter och få bättre tid för planering och andra övergripande frågor. Det innebär effektivitetsvinster för samhällsförvaltningen som helhet, om de myndigheter som bereder ärenden också fattar de slutliga besluten. Vidare kunde de kommunala organens kännedom om lokala förhållanden bättre utnyttjas. Medborgarna kunde alltså därigenom få bättre möjligheter till kontakter med beslutsfattarna. Detta kunde göra det lättare att lösa många problem.

Samtidigt pekades dock på de krav som finns på samordning och likformighet i samhällsarbetet. Beslut av statsmakterna för att tillförsäkra medborgarna exempelvis rättssäkerhet, sysselsättning och lika tillgång till samhällsservice måste självfallet förverkligas. Det framhölls att det knappast var möjligt att ställa upp någon allmängiltig princip som kan tillämpas vid ställningstaganden till utformning av statens tillsyns- och kontrollfunktioner. En avvägning mellan delvis motstridiga intressen måste ske vid varje tillfälle.

I prop. 1976/77:1 framhölls att starka skäl talade för att frågan om statlig tillsyn och kontroll bör bedömas i samband med att sakområdet utreds. Eftersom en översyn av sjukvårdslagstiftningen redan pågick vid tiden för införandet av den nya kommunallagen gjordes då endast några smärre ändringar i denna lagstiftning.

Utredningen

I direktiven till hälso- och sjukvårdsutredningen angavs som en viktig utgångspunkt för utredningens arbete att undanröja sådan detaljreglering i lagstiftningen som inte längre behövs. Möjligheterna till decentralisering av verksamheten skulle tas till vara och en förstärkning av den kommunala demokratin underlättas.

Enligt HSU innebär den pågående utvecklingen av primärvården att hälso- och sjukvården alltmer kommit att byggas upp och få sin förankring på den lokala nivån. Hälso- och sjukvården bör i första hand möta behoven i nära kontakt med befolkningen och med kunskap om den miljö där människorna lever och verkar. Den lokalt baserade vården bör liksom hittills huvudsakligen vara förlagd till eller anknuten till mottagningsenheter av typ vårdcentraler, närmottagningar eller lokala sjukhem.

HSU föreslår att hälso- och sjukvården organisatoriskt delas upp i närvård, länssjukvård och regionsjukvård. Begreppet närvård föreslås av utredningen som ett nytt organisatoriskt begrepp för den lokala offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. Till skillnad från primärvårdsbegreppet omfattar närvårdsbegreppet även folk tandvård och konsultinsatser för decentraliserad hälso- och sjukvårdsservice.

Utredningen anser att begreppen sluten och öppen vård inte är anpassade till den funktionella och organisatoriska avgränsning av vården som utredningen förespråkar. HSU föreslår därför att begreppen inte längre används i lagstiftningen, vare sig som funktionella eller organisatoriska begrepp.

Överhuvudtaget bör landstingskommunerna enligt utredningens uppfattning ha en stor frihet att själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skall ställas till förfogande för vården samt sättet att organisera dessa. Detta bör avse såväl den i den nuvarande lagstiftningen reglerade organisationen, t.ex. sjukvårdsområde, läkardistrikt, sjukhus, klinik, sjukvårdsdirektör, chefsläkare och styresman m.m. som nu oreglerade organisatoriska enheter, t.ex. vårdcentraler, specialmottagningar och motsvarande.

HSU konstaterar att landstingskommunerna även fortsättningsvis kan behöva använda begrepp som överensstämmer med dem som i dag återfinns i lagstiftningen. Enligt HSU måste dock organisatoriska begrepp m.m. tillåtas att variera mellan landstingskommunerna. HSU förutsätter att den enhetlighet som krävs kommer att kunna uppnås även utan särskild lagreglering.

HSU konstaterar att hälso- och sjukvårdens utveckling påverkas av olika intressen; det demokratiska inflytandet, det administrativa inflytandet, det professionella kunnandet och inflytandet samt de företagsdemokratiska intressena.

I fråga om det demokratiska inflytandet är HSU av den meningen att det finns anledning att i en ny lagstiftning ha kvar de grundläggande bestämmelserna om att ledningen av den hälso- och sjukvårdande verksamheten skall åvila en särskilt angiven politiskt vald styrelse, förslagsvis benämnd hälso- och sjukvårdsnämnd. Liksom *f.n.* bör det enligt utredningen finnas möjlighet för landstingskommunerna att låta underordnade förtroendemanorgan svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten. I lagen bör däremot inte föreskrivas hur dessa organ skall vara sammansatta eller vilka deras ansvarsområden bör vara.

När det gäller det administrativa inflytandet anser HSU, som redan nämnts, att detaljerade organisationsbegrepp inte bör tas in i lag. Frågan om särskild sakkunskap behövs för att uppehålla arbetsledande eller andra befattningar bör i stället avgöras av de i demokratisk ordning valda, för verksamheten ansvariga förtroendemännen efter samråd med arbetstagarernas organisationer.

Remissinstanserna

Landstingsförbundet och flertalet huvudmän är positiva till utredningens förslag om hur det demokratiska inflytandet bör vara organiserat.

Kommunaldemokratiska kommittén är tveksam till en föreskrift om en obligatorisk hälso- och sjukvårdsnämnd. Som sin principiella uppfattning

uttalar kommittén att förvaltningsutskott inte bör belastas med anställningsbestyr som kan läggas på facknämnder. Kommittén hade gärna sett att ett klagörande skedde i detta sammanhang i frågan om förhållandet mellan över- och underordnande organ när det gäller förvaltning och verkställighet.

I anslutning till utredningens förslag i dessa delar har åtskilliga remissinstanser, bl.a. Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund invänt att patienternas möjligheter att hävda sina intressen inte blivit tillräckligt belysta och att det finns risk för patientens säkerhet om vissa detaljbestämmelser utmönstras ur lagstiftningen. JO framhåller att nuvarande bestämmelser reglerar förhållandet mellan en patient och sjukvården och att dessa regler har stor praktisk betydelse. JO framhåller vikten av att motsvarande bestämmelser tas in i den nya lagstiftningen. Liknande synpunkter framförs av bl.a. kammarrätten i Stockholm. Läkaresällskapet pekar bl.a. på riskerna med att organ med likartad funktion enligt förslaget kan få olika benämningar och att samma benämning kan komma att användas för organ med olika uppgifter. En sådan utveckling skulle enligt sällskapet innebära nackdelar framförallt för patienterna.

Utredningens förslag att införa närvård som ett organisatoriskt begrepp för den lokala offentliga hälso- och sjukvården ifrågasätts av flera remissinstanser, däribland socialstyrelsen. Styrelsen menar att införandet av ett nytt sådant begrepp inte tjänar något praktiskt syfte utan endast skapar förvirring. Styrelsen anser att begreppet primärvård bör bibehållas och eventuellt utvidgas till att omfatta ytterligare verksamheter. Primärvårdsbegreppet är internationellt vedertaget och numera väl inarbetat inom landet.

Överväganden

Som jag tidigare angivit är den svenska sjukvården ännu starkt sjukhuskoncentrerad. Sedan länge har påtalats behovet av att förstärka, förbättra och geografiskt jämnare fördela såväl de öppna vårdformer, som kan förläggas utanför sjukhus, som långtidssjukvård. Jag finner det angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriteras. Under senare år har på olika håll i landet en samlokalisering av primärvården med angränsande delar av socialvården kommit till stånd. Det är av stor vikt att denna utveckling fortgår och underlättas.

Den ekonomiska återhållsamhet, som kommer att prägla hälso- och sjukvårdsutvecklingen under den nu överblickbara framtiden, nödvändiggör att de totala resurser, som i dag finns inom hälso- och sjukvården, omfördelas för att ökade insatser ska kunna göras inom sådana angelägna områden som öppen vård utanför sjukhus och långtidssjukvård.

Enligt en allmänt accepterad beskrivning omfattar primärvården både

miljö- och individinriktad förebyggande verksamhet, all utredande och behandlande verksamhet, som kan ges utanför sjukhus av lasarettstyp, samt all omvårdnad, som betingas av medicinska skäl och som kan ges utanför sådana sjukhus. Den innefattar mottagningsverksamhet vid t.ex. vårdcentraler, förebyggande verksamhet, t.ex. i form av hälsoupplýsning och barn- och mödrahälsovård, sjukvård i hemmen, dagsjukvård lokaliserad till primärvårdsenhet, sjukhemsvård samt hälso- och sjukvårdsservice till bl.a. primärkommuner (inom socialtjänsten och vid skolor) och företag (företagshälsovård).

Det torde råda politisk enighet om att dessa verksamheter bör föras samman till en primärvårdsorganisation, som ges förstahandsansvaret inom hälso- och sjukvården för befolkningens hälsa inom ett begränsat geografiskt område – i regel motsvarande en kommun.

Arbetet inom primärvården måste, liksom inom andra hälso- och sjukvårdsfunktioner, präglas av kvalitet. En god vårdkvalitet ger människorna säkerhet och trygghet. Arbetet bör ske utifrån en helhetssyn på människors fysiska, psykiska och sociala behov.

En god kontinuitet i vården bör eftersträvas med bl.a. möjlighet för besökare vid vårdcentralen att möta samma läkare och samma hälso- och sjukvårdspersonal i övrigt som vid tidigare besök. Härigenom når man de positiva effekter som är förknippade med husläkarsystemet. Att tillgodose kraven på närhet och tillgänglighet bör givetvis också vara särskilt angeläget i primärvårdens arbete. Det innebär att dessa enheter, främst vårdcentraler och sjukhem, bör vara lokaliserade och organiserade på ett sätt som svarar mot befolkningens fördelning och behov.

Med utgångspunkt i primärvårdens ansvar för befolkningens hälsa inom det egna betjäningområdet och i linje med det hälsopolitiska synsätt, som jag tidigare berört, bör primärvården ha till uppgift att samla in kunskaper om sjukdomar och skador samt undersöka om dessa har samband med miljöförhållanden av olika slag. Primärvården bör enligt min uppfattning ha goda förutsättningar att studera sådana samband och riskförhållanden genom den kontakt med såväl arbets- som bostadsmiljö m.m., som dess personal har. Det måste ankomma på primärvården att informera om risker i miljön och att ta de kontakter med myndigheter och organisationer, som kan vara erforderliga. Mot denna bakgrund bör enligt min mening hälso- och sjukvården planeras med primärvården som bas för organisationen.

Det är sålunda viktigt att primärvården samarbetar med olika samhällsorgan samt med frivilliga organisationer och enskilda för att främja befolkningens hälsa i vidsträckt bemärkelse. Den samverkan, som kan etableras med privata vårdgivare och företagshälsovård m.m., har därvid stor betydelse och kan ses som delar i en samordnad primärvård. I det dagliga arbetet med olika patientfrågor bör primärvården också samverka med bl.a. länssjukvården och primärkommunerna – främst deras socialtjänst. Landskommuner och kommunerna inom ett län bör också samordna sina

insatser för att ge barnen och de äldre i samhället samt missbrukare m. fl. det stöd och den vård som de behöver.

Långtidssjukvården är sålunda en viktig uppgift för primärvården. Antalet äldre i befolkningen har ökat snabbt under de senaste decennierna. Ökningen väntas fortsätta om än i en något långsammare takt än hittills. Av särskild betydelse är den stora ökning som sker när det gäller de äldsta åldersgrupperna med ofta omfattande och sammansatta sjukdomsproblem. De äldre har ett väsentligt större behov av sjukvård än personer i yngre åldrar.

Det ökade behovet av sjukvård för de äldre bör, enligt min uppfattning, tillgodoses inom ramen för hemsjukvården. Förutsättningarna för goda behandlingsresultat är oftast bättre om patienten kan vårdas i sin hemmiljö. Samtidigt begränsas behovet av omhändertagande på olika typer av vårdinstitutioner. Insatserna när det gäller hemsjukvården bör också kompletteras med olika former av dagvård och social hemtjänst. En särskild utredning (S 1979:11) har i uppdrag att göra en översyn av olika frågor rörande vård av anhöriga i hemmet.

Hemsjukvården m.m. torde dock inte helt kunna tillgodose det ökade vårdbehovet för de äldre. Enligt min uppfattning bör därför en fortsatt utbyggnad ske av antalet vårdplatser för långtidssjuka. Jag vill i detta sammanhang dock understryka angelägenheten av att utveckla såväl anhörigvård som lokal sjukhemsvård.

Äldre personer med behov av akutsjukvårdens resurser för diagnostik och behandling skall naturligtvis på samma sätt som yngre personer kunna bli vårdade inom akutsjukvården. Jag vill här bl.a. erinra om de möjligheter, som öppnats för många äldre människor med t.ex. förslitna höfter att genom operation få ökad rörlighet och befrielse från smärtor.

Långvårdsklinikerna kommer att ha en viktig funktion framför allt för mera resurskrävande rehabilitering av äldre tillbaka ut i samhället. En annan angelägen uppgift är att svara för rådgivning och utbildning av den personal som inom primärvården skall ha hand om sjukhem och övrig långtidssjukvård.

I överensstämmelse med vad jag tidigare har anfört om inriktningen av hälso- och sjukvården på förebyggande insatser vill jag betona behovet av uppsökande verksamhet bland de äldre. Häri bör ingå vissa hälsokontroller.

Jag vill liksom HSU understryka behovet av en väl fungerande specialiserad länssjukvård. Enligt min mening bör även verksamheterna inom länssjukvården få en starkare orsakssökande inriktning än tidigare. Vårdplatser vid sjukhus inom länssjukvården (läns- och länsdelssjukhus) förutsetts bli utnyttjade i första hand för tidsbegränsade utrednings- och behandlingsinsatser. Jag anser dock att antalet vårdplatser för akutvård bör kunna minska i takt med att långtidssjukvården byggs ut, att vårdtiderna reduceras samt att utrednings- och behandlingsåtgärder överförs från slutet

till öppen vård.

Dessa synpunkter är också giltiga för den psykiatriska verksamheten. Jag ser med tillfredsställelse på strävandena att förändra psykiatrins vårdinnehåll och vårdmetoder, bl.a. i syfte att begränsa isoleringen av de psykiskt sjuka. Detta bör påverka fördelningen av de psykiatriska resurserna så att dessa i minskande omfattning koncentreras till länssjukvårdsenheter för slutenvård. En successiv avveckling av de f.d. mentalsjukhusen och en minskning av antalet slutenvårdplatser bör eftersträvas. Det är enligt min mening angeläget att psykiatri i betydligt ökad omfattning decentraliseras och inriktas mot öppen vård och sådana halvöppna vårdformer som t.ex. dagsjukvård och nattsjukvård.

Den framtida psykiatri bör liksom andra hälso- och sjukvårdsverksamheter omfatta inte bara vård och behandling av psykiska sjukdomar utan även insatser för att förebygga sådana sjukdomar. En sektoriserad psykiatri, dvs. en psykiatrisk akut- och korttidsvård som är integrerad och samlokaliserad med övrig primärvård, skulle erbjuda betydande fördelar genom att den ger möjligheter till insatser i såväl öppen som halvöppen vård. De pågående förändringar mot ökat lagarbete, där personalkategorier med olika erfarenhetsbakgrund ingår, bör också kunna medföra en utveckling av vård- och behandlingsmetoderna.

Jag kan här nämna att fördjupade studier av länssjukvården och dess förhållande till både primärvård och regionsjukvård görs inom HS 90-projektet. Stor uppmärksamhet ägnas därvid möjligheterna att begränsa framför allt vårdplatsantalet inom länssjukvården. Härigenom förbättras förutsättningarna att inom snäva finansiella och personella resursramar säkerställa en utbyggnad av primärvården, innefattande långtidssjukvård.

Jag vill i detta sammanhang också erinra om de vårdkonsumtionsstudier, som genomförs inom socialstyrelsen och som visar att vårdutnyttjandet i form av t.ex. vårdplatser varierar mellan olika landstingsområden samt att vårdutbudet i stor utsträckning styr vårdutnyttjandet. De landstingskommuner eller sjukhus, som t.ex. har fler vårdplatser än andra motsvarande enheter har alltså en större efterfrågan på slutenvård.

För att vissa komplicerade och sällsynta sjukdomar skall kunna behandlas framgångsrikt krävs särskilda personella och tekniska resurser som ett enskilt landsting inte kan erbjuda. Ett samarbete inom större regioner blir därför nödvändigt. Riksdagen har år 1980 fattat beslut om innehållet och organisationen av regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 6, rskr 123). Det regionala samarbetet avses ske inom ramen för sex sjukvårdsregioner. Samarbetet som nu är inriktat på vissa specialiteter såsom thoraxkirurgi, neurokirurgi och radioterapi förutsätts bli utvidgat till att omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden som har behov av högspecialiserade resurser. I vissa fall kan det vara lämpligt att koncentrera vården till ett eller några få sjukhus i landet. Vidare skall formerna för samverkan inte avse enbart slutenvård och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning,

konsultationer och utarbetande av gemensamma vårdprogram m.m., samt vissa frågor rörande utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete. I den nya hälso- och sjukvårdslagen bör givetvis ingå bestämmelser om landstingens samverkan om regionsjukvården i enlighet med riksdagens beslut.

Det ankommer på landstingskommunerna själva att komma överens om hur denna samverkan skall läggas upp och genomföras samt om inriktningen och omfattningen av samarbetet inom och mellan regionerna. Enligt riksdagens beslut förordas att de regionala planerna samordnas på riksni-vå.

Jag är i likhet med utredningen och flertalet remissinstanser av den uppfattningen att organisationen av hälso- och sjukvården inte bör regleras i lag i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att garantera patienternas rättssäkerhet och en god och säker vård i hela landet.

Hälso- och sjukvården bör – i överensstämmelse med vad som gäller i dag – ledas av en politisk nämnd, i fortsättningen benämnd hälso- och sjukvårds-nämnden. Möjligheterna att lägga ansvaret för hälso- och sjukvården på förvaltningsutskottet eller annan nämnd bör också finnas kvar. Jag anser att huvudmännen bör få möjlighet att inrätta politiska förvaltningsorgan under hälso- och sjukvårdsnämnden med ansvar t.ex. för vissa geografiska områden eller vissa verksamheter. Frågan om inrättande av lokala organ för hela det landstingskommunala verksamhetsområdet övervägs f.n. av kommunaldemokratiska kommittén. Mitt förslag hindrar inte att lokala organ kan inrättas för uppgifter även inom hälso- och sjukvårdsområdet.

När det gäller de organisatoriska frågorna finner jag övervägande skäl tala för att använda begreppet primärvård för den lokala offentliga hälso- och sjukvården. Primärvård är numera en väl inarbetad benämning. Den är också internationellt vedertagen. Det av HSU föreslagna begreppet närvård är i och för sig lättförståeligt men har enligt min mening inga väsentliga fördelar framför den numera vedertagna benämningen primärvård. Frågan är dock inte av den natur att den föranleder några lagmässiga konsekvenser.

I likhet med flera remissorgan anser jag att konsekvenserna för patienterna av att utmönstra detaljbestämmelser om organisation och arbetsformer inte analyserats tillräckligt av utredningen.

Det finns enligt min mening ett klart behov av vissa enhetliga definitioner och referensramar inom hälso- och sjukvården bl.a. för att möjliggöra översikter och jämförelser på nationell nivå. Härigenom ges tillsynsmyndigheten bättre möjligheter att bevaka att målen för hälso- och sjukvården följs och att vården i hela landet är av god kvalitet.

Begreppen öppen och slutet vård, sjukhus, överläkare och distriktsläkare förekommer sålunda i olika andra lagar t.ex. i lagen (1966:293) om beredande av slutet psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda och smittskyddslagen (1968:231). LSPV är f.n. föremål för översyn genom socialberedningen

(S 1980:07). Omsorgslagen har nyligen setts över av omsorgskommittén, vars betänkande (SOU 1981:26) Omsorgen om vissa handikappade f.n. remissbehandlas. En översyn av smittskyddslagen har begärts av bl.a. socialstyrelsen. Frågan om översyn övervägs f.n. Begreppen sluten och öppen vård används vidare i samband med planeringen och finansieringen av hälso- och sjukvården.

Jag är medveten om att begreppen sluten och öppen vård ter sig ålderdomliga och att det kan uppkomma problem med att dra gränserna mellan dem. En av orsakerna härtill är t.ex. att nya "halvöppna" vårdformer har vuxit fram. Detta har framför allt skapat problem vid tillämpningen av sjukförsäkringens ersättningsregler. Enligt den överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under åren 1982-1983 som regeringen och riksdagen godkänt (prop. 1980/81:187, SoU 29, rskr 416) skall en särskild arbetsgrupp tillsättas för att pröva möjligheterna att i ökad omfattning föra samman och schablonisera ersättningarna från sjukförsäkringen till de offentliga sjukvårdshuvudmännen.

Jag är mot denna bakgrund inte beredd att nu utmönstra begreppen ur lagstiftningen.

De berörda översynerna skall emellertid syfta till att begreppen överläkare, distriktsläkare, sjukhus samt öppen och sluten vård avskaffas. Förslag härom bör om möjligt föreläggas riksdagen under år 1983.

2.3.6 Personal

2.3.6.1 Allmänt

Nuvarande förhållanden

I sjukvårdslagen finns bestämmelser dels om att det skall finnas läkare för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande (15 och 16 §§ SjvL), dels om att det för den sjukvårdande verksamheten skall finnas anställd den övriga personal som behövs för att en god vård skall kunna meddelas (23 § SjvL).

Sjukvårdslagen och -kungörelsen innehåller även detaljerade bestämmelser om olika läkartjänster, behörighetskrav och tillsättning m.m. Vidare finns bestämmelser om vilka läkare som beslutar om intagning och utskrivning av patienter vid sjukhus och om att denna beslutanderätt vid behov får överlätas på annan läkare.

Beträffande den rent medicinska verksamheten äger sjukvårdshuvudmännen inte meddela föreskrifter. Detta ankommer på socialstyrelsen.

Genom lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen) regleras personalens skyldigheter i förhållande till bl.a. patienterna. Personalen åläggs bl.a. att vinnlägga sig om att ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård.

Utredningen

HSU föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen tas in en bestämmelse om att läkare skall ha det medicinska ledningsansvaret. Ansvaret bör dock enligt utredningen så långt det är möjligt delegeras till annan personal. Vidare hänvisas till de bestämmelser som finns i annan lagstiftning om personalens yrkesansvar. Nuvarande bestämmelse om att landstingen skall ha tillräcklig personal anställd för att en god vård skall kunna meddelas anser utredningen inte vara behövlig. HSU hänvisar till 3 § lagförslaget, varigenom landstingen åläggs ett samlat ansvar för att god hälso- och sjukvård erbjuds dem som är bosatta inom landstingskommunen.

Överväganden

En förutsättning för att landstingskommunen skall kunna fullgöra sitt vårdgivaransvar är givetvis att den har tillgång till den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs. Personalen måste uppfylla de utbildnings- och andra kompetenskrav som finns uppställda. Jag vill här understryka personalens stora betydelse för vårdens kvalitet. Jag vill även understryka att den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården intar en särställning som motiverar att det finns vissa behörighetsregler. Hänsyn måste tas till patienternas berättigade krav på en god och säker vård och jag föreslår därför att bestämmelsen behålls om att landstingskommunerna skall ha den personal anställd som behövs för att kunna meddela en god hälso- och sjukvård.

Inom hälso- och sjukvården är den höga personalomsättningen framför allt bland sköterske- och biträdespersonalen ett återkommande problem. En hög personalomsättning påverkar givetvis kvaliteten och kontinuiteten och därmed också säkerheten i vården. Även patienternas möjligheter att få ett personligt och vänligt bemötande i vården påverkas.

Arbete pågår på olika håll i landet för att åstadkomma en minskad personalrörlighet. Jag vill i det här sammanhanget nämna de projekt om personalrörlighet som Spru i samarbete med Stockholms läns landsting genomfört vid några vårdavdelningar. Projekten har givit goda resultat och visat på nya organisatoriska lösningar av problemet. Erfarenheterna härifrån bör kunna tas tillvara även inom andra delar av landet.

2.3.6.2 Administrativt och medicinskt ledningsansvar

Nuvarande förhållanden

Det administrativa ledningsansvaret är ingående reglerat i nuvarande sjukvårdslagstiftning. Detta ledningsansvar omfattar alla åligganden som inte hör till den medicinska verksamheten. Enligt sjukvårdslagen skall sjukvårdsdirektören bereda och verkställa sjukvårdsstyrelsens beslut. Sjuk-

vårdsstyrelsen får vidare uppdrag åt sjukvårdsdirektören att vara direktionens verkställande tjänsteman och fullgöra administrativa och organisatoriska uppgifter som ankommer på den lokala sjukhusledningen. Lagstiftningen innehåller vidare föreskrifter om ansvaret för olika befattningshavare på nivåerna under sjukvårdsdirektören. Sjukhusdirektör, chefsläkare, styresman, block- och klinikchefer samt distriktsöverläkare har var och en på sin nivå delvis likalydande åligganden vad avser ledning, planering, samordning, tillsyn, ansvar för effektivitet, ekonomi, personal, jourorganisation, m.m.

Utvecklingen har fortlöpande gått mot en mindre detaljerad sjukvårdslagstiftning när det gäller de organisatoriska bestämmelserna. Den inom landet tidigare rätt likartade organisationen har därmed också utvecklats mot skiftande lösningar inom olika sjukvårdsområden. Ansvarsområdena för direktioner och block har t.ex. kommit att organiseras på olika sätt i landet.

Klinikerna, som tidigare leddes såväl medicinskt som administrativt av en överläkare, leds numera i administrativt hänseende av en klinikchef. I vissa fall styrs ett helt medicinskt verksamhetsområde eller grupper av sådana inom s.k. sektorsblock av en blockchef. En distriktsöverläkare, en befattning som f.ö. inte finns inom alla sjukvårdsområden, har hand om ledningen av en angiven vårdcentral men kan också fungera som administrativ chef för samtliga distriktsläkare inom ett läkardistrikt eller inom ett på annat sätt avgränsat område.

På nivåerna under sjukhusdirektör och styresman saknas f.n. föreskrifter om samråd mellan den som ansvarar för den ekonomiska förvaltningen och den läkare som har det administrativa ledningsansvaret.

På nivåerna under klinikchef och distriktsöverläkare finns föreskrifter för överläkare och distriktsläkare samt dem underställda läkare men inga föreskrifter för övrig personal. Bestämmelserna för läkare omfattar såväl det medicinska ledningsansvaret som ansvar för skiftande uppgifter av administrativ natur såsom utfärdande av intyg, skyldighet att anmäla vissa förhållanden och journalföring m.m.

För att garantera den medicinska kvaliteten i vårdarbetet och därmed säkerställa patienternas krav på trygghet finns olika regelsystem. Vid sidan av de allmänna bestämmelser om personalens ansvar som numera finns intagna i tillsynslagen finns särskilda bestämmelser om behörighet, om det medicinska ledningsansvaret samt regler om vissa särskilt angivna arbetsuppgifter och åtgärder.

Det medicinska yrkesansvaret regleras för läkare – förutom i tillsynslagen – i allmänna läkarinstruktionen (1963:341) och gäller alla behöriga läkare både i allmän och enskild tjänst. För övrig hälso- och sjukvårdspersonal regleras det medicinska yrkesansvaret dels i tillsynslagen, dels i instruktioner och reglementen för vissa av yrkesgrupperna.

Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom

yrkesutövningen. Alla är vidare skyldiga att följa de föreskrifter som socialstyrelsen utfärdar med stöd av tillsynslagen och föreskrifter i instruktioner eller reglementen.

Det medicinska ledningsansvaret innebär att läkaren har ett medicinskt ansvar inte bara för sitt eget yrkesmässiga handlande utan även ett chefsansvar för den underställda personalen. Ledningsansvaret avser den medicinska verksamheten – t.ex. åtgärder som undersökning och behandling i ett enskilt vårdfall för vilka krävs medicinsk utbildning. Det innebär däremot inte något övergripande ansvar för verksamheten rörande t.ex. organisation, resurser och utbildning. I dessa frågor beslutar den som driver sjukhuset och fastställer anslagen. Överläkares, biträdande överläkares och distriktsläkares medicinska ledningsansvar regleras i 15 och 16 §§ sjukvårdslagen samt i 29 § p. 3 och 31-32 §§ sjukvårdskungörelsen. Av bestämmelserna framgår att sådan läkare – förutom att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande inom det verksamhetsområde som anförtrots honom – även har att ställa sig till efterrättelse vad överordnade instanser föreskriver i fråga som inte direkt rör den medicinska verksamheten. Enligt lagen ansvarar dessa läkare för intagning och utskrivning av patienter på resp. sjukhus.

Av 30 och 34 §§ sjukvårdskungörelsen framgår att avdelningsläkare, extra läkare, underläkare och biträdande distriktsläkare är skyldiga att följa de direktiv och föreskrifter som den överordnade läkaren ger om utredning och behandling, som denne ansvarar för.

På samma sätt som klinikchefen enligt lagen har en beslutsfattande och ledande ställning i administrativa frågor vid kliniken har överläkaren resp. distriktsläkaren motsvarande ställning i de medicinska frågorna inom sitt verksamhetsområde. Den övriga personalen har att inom ramen för sitt yrkesansvar följa den ansvarige läkarens direktiv angående den medicinska verksamheten.

Utredningen

HSU gör den bedömningen att särskilda regler om personalens yrkesansvar inte behövs i en ny hälso- och sjukvårdslag för att tillgodose patienternas behov av trygghet i vården. De bestämmelser som redan gäller om personalens medicinska yrkesansvar i framför allt tillsynslagen innebär enligt utredningens mening goda grundläggande garantier för att krav på trygghet och kvalitet blir tillgodosedda. Utredningen föreslår att en hänvisning tas in i lagen till de särskilda bestämmelser som gäller för personalens åligganden och ansvar.

HSU har kommit till den slutsatsen att en fortsatt lagreglering av det administrativa ledningsansvaret inte är nödvändig. Det administrativa ansvaret bör i stället enligt HSU fastställas av huvudmannen. Det administrativa ledningsansvaret avser i det väsentliga det ansvar som åvilar block-

och klinikchefer för samordning och disposition av resurser inom kliniken eller blocket.

När det gäller frågan om behovet av regler motsvarande nuvarande bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret konstaterar HSU att många beslut inom hälso- och sjukvården är av sådan karaktär att de kräver högsta sakkunskap och speciell erfarenhet hos beslutsfattaren. Besluten måste ofta fattas efter en sammanvägning av olika medicinska och andra experters bedömningar. Mot denna bakgrund anser HSU att det i vårdorganisationen måste finnas befattningshavare med övergripande beslutsbefogenheter i medicinska frågor, dvs. med ett medicinskt ledningsansvar. HSU förutsätter dock att uppkommande avgränsningsproblem skall kunna lösas genom en organisation baserad på samråd och samverkan.

HSU anser sålunda att övervägande skäl talar för att bibehålla det medicinska ledningsansvaret för överläkare eller motsvarande. HSU föreslår mot den bakgrunden att i lagen tas in en bestämmelse om att ansvaret för att leda den medicinska verksamheten inom olika verksamhetsområden skall åvila läkare. Med medicinsk verksamhet avser utredningen sådana uppgifter som kräver medicinsk utbildning, dvs. utredning och behandling i det enskilda vårdfallet jämte förebyggande insatser. Tillämpningen bör dock ske så att läkaren utövar ledningsansvaret beträffande den diagnos och terapi som han med hänsyn till sin kunskapsnivå och erfarenhet har att ställa respektive ordinera eller själv utföra. I övriga fall förutsätts samarbetet med övriga specialister få ökad betydelse och i många fall bli avgörande för ställningstagandena. Utredningen förutsätter vidare att delegationsmöjligheterna tas tillvara av den ansvarige läkaren. HSU föreslår att en bestämmelse härom också tas in i lagen.

I specialmotiveringen till lagförslaget påpekar utredningen att den ansvarige läkaren liksom tidigare inte är skyldig att följa föreskrifter av överordnade administrativa organ beträffande den medicinska verksamheten. Området för det medicinska ledningsansvaret är således enligt HSU undantaget från det allmänna övergripande ansvar som åvilar landstingskommunen. Utredningen pekar också på att en avgränsning måste ske av läkares ledningsansvar i förhållande till det ledningsansvar som huvudmannen kan lägga på andra yrkesutövare inom vården. Ett sådant ledningsansvar kan också omfatta utredning och behandling av enskilda vårdfall och har samma innebörd som läkares ansvar i förhållande till annan personals insatser. Utredningen betonar att inom varje särskilt område gäller ett enda ledningsansvar. Flera yrkesgrupper kan alltså inte dela ett ledningsansvar. Enligt utredningens bedömning kommer ledningsansvaret till största delen att åvila läkare.

Experten i utredningen Ulrica Croné har i ett särskilt yttrande förklarat att hon inte ansluter sig till HSU:s slutsatser om nödvändigheten av att i lag införa föreskrifter om medicinskt ledningsansvar för yrkeskategorin läkare.

Hon anser

att kvaliteten garanteras genom en ansvarskedja, som rymmer tillsynsmyndighetens, huvudmannens, arbetsgivarens ansvar, de anställdas yrkesansvar, medicinalansvar och ledningsansvar,

att medicinskt ledningsansvar måste åvila den specialist – expert som besitter de bästa kunskaperna för aktuell verksamhet – insats,

att medicinskt ledningsansvar bör ligga så nära patient och arbetsgrupp som möjligt och

att ett medicinskt ledningsansvar oavsett vem eller vilka det åvilar inte behöver lagfästas.

Experten Bo Hjern anser att den föreslagna bestämmelsen om det medicinska ledningsansvaret fått ett så oklart innehåll att den i själva verket inte innebär någon garanti för kvalitet i vården. Genom att HSU har avstått från att närmare precisera området för det medicinska ledningsansvaret har utredningen ryckt undan grunden för ansvarets utövande. Den föreslagna bestämmelsen har inte samma karaktär som motsvarande regler i dagens lagstiftning. Vidare har HSU skapat ytterligare ansvarsområden som varken kan definieras som medicinska eller administrativa. Resultatet är en betydande osäkerhet om ansvarsregleringen inom hälso- och sjukvården som inte är acceptabel ur vare sig patientens eller personalens synvinkel.

Remissinstanserna

Det stora flertalet remissinstanser har ingen erinran mot förslaget i denna del.

Några är dock kritiska mot förslaget.

Socialstyrelsen instämmer i utredningens bedömning att det medicinska yrkesansvaret inte behöver regleras i en hälso- och sjukvårdslag. Samtidigt understryker styrelsen vikten av att klarhet skapas om vad som i ansvarshänseende gäller för de inom vården verksamma och att det vore av värde om dessa frågor klargjordes i motiven till en hälso- och sjukvårdslag.

Utredningens förslag att det administrativa ledningsansvaret inte skall regleras i lag tillstyrks av Landstingsförbundet och ett flertal landstingskommuner. Enligt förbundet är det naturligt att huvudmännen får frihet att själva lägga fast den organisationsform som passar dem bäst. Denna frihet hindrar inte att nuvarande organisation bibehålls när den fungerar bra.

TCO instämmer i utredningens uppfattning att nuvarande lagstiftning motverkar en utveckling av inflytande i olika former. TCO anser att det administrativa inflytandet inte bör regleras i lag. Enligt TCO bör den administrativa ledningen bygga på samverkan mellan de yrkesgrupper som har medicinsk resp. omvårdnadsmässig kunskap kombinerad med administrativ utbildning och erfarenhet. Även andra än läkare bör komma i fråga för ledningsfunktionen.

SHSTF framför liknande synpunkter och betonar att ledningsansvaret måste åvila yrkeskategorier med kompetens och utbildning inom medicin och omvårdnad. SHSTF tar därför avstånd från utredningens förslag att

förtroendevalda skall avgöra om särskild sakkunskap behövs för arbetsledande och andra befattningar.

Sveriges läkarförbund menar att administrativa och medicinska beslut i praktiken inte kan särskiljas. Det är därför orimligt att inte ge föreskrifter i lag om det administrativa ansvaret på klinisknivå. Liksom hittills bör överläkare vara klinikchef. Svenska läkarsällskapet framför liknande synpunkter.

Landstingsförbundet anser det positivt att utredningen försökt slå fast en skillnad mellan det medicinska och administrativa ledningsansvaret. Förbundet anser inte att lagförslaget behöver förtydligas eller förändras i dessa avseenden. Förbundet är dock medvetet om att många huvudmän ser risker för tillämpningssvårigheter när det gäller gränsdragningen mellan det medicinska och administrativa ledningsansvaret. Förbundet instämmer i dessa farhågor inte minst när det gäller frågan om att avgöra vad som är förhandlingsbart enligt MBL och vad som inte är det. Det är viktigt att det finns tillgång till annan vägledning än de grundläggande bestämmelser som kan tas in i en ramlag.

Ett femtontal landstingskommuner är i huvudsak positiva till HSU:s förslag rörande det medicinska ledningsansvaret.

Kammarrätten i Stockholm anser att ansvarsförhållandena blir oklara och svåröverskådliga om utredningens förslag om det administrativa och medicinska ledningsansvaret genomförs. Kammarrätten är av den mening att nuvarande ansvarssystem härigenom kommer att luckras upp. Kammarrätten anför att HSU har lagt fram förslag om delegation och vidaredelegation samt ett ökat företagsdemokratiskt inflytande i verksamheten men har inte samtidigt klargjort vilken återverkan förslagen får på ansvarsfrågan. Förslaget medför enligt kammarrätten rättsosäkerhet för såväl den enskilde som sjukvårdspersonalen. Som rättstillämpande instans anser kammarrätten att en sådan ordning inte kan godtas.

Socialstyrelsen instämmer i utredningens förslag om att det administrativa ledningsansvaret inte längre bör regleras i lag. Socialstyrelsen delar också utredningens bedömning att bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret för läkare bör bibehållas. I verksstyrelsens yttrande har majoriteten ställt sig helt bakom HSU:s lagförslag i denna del. Ordföranden i verksstyrelsen (generaldirektören) har dock anmält skiljaktig mening beträffande utformningen av det medicinska ledningsansvaret. Den begränsning av detta ansvar som gjorts av HSU är enligt hennes mening alltför snäv. Generaldirektören anser att detta ansvar också måste inrymma in- och utskrivning av patienter, förande av journaler, användning av medicinskt-teknisk utrustning på ett adekvat sätt samt säkra och effektiva läkemedelsrutiner.

Sveriges läkarförbund menar att HSU:s förslag innebär en väsentlig förändring av det medicinska ledningsansvaret bl.a. genom att detta enligt lagen inte längre skall åvila överläkare utan ospecificerade läkare. Genom

förslaget ges landstingen möjlighet att dela upp sjukvården i olika ansvarsområden där läkarna endast skall ansvara för medicinsk verksamhet i inskränkt bemärkelse. Sjukvård och medicinsk verksamhet är inte synonyma begrepp enligt förslaget. Vid sidan av den medicinska verksamheten kan det enligt utredningen finnas verksamheter som andra yrkesgrupper har ledningsansvaret för.

Läkarförbundet anser det anmärkningsvärt att utredningen inte försökt att analysera konsekvenserna av sitt förslag beträffande det medicinska ledningsansvaret. Svenska läkaresällskapet har likartade synpunkter.

Statskontoret, riksrevisionsverket och konsumentverket anser att förslaget om det medicinska ledningsansvaret är oklart och utan konkret innebörd. Frågan bör därför enligt deras mening analyseras närmare. RRV anser att det kan vara eftersträvansvärt med ett samlat ansvar för de medicinska, administrativa och ekonomiska funktionerna. Statskontoret anser att överläkare för sitt verksamhetsområde bör åläggas ett ansvar för en behörig och ändamålsenlig sjukvård samt att av bestämmelserna i lagen bör framgå att in- och utskrivning av patienter ingår i detta ansvar. Statskontoret erinrar om att de föreslagna kompletteringarna får återverkningar på vad ett kollektivt avtal om medbestämmande kan komma att innehålla på sjukvårdens område, eftersom ett sådant avtal inte får stå i strid med sjukvårdslagens bestämmelser.

Sveriges socionomers riksförbund anser att flera skäl föreligger för att monstra ut det medicinska ledningsansvaret ur lagstiftningen, bl.a. det förändrade synsätt på vården som vuxit fram och där sociala och psykiska faktorer fått en större tyngd som sjukdomsorsak. Om man i helhetssynen på patienten skall kunna ta hänsyn till de psykologiska och sociala förhållandena, måste olika kunskapsområden kunna hävda sig jämbördigt. Liknande synpunkter har förts fram av SKTF, SHSTF, HCK och Sveriges psykologförbund.

Överväganden

Hälso- och sjukvårdens viktigaste uppgift för patienten är att svara för de medicinska åtgärder som den enskilde patientens tillstånd kräver. Vård och behandling skall vara grundade på en betryggande medicinsk kompetens. Vårduppgifterna måste utföras med kunnsighet och omsorg. För anställning inom hälso- och sjukvården finns särskilda behörighetskrav uppställda för olika yrkesgrupper. Dessa behörighetskrav utgör garantier för säkerhet och kvalitet i vården. För att helt kunna tillgodose patienternas krav på säkerhet i vården måste det arbete som utförs av hälso- och sjukvårdspersonalen också vara förenat med ansvar. Detta ansvar måste också kunna utkrävas när så blir nödvändigt.

I nuvarande lagstiftning finns regler för det medicinska yrkesansvaret, det administrativa ledningsansvaret samt det medicinska ledningsansvaret. Det medicinska yrkesansvaret regleras sedan den 1 juli 1980 för hälso- och sjukvårdspersonal i första hand genom den s.k. tillsynslagen. Dessutom finns yrkesansvaret för vissa yrkesgrupper preciserat i instruktioner och reglementen för yrkesgrupperna, t.ex. för läkarna i den allmänna läkarinstruktionen (1963:341). Jag delar utredningens bedömning att någon särskild reglering av yrkesansvaret inte behöver tas in i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Eftersom det medicinska yrkesansvaret är en viktig garanti för att patienterna erbjuds en god och säker vård och för att underlätta förståelsen av författningsregleringen inom hälso- och sjukvården bör en hänvisning till gällande bestämmelser om det medicinska yrkesansvaret dock göras i ramlagen.

När det gäller det administrativa ledningsansvaret har utredningen föreslagit att nuvarande detaljreglering på området skall utmönstras ur lagstiftningen. Vissa remissinstanser har påpekat risker härmed i ansvarshänseende och svårigheter av praktisk natur att slopa regleringen av området. I princip delar jag utredningens uppfattning att frågan om hur det administrativa ledningsansvaret bör vara fördelat skall ankomma på huvudmännen.

När det gäller det medicinska ledningsansvaret har flera remissinstanser pekat på riskerna med att ansvaret i lagen inte ges tillräcklig omfattning eller att ansvaret inte klart anges. Jag har därför sökt att så detaljerat som möjligt redovisa mina förslag i denna del. Jag föreslår att det medicinska ledningsansvaret skall liksom i dag omfatta diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet. Detta innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina medicinska åligganden. Ansvaret omfattar förutom vården av enskilda patienter i strikt mening också in- och utskrivning av patienter innefattande även prioritering mellan patienter och ansvar för remitterade patienter. I ledningsansvaret ingår också ett ansvar för att journal förs för patienten, att befintlig medicinsk-teknisk utrustning används på det sätt som ur sjukvårdssynpunkt bäst gagnar patienten samt ansvar för riktig och säker medicinering.

I flera remissyttranden har framförts synpunkter på att det medicinska ledningsansvaret inte bör vara förbehållet läkare. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården, varvid bl.a. sociala och psykiska faktorer kommit att tillmätas en ökad betydelse som sjukdomsorsak, motiverar enligt dessa remissinstanser att även andra yrkesgrupper än läkare – t.ex. psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och sjukgymnaster – kan åläggas ett medicinskt ledningsansvar. Jag är medveten om att förhållandena inom vissa verksamhetsområden, bl.a. inom delar av den psykiatriska vården, är sådana att det redan i dag kan övervägas att lägga delar av ledningsansvaret på någon annan än läkare. Det förefaller troligt att utvecklingen inom hälso- och sjukvården kommer att förstärka behovet av alternativa lösningar, när det gäller

ledningen av verksamheten. I likhet med HSU anser jag emellertid att det i de allra flesta fall är nödvändigt att lägga det medicinska ledningsansvaret på en läkare. Som jag redan har utvecklat menar jag att detta ansvar av flera skäl bör vara angivet i lag. Jag föreslår i likhet med utredningen att det medicinska ledningsansvaret läggs på läkare i ledande ställning.

De läkare som har det medicinska ledningsansvaret bör enligt min mening preciseras i den nya lagen. Jag föreslår således att det skall finnas överläkare eller distriktsläkare som har ansvaret för att leda den medicinska verksamheten inom sina respektive verksamhetsområden. Jag föreslår vidare att annan läkare skall kunna förordnas att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden. Det är självklart att dessa läkare har specialistbehörighet inom verksamhetsområdet.

Jag anser i likhet med några remissinstanser att det inte är nödvändigt att i lag reglera den medicinskt ledningsansvarige läkares delegationsmöjligheter. De principer som av hävd gäller om delegation inom sjukvården bör även fortsättningsvis tillämpas. Dessa torde internationellt sett vara långtgående. Principerna för delegation inom sjukvården finns redovisade i socialstyrelsens kungörelse med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård m.m. (SoSFS M 1980:100). Det bör påpekas att delegationen endast kan avse vissa avgränsade uppgifter och aldrig hela ansvaret. Den ledningsansvarige läkaren kan sålunda inte helt frånhända sig detta ansvar.

Jag vill i detta sammanhang peka på att de läkare som åläggs ett medicinskt ledningsansvar när det gäller vård och behandling av enskilda patienter, endast är underställda socialstyrelsens tillsyn och ansvarsnämndens disciplinära prövning. Det är samtidigt viktigt att understryka att huvudmännen givetvis även i fortsättningen får ange de ramar inom vilka övriga åtgärder inom det medicinska ledningsansvaret t.ex. in- och utskrivning av patienter får ske. Det är därvid angeläget att de läkare som ålagts ett medicinskt ledningsansvar deltar i huvudmannens planering av verksamheten.

Avtal mellan arbetsgivare och arbetstagare med stöd av medbestämmandelagen blir således utan verkan i den mån de skulle strida mot lagreglerna om de uppgifter som omfattas av det medicinska ledningsansvaret. Med lagregler avses här också regler som utfärdas med stöd av lag.

Jag finner det vara angeläget att det ges möjlighet för huvudmännen att, när vårdmässiga och organisatoriska skäl talar för det, i enskilda fall få dispens från lagens bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret. Det kan t.ex. vara befogat att undanta vissa verksamheter från reglerna om medicinskt ledningsansvar, när de socialmedicinska aspekterna på vården och behandlingen är av avgörande betydelse. Det kan vidare vara rimligt att överväga att ge dispens från bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret, när det faktiska ansvaret för vården ligger på någon annan än läkare. Så är t.ex. ofta fallet vid ett sjukhem, där en sjuksköterska har det löpande vårdansvaret och läkaren endast tjänstgör ett fåtal timmar i veckan.

Läkare skulle om dispens ges snarast få ställning som konsult. Samma synsätt kan också tillämpas på avdelningar för sjukgymnastisk behandling.

Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården kan vidare vara av den karaktären att de snarare hör hemma inom det tekniska än det medicinska kompetensområdet. Detta kan exempelvis gälla medicinskt-tekniska avdelningar, avdelningar för sjukhusfysik och liknande enheter.

Även när det gäller verksamhet av denna tekniska natur bör huvudmannen i enskilda fall kunna få dispens från lagens bestämmelser så att verksamheten i fråga undantas från det medicinska ledningsansvaret.

Att viss verksamhet undantas från medicinskt ledningsansvar innebär självklart ingen ändring vad gäller vederbörande läkares ansvar för undersökning, diagnos och behandling av varje enskild patient och i samband därmed utfärdade ordinationer och remisser.

Socialstyrelsen bör bemyndigas att efter framställning från en sjukvårdshuvudman pröva om förutsättningar föreligger att medge undantag från lagens bestämmelser om medicinskt ledningsansvar. En sådan dispensrätt knyter givetvis nära an till socialstyrelsens uppgifter som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården.

Flera remissinstanser har pekat på riskerna med att stora delar av hälso- och sjukvården genom utredningens förslag kan bli föremål för förhandlingar enligt medbestämmandelagen och att detta förhållande kan inkräkta på patienternas berättigade krav på säkerhet och kvalitet i vården. Med den utformning det medicinska ledningsansvaret nu föreslås få, anser jag att patienternas intressen blivit väl tillgodosedda i dessa hänseenden. En god balans måste härmed också anses ha uppnåtts mellan patienternas och personalens intressen, i de fall dessa inte överensstämmer.

Jag vill slutligen i likhet med flera remissinstanser framhålla att ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården är komplicerade och att vissa ytterligare klarlägganden kan behövas. Av denna anledning avser jag föreslå regeringen att ge 1981 års behörighetskommitté i uppdrag att se över vissa frågor som rör ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten skall därvid vara det förslag som nu läggs fram beträffande medicinskt ledningsansvar. Strävan bör vara att klargöra ansvars- och arbetsfördelningen mellan framför allt läkare och vissa andra yrkesgrupper, t.ex. distriktssköterskor, barnmorskor och sjuksköterskor.

2.3.6.3 Bestämmelser om behörighet och tillsättning m.m.

Nuvarande förhållanden

I Sverige står det i princip var och en fritt att utöva verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Till skydd för allmänheten finns det dock omfattande begränsningar i denna frihet främst genom lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k.

kvacksalverilagen. För vissa grupper som är verksamma inom hälso- och sjukvården finns bestämmelser om legitimation eller krav på viss kompetens. Bestämmelser om legitimation finns f.n. för läkare, tandläkare, barnmorskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, glasögonoptiker och psykologer. För flera av dessa grupper utgör legitimationen ett villkor för behörighet att inneha anställning inom den allmänna hälso- och sjukvården. För läkare och sjuksköterskor finns dessutom krav på viss vidareutbildning för rätt att inneha vissa tjänster inom sjukvårdsorganisationen. För några yrkesgrupper gäller inte bestämmelser om legitimation men verksamheten är ändå rättsligt reglerad. För det stora flertalet yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården finns inga bestämmelser om legitimation eller annan rättslig reglering av yrket.

De bestämmelser som reglerar tillsättningsförfarande och behörighetsvillkor syftar i första hand till att tillgodose kravet på god kvalitet och säkerhet i vården.

För läkare återfinns behörighetsvillkor för anställning – förutom i den grundläggande lagen om behörighet att utöva läkaryrket – i sjukvårdskungörelsen. Villkoren för specialistkompetens för läkare återfinns i kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket. I sjukvårdskungörelsen regleras vidare sakkunnigförfarandet vid tillsättning av läkartjänster samt vikariatsförordnanden på dessa tjänster. Kraven för behörighet att inneha tjänst resp. vikariat på tjänst som sjuksköterska, barnmorska och sjukgymnast finns också i sjukvårdskungörelsen. Kraven på vidareutbildning för innehav av vissa sjukskötersketjänster finns i bestämmelser som socialstyrelsen utfärdat.

Utredningen

HSU anser att dagens detaljreglering av förfarandet vid tillsättning av läkartjänster passar mindre väl in i en lagstiftning av ramkaraktär. Detaljregleringen behövs enligt utredningens bedömning inte för att garantera att till varje tjänst knyts den person av de sökande som har de bästa kvalifikationerna och inte heller för de enskilda sökandenas rättssäkerhet. Utredningen pekar på att en förenklad ordning skulle stämma bättre överens med den principiella inställningen att landstingskommunerna i fortsättningen skall bära samhällets ansvar för hälso- och sjukvården.

HSU konstaterar vidare att behörighetsbestämmelserna för hälso- och sjukvårdspersonalen är spridda i olika författningar, att dessa kommit till vid olika tillfällen och att det kan anföras åtskilliga skäl för en särskild översyn av bestämmelserna. Ett samlat övervägande borde enligt utredningen också omfatta frågor om behörighet på områden, som f.n. inte är författningsreglerade. Det borde även omfatta tillsättningsförfarandet samt frågan om kompetenskrav på olika nivåer, t.ex. för anställning i ledande ställning.

Utredningen föreslår att detaljregleringen av tillsättande av läkartjänster

utmönstras ur lagstiftningen och att detta sker utan avvaktande av en central översyn på området. Vidare föreslås att de bestämmelser som behövs för att reglera behörigheten för anställning inom den allmänna hälso- och sjukvården, i avvaktan på den särskilda översynen, förs över till en särskild förordning. Utredningen lägger fram förslag till en sådan förordning.

Utredningen förutsätter att det tillsättningsförfarande som arbetsmarknadens parter i framtiden enas om i många avseenden kommer att överensstämma med det nuvarande väl prövade och fungerande förfarandet. Utredningen räknar också med att de meritvärderingsråd som socialstyrelsen har utfärdat i ämnet även i framtiden kommer att vara vägledande för huvudmännen.

Remissinstanserna

Förslaget om att behörighetsbestämmelser och tillsättningsregler bör ses över i särskild ordning tillstyrks av ett flertal remissinstanser. Det understryks från flera håll att denna översyn bör ske skyndsamt så att nya bestämmelser kan träda i kraft i anslutning till att hälso- och sjukvårdslagen blir tillämplig. Några remissinstanser är dock kritiska mot att de nuvarande bestämmelserna om tillsättning av läkartjänster m.m. inte förs över från nuvarande sjukvårdslagstiftning.

Överväganden

Som jag redan berört tillkallade förutvarande statsrådet Holm efter regeringens bemyndigande under hösten 1980 en särskild utredare för att göra en allmän översyn av bestämmelserna om legitimation och annan behörighet på hälso- och sjukvårdens område. I utredarens uppdrag ligger även att överväga behovet av särskilda bestämmelser om behörighet till anställning samt tillsättningsbestämmelser inom den offentliga hälso- och sjukvården. Även behovet av olika behörighetskrav för anställning på olika nivåer bör övervägas. Jag anser att gällande bestämmelser om behörighetsvillkor för anställning inom hälso- och sjukvården och om tillsättning och sakkunnigförfarande rörande läkartjänster i sak bör behållas oförändrade i avvaktan på att denna översyn sker. I hälso- och sjukvårdslagen bör tas in ett bemyndigande för regeringen att meddela sådana föreskrifter.

Som jag tidigare framhållit får regeringen med stöd av 33 § sjukvårdslagen meddela från lagen avvikande föreskrifter beträffande sjukhus, där undervisning för blivande läkare bedrivs eller skall bedrivs. Enligt 36 § sjukvårdslagen får vidare tjänst som distriktsläkare vara förenad med tjänst som lärare vid högskola. Regeringen meddelar bestämmelser om tillsättning av distriktsläkartjänst, förenad med sådan tjänst.

Med stöd av bestämmelserna har utfärdats kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus (KUSK). Med kommunalt undervisnings-sjukhus förstås sjukhus, som upplåtits för läkarutbildning enligt läkarutbild-

ningsavtal. KUSK tar främst upp vilka läkare, som får finnas vid undervisningssjukhusen, och hur tillsättningen av läkartjänsterna vid sjukhusen skall ske. Vidare fastslås läkarnas undervisningsskyldighet.

Enligt KUSK kan regeringen förordna om att läkartjänster vid dessa undervisningssjukhus förenas med lärartjänst vid berörd högskoleenhet. Sådan läkartjänst tillsätts i den ordning som gäller för lärartjänsten. På förslag får emellertid endast uppföras den som har behörighet till läkartjänsten.

Sålunda har regeringen förordnat om förening av professurer med överläkartjänster vid de kommunala undervisningssjukhusen. Tjänst som klinisk lärare är förenad med tjänst som biträdande överläkare och i några enstaka fall med överläkartjänst.

I KUSK finns medgivande att bl.a. kliniska amanuenser får biträda i sjukvården. Tjänst som klinisk amanuens är inrättad vid högskoleenheten, men tjänsteinnehavaren fullgör även sjukvård på som regel avdelningsläkarnivå. Sjukvårdshuvudmännen betalar enligt gällande läkarutbildningsavtal en tredjedel av kostnaderna för sådana tjänster.

Klinisk lärare förordnas tills vidare för högst sex år. Förordnande på tjänst som klinisk amanuens meddelas tills vidare för högst tre år, varefter förlängt förordnande får meddelas tills vidare för längst samma tid. Förordnande får ges för sammanlagt högst sju år.

Bakgrunden till att dessa förordnanden ges för viss tid är tjänsternas karaktär av meriteringstjänster.

Även tjänster som biträdande överläkare och avdelningsläkare har ansetts böra som regel vara genomgångstjänster vid undervisningssjukhusen för att läkare skall få möjlighet att under sin läkarbana skaffa sig fördjupade kunskaper vid dessa högspecialiserade sjukhus. I överensstämmelse härmed föreskrivs i 11 § KUSK att biträdande överläkare och avdelningsläkare förordnas för sex år, om ej särskilda skäl föranleder förordnande för kortare tid. Socialstyrelsen får emellertid medge att förordnande meddelas tills vidare.

Högskoleenheterna har genom KUSK tilldelats ett särskilt inflytande över tillsättningen av läkartjänsterna vid de kommunala undervisningssjukhusen genom att få utse sakkunniga som skall lämna tjänsteförslag. De sakkunnigas beslut om tjänsteförslag kan överklagas genom besvär hos socialstyrelsen.

Som en följd av den nya ramlagen för hälso- och sjukvården måste betydande ändringar göras i KUSK. Vissa av de bestämmelser som enligt min mening bör behållas är vidare av den karaktären att de numera bör meddelas i lag. Den nya lagen bör gälla alla enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som upplåtits för grundläggande utbildning av läkare och således inte som nu enbart enheter vid de kommunala undervisningssjukhusen. Detta har bl.a. betydelse för möjligheten att förena läkartjänst för sjukvård med lärartjänst för forskning, undervisning och examination även vid sjukhus och vårdcentraler utanför dessa sjukhus. Jag vill i detta

sammanhang erinra om att det i gällande avtal mellan staten och berörda sjukvårdshuvudmän om läkarutbildning och forskning (LUA-avtalen) inte gjorts en sådan uppdelning mellan sluten och öppen vård som i KUSK. I övrigt bör nu gällande bestämmelser efter en redaktionell överarbetning bibehållas.

Den valda lösningen bör ses som ett provisorium i avvaktan på en närmare översyn av bestämmelser om tillsättning, sakkunnigförfarandet m.m. som redan pågår. Vidare bör övervägas om inte vissa av de bestämmelser som nu regleras i författning bör kunna föras över till läkarutbildningsavtal.

2.4 Tillsyn och kontroll

Nuvarande förhållanden

Enligt sjukvårdslagen utövas högsta tillsynen över landstingskommunernas sjukvårdande verksamhet av socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdspersonalen står enligt tillsynslagen i yrkesutövningen under tillsyn av socialstyrelsen. Socialstyrelsens tillsynsbefogenheter regleras ytterligare genom tillämpningsförfattningar och i styrelsens instruktion.

Socialstyrelsen verkar genom föreskrifter och allmänna råd för att av statsmakterna fastlagda riktlinjer för hälso- och sjukvården följs. Styrelsen följer verksamheten bl.a. genom inspektioner.

Enligt 10 § tredje stycket sjukvårdskungörelsen (1972:676) åligger det sjukhusdirektören vid sjukhus att omedelbart anmäla till socialstyrelsen och polismyndigheten samt underrätta sjukvårdsstyrelse och direktion om någon åsamkas allvarlig skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset eller om det finns anledning att befara att sådan skada eller sjukdom senare kan uppkomma på grund av behandlingen.

Anmälan behöver inte ske om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse inte har förelegat. Om sjukhusdirektören inte är läkare åvilar det chefsläkaren att i samråd med sjukhusdirektören fullgöra anmälningskyldigheten (11 § 1. SjkK). Utövas ledningen av sjukhuset av en läkare som styresman åvilar anmälningskyldigheten denne (12 § SjkK). Bakgrunden till bestämmelserna, som allmänt kallas "Lex Maria", är ursprungligen några förgiftningsfall med dödlig utgång som år 1936 inträffade vid Maria sjukhus i Stockholm.

Enligt SjkK åligger det vidare överläkare och övriga läkare vid sjukhus att omedelbart underrätta chefsläkare eller styresman om förhållanden som avses i 10 § tredje stycket kungörelsen.

Utredningen

HSU anser att statens tillsyn i ökad utsträckning bör avse en uppföljning av att målen för verksamheten uppnås. Därigenom kopplas tillsynen på ett naturligt sätt till planeringen och får en klart vidareutvecklande inriktning.

Tillsynen bör vidare enligt HSU ha en övergripande och rådgivande inriktning.

Utredningen anser att det även i fortsättningen kommer att finnas behov av individuell tillsyn från statligt håll, inriktad på att kraven på kvalitet och säkerhet iakttas i vården och behandlingen av enskilda fall. Även denna tillsyn, vilken innebär ett rättsskydd för den enskilde, förutsätts kunna ge kunskaper om tillståndet inom hälso- och sjukvården. I tillsynen ligger enligt HSU även en rätt att vid behov inspektera verksamheten. Enligt HSU bör det vara av intresse för huvudmännen att öka utnyttjandet av central expertis bl.a. för hjälp i skilda bedömningsfrågor. Inspektionernas karaktär av rådgivning och vägledning till sjukvårdshuvudmännen bör sålunda markeras.

HSU ifrågasätter om syftet med en anmälningsskyldighet av sjukdom eller skada i samband med behandling skall vara att se till att disciplinär påföljd drabbar den som visas ha gjort sig skyldig till någon försumlighet. Utredningen anser att en sådan bestämmelse i vart fall inte hör hemma i en hälso- och sjukvårdslag. Syftet med en anmälningsskyldighet bör enligt utredningen främst vara att förebygga skada och därigenom förbättra sjukvårdens kvalitet. Med ett sådant syfte bör anmälningsskyldigheten inte begränsas till de fall där försumlighet och vårdslöshet föreligger hos någon anställd. En anmälningsskyldighet som avser att skydda patientens allmänna säkerhet bör enligt utredningen inte heller begränsas till att enbart avse läkare eller enbart vård vid sjukhus. Utredningen föreslår att anmälningsskyldigheten läggs på sjukvårdshuvudmännen och omfattar fall då skada och sjukdom inträffat eller risk härför uppkommit och inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses. Anmälningen bör göras till socialstyrelsen som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården. En eventuell anmälningsskyldighet till polismyndighet bör enligt utredningens mening inte regleras i detta sammanhang.

Enligt utredningen bör det ankomma på socialstyrelsen att i samråd med huvudmännen och företrädare för aktuella personalgrupper arbeta ut normer för hur anmälningsskyldigheten skall organiseras. Landstingskommunen bör ges frihet att själv avgöra hur anmälningsskyldigheten skall fullgöras exempelvis i lokala reglementen. Anmälan bör enligt utredningen ske utan onödigt dröjsmål även om kravet på snabbhet inte blir lika utpräglat som vid tillämpningen av nuvarande bestämmelser. Det bör enligt utredningens mening ankomma på socialstyrelsen att systematisera inkommet material och vidta åtgärder för att förbättra säkerheten t.ex. genom att utfärda allmänna råd.

Enligt HSU bör regeringen bemyndigas att utfärda föreskrifter om åligganden för landstingskommunerna att anmäla när någon skadats i samband med vård eller när fara för sådan skada uppkommit.

Remissinstanserna

Vid remissbehandlingen har förslaget i denna del fått ett delvis blandat mottagande. Socialstyrelsen menar att det är svårt att ställa upp någon allmängiltig princip för utformningen av statens tillsyns- och kontrollfunktioner. En avvägning måste ske mellan å ena sidan intresset av ett ökat lokalt inflytande och utveckling av den kommunala självstyrelsen, å andra sidan kraven på rättssäkerhet och lika tillgång till samhällsservice. Den föreslagna lagen medger enligt socialstyrelsen att styrelsen får rikta sina föreskrifter inte bara till personalen inom hälso- och sjukvården utan också till huvudmännen för att trygga enskilda människors säkerhet i vården.

Tillsynsfunktionens syfte kan enligt socialstyrelsen sägas vara övervakning samt uppföljning, vägledning och utveckling. Tillsynen har en vägledande och kunskapsförmedlande karaktär men innefattar också en skyldighet att värna om den personliga rätten i det enskilda fallet.

Landstingsförbundet, liksom det tiotal landstingskommuner som yttrat sig i frågan, instämmer i utredningens allmänna synsätt när det gäller samspelet mellan landstingskommunerna och staten. Landstingsförbundet konstaterar att socialstyrelsen enligt utredningsförslaget även i fortsättningen skall vara tillsynsmyndighet men utöva tillsynen i delvis förändrade former. Landstingsförbundet tillstyrker att tillsynen inriktas på fortlöpande och nära samråd.

Riksrevisionsverket anser att en risk finns att den statliga tillsynsverksamheten inom ett område med kommunalt självbestämmande kan komma att bedrivas på ett passivt sätt. Riksrevisionsverket anser att det även i fortsättningen måste finnas någon form av statlig styrning av hälso- och sjukvården. Tillsynen bör enligt verkets mening främst bestå i att bevaka och aktivt verka för att verksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet utvecklas i enlighet med statsmakternas intentioner.

De fackliga organisationerna TCO, SKTF, SKÅF, SHSTF, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter uttrycker stark tveksamhet till utredningens förslag i denna del.

TCO anser att socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet måste preciseras mycket mera ingående än vad som har gjorts i utredningsförslaget. Svenska läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund är negativa till utredningens förslag i denna del. Läkarförbundet konstaterar att den nuvarande sjukvårdslagen ger regeringen rätt att utfärda generella tillämpningsanvisningar till lagen, vilket också skett i form av sjukvårdskungörelsen. Enligt förslaget till hälso- och sjukvårdslag inskränks regeringens befogenhet till att meddela föreskrifter för att trygga enskilda människors säkerhet i vården samt föreskrifter om viss anmälningsskyldighet. Detta innebär en långtgående inskränkning i regeringens möjligheter till ingripande jämfört med dagsläget. Eftersom regeringen inte heller kan överlåta mer åt socialstyrelsen än den själv har befogenhet att bestämma kan inte heller socialstyrelsen utfärda

föreskrifter i annat än säkerhetsfrågor. Liknande synpunkter förs fram av Sveriges tandläkarförbund.

HCK anser att en ramlagstiftning förutsätter att tillsynsmyndigheten har en stark roll. I förslaget har socialstyrelsens roll enligt HCK tonats ner i alltför hög grad.

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget i fråga om landstingskommunernas anmälningsskyldighet. Även de landstingskommuner som uttalat sig i denna del är i princip positiva till förslaget. Från något håll uttrycks emellertid farhågor för att den föreslagna regleringen blir alltför allmän. Vidare efterlyses en mer detaljerad och precis lagstiftning i frågan om vem anmälningsskyldigheten åvilar.

Kammarrätten i Stockholm ställer sig tveksam till förslaget om att anmälningsskyldigheten skall åvila landstingskommunen. Ett sådant system medför enligt kammarrättens mening risk för tidsutdräkt. Kammarrätten kan inte heller ansluta sig till förslaget att de enskilda landstingen själva skall bestämma formerna för anmälningsskyldigheten, eftersom detta medför risker för oenhetlighet i landet.

Överväganden

Jag delar i huvudsak den uppfattning som framförts av HSU i fråga om principerna för socialstyrelsens tillsyn och kontroll över hälso- och sjukvården. I stora delar överensstämmer utredningens uppfattning med förslagen i prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m., vilken antagits av riksdagen.

I olika sammanhang har under senare år eftersträvat en ökad handlingsfrihet för kommuner och landstingskommuner. Avsikten har varit att genom en minskad statlig detaljkontroll stärka kommunernas och landstingskommunernas roll i samhället samt öka effektiviteten inom såväl den statliga som kommunala sektorn. Kraven på en likformig service medför emellertid i vissa fall behov av att bibehålla den statliga tillsynen. Dessa krav är särskilt framträdande när det är fråga om att tillförsäkra den enskilde medborgaren rättssäkerhet och att förverkliga övergripande mål som statsmakterna beslutat om. Vid utformningen av den statliga tillsyns- och kontrollfunktionen gäller således delvis motstridiga intressen. En avvägning måste ske för varje verksamhetsområde mellan intresset av ett ökat lokalt inflytande och kraven på rättssäkerhet och lika villkor när det gäller tillgång till samhällservice. Självfallet måste kraven på rättssäkerhet och lika tillgång till service tillmätas stor betydelse inom hälso- och sjukvården.

Kraven på rättssäkerhet och tillgång till en god vård är såsom HSU framhållit av en sådan avgörande betydelse för den enskilde att hälso- och sjukvården måste kunna kontrolleras genom statlig tillsyn.

Tillsynsansvaret bör liksom för närvarande ligga på socialstyrelsen. I tillsynen ligger såväl att kontrollera som att följa och stödja verksamheten.

Med hänvisning till vad jag tidigare anfört blir en av socialstyrelsens huvuduppgifter som tillsynsmyndighet att tillgodose medicinska, sociala och rättsliga säkerhetskrav såväl för enskilda patienter som för verksamheten samt att se till att gällande bestämmelser inom området följs.

I tillsynen läggs allt större vikt vid att följa och stödja huvudmännens verksamhet. En aktiv tillsynsverksamhet innebär en fortlöpande uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamheter. I tillsynsuppgifterna ingår också att verka för att hälso- och sjukvården utvecklas i enlighet med statsmakternas intentioner. En viktig uppgift för socialstyrelsen är bl.a. att i samarbete med Sprä följa den alltmer komplicerade tekniska utvecklingen inom sjukvården. Styrelsen bör kunna fullgöra dessa uppgifter genom bl.a. överläggningar med huvudmännen och allmänna råd i olika ämnen till ledning för huvudmännen.

I tillsynsfunktionen ligger av hävd en rätt att vid behov inspektera verksamheten. Socialstyrelsen har utnyttjat denna rätt, då omständigheterna har påkallat det. Vidare har det förekommit att huvudmännen har begärt inspektion då man önskat få styrelsens uttalande i någon fråga rörande verksamheten. Socialstyrelsen har i dag rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet med stöd av föreskrifter i tillsynslagen. Tillsynen enligt denna lag avser främst personalens åligganden i yrkesutövningen. Någon uttrycklig, mera allmän inspektionsrätt över hälso- och sjukvården finns däremot f.n. inte. En sådan rätt bör dock komma till klart uttryck. Inspektionsverksamheten innebär i praktiken – med den utveckling som skett av tillsynsfunktionen – främst ett informations- och erfarenhetsutbyte mellan styrelsen och huvudmännen.

Genom inspektionerna tillförs socialstyrelsen kunskap och ges således även på detta sätt möjligheter att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Styrelsens inspektionsverksamhet vad avser den medicinska vårdkvaliteten bör således liksom hittills i första hand ha karaktären av erfarenhetsåterföring från forskning och försöksverksamhet till fältet och ett utnyttjande av erfarenheterna inom den praktiska verksamheten som underlag för forskning, utbildning och försöksverksamhet.

Som jag tidigare har berört är det en allmän strävan att undvika en detaljreglering av landstingskommunernas verksamhet. Mitt förslag präglas också av denna principiella grundsyn.

För att skapa ytterligare garantier för patienternas säkerhet är det nödvändigt att regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen kan meddela generella föreskrifter till skydd för patienternas säkerhet i vården och behandlingen. En bestämmelse härom bör, såsom HSU föreslagit, tas in i ramlagen.

Till socialstyrelsens tillsyns- och kontrollfunktioner anknyter även den anmälningsskyldighet vid skada och sjukdom som HSU föreslår skall ersätta dagens "Lex Maria"-bestämmelser.

Såsom utredningen framhåller är det nödvändigt att behålla en anmäl-

ningsskyldighet till socialstyrelsen om skador och sjukdomar som inträffat i vården och som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör en normal risk. Huvudsyftet med en sådan bestämmelse bör vara att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till det inträffade – t.ex. tekniskt fel på apparatur, den mänskliga faktorn eller vårdslöshet eller försummelse från någon bland personalen. Många gånger är det av stor betydelse för såväl personalen som patienten eller hans anhöriga att från sakkunnig instans få klarhet i varför skadan eller sjukdomen uppstått. Viktigast är dock att anmälan kan leda till att socialstyrelsen utfärdar föreskrifter eller på annat sätt ingriper för att förebygga att liknande händelser inträffar framdeles. Anmälningsskyldigheten bör begränsas till allvarliga skador och sjukdomar. Detta överensstämmer med vad som redan gäller och torde även ha varit avsett av HSU.

Liksom utredningen anser jag att all hälso- och sjukvårdspersonal bör vara skyldig att anmäla sina iakttagelser om inträffade skador och sjukdomar. Anmälningsskyldigheten bör alltså inte begränsas till skador som inträffat vid sjukhus. Inte heller bör enbart skador som uppkommit till följd av vårdslöshet eller försummelse anmälas.

Utredningen har föreslagit att sjukvårdshuvudmännen åläggs anmälningsskyldighet med rätt för de enskilda landstingskommunerna att själva närmare bestämma organisationen härav. Jag delar i princip utredningens mening.

För egen del anser jag det naturligt att anmälan görs av den vårdinrättning där händelsen inträffat. Jag finner ingen anledning att anmälan först skall gå till hälso- och sjukvårdsnämnden för att denna sedan skall göra anmälan till socialstyrelsen. I de fall där skyndsamhet är påkallad skulle ett sådant förfarande vara till direkt men. Däremot är det naturligt att kopia av anmälan sänds till nämnden.

Jag utgår från att anmälningsskyldigheten till socialstyrelsen liksom f.n. kommer att läggas på en läkare eller annan befattningshavare i sjukhusledningen eller motsvarande befattningshavare i öppen vård utanför sjukhus.

Bestämmelser om en sådan anmälningsskyldighet bör dock inte tas in i en lag av ramlagskaraktär. Jag har därför för avsikt att föreslå regeringen att meddela sådana bestämmelser med stöd av bemyndigandet jag nyss redogjort för.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att det finns andra möjligheter för samhället att skaffa sig en överblick över brister inom sjukvården i syfte att bättre kunna förebygga skador och öka säkerheten. F.n. pågår sålunda en utvärdering av de skadefall som sedan år 1975 anmälts till patientförsäkringens såsom behandlingsskador. Patientförsäkringens statistik bearbetas f.n. inom en rad olika projektgrupper på uppdrag av Spri. Avsikten är att utifrån en kartläggning upptäcka behandlingsmetoder och hjälpmedel som vållat onormalt många skador samt att föreslå åtgärder för att öka säkerheten och förbättra metoderna.

Regeringen bör i överensstämmelse med vad som enligt tillsynslagen gäller i fråga om tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonalen även bemyndigas att meddela föreskrifter för verksamhetens bedrivande.

Den omfattande statistik som främst socialstyrelsen i dag framställer på hälso- och sjukvårdens område grundas på en rad författningar m.m. I sjukvårdskungörelsen (1972:672) finns sålunda bestämmelser om att sjukvårdshuvudmannen är skyldig att sända in årsberättelse om verksamheten till socialstyrelsen. På grundval härav framställer styrelsen bl.a. statistik. Statistik över cancersjukdomar bygger vidare på de anmälningar som sjukhusläkare är skyldiga att sända in till socialstyrelsen enligt kungörelsen om cancerregistrering (MF 1968:1). När det gäller aborter och steriliseringar finns det lagar och på dem grundade cirkulär som styrelsen givit ut (1974:595) och (1975:580) respektive (MF 1974:100 och 1975:115 och 116).

I HSU:s förslag till hälso- och sjukvårdslag finns inga föreskrifter om att socialstyrelsen skall ha möjlighet att inhämta uppgifter från bl.a. sjukvårdshuvudmännen som underlag för hälso- och sjukvårdsstatistik m.m. I propositionen om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. framhålls att ett viktigt led i styrelsens uppgifter är att se till att för socialsektorn nödvändig statistik produceras. Det bör också ankomma på styrelsen att i samråd med landstings- och kommunförbunden se till att behovet av statistisk information rörande hälso- och sjukvård tillgodoses.

Jag har från landstingsförbundet inhämtat att förbundet har för avsikt att medverka till att socialstyrelsen får tillgång till sådan statistik som gör det möjligt att följa och analysera hälso- och sjukvårdsutvecklingen. Någon anledning att i hälso- och sjukvårdslagen ta in föreskrifter i detta hänseende föreligger sålunda inte.

2.5 Statlig planering och samordning

Bakgrund

Enligt propositionen om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. (prop. 1979/80:6) har staten och landstingskommunerna ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling. Statens uppgifter i detta avseende är att på riksplanet samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar som är nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till den övergripande välfärdspolitiken. Statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården innebär bl.a. att påverka omfattningen och inriktningen av verksamheten.

Vissa planeringsfrågor inom hälso- och sjukvårdssektorn handläggs inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Denna är sammansatt av företrädare för berörda departement, ämbetsverk, landstingsförbundet samt de fackliga organisationerna. Delegationen har till uppgift att följa utbyggnaden av vårdresurserna i landet samt att verka för en samordning av hälso- och

sjukvårdsplaneringen. Den fullgör också vissa myndighetsfunktioner. Sålunda fastställer delegationen årligen ett program för fördelningen av nya läkartjänster (17 § sjukvårdskungörelsen).

Enighet råder om att det är nödvändigt att samordna kommunernas verksamhet med den övergripande statliga politiken. I riksdagens beslut om den kommunala ekonomin (prop 1978/79:95, FiU 35, rskr 335) underströks behovet av en ökad samverkan mellan staten och kommunerna. I enlighet med beslutet äger årligen kommunalekonomiska överläggningar rum mellan regeringen, landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

Avsikten är att dessa överläggningar skall bidra till att utvecklingen av den kommunala verksamheten anpassas till de samhällsekonomiska förutsättningarna. Överläggningarna rör bl.a. den volymutveckling inom bl.a. hälso- och sjukvården som är acceptabel från samhällsekonomisk synpunkt under de närmaste åren.

Socialstyrelsen skall enligt riksdagens beslut om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation m.m. ha ett allmänt ansvar att medverka i planeringen av bl.a. hälso- och sjukvården och svara för tillsyn inom området. Styrelsen skall därvid verka för att statsmakternas beslut och intentioner verkställs. Det är vidare en klart uttalad strävan att i den statliga planeringen och tillsynen begränsa kontroll och detaljreglering till förmån för en ramstyrning som anger de allmänna riktlinjerna för den kommunala verksamheten. Tyngdpunkten i socialstyrelsens framtida verksamhet förutsätts komma att ligga på kunskapsutveckling och allmänna råd.

Socialstyrelsens roll inom hälso- och sjukvårdsplaneringen är att ta fram underlag för såväl statsmakternas vårdpolitiska beslut som de kommunala huvudmännens planering samt att yttra sig över planer för utbyggnaden. Vidare skall socialstyrelsen sammanställa och analysera dessa planer, verka för att planerna så långt möjligt utformas enhetligt samt på central nivå följa upp planeringen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall också medverka i personal- och utbildningsplanering med syfte att anpassa utbildning och personaltillgång till de behov som finns.

Landstingskommunernas femårsplaner (LKELP) ställs f.n. samman årligen i samarbete mellan landstingsförbundet och socialstyrelsen. Principplanerna, som sträcker sig över tio år, har sammanställts och kommenterats i ett gemensamt arbete av socialstyrelsen och sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Avsikten med detta arbete är bl.a. att ge underlag för statsmakternas hälsopolitiska beslut m.m. samt landstingskommunernas fortsatta planering.

När det gäller den långsiktiga inriktningen av hälso- och sjukvården har socialdepartementets sjukvårdsdelegation startat ett större projekt, Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HIS 90).

Spri, som drivs gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen, har till uppgift att på olika sätt ge sjukvårdshuvudmännen råd samt främja, samordna och medverka i planerings- och rationaliseringsarbetet. En viktig

uppgift för Spri är även att förmedla information i utvecklingsfrågor till sjukvårdshuvudmännen.

Utredningen

HSU anser att staten har till uppgift att samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar, som är nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till dels samhällsekonomin och arbetskraftssituationen, dels hälsopolitiska värderingar. Statens planeringsinsatser innebär sålunda en avvägning av resurser såväl mellan hälso- och sjukvården och övriga samhällssektorer som mellan olika delar av hälso- och sjukvården. Den statliga planeringssamordningen är en övergripande politisk uppgift.

Utredningen går inte in på frågan om det i framtiden behövs något särskilt samrådsorgan som motsvarar socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Utredningen anser att det även i fortsättningen i första hand bör ankomma på socialstyrelsen att företräda staten i dessa frågor på central förvaltningsnivå. Styrelsen bör ha ett allmänt ansvar att följa och stödja den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen samt att utöva tillsyn och kontroll av landstingskommunernas verksamhet.

En utgångspunkt är att samarbetet mellan socialstyrelsen samt landstingsförbundet och Spri och vid behov även personalorganisationer kan vidareutvecklas. Fortlöpande överläggningar bör också ske mellan socialstyrelsen samt berörda huvudmän och regionala samverkansnämnder.

Styrelsen skall ta fram underlag till regering och riksdag för hälsopolitiska beslut samt för överväganden av mer övergripande art i planeringsfrågor. Statsmakternas hälsopolitiska mål och andra viljeyttringar skall tolkas och vidareutvecklas.

Styrelsen skall också ta fram underlag för det samråd i vissa hälso- och sjukvårdsfrågor mellan landstingskommuner, kommuner och staten, som förutsätts i prop. 1978/79:95 om den kommunala ekonomin.

Styrelsen skall också göra jämförelser och sammanställningar av planeringsresultaten till underlag för bl.a. bedömningar och värderingar på riksnivå. Vidare skall styrelsen medverka i den fortsatta utbyggnaden av ett enhetligt system för hälso- och sjukvårdsplaneringen och i arbetet med att utveckla gemensamma begrepps- och referensramar för samordning av planeringen på olika nivåer. I detta sammanhang bör också uppmärksammas behovet av en enhetlig och för olika nivåer samordnad hälso- och sjukvårdsstatistik.

Styrelsen skall ta fram underlag för planering på regional och lokal nivå. Exempel härpå är uppgifter om tillgång och efterfrågan på resurser, visst underlag för s.k. sektors- och vårdprogram jämte annat medicinskt bedömningsunderlag.

Styrelsen skall följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på

landstingskommunal nivå och på regional nivå samt yttra sig över enskilda planförslag, innan huvudmännen tar ställning till dessa.

Styrelsen skall också göra sammanställningar av landstingskommunernas och regionernas planer på 10-15 års resp. 5 års sikt samt bearbeta och analysera dessa.

Ytterligare uppgifter för styrelsen är att medverka i sektorsövergripande planering (sambällsplanering eller nivåplanering) på riksnivå samt att tillhandahålla riktlinjer och underlag för sådan planering på länsnivå och på lokal nivå. Sådant underlag kan variera från mera övergripande långtidsbedömningar av frågor som rör bl.a. ekonomi, utbildning och sysselsättning till mer preciserade värderingar av hälsorisker i arbetsmiljön eller den allmänna miljön.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser anför inga erinringar mot vad HSU anför om den statliga planeringen och samordningen. Bl.a. socialstyrelsen, statskontoret och TCO stöder utredningens uttalanden och förslag i dessa frågor.

Överväganden

Förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling kommer under 1980-talet att vara avsevärt annorlunda än under 1970-talet, då de ekonomiska förhållandena var gynnsamma. Det samhällsekonomiska utrymmet kommer att starkt begränsa möjligheterna till volymutveckling. Samtidigt behövs betydande insatser för bl.a. primärvård, långtidssjukvård, decentraliserade former av psykiatri och förebyggande verksamhet. Detta skärper kraven på långsiktig planering och omprioritering.

Det finns enligt min mening ett behov av övergripande planering och samordning på central nivå av utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Underlag måste finnas som gör det möjligt att bedöma hur stor andel av våra samlade resurser som bör avdelas för hälso- och sjukvården i konkurrens med andra samhällssektorer och därmed kan ligga till grund för utformningen av den framtida hälso- och sjukvården. För regeringen och riksdagen är det givetvis utomordentligt viktigt att ha tillgång till ett tillförlitligt beslutsunderlag vid behandling av sådana frågor. Material till ett sådant underlag tas fram i bl.a. långtidsutredningarna och gemensamt med kommunförbunden inför de årligen återkommande överläggningarna om den kommunala ekonomin. Ett centralt planeringsunderlag är nödvändigt också för landstingskommunernas långsiktiga planering. En grundläggande förutsättning i detta sammanhang är realistiska antaganden om de samhällsekonomiska ramar som i framtiden kommer att finnas för hälso- och sjukvården. Avsaknaden av sådant underlag var en avgörande brist när landstingskommunerna utarbetade de första principplanerna under 1970-talet.

För att landstingskommunerna skall kunna fullgöra sina skyldigheter krävs att tillgången på personal med erforderliga kunskaper anpassas till den framtida verksamheten. Erfarenheterna under 1970-talet har visat att personal- och utbildningsplaneringen måste nära samordnas med vårdplaneringen.

I riksdagens beslut om regionsjukvården anges att på riksplanet särskild uppmärksamhet skall ägnas sådan verksamhet som bedrivs i samverkan mellan två eller flera sjukvårdsregioner. Sådan verksamhet utgör en mycket begränsad del av sjukvården men ställer särskilda krav på planering och samordning. Det flerregionala samarbetet skall syfta till att påskynda utvecklingen av resurser inom bristområden samt förhindra uppbyggnad av för stora resurser inom andra områden. Om nyetablering av flerregional sjukvård planeras inom en viss region, måste även övriga berörda regioner på ett tidigt stadium få tillfälle till samråd. Detta gäller också om utvecklings- och försöksverksamheter planeras inom motsvarande högspecialiserade områden.

För att regionsjukvården skall utvecklas i enlighet med de intentioner som riksdagen har uttalat sig för krävs centrala insatser. Dimensioneringen och fördelningen inom landet av den mest specialiserade vården måste anpassas till utvecklingen av övriga verksamheter inom hälso- och sjukvårdssektorn. Att påverka bl. a. forskning och utveckling inom resurskrävande medicinska vetenskapsområden är också angelägna uppgifter i det centrala planerings- och samordningsarbetet.

Jag anser det väsentligt att hälso- och sjukvården planeras i nära samarbete med andra verksamheter i samhället. Det är emellertid lika viktigt att man inom samhällsplaneringen i övrigt tar tillvara kunskaperna inom hälso- och sjukvården om olika faktorer som kan påverka människornas fysiska och psykiska hälsa.

På den lokala nivån, primärvårdsnivån, förutsätts hälso- och sjukvården ha en starkt hälsoinriktad prägel och ske i samverkan med främst den kommunala socialtjänsten och allmänna hälsovården. Ett samarbete i hälsopolitiska frågor kan också bli behövligt på länssjukvårds- och regionnivå.

Jag vill i detta sammanhang understryka behovet av en enhetlig och samordnad hälso- och sjukvårdsstatistik, som kan användas såväl vid landstingskommunernas planering som för centrala bedömningar och överväganden. Det bör vara en uppgift för den centrala planeringen och samordningen, i första hand i anslutning till arbetet inom socialektorns statistikdelegation, att behandla frågor rörande statistikens innehåll och uppbyggnad.

Mot bakgrund av statens uppgifter inom ramen för såväl den samlade välfärdspolitikerna som samhällsekonomin är det enligt min mening naturligt att regering och riksdag gör de slutliga centrala avvägningarna om hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Regering och riksdag bör sålunda ha

ansvaret för den övergripande centrala planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Det finns enligt min mening ett behov av nära och kontinuerligt samråd i dessa frågor mellan regeringen och landstingskommunerna. Därvid är det givetvis värdefullt att ta tillvara de kunskaper och erfarenheter som finns hos personalorganisationerna.

Enligt min mening bör samrådet förankras inom socialdepartementet med hänsyn till departementets övergripande ansvar för hälso- och sjukvården samt socialpolitik i övrigt. Samrådsförfarandet bör bygga på bedömningar bl.a. av utvecklingen av hälso- och sjukvården utifrån statsmakternas ställningstaganden till det samhällsekonomiska utrymme som kan tas i anspråk för dessa ändamål.

En möjlig uppläggning av samrådsförfarandet mellan statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen kan vara att staten utarbetar förslag till ramar för hälso- och sjukvårdens utveckling. Dessa ramar – som kan uttryckas i olika alternativ – grundas på politiska bedömningar av den samhällsekonomiska utvecklingen, tillgången på utbildad personal, det framtida sysselsättningsläget, de av statsmakterna formulerade målen för hälso- och sjukvården samt de övergripande prioriteringarna såväl mellan olika samhällssektorer som inom hälso- och sjukvården.

Samrådet bör syfta till en överenskommelse vilken skall utgöra utgångspunkt för landstingskommunernas långsiktiga planering. Med ledning av bl.a. en sådan överenskommelse utarbetar landstingskommunerna planer för den mer långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Det är angeläget att planerna blir enhetligt utformade så att det blir möjligt att på central nivå jämföra planerna och att summera och analysera resursanspråken. Detta ger möjligheter att bedöma det framtida behovet av resurser och förändringar av verksamheten. Liksom utredningen anser jag att socialstyrelsen skall följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på landstings- och regionnivå samt yttra sig över enskilda planförslag före huvudmännens ställningstaganden. Sammanställningar och analyser av landstingskommunernas uppgifter bör ske i samverkan mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri.

En sådan planering och samordning på central nivå bör kunna stimulera både landstingskommunerna och staten till ett mer systematiskt långsiktigt handlande. Förslaget innebär inte någon principiell förändring i ansvarsfördelningen mellan staten och landstingskommunerna. Det är inte heller av den arten att det behöver regleras i lag.

Vissa andra frågor som hänger samman med den statliga planeringen tar jag upp i det följande. Det gäller fördelning av läkare, personal- och utbildningsplanering samt forskning och utveckling.

2.5.1 Fördelning av läkare

Nuvarande förhållanden

Enligt 31 § sjukvårdslagen fordras medgivande av socialstyrelsen för att inrätta i princip alla läkartjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården (landstingskommuner och kommuner). Villkoren för att inrätta läkartjänster anges i 16-18 §§ sjukvårdskungörelsen.

Socialstyrelsens prövning av en framställning om inrättande av tjänster för läkare skall ske på grundval av ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Läkarfördelningsprogrammet (LP) omfattar vanligtvis en period av fem år. Det revideras i princip vartannat år. Förslag till LP utarbetas av socialstyrelsen i samråd med UHÄ, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund. Det senaste läkarfördelningsprogrammet (LP 83) fastställdes av delegationen i december 1980 och omfattar åren 1982 och 1983.

Utredningen

HSU anser att det även i fortsättningen behövs en central planering av läkarresurserna inom landet med läkarfördelningsprogram både för läkare under vidareutbildning och – så länge som läkarbristen kvarstår – för vidareutbildade läkare.

Utredningen föreslår dock en ändrad ordning för fördelning av läkartjänster. Utredningen föreslår att det nya läkarfördelningsystemet helt inriktas på fördelning av läkare och inte som f.n. på fördelning av tjänster för läkare. Formerna härför bör enligt utredningen regleras genom överenskommelser mellan berörda parter. De enskilda landstingskommunerna förutsätts lojalt hålla sig inom de ramar för anställning av nya läkare – såväl vidareutbildade som sådana under vidareutbildning – som framgår av ett centralt framtaget planeringsunderlag (läkarfördelningsram). Utredningen framhåller att staten bör ha möjlighet att överväga andra åtgärder om det visar sig att de frivilliga överenskommelserna inte leder till önskat resultat.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser, bl.a. socialstyrelsen och Landstingsförbundet, ställer sig i princip bakom utredningens förslag.

Av det 15-tal landstingskommuner som uttalat sig om läkarfördelningen är nio i princip positiva till utredningens förslag. Några framhåller dock vikten av att de frivilliga överenskommelserna förenas med någon form av kontroll av tillämpningen.

Några remissinstanser är tveksamma eller negativa till utredningens förslag i denna del. Sålunda anser Värmlands läns landstingskommun att man kan ansluta sig till den föreslagna modellen endast under den uttryckliga

föresättningen att den s.k. solidariska läkarförsörjningen som nu provas ger konkreta resultat under de närmaste åren. Om så inte skulle bli fallet måste i stället nu gällande regler skärpas. Liknande synpunkter framförs av Svenska kommunalarbetsareförbundet, som anser att förslaget endast bör accepteras som en försöksverksamhet som bör utvärderas efter viss tid. Västerbottens läns landstingskommun är i princip positiv till överenskommelsen, men ställer sig avvisande till möjligheterna att i den föreliggande svåra bristsituationen avstå från nuvarande detaljreglering genom lagstiftning.

Sveriges läkarförbund instämmer i att ett läkarfördelningsprogram bör finnas kvar och att fördelningen bör gälla läkare i stället för tjänster. När det gäller programmets planeringsfunktion är läkarförbundet emellertid inte övertygat om att det skisserade systemet kommer att visa sig tillräckligt på den mer mättade läkararbetsmarknad som kan förutses under andra hälften av 1980-talet.

Det finns enligt förbundet motiv för att ge regeringen författningsmässiga möjligheter att i sista hand utfärda bestämmelser om inrättande av läkartjänster, om det visar sig att den frivilliga planeringen inte får avsedd effekt.

Med ökande tillgång på läkare torde det enligt Svenska läkaresällskapets mening bli möjligt att efter hand ge landstingskommunerna större frihet att inrätta läkartjänster. Innan balans på läkararbetsmarknaden uppnåtts bör man dock inte helt överge nuvarande läkarfördelningsprogram. När det gäller tjänster för läkare under utbildning måste under alla förhållanden en central reglering bestå även framgent. Risken är annars att landstingskommunerna med hänvisning till ekonomiska svårigheter m.m. inte tillsätter tillräckligt antal allmäntjänstgöringsblock (AT-block) och block för fortsatt vidareutbildning (FV-block) för att säkra den totala tillgången på vidareutbildade läkare i riket. Lagen måste utformas så att en landstingskommun inte kan motsätta sig att medverka i vidareutbildningen.

Direktionen för karolinska sjukhuset anser att ansvaret för läkarfördelningen behövs och bör skrivas in i lagen. Det bör i huvudsak utövas på det sätt som hittills skett.

Överväganden

Trots att läkarutbildningen byggts ut kraftigt under de senaste decennierna finns – och kommer det under de närmaste åren att finnas – en brist på läkare inom vissa medicinska verksamhetsområden och inom vissa delar av landet. På något längre sikt, under andra hälften av 1980-talet, förväntas dock en bättre balans när det gäller den totala tillgången och efterfrågan på läkare. För närvarande pågår inom det s.k. HS 90-projektet (Hälsa- och sjukvård inför 90-talet) en närmare analys av dessa förhållanden.

Olika åtgärder har vidtagits för att positivt påverka intresset hos yngre

läkare att genomgå vidareutbildning inom de sjukvårdspolitiskt prioriterade områdena.

Särskilt inom långvårdsmedicin, psykiatri och laboratorieverksamhet är det dock fortfarande svårt att få sökande till utbildningsblock för vidareutbildning. Inom allmänmedicinen har läget förbättrats.

Som jag tidigare nämnt tyder nuvarande prognoser på en bättre balans mellan tillgång och efterfrågan på läkare.

I likhet med utredningen och flertalet remissinstanser anser jag emellertid att det i vart fall tills vidare är nödvändigt att på riksplanet noga följa frågan hur många vidareutbildade läkare som behövs inom de olika specialiteterna och landstingskommunerna. Vid den fortsatta läkarplaneringen bör socialstyrelsen i samråd med huvudmännen och läkarförbundet liksom hittills utarbeta rullande läkarfördelningsprogram (LP), vilka lämpligen bör omfatta fem år. På grundval av sådana läkarfördelningsprogram bör socialstyrelsen utarbeta en läkarplaneringsram för varje sjukvårdsområde. Denna ram – som bör diskuteras vid de tidigare berörda överläggningarna mellan staten och huvudmännen – skall tjäna som underlag för huvudmännens planering. Jag anser att någon motsvarighet till den nuvarande bestämmelsen att landstingskommuner och kommuner skall ha socialstyrelsens medgivande för att få inrätta läkartjänster inte behövs i den nya lagen. En sådan bestämmelse vad gäller vidareutbildade läkare kan för övrigt mot bakgrund av det ökande antalet läkare antagas vara av mindre betydelse på längre sikt.

Som anförts i propositionen om regionsjukvården (prop. 1980/81:9) är det viktigt att en balanserad fördelning av läkarresurserna inom regionen sker mellan bl.a. regionsjukvård, länssjukvård och primärvård. Samråd i dessa frågor bör därför ske inom sjukvårdsregionerna.

Jag har tidigare föreslagit att varje landstingskommun skall vara skyldig att genomföra en planering som omfattar all hälso- och sjukvård inom landstingsområdet. De resurser som ligger utanför landstingskommunens eget driftansvar, t.ex. de privatpraktiserande läkarnas verksamhet, annan enskild hälso- och sjukvård och företagshälsovård bör beaktas vid denna planering. Även den centrala planeringen av läkarutvecklingen bör omfatta dessa resurser.

Det är nödvändigt att utvecklingen av det nya läkarfördelningssystemet följs med stor uppmärksamhet från statens sida. Om det visar sig nödvändigt för att uppnå en lämplig framtida fördelning av läkarresurserna får andra medel för att styra utvecklingen övervägas.

De förslag avseende läkarfördelningssystemet som jag här har diskuterat innebär ingen ändring beträffande planeringen av vidareutbildningen. Socialstyrelsen har således att i fortsättningen fastställa block för allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning mot bakgrund av läkarfördelningsprogrammet och i samråd med huvudmännen och läkarförbundet. Som jag har anført i det föregående utgår jag från att landstingskommunerna står fast

vid sitt tidigare ställningstagande att medverka i vidareutbildningsystemet och tillsätta AT- och FV-block i den utsträckning som behövs för att genomföra reformen om vidareutbildning på det sätt som riksdagen beslutat.

2.5.2 *Forskning och utveckling*

Nuvarande förhållanden

Forsknings- och utvecklingsarbetet bedrivs i första hand vid högskoleinstitutioner och undervisningsjukhus. Omfattande medicinsk forskning, framför allt inom läkemedelsområdet, bedrivs också av företag.

Den medicinska forskningen har under senare år fått en viss ändrad inriktning. Insatser inom nya forskningsområden, t.ex. rörande förebyggande åtgärder, primärvård, psykiatriska och långvariga sjukdomar har tillmätts ökad vikt.

Vid sidan av den rent medicinska forskningen har också utvecklats en verksamhet, som direkt syftar till att underlätta både planeringen av hälso- och sjukvården och andra sjukvårdsorganisatoriska överväganden. Denna typ av verksamhet, som brukar benämnas hälso- och sjukvårdsforskning, har dock ännu en begränsad omfattning. Till sådan forskning brukar räknas epidemiologiska studier, studier av vårdefterfrågan och vårdkonsumtion, studier av resursernas omfattning, struktur och utnyttjande samt utvärderingsstudier. Tillsammans med hälso- och sjukvårdsforskning nämns ofta också studier av utveckling och spridning av medicinska innovationer samt framtidsforskning.

F.n. pågår en utbyggnad och omstrukturering av forsknings- och utvecklingsresurserna enligt dessa linjer. Sålunda pågår en omfördelning av forskningsresurser inom universitets- och högskoleorganisationen. Denna berör bl.a. epidemiologi, allmänmedicin, långvårdsmedicin, alkoholforskning och omvårdnadsforskning samt vissa områden för de s.k. medellånga vårdutbildningarna. Tvärvetenskapliga forskningsresurser byggs nu upp vid Linköpings universitet under temat "Hälso- och sjukvården i samhället". Statens medicinska forskningsråd har under senare tid gjort viktiga insatser för att stödja hälso- och sjukvårdsforskning och omvårdnadsforskning. Arbetarskyddsfonden har beviljat betydande bidrag till olika slag av epidemiologisk forskning. Vid Nordiska Hälsovårdshögskolan har verksamheten byggts ut väsentligt och högskolan har fått egna fasta forskningsresurser, bl.a. fyra professorer. Initiativ till olika projekt inom hälso- och sjukvårdsforskningens område har också tagits eller stöd lämnats av bl.a. Språ, delegationen för social forskning (DSF), Arbetslivscentrum, institutet för gerontologi och sekretariatet för framtidsstudier.

Utredningen

HSU betonar att forsknings- och utvecklingsarbete är ett av de viktigaste instrumenten för att påverka hälso- och sjukvården och dess framtida utveckling. Att ta fram, utveckla och sprida nya kunskaper är därvid av central betydelse. Den medicinska vetenskapen ger underlag för nya framsteg och ändrade arbetsformer beträffande förebyggande åtgärder, diagnostik, terapi och rehabilitering. Hälso- och sjukvårdsforskningen torde också få allt större betydelse för planeringen liksom för kontrollen och utvärderingen av hälso- och sjukvården.

Utredningen ansluter sig till strävandena att starkare knyta ansvaret för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården till hälso- och sjukvårdssektorn. Detta innebär att de som ansvarar för hälso- och sjukvården måste i större utsträckning än f.n. engagera sig i övergripande forskningsfrågor och skaffa sig kunskaper om forsknings- och utvecklingsarbetets omfattning, inriktning och förutsättningar. Enligt utredningens uppfattning måste forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården i större utsträckning än vad som nu är fallet inriktas på föreliggande utvecklings- och planeringsproblem.

Utredningen menar att särskilda insatser måste göras för att stärka den högskoleanknutna forskningen inom områdena allmänmedicin/primärvård och långvårdsmedicin. Inriktningen på forskningen bör bättre anpassas till vårdens utveckling och förändringar. För att detta skall kunna åstadkommas krävs en lokalt förankrad planeringskompetens i forsknings- och utvecklingsfrågor hos huvudmännen.

Utredningen betonar också behovet av forskningsinsatser med anknytning till patienternas personliga och den vardagliga hälso- och sjukvårdens problem. Resurserna för omvårdnadsforskning bör därför enligt utredningens mening betydligt förstärkas. Utredningen anser att forskningsanknytning av de medellånga vårdutbildningarna enligt de riktlinjer som bl.a. angivits i prop. 1978/79:119 om vissa frågor rörande forskning och forskarutbildning bör öppna nya möjligheter till forskning och utvecklingsarbete inte minst inom detta område.

Staten har enligt utredningen ett särskilt ansvar att bevaka att det för landet samlade och fortlöpande forsknings- och utvecklingsarbetet står i överensstämmelse med de övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser, bl.a. socialstyrelsen, UHÄ och landstingsförbundet, instämmer i utredningens resonemang om att forskningen på detta område bör knytas starkare till hälso- och sjukvårdssektorn och dess utveckling. Sveriges läkarförbund pekar på att utbildningen och forskningen

ytterst är en statlig angelägenhet och tar avstånd från tanken att forsknings- och utvecklingsarbetet skulle inordnas under landstingskommunernas föreslagna totalansvar. Förbundet instämmer dock i att det är önskvärt att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning engagerar sig i övergripande forskningsfrågor och skaffar sig kunskaper om forsknings- och utvecklingsarbetets förutsättningar, liksom att ändamålsenliga samverkansformer utvecklas mellan forskningen och den praktiska hälso- och sjukvården. Liknande synpunkter framförs av Förbundet för Sveriges Arbetsterapeuter och Svenska läkaresällskapet. Sällskapet anser också att den nya hälso- och sjukvårdslagen i princip måste ange berörda myndigheters ansvar beträffande forsknings- och utvecklingsarbete.

Landstingsförbundet pekar på att en bättre överensstämmelse mellan hälso- och sjukvårdens mål samt forskningens inriktning och omfattning förutsätter bättre kontakter mellan sjukvårdshuvudmännen, högskolan och forskarna. Samarbetet måste avse såväl övergripande frågor om forsknings- och utvecklingsarbetets inriktning och planering som organisatoriska frågor.

Överväganden

I de frågor som rör utbildning och forskning har jag samrått med chefen för utbildningsdepartementet.

De tankegångar som utredningen redovisar om inriktningen av forskningen inom hälso- och sjukvården och om forskningsanknytning av högskolans vårdutbildningar stämmer väl överens med de ställningstaganden som regering och riksdag har gjort i skilda sammanhang under senare år. Sälunda har under anslagen till samhällsvetenskapliga och medicinska fakulteter inom utbildningsdepartementets huvudtitel anvisats särskilda medel för utveckling av omvårdnadsforskning. Vidare har också professorer i allmänmedicin och långvårdsmedicin inrättats vid medicinska fakulteter under senare år. Även medicinska forskningsrådet har inom ramen för sina resurser tagit upp frågor inom hälso- och sjukvårdsforskning, däribland omvårdnadsforskning.

Utredningen om sjukvårdens inre organisation har i sitt betänkande (1979:26) Sjukvårdens inre organisation bl.a. pekat på vikten av att omvårdnadsarbetet tillförs resurser för forsknings- och utvecklingsarbete. Detta har också understrukits i propositionen om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. (prop. 1979/80:6). Kraven på en bättre omvårdnad växer sig allt starkare. För att ge den framtida hälso- och sjukvården ett innehåll som tillgodoser såväl rent medicinska som psykologiska och sociala behov vid vård och rehabilitering krävs inom ramen för givna resurser för den medicinska forskningen ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete med utgångspunkt i patienternas omvårdnadsbehov.

Socialstyrelsen har till uppgift att initiera och stimulera forskning samt

sammanställa och föra ut forskningsresultat för praktisk användning hos dem som är direkt ansvariga för vården. Detta gäller speciellt medicinsk forskning, omvårdnadsforskning och epidemiologisk forskning. Styrelsen skall också identifiera, formulera och samordna hälso- och sjukvårdssektorns krav på forsknings- och utvecklingsinsatser och framföra dessa krav till forskningsansvariga myndigheter. I uppgifterna ingår givetvis också att tillgodose behoven av samordning med mer socialt inriktad forsknings- och utvecklingsverksamhet.

Socialstyrelsen bör utifrån statsmakternas uttalade vårdpolitiska ambitioner företräda och samordna statens intressen.

Jag vill vidare erinra om att Spris uppgifter inom det aktuella området har berörts i propositionen om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation. Sålunda bör Spri inom sitt kompetensområde bedriva hälso- och sjukvårdsforskning. Spris uppgifter rörande forskning- och utveckling bör liksom institutets övriga uppgifter utformas som ett direkt stöd till sjukvårdshuvudmännens konkreta förändringsarbete vad gäller vårdmetoder, vårdorganisation, vårdadministration och teknik med särskild tonvikt på utvärdering och erfarenhetsåterföring. Staten och sjukvårdshuvudmännen kan via Spris styrelse gemensamt komma överens och besluta om den närmare inriktningen och uppläggningsen av Spris forsknings- och utvecklingsarbete.

Jag vill här också hänvisa till vad regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70) anfört om forsknings- och utvecklingsarbete på regionsjukvårdsnivå. Enligt utredningen rymmer sjukvårdsregionerna med deras nära relation till de nyinrättade utbildningsregionerna stora potentiella resurser för klinisk forskning. Detta kliniska forsknings- och utvecklingsarbete måste ske inom alla sjukvårdsområden för att sjukvården skall utvecklas till patienternas bästa. Regionsjukvårdsutredningen pekar också på behovet av ökad samverkan i fråga om forskarutbildning mellan regionsjukhus och länssjukhus. Enligt regionsjukvårdsutredningens mening bör det ligga i de regionala samverkansnämndernas intresse att, genom ett beredande organ, följa planeringen för forskning och utveckling och genom ett ömsesidigt informationsutbyte med forskningens företrädare påverka planeringen och aktivt ta del av forskningsresultaten på de områden som direkt berör samverkansnämndernas intressen.

Staten har ett starkt intresse av att forsknings- och utvecklingsarbete bedrivs inom områden av hälso- och sjukvården som statsmakterna har prioriterat. Det är också väsentligt att det finns ett allsidigt och vederhäftigt underlag för politiska ställningstaganden. Socialstyrelsen bör som central planeringsmyndighet svara för att sådant planeringsunderlag tas fram. Styrelsen bör vidare i nära samverkan med landstingsförbundet och Spri samt i samråd med högskoleorganisationen och forskningsrådsorganisationerna initiera forskning inom områden som är särskilt angelägna ur det allmännas synpunkt.

Den utveckling som har påbörjats har stor betydelse när det gäller att långsiktigt öka kunskaperna på viktiga nya områden och för möjligheterna att stegvis anpassa hälso- och sjukvården till de nya målen för denna. Jag utgår från att en fortsatt successiv förstärkning av forskningen på detta område skall kunna ske. De frågor som hänger samman med den långsiktiga inriktningen av den statligt finansierade forskningsverksamheten kommer att behandlas i den forskningspolitiska propositionen som regeringen avser att förelägga riksdagen våren 1982. Jag har därför ingen anledning att i detta sammanhang gå närmare in på frågor om forskning och utvecklingsarbete.

2.5.3 Personal- och utbildningsplanering

Nuvarande förhållanden

Utbildningen av vårdpersonalen är i stor utsträckning en kommunal angelägenhet. Kommunerna – och då främst landstingskommunerna – svarar för huvuddelen av vårdutbildningarna på gymnasienivå och för därtill anknutna vuxenutbildningar samt även f.n. för s.k. medellång vårdutbildning på högskolenivå (till bl.a. sjuksköterska, sjukgymnast och medicinsk-teknisk assistent). Staten svarar direkt för vissa vårdutbildningar, bl.a. läkar- och tandläkarutbildningarna, samt har indirekt – genom statsbidrag och fastställande av utbildningsplaner m.m. – inflytande över övrig vårdyrkesutbildning.

Fortsatt vidareutbildning (specialistutbildningen) av läkare organiseras av socialstyrelsen.

För läkare och andra personalkategorier bedrivs också en omfattande fortbildning och efterutbildning. Landstingskommunerna men också staten använder sig av sådan utbildning som planeringsinstrument med syfte att åstadkomma förändringar. Sålunda förekom statliga efterutbildningsinsatser för läkare och barnmorskor m.fl. i samband med utbyggnaden av möjligheterna till smärtlindring vid förlossning samt vid införandet av den nya abortlagen. Det är också vanligt att sådana utbildningsinsatser görs inom vissa bristområden, t.ex. öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri. Även specialistföreningar och läkemedelsindustrier m.fl. bedriver fortbildning efterutbildning.

Under de senaste åren har en omfattande utredningsverksamhet genomförts om bl.a. vårdutbildningarna. Därvid har analyserats möjligheterna att förändra omfattning och innehåll i olika sådana utbildningar för att dessa skall kunna bättre svara mot de krav som hälso- och sjukvården ställer på de anställda.

Utredningen

HSU berör utbildningsfrågorna mycket kortfattat. Utredningen framhåller att staten har ett starkt intresse att påverka utbildningarnas innehåll och dimensionering utifrån bl.a. vårdpolitiska, utbildningspolitiska, regionalpolitiska och arbetsmarknadspolitiska utgångspunkter. Personal- och utbildningsplaneringen måste ske i nära samverkan med bl.a. sjukvårdshuvudmännen och ha sin utgångspunkt i landstingskommunernas planer för hälso- och sjukvården.

Utredningen anser också att innehållet i utbildningen för olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården måste anpassas till de omstruktureringar, som sker inom vårdorganisationen och utbildningssamhället.

Remissinstanserna

Socialstyrelsen, SÖ, UHÄ, Västernorrlands och Kopparbergs läns landstingskommuner samt TCO delar HSU:s uppfattning i denna fråga.

Några remissinstanser, bl.a. Älvsborgs läns landstingskommun, anser att utredningen borde ha belyst utbildningsfrågorna mera utförligt. Sveriges läkarförbund menar att en övergripande lag rörande hälso- och sjukvården måste klart ange berörda myndigheters ansvar vad beträffar utbildning av läkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

Överväganden

De tankegångar som utredningen redovisar stämmer väl överens med det synsätt som statsmakterna i olika sammanhang givit uttryck för. Bl.a. har riksdagen, efter det att HSU avlämnat sitt betänkande, fattat beslut med anledning av regeringens proposition om vårdutbildning inom högskolan (prop. 1978/79:197, UbU 1979/80:7, rskr 1979/80:100). De krav som utredningen angett beträffande vårdutbildningarnas inriktning och innehåll har därvid till stor del tillgodosetts. Det ankommer nu i första hand på högskolemyndigheterna att i det fortsatta utvecklingsarbetet förverkliga de intentioner som ligger till grund för reformen. Detta gäller även den översyn av den grundläggande läkarutbildningen som pågår inom UHÄ.

Socialstyrelsens personal- och utbildningsplanering kommer att förändras och övergå från en teknisk läroplansöversyn till en utformning av underlag för utbildningsplanering för vården. Detta innebär en övergång till ett nytt arbetssätt, som bör ligga helt inom ramen för socialstyrelsens planerings- och tillsynsuppgifter och svara mot de krav på insatser från styrelsens sida som högskolereformen ställer.

Socialstyrelsen skall som fackmyndighet medverka till att statsmakternas ambitioner inom hälso- och sjukvården genomförs. Det innebär att socialstyrelsen och universitets- och högskoleämbetet bör utarbeta underlag

för statsmakternas beslut om målen för olika utbildningar. Dessa bör ha som utgångspunkt verksamhetens omfattning, innehåll och inriktning och baseras på behov av och önskemål om vård och service, som skall tillgodose för individer och grupper. Underlaget måste anpassas till de förändringar och den utveckling som fortlöpande pågår. Här kan särskilt nämnas hälso- och sjukvårdens utveckling mot öppna vårdformer, som kommer att medföra krav även på socialtjänstens resurser. Detta kommer också att påverka utbildningen inom det sociala området. Vid utbildningsplaneringen bör givetvis beaktas de erfarenheter som socialstyrelsen får i egenskap av tillsynsmyndighet med ansvar för kvalitet och säkerhet inom vårdverksamheten.

En ny inriktning av samhällets vårdpolitik för med sig krav på ändringar av både innehåll och dimensionering av vårdutbildningarna. Mot denna bakgrund måste utbildningsplaneringen ske i nära samband med vårdplaneringen och ses som en del i en mer övergripande personalförsörjningsplanering. Utbildningsplaneringen förutsätts på ett bättre sätt än hittills ske med utgångspunkt i landstingskommunernas planer för hälso- och sjukvårdens utbyggnad.

Kraven på en bättre hälso- och sjukvård är i mycket liktydiga med krav på en organisation som bättre förmår att stimulera, ta till vara och utveckla de anställdas kunskaper och erfarenheter. Ett förstärkt medinflytande för personalen är en förutsättning för en positiv utveckling. Betoningen av förebyggande åtgärder och primärvård, strävan att bredda personalens arbetsuppgifter och utveckla omvårdnads- och grupparbete samt behovet av samverkan med primärkommunerna ger sammantaget underlag för betydande förändringar av utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonalen och utgör ett viktigt instrument för att förverkliga den offensiva hälsopolitiken.

Frågor som rör personal och utbildning uppmärksammas särskilt i det arbete med Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90) som utförs inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Utgångspunkten är att personalplaneringen är en av de viktigaste faktorerna när det gäller att påverka den framtida resursutvecklingen och förutsättningarna att genomföra strukturförändringar. Samtidigt är det kanske den del av planeringen som är svagast utvecklad, både på riksnivå och inom landstingskommunerna.

I det fortsatta arbetet med HS 90 är det viktigt att klarlägga bl.a. hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som ställts upp för hälso- och sjukvården och vilka uppgifter olika personalgrupper bör ha i framtiden. Tidsperspektivet för dessa prognoser bör vara 10-20 år. Det är särskilt viktigt att den långsiktiga efterfrågan på läkararbetskraft studeras noga.

Dessa analyser, som bör göras med alternativa antaganden om ekonomiskt utrymme, sysselsättningsgrad och arbetstider, bör bl.a. omfatta redovisningar av efterfrågan på personal av olika kategorier och förväntad tillgång på

personal samt innehålla förslag till åtgärder som underlättar rekryteringen till olika områden.

Som jag har nämnt i det föregående räknar jag med att frågor om hälso- och sjukvårdens personalbehov av olika slag samt därav föranledda krav på utbildningsinsatser kommer att fortlöpande diskuteras vid överläggningar mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen. En viktig förutsättning för detta arbete är tillgång till en utbildnings- och vårdpersonalstatistik som ger ett tillförlitligt underlag för bl.a. prognoser. Det bör i första hand ankomma på socialsektorns statistikdelegation att bevaka dessa frågor.

3 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. hälso- och sjukvårdslag,
2. lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m.,
3. lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

Förslagen bör fogas till regeringsprotokollet i detta ärende som *bilaga 5*.

4 Specialmotivering

Det bör inledningsvis framhållas, att de förslag som här läggs fram för med sig ytterligare författningsändringar än de som tas upp i detta sammanhang. Det är min avsikt att föreslå regeringen att förelägga riksdagen en proposition med förslag till sådana följdändringar under våren 1982.

4.1 Förslaget till hälso- och sjukvårdslag

Innan jag närmare kommenterar de enskilda paragraferna i förslaget till hälso- och sjukvårdslag, vill jag helt kort redogöra för hur lagen är disponerad. Lagen inleds i 1 § med en definition på vad som i lagen avses med hälso- och sjukvård. I paragrafens andra och tredje stycken omnämns särskilt verksamheter, som enligt lagförslaget inte skall hänföras till hälso- och sjukvård. Anledningen till att dessa lagar omnämns i paragrafen är det förhållandet, att verksamheterna inte i sak på något avgörande sätt skiljer sig från verksamheter som enligt lagförslaget skall betraktas som hälso- och sjukvård, men att vissa överväganden gjort att jag inte nu valt att hänföra sådan verksamhet till hälso- och sjukvård enligt den föreslagna lagen.

I andra paragrafen sätts upp ett mål för all den hälso- och sjukvård som omfattas av definitionen i 1 § – dvs. både den hälso- och sjukvård som bedrivs

av landstingskommunerna och den som bedrivs av annan huvudman, t.ex. enskilda vårdgivare, företagshälsovården och skolhälsovården.

Bestämmelserna i 3-19 §§ avser endast den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

I 20 § finns en bestämmelse med bemyndigande för regeringen att meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig eller vid likartade förhållanden.

Inledande bestämmelse

1 § *Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör sjuktransporter.*

I fråga om omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda finns bestämmelser i lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser.

Definitionen i paragrafens första stycke har en viss motsvarighet i 3 § första stycket sjukvårdslagen (1962:242). Andra stycket motsvaras av 1 § 3 mom. samma lag. Tredje stycket saknar motsvarighet i sjukvårdslagen.

Första stycket. I detta stycke definieras begreppet hälso- och sjukvård. I sjukvårdslagen finns ingen motsvarande definition. I stället anges landstingskommunernas uppgifter mera i detalj i 3 § första stycket sjukvårdslagen på det sättet, att det åligger landstingskommunen "att för dem, vilka äro bosatta inom sjukvårdsområdet, ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd, i den mån icke annan drager försorg härom". Någon lagstadgad skyldighet för landstingskommunerna att vidta förebyggande åtgärder finns sålunda inte. Trots avsaknaden av denna skyldighet, har alla landstingskommuner bedrivit sådan verksamhet. Den nu givna definitionen på hälso- och sjukvård innefattar också förebyggande åtgärder. Förebyggande åtgärder bör vara både miljöinriktade och individinriktade. De miljöinriktade åtgärderna kan huvudsakligen utföras genom hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen.

Landstingskommunernas miljöinriktade åtgärder kan innefatta insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet. Landstingskommunerna bör ta till vara och utnyttja den information om risker i människornas livsmiljö som observeras i hälso- och sjukvårdsarbetet.

Hälso- och sjukvården – då särskilt landstingskommunernas – kan med sina kunskaper om miljöfaktorernas betydelse för människors hälsa och välbefinnande bidra med underlag för planeringen inom andra samhällssektorer.

Syftet med främst hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplanering-

en är att dels befrämja aktuella skade- och sjukdomsförebyggande åtgärder inom andra delar av samhället än hälso- och sjukvården, dels medverka i att skapa samhällsmiljöer som främjar människornas fysiska, psykiska och sociala behov i vid bemärkelse.

Landstingskommunernas medverkan i samhällsplaneringen förutsätter således samarbete med de kommunala organ som har det direkta ansvaret för utvecklingen inom andra samhällssektorer. Samarbetet med företagshälsovården är av central betydelse. Landstingskommunerna har i dessa frågor att samarbeta med berörda regionala och centrala myndigheter och organisationer.

Beträffande individinriktade förebyggande åtgärder innefattas även åtgärder för att uppspåra hälsoproblem. Bland de nu förekommande förebyggande individinriktade verksamheterna som utförs genom landstingskommunernas försorg kan nämnas allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård. Dessa verksamheter förutsätts även framdeles utföras av landstingskommunerna och då ingå i skyldigheten att vidta förebyggande åtgärder. I övrigt ankommer det på huvudmännen och personalen att bedöma vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas med hänsyn till befolkningens behov, den medicinska utvecklingen, ekonomiska förutsättningar, m.m.

Till skillnad mot förebyggande åtgärder har sjukvård under lång tid varit en obligatorisk uppgift för landstingskommunerna. Vad som avses med sjukvård har fått en tämligen enhetlig betydelse i praxis. Anledning saknas därför att här mera utförligt behandla innebörden av begreppet. I 3 § första stycket sjukvårdslagen definieras den sjukvård som det åligger landstingskommunerna att ombesörja. Sjukvården anges där omfatta såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd. Den nya lagen avser inte att göra någon materiell ändring av innebörden i den del av hälso- och sjukvården som alltjämt kommer att kunna avgränsas som mer renodlad sjukvård. Åtgärder med anledning av kroppsfel och barnsbörd innefattas i begreppet hälso- och sjukvård trots att de inte uttryckligen nämns i den föreslagna lagen. Detsamma gäller åtgärder i samband med abort och sterilisering.

Till hälso- och sjukvården hör även företagshälsovården, skolhälsovården och studerandehälsovården. Även sjuktransporter hör hit. Jag återkommer under 6 § till omfattningen av landstingskommunernas ansvar för sådana transporter. I lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall och i smittskyddslagen (1968:231) finns bestämmelser av betydelse för hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Till hälso- och sjukvård räknas däremot inte åtgärder enligt lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda. Hit räknas inte heller tandvård enligt folktandvårdslagen (1973:457) eller tandvård som bedrivs av privatpraktiserande tandläkare. Jag återkommer till detta i anslutning till paragrafens andra resp. tredje stycke. När det gäller

gränsdragningen i övrigt till andra verksamhetsområden hänvisar jag till den allmänna motiveringen.

Andra stycket. Sedan den 1 juli 1968 regleras omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda av lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda (omsorgslagen). I 1 § 3 mom. sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att lagen inte gäller sådan sjukvård som avses i omsorgslagen, i vidare mån än som föreskrivs i sistnämnda lag. Inte heller den nu föreslagna lagen omfattar den verksamhet som avser att tillgodose behoven av särskilda omsorger hos vissa psykiskt utvecklingsstörda. Dessa behov kommer alltså att åtminstone tills vidare regleras av en särskild lagstiftning. Nuvarande omsorgslag hänvisar i vissa avseenden till sjukvårdslagen. Vissa följdändringar kommer därför att behöva göras i omsorgslagen. Jag återkommer härtill i senare sammanhang. Omsorgslagen har nyligen setts över av omsorgskommittén, som redovisat sina förslag i betänkandet (SOU 1981:26) omsorger om vissa handikappade. I betänkandet föreslår kommittén bl.a. att bestämmelser om omsorger om de psykiskt utvecklingsstörda även framgent bör ges i en lagstiftning skild från hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Betänkandet remissbehandlas f.n. Mot denna bakgrund har en bestämmelse om att omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda regleras särskilt tagits in i paragrafens andra stycke.

Tredje stycket. HSU har föreslagit att även tandvården bör omfattas av begreppet hälso- och sjukvård och därmed ingå i landstingskommunernas ansvar enligt denna lag. I den allmänna motiveringen har jag framhållit att mycket talar för att landstingskommunernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen bör omfatta även tandvården, men att jag inte nu är beredd att ta slutlig ställning till frågan. Som grund för mitt ställningstagande har jag åberopat, att jag vill avvakta resultatet av 1978 års tandvårdsutredning. I detta stycke har därför angivits att särskilda bestämmelser finns för tandvården.

Mål för all hälso- och sjukvård

2 § *Målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.*

Paragrafen saknar en motsvarighet i sjukvårdslagen.

I denna paragraf läggs fast det övergripande målet för hälso- och sjukvården.

Inledningsvis uttalas att en första del av det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att åstadkomma ett tillstånd där hela befolkningen har en god hälsa. Vad som avses med god hälsa är svårt att klart definiera. Det beror ju till stor del på att begreppet hälsa oftast sätts i samband med den enskilda människan och att dess betydelse därför kan påverkas av individuella förhållanden. En annan svårighet ligger i den varierande och föränderliga

synen på vad som är friskt och sjukt. Innebörden av begreppet hälsa påverkas i hög grad av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar vid den aktuella tiden. Därtill kommer att uppfattningarna om hälsa varierar mellan olika sociala grupper och åldersgrupper etc. I den klassiska WHO-definitionen av hälsobegreppet anges bl.a. att "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom och svaghet". Denna definition illustrerar dock mest innebörden av god hälsa som ett eftersträvanvärt tillstånd, som ett mål för den allmänna välfärdspolitiken.

God hälsa i fysiskt, psykiskt och socialt avseende är en av de faktorer som ger uttryck för goda levnadsförhållanden och god livskvalitet. I begreppet livskvalitet värderas människans totala situation. Det har på senare tid ofta hävdats att därvid större uppmärksamhet bör ägnas sådana kvaliteter som frånvaro av stress i arbetslivet, meningsfull fritid och allmänt fysiskt och psykiskt välbefinnande. Den vidare innebörd hälsobegreppet därmed får är en viktig utgångspunkt för de bedömningar som här görs i fråga om befolkningens behov och hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning.

Genom anknytningen till den allmänna välfärdspolitiken uppmärksammas inte endast den enskilda människans förhållanden. Hälsa blir även något som kan förknippas med situationen inom befolkningen som helhet. Man kan därmed beskriva och analysera hälsoläget inom befolkningen, t.ex. i relation till andra länder. Hälsotillståndet hos befolkningen i stort påverkas av miljöförhållanden och andra allmänna levnadsbetingelser. Hälsa är därför inte enbart ett uttryck för den enskilda människans tillstånd, utan också ett begrepp som avspeglar hälsosituationen i ett samlat perspektiv. Det är sålunda svårt att i konkreta termer klart redovisa innebörden av uttrycket en god hälsa hos hela befolkningen. Det är också självklart att uttrycket är ett relativt begrepp, som är starkt beroende av sådana faktorer som ekonomiska resurser, vetenskapens nivå och utveckling, olika förhållanden i miljön etc.

Som en andra del av det övergripande målet för hälso- och sjukvården anges att den skall erbjudas på lika villkor. Med lika villkor har ibland avsetts den allmänna kommunala likställighetsprincipen, som innebär att det inte är tillåtet för en kommun att särbehandla vissa kommunmedlemmar eller vissa grupper av kommunmedlemmar på annat än objektiv grund. Att likställighetsprincipen skall gälla följer av kommunalrättsliga principer och behöver inte särskilt komma till uttryck i en lag om hälso- och sjukvård. Bestämmelsen i andra punkten har ett vidare syfte än den kommunala likställighetsprincipen. Härmed avses även bl.a. en rad jämställdhetsvillkor av allmänmänsklig natur. Hälso- och sjukvården måste eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den mening att alla ges likvärdiga möjligheter att t.ex. förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd. Hänsyn skall således alltid tas till skiljaktigheter i

individuella förutsättningar. Den som svarar för hälso- och sjukvården skall så långt det är möjligt inrätta sin verksamhet så att betydelsen av t.ex. geografiska eller språkliga och kulturella olikheter begränsas. Det skall inte göras någon principiell skillnad mellan patienter med skilda vårdbehov. Dessa frågor har jag utförligt kommenterat i den allmänna motiveringen. Målet i denna punkt sträcker sig sålunda längre än vad som följer av den kommunala principen om likställighet. Utan att det har ansetts stå i strid mot sistnämnda princip har man nämligen i praxis godtagit att kommunmedlemmar i en viss mening behandlas olika. Vissa får sin barnomsorg tillgodosedd genom kommunens försorg, ofta på grundval av någon form av kösystem, medan andra till följd av att utbudet av barnomsorgsplatser understiger efterfrågan inte kan komma in fråga för dessa kommunala tjänster. Vidare är en kommun oförhindrad att låta en sökande i en kö för småhustomter gå före de sökande som står före i kön, om t.ex. endast denne bedöms ha ekonomiska förutsättningar att utnyttja en tomt för avsett ändamål. Även om dessa exempel inte gäller hälso- och sjukvården har de dock sina motsvarigheter där. Också inom hälso- och sjukvården förekommer ett kösystem. Oaktat hur stora resurser som satsas på hälso- och sjukvården torde man dock aldrig nå upp till en situation där köbildning och prioriteringar inte förekommer. Möjligheterna att få vård får därför inte påverkas av sådana förhållanden som förmågan att ta initiativ, betalningsförmågan samt sjukdomens art och varaktighet. Att åtskillnad mellan människor inte får göras till följd av kön, nationalitet, ålder, språk, religion, kultur och andra liknande förhållanden följer av likställighetsprincipen, om detta inte redan följer av andra principer som vi i vårt land iakttar.

Den grundläggande tanken bakom målet är att insatser som görs inom hälso- och sjukvården skall ha den inriktning som målet anger, även om den enskilda insatsen inte når ända fram.

Den landstingskommunala hälso- och sjukvården

Landstingskommunens ansvar

3 § *Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Bestämmelser om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.*

En god hälso- och sjukvård skall särskilt

- 1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,*
- 2. vara lätt tillgänglig,*
- 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,*
- 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.*

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i sekretesslagen (1980:100).

Första stycket första meningen motsvaras i huvudsak av 3 § första stycket sjukvårdslagen. Bestämmelsen i andra meningen saknar motsvarighet i sjukvårdslagen. En bestämmelse som svarar mot tredje meningen finns i 1 § 2 mom. sjukvårdslagen. Fjärde meningen saknar motsvarighet i sjukvårdslagen. Femte meningen har sin motsvarighet i uttrycket "i den mån icke annan drager försorg härom" i 3 § första stycket sjukvårdslagen.

Andra och tredje styckena saknar motsvarighet i sjukvårdslagen.

Fjärde stycket har, vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, en motsvarighet i 5 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Första stycket. Enligt 8 kap. 5 § RF skall föreskrifter om åligganden för kommuner och landstingskommuner meddelas i lag. I förevarande paragraf ges bestämmelser om landstingskommunernas åligganden på hälso- och sjukvårdens område. I första stycket slås inledningsvis fast en skyldighet för landstingskommunen att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård. Landstingskommunens skyldighet begränsas till att omfatta endast dem som är bosatta inom landstingskommunen. Av 4 § framgår landstingskommunens skyldighet att tillhandahålla vård till dem som tillfälligt vistas i landstingskommunen. Med bosättning avses här detsamma som i folkbokföringsförordningen (1967:198).

Enligt 3 § första stycket sjukvårdslagen åligger det landstingskommunen att ombesörja vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns börd. Denna vård har sedan länge benämnts sjukvård. I enlighet med definitionen på hälso- och sjukvård i 1 § vidgas landstingskommunens ansvar i förevarande paragraf till att gälla även sjukdomsförebyggande verksamhet.

I paragrafen läggs en skyldighet på landstingskommunerna att svara för en god hälso- och sjukvård. Då innebörden av begreppet en god hälso- och sjukvård inte ger sig själv, har i paragrafens andra stycke tagits in bestämmelser som närmare anger innebörden av begreppet. I kommentaren till andra stycket återkommer jag till detta.

Som framgår av sista meningen i första stycket utgör landstingskommunernas ansvar inte något hinder för andra att bedriva hälso- och sjukvård. Med andra vårdgivare åsyftas staten, kommuner och enskilda – personer eller organisationer. I fråga om skolhälsovården och hälso- och sjukvården för de värnpliktiga bedriver annan vården med stöd av författning. Exempel på då andra rent faktiskt bedriver hälso- och sjukvård utgör statens hälso- och

sjukvård, företagshälsovården och den vård som bedrivs av enskilda personer. Bestämmelsen innebär att om det inom landstingsområdet uppkommer ett behov av hälso- och sjukvård är landstingskommunen skyldig att svara för att behovet tillgodoses. Häri ligger dock inte en skyldighet att t.ex. ta över ansvaret för att företagshälsovård ges om huvudmannen för denna verksamhet inte fullgör sina skyldigheter. Om däremot t.ex. en privatpraktiserande läkare lägger ner sin verksamhet eller förändrar den och befolkningen därför efterfrågar vård i större utsträckning än tidigare är landstingskommunen skyldig att erbjuda den ytterligare vård som kan behövas. I övrigt hänvisar jag till min utförliga redogörelse för omfattningen av landstingskommunernas ansvar som finns i den allmänna motiveringen.

Andra stycket. Kravet i första punkten att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen innebär att hälso- och sjukvården skall hålla en god personell och materiell standard, dvs. bedrivs av en personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. Bestämmelser om personalen finns i 13-16 §§. Med god materiell kvalitet avses kvaliteten på såväl teknisk utrustning – från tänger, förbandsmateriel och läkemedel till den mest komplicerade tekniska utrustningen som hjärt-lungmaskiner, röntgenapparater etc. – som de lokaler där vården och behandlingen försiggår. Nämda krav innebär att var och en som söker hälso- och sjukvård skall behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar. All vård, behandling och rådgivning skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kraven på medicinsk säkerhet och kvalitet är för många av helt avgörande betydelse. Detta innebär dock inte att vård och behandling behöver ske på stora sjukhus. Även vårdformer som inte kräver så stora resurser kan väl tillgodose dessa krav. Kravet på en god kvalitet får sålunda inte uppfattas som ett hinder för en fortsatt decentralisering av vården. I denna punkt har också tagits in en bestämmelse om att en god hälso- och sjukvård skall ge de vårdsökande trygghet i vården och behandlingen. En vårdorganisation som har goda personella och materiella resurser har givetvis stora förutsättningar att tillgodose de vårdsökandes behov av sådan trygghet. Erfarenheten visar emellertid att vården på våra stora och tekniskt mest utvecklade sjukhus ibland har lyckats mindre väl med denna uppgift. Patienterna har här känt sig osäkra och upplevt vården som opersonlig. I en god hälso- och sjukvård måste det vara ett grundläggande krav att patienterna känner trygghet i vården. Detta förutsätter även en god omvårdnad av patienten. Kravet på trygghet har också ett starkt samband med kraven i tredje och fjärde punkterna. Det är dock självklart att det ibland kan vara svårt att helt tillgodose patientens behov av trygghet. Svårt sjuka patienter är av lättförklarliga skäl ofta oroliga och ängsliga. Det är angeläget att hälso- och sjukvården även möter patienternas behov i dessa avseenden.

HSU föreslår att det bör skrivas in som ett krav i den nya lagen att vården skall präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden. Syftet med en sådan bestämmelse är att hälso- och sjukvården skall, så långt det är möjligt och lämpligt, grundas på goda kunskaper om den enskildes förhållanden. Vården skall utformas under hänsynstagande också till andra faktorer än de rent medicinska behoven, t.ex. den vårdsökandes allmänna sociala situation, arbetsförhållanden, utbildning och kulturella bakgrund. Det är särskilt angeläget att invandrarnas speciella situation och förhållanden beaktas. Helhetssynen bör sålunda enligt HSU prägla såväl organisationen som vården och behandlingen.

Att en helhetssyn skall anläggas framgår bl.a. av att skyldighet föreligger också att förebygga ohälsa. Detta förutsätter ofta kunskap om patientens levnadsförhållanden. Mot denna bakgrund har jag inte ansett det nödvändigt att i lagen särskilt föreskriva ett krav på helhetssyn på patientens förhållanden. Som jag påtalat i den allmänna motiveringen har detta inte heller skett i socialtjänstlagen.

Vårdens lättillgänglighet anger HSU som en del av de övergripande målen för hälso- och sjukvården. Kravet på en lätt tillgänglig vård tas upp också i punkten två i förevarande paragraf. I dag finns brister i detta hänseende. Med lätt tillgänglig avses främst de geografiska förhållandena. Det säger sig självt att alla människor inte kan ha lika långt till hälso- och sjukvårdens anläggningar. Kräver t.ex. en sjukdom vård på ett regionsjukhus måste patienten, om han har sin bostad långt från sjukhuset, acceptera att resorna blir långa. Vad man i detta fall däremot kan begära är att patientens första besök hos hälso- och sjukvården, då sjukdomen konstaterades och då remissen till regionsjukhuset gavs, kunde ske vid t.ex. en närbelägen vårdcentral. En lätt tillgänglig vård i denna betydelse kan nås genom en decentralisering av vården. Vårdmottagningar bör därför förläggas så att det vid behov är lätt för vem som helst att ta sig dit. I andra fall kan en lämpligare lösning vara att läkaren eller distriktssköterskan kommer hem till den som behöver vård eller tillsyn i hemmet. Den geografiska närheten är dock inte tillräcklig i sig utan måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses främst vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöringen och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården. Ett förlängt öppethållande vid t.ex. en vårdcentral kan vara av stor betydelse för vårdens lättillgänglighet liksom förbättrad jourtjänstgöring och kortare köer. Även på dessa sätt kan man således öka lättillgängligheten. En sådan utbyggnad kan emellertid kräva stora resurser. Kravet på en lätt tillgänglig hälso- och sjukvård måste därför noga vägas mot de ekonomiska och personella begränsningar som finns för verksamheten.

Punkten tre avser att stryka under vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården. En vårdsökande är en medmänniska som alltid har rätt till okränkad värdighet och integritet när hon utnyttjar hälso- och sjukvårdens tjänster. Det är väsentligt för resultatet av

vården att den kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonalen och patienten. Patientens rätt till självbestämmande och integritet kan dock inte vara absolut utan måste av flera skäl vara begränsad. Det är inte möjligt att låta patienten bestämma innehållet och omfattningen av vården. Sådana avgöranden måste alltid ankomma på sjukvårdshuvudmannen och den som har det medicinska ansvaret för vården. Det bör också i detta sammanhang påpekas att bestämmelsen i förevarande punkt under inga förhållanden är avsedd att kunna åberopas i en dödshjälpssituation. Aktningen för en människas rätt till självbestämmande kan aldrig sträcka sig så långt att den som är verksam inom hälso- och sjukvården har att efterkomma en begäran från en svårt sjuk människa att få aktiv hjälp att beröva sig livet. En patient har däremot i princip en obegränsad rätt att avstå från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.

Här kan också hänvisas till det förbud mot påtvingat kroppsligt ingrepp som har kommit till uttryck i 2 kap. 6 § regeringsformen. En situation som uppstår ibland är att patienten till följd av sin religiösa tro vägrar att underkasta sig en viss behandling. Så t.ex. brukar medlemmar av vissa religiösa samfund vägra att ta emot blodtransfusioner, även om denna vägran skulle medföra en allvarlig risk för patientens liv. Om en patient är underårig och vårdnadshavaren vägrar att gå med på att barnet erhåller erforderlig medicinsk behandling, kan emellertid den vårdansvarige läkaren eller annan anmäla förhållandet till socialnämnden som kan föranstalta om vård och omhändertagande enligt lagstiftningen med vissa bestämmelser om vård av unga. Om en patient är medvetlös eller omtöcknad eller av annan orsak är ur stånd att ge ett rättsligt giltigt tillstånd till en behandling, som bedöms vara nödvändig med hänsyn till hans hälsotillstånd, kan givetvis denna genomföras ändå. Självfallet kan här uppstå svåra gränsdragningsproblem, t.ex. om patienten är allvarligt psykiskt sjuk och vägrar underkasta sig somatisk behandling som inte har samband med hans psykiska sjukdom. Dessa komplicerade problem kan emellertid inte lösas genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.

Det bör i detta sammanhang nämnas att utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede i sitt huvudbetänkande (SOU 1979:59) i livets slutskede har behandlat frågeställningarna kring döden. Betänkandet bereds f.n. inom socialdepartementet.

Det bör också framhållas att det i annan lagstiftning finns bestämmelser som inskränker patientens rätt till självbestämmande. Exempel härpå är lagen (1944:133) om kastrering, lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall samt smittskyddslagen (1968:231).

I punkten fyra betonas vikten av vad som numera benämns kontinuitet i vården. Många patienter finner det besvärligt att ofta träffa ny personal när de kommer till vårdmottagningen. Enahanda sakuppgifter måste lämnas gång på gång, nya ansikten skall kännas igen osv. Särskilt för äldre människor

är en bristande kontinuitet i vården ett stort problem. Men också för dem som mycket ofta måste uppsöka hälso- och sjukvården framstår detta förhållande som mycket besvärande och inte sällan som en uppenbar risk för resultatet av vården. Kontinuiteten är viktig också för hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att genomföra en god vård. Problemen gäller emellertid inte bara inom den öppna vården utan i lika hög grad inom den slutna. I propositionen 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten inom hälso- och sjukvården m.m. har lagts fram förslag och anvisats vägar för att komma till rätta med den bristande kontinuiteten inom vården.

I *tredje stycket* anges att vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den närmare innebörden härav har behandlats i den allmänna motiveringen. Här bör endast anmärkas att patientens rätt till samråd inte får leda till någon inskränkning i det medicinska ledningsansvaret. Bestämmelsen får inte heller tolkas så, att patienten bestämmer innehållet och omfattningen av vården.

Fjärde stycket. I 5 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. finns en bestämmelse om att den som har ansvaret för vården är skyldig att informera patienten om hans hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Rätten för patienten att få sådana upplysningar har ansetts så betydelsefull, att en bestämmelse med i huvudsak samma innebörd tagits in också i denna lag. Den här givna bestämmelsen innebär en skyldighet för huvudmannen att bedriva och organisera vården på ett sådant sätt att patientens berättigade krav på information kan tillgodoses. Skyldigheten att informera en patient eller dennes anhöriga kan dock vara begränsad genom sekretesslagen (1980:100).

Landstingskommunerna har således en skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård av en viss omfattning och standard. Någon rätt för patienten att anföra förvaltningsbesvär över beslut som rör vården föreligger inte. Däremot kan patienten anföra kommunalbesvär över beslut som fattats av en landstingskommunal eller kommunal nämnd. Vidare har patienten en rätt att hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd få prövat om någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen åsidosatt vad som åligger honom i hans yrkesutövning. Patientens har också möjlighet att vända sig till förtroendekommittén i landstingskommunen.

4 § Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan vård.

Paragrafen motsvaras av 3 § andra stycket sjukvårdslagen.

Huvudprincipen i 3 §, att vårdskyldigheten skall omfatta endast dem som är bosatta inom landstingsområdet måste kompletteras med bestämmelser

för de fall, då behov av omedelbar vård uppkommer. Det är självklart att den som har ett akut behov av vård skall tas om hand på närmaste sjukhus eller annan mottagning där adekvat vård kan ges oavsett var han är kyrkobokförd. Avgörande för vårdskyldigheten i dessa fall måste alltid vara den faktiska vistelseorten. Paragrafen innehåller därför en bestämmelse om att landstingskommunen är skyldig att tillhandahålla också dem som inte är bosatta inom landstingskommunen omedelbar hälso- och sjukvård. Skyldigheten omfattar såväl den som är medlem i en annan landstingskommun som den som saknar sådant medlemskap, t.ex. en utlänning på tillfälligt besök i landstingskommunen. Någon närmare precisering av gränserna för vad som skall anses som "omedelbar vård" kan inte ges här. Detta får prövas från fall till fall. Läkaren eller annan som svarar för vården bör liksom hittills få avgöra om en vårdsökande behöver omedelbar vård eller om vården kan anstå till dess den vårdsökande kommer till sitt eget län eller dit där han annars har att söka vård. Skyldigheten att ombesörja vård gäller dock i princip endast så länge den vårdbehövande inte utan men kan flyttas till t.ex. det egna landstingets sjukhus. I de flesta fall torde det sannolikt inte bli aktuellt att förflytta patienten men i vissa fall kan vårdbehovet bli långvarigt och då bör patienten också förflyttas. Eftersom den vårdskyldighet som det här är fråga om är betingad av ett akut vårdbehov bör skyldigheten inte gälla längre än vad som från saklig synpunkt är motiverat. Något hinder för att huvudmannen bereder vård i större omfattning finns inte. Många gånger är det kanske med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet både önskvärt och lämpligt att så sker. Det bör dock understrykas, att skyldigheten för landstingskommunen att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård avser endast skyldighet att svara för att lokaler, personal och utrustning står till förfogande, men inte att tillhandahålla vården kostnadsfritt eller till ett särskilt lågt pris. Som framgår av 17 § får landstingskommunen ta ut vårdavgifter enligt de grunder som den själv bestämmer.

Vissa speciella situationer med anknytning till regionsjukvården är i ansvarshänseende inte lösta genom föreskrifterna i lagförslaget men förutsatts bli reglerade genom särskilda överenskommelser. Hit hör t.ex. den situationen när en patient är i behov av specialistvård på regionnivå, men den egna regionsjukvården saknar resurser för sådan vård.

5 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård.

Paragrafen motsvaras av bestämmelser i 2 § 1 mom. sjukvårdslagen.

I HSU:s lagförslag förekommer varken begreppet sjukhus eller begreppen öppen och sluten vård. Såsom framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 2.3.5) har jag ansett det behövligt att tills vidare bibehålla dessa begrepp också i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Någon saklig ändring av den

betydelse begreppen har i sjukvårdslagen är inte avsedd. Liksom i sjukvårdslagen hänger begreppen sjukhus och sluten vård samman. Sjukhus är den vårdinrättning där sluten vård ges. Det förhållandet att sluten vård ges på sjukhus hindrar naturligtvis inte att även öppen vård tillhandahålls där. Liksom hittills skall sjukhusen erbjuda vård för "sjukdom, skada, kroppsfel eller barns börd". Någon åtskillnad görs inte mellan psykiska eller somatiska sjukdomar eller förlossningsvård. Också konvalescentvård som kräver intagning skall ske på sjukhus.

Enligt sjukvårdslagen har dock inte tillfälliga sjukvårdslokaler för vård av patienter som lider av smittsamma sjukdomar betraktats som sjukhus. Orsaken till undantaget är det förhållandet, att det inte ansetts vare sig praktiskt möjligt eller behövligt att göra sjukvårdslagens alla föreskrifter om sjukhus och deras förvaltning tillämpliga på så provisoriska sjukvårdslokaler som det här är fråga om. Här avsedda tillfälliga vårdinrättningar torde inte förekomma längre. Ett undantag som motsvarar det i sjukvårdslagen har därför inte ansetts behövligt i den nya lagen. Kraven på en god hälso- och sjukvård torde i praktiken innebära, att sjukhusen även framdeles måste ha åtminstone den kvalitativa standard som de har i dag för att uppfylla kraven på en god hälso- och sjukvård. Några organisatoriska föreskrifter för sjukhusen finns dock inte i den nya lagen.

Begreppen öppen och sluten vård har i förevarande lag samma betydelse som i sjukvårdslagen. Med sluten vård avses i sjukvårdslagen sådan vård där patienten är "intagen" på sjukhuset. Att någon är "intagen" har i regel ansetts förutsätta, att han vistas på sjukhuset även under natten. Numera finns det emellertid vårdformer där det kan vara svårt att avgöra om vården som ges skall betraktas som öppen eller sluten. Vanligt är t.ex. att patienten vistas på sjukhuset endast under dagen (dagsjukhusvård), endast under natten (nattsjukvård) eller endast måndag-fredag (femdygnsvård). Dessa vårdformer har vanligen brukat betecknas som halvöppna. Tvekan om klassificeringen av de nya vårdformerna har skapat problem särskilt vid tillämpningen av sjukförsäkringens ersättningsregler. En redogörelse för hur gränsdragningen mellan sluten och öppen vård skall ske lämnades av föredragande departementschefen i prop. 1969:125.

6 § *Landstingskommunen svarar för att det inom landstingskommunen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med fordon som är särskilt inrättade för ändamålet.*

Paragrafen motsvaras av 3 § tredje stycket sjukvårdslagen.

Som framgår av 1 § första stycket hör sjuktransporter till hälso- och sjukvården. Med sjuktransporter avses i sjukvårdslagen endast vägbundna sådana, dvs. i allt väsentligt ambulanstransporterna. Andra marktransporter hör till den allmänna räddningstjänsten och åvilar det kommunala brandförsvaret enligt brandlagen (1974:80). Frågan om huvudmannaskapet för

sjuktransporter och annan räddningstjänst övervägs f.n. I avvaktan på resultatet av dessa överväganden är landstingskommunernas ansvar för sjuktransportväsendet också i den nya lagen begränsat till vägbundna sjuktransporter. För att markera att någon ändring i förhållande till vad som nu gäller inte har åsyftats, har bestämmelsen i 3 § tredje stycket sjukvårdslagen förts över, med endast en mindre redaktionell ändring, till förevarande paragraf.

7 § Landstingskommunen skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

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

Första stycket har en viss motsvarighet i 4 § sjukvårdskungörelsen (1972:676). Andra stycket saknar direkt motsvarighet i sjukvårdslagstiftningen.

I paragrafen läggs en skyldighet på landstingskommunen att planera sin hälso- och sjukvård. Den hälso- och sjukvård som numera bedrivs av landstingskommunerna har sådan omfattning och inriktning att den inte kan bedrivas utan en väl fungerande planering. Trots detta förhållande har det bedömts som väsentligt att i en särskild bestämmelse slå fast landstingskommunens planeringsansvar, inte minst med hänsyn till bestämmelserna om samverkan i planeringen i de följande två paragraferna. Av paragrafen framgår att planeringsskyldigheten i princip är begränsad till det egna landstingsområdet. Beträffande viss hälso- och sjukvård måste planeringen dock omfatta två eller flera landstingsområden. Detta framgår av bestämmelserna om regionsjukvård i 9 §.

Syftet med landstingskommunens planering skall vara att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård hos dem, för vilka landstingskommunen har en skyldighet att tillhandahålla sådan vård. I paragrafen ställs inte upp några krav på formerna för planeringen. Landstingskommunen avgör själv hur detaljerade planer som skall upprättas och vilken tid planerna skall avse. Något krav på underställnings- eller samrådsskyldighet med socialstyrelsen ställs inte heller upp. Med hänsyn till att socialstyrelsen är tillsynsmyndighet förutsätts dock att landstingskommunerna håller styrelsen fortlöpande informerad om planeringen.

Landstingskommunen får alltså planera verksamheten på det sätt som den finner mest ändamålsenligt. Dock måste planeringen alltid vara så utformad att kraven på hälso- och sjukvården uppfylls och att verksamheten strävar mot det övergripande målet i 2 §.

Av paragrafens andra stycke framgår att landstingskommunens planeringsansvar omfattar inte endast den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. Landstingskommunen skall alltså vid planeringen av den egna verksamheten ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för, t.ex. privata vårdinrättningar.

privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård. Också den riksomfattande verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet som bedrivs vid t.ex. riks försäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås skall beaktas. Att samverka skall ske med dessa vårdgivare framhålls i nästföljande paragraf.

8 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Paragrafen har en viss motsvarighet i 4 § andra och tredje styckena sjukvårdskungörelsen.

I paragrafen åläggs landstingskommunen en skyldighet att samverka med andra i planerings- och utvecklingsarbetet av hälso- och sjukvården. Också i sjukvårdslagstiftningen finns det bestämmelser om ett samrådsförfarande i planeringen. Enligt 4 § andra stycket sjukvårdskungörelsen bör sjukvårdsstyrelsen efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för sjukvården och olika grenar av denna. Det finns dock inte någon skyldighet för landstingskommunen att upprätta sådana planer. I förarbetena till föreskriften – bestämmelsen fanns ursprungligen i sjukvårdslagen men fördes senare över till sjukvårdskungörelsen – underströk föredragande departementschefen dock vikten av att sådana planer verkligen gjordes upp och att samråd därvid skedde med berörda myndigheter. Vidare ges i 4 § tredje stycket sjukvårdskungörelsen en bestämmelse om att sjukvårdsstyrelsen skall underrätta socialstyrelsen när den fattat beslut om indelning i läkardistrikt.

Den offentliga hälso- och sjukvårdens betydelse för samhället har särskilt under de senaste årtiondena blivit allt större. Detta har bl.a. fört med sig att landstingskommunernas delaktighet i den allmänna samhällsplaneringen har blivit mer markerad än tidigare. Sålunda är landstingskommunerna enligt 12 § förordningen (1979:637) om länsplanering obligatoriska remissinstanser vid länsstyrelsernas länsplanering. Vidare har landstingskommunerna genom att de enligt lagen (1976:891) om val av ledamöter i länsstyrelses styrelse fungerar som valkorporationer i detta hänseende ett icke oväsentligt inflytande på länsstyrelsernas länsplaneringsbeslut. Landstingskommunerna har också gemensamt med staten bildat regionala utvecklingsfonder, som ersatt de tidigare företagareföreningarna och som – genom bl.a. lagen (1978:19) om beslutanderätt för stiftelse som har bildats för att på regional nivå främja näringslivets utveckling – bereder dem vissa möjligheter att påverka näringspolitiken på länsplanet. Därjämte har landstingskommunerna genom lagen (1978:438) om huvudmannaskap för viss kollektiv persontrafik ett med kommunerna gemensamt ansvar för länets kollektivtrafik.

Utformningen av hälso- och sjukvården påverkar en rad andra verksamhetsområden i samhället. Mot bl.a. denna bakgrund har det ansetts nödvändigt att i lagen föra in en bestämmelse om en vittgående skyldighet för landstingskommunen att samverka med huvudmännen för dessa verksam-

hetsområden. Som framgår vid en jämförelse är förevarande bestämmelse betydligt mera vidsträckt än bestämmelsen i 4 § sjukvårdskungörelsen. Enligt sistnämnda bestämmelse skall samråd äga rum endast vad gäller översiktsplaner. Ordet samverkan avser att markera, att samarbetet alltid skall vara fråga om ett ömsesidigt givande och tagande. Samråd har ofta använts i en snävare betydelse. Det är således inte endast fråga om att bereda någon tillfälle att ta del av t.ex. ett visst förslag till utbyggnad, utan avsikten är att denne skall ges möjlighet att påverka utformningen av förslaget genom att belysa det utifrån hans kunskaper och erfarenheter. Enligt den nya bestämmelsen skall samverkan ske med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Med samhällsorgan avses främst kommuner och statliga myndigheter, t.ex. socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen på central nivå samt länskolnämnden, yrkesinspektionen, länsarbetsnämnden och de regionala stiftelserna för skyddat arbete på länsplanet. Bland organisationer kan nämnas arbetsmarknadens organisationer samt handikapp-, äldre- och patientföreningar. Med enskilda avses i huvudsak privata vårdgivare av olika slag, t.ex. privata sjukhem samt privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster.

9 § *Regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner.*

Landstingskommunerna skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård.

Bestämmelsen är utan ändring överförd från 37 § sjukvårdslagen.

I paragrafen bemyndigas regeringen att ge föreskrifter om hur riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner.

Samarbete mellan landstingskommunerna i sådan hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner, s.k. regionsjukvård, har förekommit under lång tid. Efter beslut av 1960 års riksdag i anledning av prop. 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m.m. indelades landet i sju regioner för den högspecialiserade kroppssjukvården. Kärnor i regionerna utgjorde undervisningssjukhusen i Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala och Umeå samt lasarettet i Örebro. Enligt riksdagsbeslutet borde samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen i fråga om regionsjukvården vila på frivillig grund. Det skulle alltså ankomma på huvudmännen att själva besluta i fråga om planeringen och utbyggnaden av regionsjukvården. Med anledning härav kom riksdagsbeslutet inte till uttryck i någon författning.

Efter förslag i prop. 1980/81:9 om regionsjukvården beslöt riksdagen att i sjukvårdslagen skriva in en skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att samverka i frågor om hälso- och sjukvård som är gemensamma för flera landstingskommuner. En bestämmelse härom togs in i 37 § sjukvårdslagen. Vidare uttalade sig riksdagen för dels en ändring av begreppet regionsjuk-

vård, dels en ändring av rikets indelning i sjukvårdsregioner. Dittills hade begreppet regionsjukvård avsett den vård på de s.k. regionklinikerna som regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal. Dessa avtal omfattade endast vissa medicinska specialiteter. Enligt riksdagsbeslutet skulle regionsjukvården ges ett vidare innehåll och numera omfatta "det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas". Utvidningen av begreppet regionsjukvård innebär i princip att det numera omfattar viss vård inom alla medicinska specialiteter. Detta gäller också allmänmedicinen. När det gäller indelningen i regioner uttalade riksdagen sig för en indelning som något avviker från den som föreslogs i propositionen.

I andra stycket läggs en skyldighet på landstingskommunerna att samverka i den hälso- och sjukvård som berör flera kommuner. Bestämmelsen innebär att de landstingskommuner som tillhör samma region skall samverka i de frågor som rör den gemensamma hälso- och sjukvården inom regionen. Av särskild vikt är att planeringen sker i samverkan. Utgångspunkten för planeringsarbetet skall också beträffande denna hälso- och sjukvård vara densamma som i 7 §, dvs. befolkningens behov av vård. Även i övrigt skall bestämmelserna i 7 och 8 §§ tillämpas på planeringen av regionsjukvården. Vid planeringen av regionsjukvården är det önskvärt, att planerna ges in till socialstyrelsen och i så god tid innan de fastställs, att styrelsen, mot bakgrund av sin riksomfattande överblick och sina kunskaper och erfarenheter på området, bereds en verklig möjlighet att lägga synpunkter på utformningen av planerna.

Nämnder

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

Landstingskommunen får tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd. Har detta inte skett, är förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd.

Paragrafen motsvarar 9 § 1 mom. sjukvårdslagen.

Genom paragrafen har i allt väsentligt bestämmelserna i 9 § 1 mom. sjukvårdslagen förts över till den nya lagen. I överensstämmelse med lagens rubrik och med hänsyn till att verksamheten i framtiden inriktas på förebyggande hälso- och sjukvård i större utsträckning än f.n. föreslås det samlande ledningsorganet för landstingskommunens hälso- och sjukvård få benämningen hälso- och sjukvårdsnämnd. Härigenom skulle man i lagtexthänseende i princip återgå till den benämning som fanns i äldre lagstiftning. I

1924 års landstingslag talas sålunda, efter en lagändring år 1940, om hälso- och sjukvårdsberedning, kommunallagskommittén föreslog i sitt betänkande (SOU 1952:48) med förslag till landstingslag m.m. benämningen hälso- och sjukvårdsnämnd och i prop. 1954:119 med förslag till landstingslag m.m. föreslogs benämningen hälso- och sjukvårdsstyrelse. Först genom gällande sjukvårdslag infördes den nuvarande benämningen sjukvårdsstyrelse i författningstexten.

Genom att den nya lagen i denna del föreslås behålla samma tekniska konstruktion som den tidigare, lämnas landstingskommunen full frihet i valet mellan att ha en självständig hälso- och sjukvårdsnämnd, att låta en annan nämnd vara hälso- och sjukvårdsnämnd eller att lägga hälso- och sjukvårdsnämndens uppgifter hos förvaltningsutskottet. Därmed blir hälso- och sjukvårdsnämnden inte heller enligt den nya lagen någon obligatorisk landstingskommunal nämnd i den mening som t.ex. skolstyrelsen är en obligatorisk kommunal nämnd, utan liksom förut endast en fakultativ nämnd som är bärare av en obligatorisk landstingskommunal funktion.

Om förvaltningsutskottet är hälso- och sjukvårdsnämnd och utskottet inom sig inrättar en hälso- och sjukvårdsdelegation, bör det observeras att denna delegation inte därmed är att anse som hälso- och sjukvårdsnämnd. En sådan delegations uppgifter är begränsade på det sätt som anges i 3 kap. 12 § andra stycket kommunallagen och beroende av vad som särskilt föreskrivs genom reglemente eller i separata beslut. Delegationen är inte heller att anse som nämnd i kommunallagens mening och har inte alla de befogenheter som tillkommer en nämnd, t.ex. inte rätten att göra framställningar till landstinget.

Också den möjlighet till centraliserad personaladministration och egendomsförvaltning, som första styckets hänvisning till 3 kap. 14 § kommunallagen syftar på, är en direkt överföring från 9 § 1 mom. sjukvårdslagen. Genom denna bestämmelse, som infördes i anslutning till att den nya kommunallagen trädde i kraft den 1 juli 1977, får landstinget, i den mån inte annat är föreskrivet i lag eller annan författning, besluta att förvaltningsutskottet eller annan nämnd skall

1. handha förvaltning och verkställighet i fråga om egendom som annars förvaltas av annan nämnd,

2. handlägga frågor om anställning, ledighet, vikariat eller skiljande från tjänst samt andra frågor beträffande personal som är underställd annan nämnd.

Landstinget kan alltså med stöd av detta stadgande besluta att den personaladministration och den egendomsförvaltning, som normalt skulle åligga hälso- och sjukvårdsnämnden, i stället skall föras över till förvaltningsutskottet eller en annan landstingskommunal nämnd.

Motiven bakom bestämmelsen i 3 kap. 14 § kommunallagen redovisas inte särskilt i detta sammanhang. I stället hänvisas till vad som anförs i ämnet i

prop. 1975/76:187 Kommunal demokrati, ny kommunallag m.m. (s. 473 ff).

11 § *Ett eller flera särskilda organ får tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer.*

Paragrafen motsvaras närmast av 11 § 1 mom. sjukvårdslagen.

11 § 1 mom. sjukvårdslagen innebär att tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhus kan utövas av en direktion närmast under sjukvårdsstyrelsen. En sådan direktion kan vara gemensam för två eller flera sjukhus och kan utöver sjukhusförvaltningen anförtros andra motsvarande uppgifter inom sjukvården. Sjukvårdsstyrelsen kan vara direktion, om landstinget beslutar det.

Förevarande bestämmelse är nödvändig för att förvaltande och verkställande uppgifter skall kunna anförtros ett lokalt landstingskommunalt organ. Med hänsyn till vad som brukar kallas det odelade ansvarets princip kan det nämligen annars för varje förvaltningsområde finnas bara ett enda förvaltningsorgan för hela landstingskommunen. Det fordras alltså uttryckligt lagstöd för att ett sådant organ som sjukhusdirektionen skall kunna tilldelas uppgifter av den art som direktionerna nu handlägger. Omvänt gäller att de utan sådant lagstöd skulle bli kommunallagsreglerade, dvs. betraktas endast som rådgivande lokala beredningsorgan under sjukvårdsstyrelsen.

Det har bedömts nödvändigt att det liksom f.n. finns möjlighet för landstingskommunerna att låta förtroendemannaorgan svara för den närmaste ledningen av olika delar av verksamheten. Huvudmannen kan välja mellan olika organisationsformer eftersom det inte finns några avgörande skäl för att någon särskild form skulle vara att föredra framför andra. Den nya lagen bör ge endast de formella förutsättningarna för att man under hälso- och sjukvårdsnämnden skall kunna lägga ett ansvar på politiskt utsedda organ. I lagtexten anges inte närmare hur organen skulle vara sammansatta eller hur deras ansvarsområde skall avgränsas. Bestämmelsen i förevarande paragraf medför en större frihet för sjukvårdshuvudmännen att organisera verksamheten. Sålunda har den enligt sjukvårdslagen obligatoriska anknytningen till förvaltning av sjukhus inte tagits med. Det blir alltså möjligt för landstingskommunen att inrätta organ både med och utan sådan anknytning. Det är inte heller nödvändigt att organets verksamhetsområde blir lokalt begränsat till en del av landstingskommunen. På detta sätt får landstingskommunen full frihet både att inrätta direktioner av nuvarande typ och med nuvarande ansvarsområden och att tillsätta nya förtroendemannaorgan för exempelvis primärvården, endera inom landstingskommunen som helhet eller för geografiskt avgränsade områden. Härigenom öppnas möjligheter att bredda förtroendemannainflytandet på hälso- och sjukvårdsområdet, möjligheter som i dag saknas.

De organ som avses i denna paragraf blir liksom direktionerna att betrakta

som nämnder i kommunallagens mening. Detta innebär bl.a. att de kan avge förslag direkt till landstinget och att landstinget skall besluta i ett sådant ärende (2 kap. 15 § kommunallagen), att de skall delta i beredningen av ärenden som berör dem innan landstinget fattar beslut (2 kap. 16 §), att de under sedvanliga förutsättningar kan väljas proportionellt (2 kap. 23 §), att deras ordförande kan interPELLERAS vid landstingsmöte (2 kap. 24 §), att de kan revideras av särskilda revisorer (5 kap. 1 §) och att besvär över deras beslut förs genom kommunalbesvär (7 kap. 2 §). Friheten för organ av denna typ är – på samma sätt som hittills gällt i fråga om direktionerna – i viss utsträckning beskuren genom att de enligt lagtexten verkar under hälso- och sjukvårdsnämnden. Härmed avses att hälso- och sjukvårdsnämnden i sin egenskap av det för hela landstingskommunen övergripande förtroendemanorganet har en viss direktiv rätt gentemot de övriga organen och därjämte en viss samordningsfunktion. Enligt 4 § första stycket 7 sjukvårdskungörelsen åligger det sålunda f.n. sjukvårdsstyrelsen att ge sjukhusdirektionerna de anvisningar för förvaltningen som behövs. Detta innebär att landstingskommunerna får genom reglementen eller på annat sätt slå fast vilka gränser som skall uppställas i detta hänseende.

12 § *I fråga om särskild hälso- och sjukvårdsnämnd och organ som avses i 11 § gäller bestämmelserna i 3 kap. 2-12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.*

Paragrafen motsvaras av 9 § 2 mom. och 11 § 4 mom. sjukvårdslagen.

I denna paragraf har samlats de allmänna hänvisningar till kommunallagen som behövs i fråga om hälso- och sjukvårdsnämnden och organ enligt 11 §. Vad som gäller om förvaltningsutskottet enligt 3 kap. 2-12 §§ kommunallagen skall alltså gälla i tillämpliga delar också beträffande de nämnder som omnämns i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Personal

13 § *I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.*

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

Paragrafen motsvaras av ett flertal paragrafer i sjukvårdslagen. Vad gäller administrativ personal motsvaras den av i huvudsak 13 och 14 §§ sjukvårdslagen. Beträffande sjukvårdspersonal har den sin motsvarighet främst i 15, 16, 17, 21 och 23 §§ sjukvårdslagen.

I specialmotiveringen till 3 § framhålls bl.a. att en god hälso- och sjukvård förutsätter en välutbildad och kompetent personal. I förevarande paragraf ges bestämmelser om den personal som skall finnas.

Första stycket. Inledningsvis bör framhållas, att bestämmelsen avser inte endast befattningshavare inom den direkt sjukvårdande verksamheten –

t.ex. läkare och sjuksköterskor – utan all personal som behövs för att inom ramen för tillgängliga ekonomiska resurser bedriva en rationell och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Vid sidan av den sjukvårdande personalen skall det alltså finnas personal som dels svarar för den dagliga driften av verksamheten – administratörer, hantverkare, lokalvårdare etc. –, dels svarar för arbetsuppgifter, främst miljöinriktade förebyggande åtgärder, som inte direkt ankommer på någondera av nämnda personalkategorier. Att personal av sistnämnda kategori finns, blir av särskilt stor betydelse när hälso- och sjukvården inriktar sin verksamhet också mot miljöinriktade förebyggande åtgärder.

Något krav på att anställa personal av det ena eller andra slaget ställs inte upp, med undantag för kravet på anställning av överläkare och distriktsläkare i följande paragraf.

Avsikten med förevarande bestämmelse är att tillförsäkra hälso- och sjukvården den personalkader som behövs för att tillhandahålla en god vård. Något krav på att all personal skall ha fast anställning ställs inte upp. Vikariat och andra former av korttidsanställning får naturligtvis förekomma. Bestämmelsen är inte heller ett hinder mot att vissa arbetsuppgifter utförs av personal som inte är anställd inom hälso- och sjukvården, t.ex. vissa transporter, lokalvård, tvätt och andra liknande arbetsuppgifter. Inte heller är det något hinder mot att tjänster köps utifrån när hälso- och sjukvården saknar kompetent personal för uppgiften och där det inte skulle vara ekonomiskt försvarligt att anställa personal med sådan kompetens.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen är således i princip helt fria att inom givna ekonomiska resurser anställa den personal som behövs för att erbjuda en god hälso- och sjukvård. I skilda författningar finns dock bestämmelser som innebär att huvudmännens frihet i detta avseende är begränsad. Av lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s.k. kvacksalverilagen) framgår, att endast den som är behörig att utöva läkaryrket eller som eljest är i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område ställd under socialstyrelsens tillsyn får t.ex. behandla vissa sjukdomar och undersöka eller behandla barn under en viss ålder. Vidare är flertalet läkemedel enligt läkemedelslagstiftningen tillgängliga först efter förskrivning av läkare. Ett annat exempel på en sådan begränsning är reglementet (1955:592) för barnmorskor enligt vilket endast den som vunnit legitimation som barnmorska får utöva barnmorskeyrket. Än viktigare i detta sammanhang kommer dock att bli den bestämmelse med rätt för regeringen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom landstingskommunernas hälso- och sjukvård som jag föreslår i 16 §. Genom detta bemyndigande får regeringen möjlighet att ställa upp krav för anställning på sådana tjänster.

Andra stycket. Den nya lagen innehåller liksom sjukvårdslagen inga föreskrifter som reglerar åligganden för och tillsyn över den personal – hälso- och sjukvårdspersonal – som enligt första stycket måste finnas. En erinran

om att det finns särskilda bestämmelser härom har tagits in i detta stycke.

Föreskrifter om personalens yrkesansvar finns främst i tillsynslagen. Men också andra författningar innehåller sådana föreskrifter, t.ex. reglementet (1955:592) för barnmorskor, reglementet (1957:656) för sjuksköterskor och allmänna läkarinstruktionen (1963:341). Även socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar.

I detta sammanhang bör uppmärksammas att socialstyrelsens rätt enligt 22 § sjukvårdslagen att med omedelbar verkan avstänga en läkare från utövning av tjänst inte ges någon motsvarighet i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Uppkommer framdeles en situation där det är nödvändigt att försätta en läkare ur tjänstgöring har huvudmannen vissa möjligheter att ingripa. Enligt kollektivavtalet för den landstingsanställda personalen kan en arbetstagare som är på sannolika skäl misstänkt för eller beträds med svårare fel eller försummelse i anställningen av arbetsgivaren avstängas från tjänstgöring i avvaktan på ärendets avgörande. Avstängning får ske under högst 30 kalenderdagar i sänder. Föreligger eljest vägande skäl att avstänga en arbetstagare äger arbetsgivaren besluta därom för högst 30 kalenderdagar i sänder.

14 § En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares verksamhet kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset. Vid utövandet av denna ledning skall läkaren i frågor som inte rör vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen får för särskilda fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.

Paragrafen motsvarar bestämmelser i främst 15 §, 16 § 1 och 2 mom., 24 § sjukvårdslagen samt 29 § första stycket 3 och 6 och 31 § första stycket 1 p. och 12 p. sjukvårdskungörelsen.

Första stycket. I detta stycke ges bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret för hälso- och sjukvården. För den verksamhet som bedrivs vid sjukhus ankommer detta ansvar på en överläkare och för verksamhet utanför sjukhus på en distriktsläkare.

Det medicinska ledningsansvaret skall liksom i dag omfatta diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet. Detta innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina medicinska åligganden. Ansvaret omfattar förutom vården av enskilda patienter i strikt mening också in- och utskrivning av patienten innefattande även prioritering mellan patienter och ansvar för remitterade patienter. I ledningsansvaret ingår också ett ansvar för att journaler förs för patienten, att befintlig medicinsk-teknisk utrustning

används på det sätt som från sjukvårdssynpunkt bäst gagnar patienten samt ansvar för riktig och säker medicinering.

Principerna för delegering av uppgifter inom hälso- och sjukvården finns redovisade i socialstyrelsens kungörelse med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård m.m. (SOSFS M 1980:100).

Med verksamhetsområde förstås detsamma som i 16 § sjukvårdslagen. Detta innebär att en överläkartjänst liksom hittills bör knytas till en viss medicinsk funktion, t.ex. allmän kirurgi, hjärtsjukdomar eller allmän internmedicin.

Vidare anges att en överläkares ansvar för en verksamhet inte alltid behöver vara begränsad till ett sjukhus.

Av bestämmelsen framgår också – i likhet med vad som gäller redan i dag – att överläkaren eller distriktsläkaren i frågor som inte hör till vården av enskilda patienter måste följa de direktiv som landstingskommunen meddelar. Huvudmannen kan sålunda t.ex. bestämma hur sjukhuset skall utnyttjas eller vilka uppgifter en viss medicinsk enhet skall ha. Huvudmannen får dock inte bestämma hur eller var en viss patient skall vårdas. Han får inte heller i ett enskilt fall avgöra om en patient skall beredas vård. Huvudmannen är dock oförhindrad att meddela generella föreskrifter i dessa avseenden.

Med vård av enskild patient avses främst diagnos, vård och behandling.

Andra stycket. I detta stycke finns en bestämmelse om att hälso- och sjukvårdsnämnden kan fördela en del av överläkarens eller distriktsläkarens medicinska ledningsansvar på en eller flera andra läkare. Denne är då skyldig att följa de bestämmelser som gäller för överläkaren och distriktsläkaren. Bestämmelsen motsvarar delvis 16 § 3 mom. första stycket första meningen sjukvårdslagen.

Tredje stycket. Bestämmelsen som saknar motsvarighet i sjukvårdslagen har jag utförligt kommenterat i den allmänna motiveringen avsnitt 2.3.6.2.

15 § *Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket skall förordnas för viss tid.*

Paragrafen har en viss motsvarighet i bestämmelserna om underläkare i 20 § 4 mom. sjukvårdslagen.

Enligt lagen (1974:12) om anställningsskydd gäller, med vissa här ej aktuella undantag, all anställning tills vidare, dvs. utan tidsbegränsning. Avvikelse från denna föreskrift skall meddelas genom bestämmelse i annan lag. Anställning av läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning är av sådan natur att den liksom hittills inte bör vara obegränsad i tiden. Mot denna bakgrund har det ansetts nödvändigt att i lagen ta in en bestämmelse om att här aktuella anställningar skall ske för viss tid.

16 § *Regeringen får meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.*

I fråga om enheter inom hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande högskoleutbildning av läkare finns särskilda bestämmelser.

Paragrafens första stycke har en viss motsvarighet i 36 § första stycket sjukvårdslagen. Andra stycket motvaras av 33 § 1 mom. sjukvårdslagen.

Första stycket. I högskolelagen (1977:218) och högskoleförordningen (1977:263) ges föreskrifter om utbildning för vårdyrken. Där finns bestämmelser om utbildning till läkare, sjuksköterska, logoped, sjukgymnast etc. Till nämnda författningar kopplar andra författningar, i vilka ges bestämmelser om legitimation och annan behörighet att utöva visst yrke. Bland dessa författningar kan nämnas lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket, reglementet (1957:656) för sjuksköterskor, reglementet (1955:592) för barnmorskor, förordningen (1978:341) om legitimation av psykolog och kungörelsen (1937:864) om legitimation av sjukgymnaster. Så t.ex. fordras för att bli legitimerad läkare och därmed behörig att utöva läkaryrket förutom avlagd läkarexamen även fullgjord föreskriven praktisk utbildning, s.k. allmäntjänstgöring. Behörighet att utöva barnmorskeyrket tillkommer endast den, som fått legitimation som barnmorska: för legitimation krävs förutom sjuksköterskeexamen även viss vidareutbildning eller att motsvarande kunskap och färdighet förvärvats på annat sätt. För vissa andra yrkesgrupper krävs endast genomgången utbildning för att få legitimation eller annan behörighet för att utöva yrket. Så är fallet beträffande t.ex. sjuksköterskor och sjukgymnaster. De krav som ställs upp i dessa författningar brukar benämnas allmänna behörighetskrav.

Enligt 36 § första stycket sjukvårdslagen får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ställa upp även särskilda villkor för behörighet till läkartjänster. Med stöd av bemyndigandet har regeringen meddelat sådana bestämmelser i sjukvårdskungörelsen. Vidare finns i 36 § sjukvårdskungörelsen bestämmelser om att tjänst som sjuksköterska, barnmorska eller sjukgymnast får tillsättas endast med den som har legitimation och om att socialstyrelsen får föreskriva krav på genomgången vidareutbildning för innehav av vissa sjukskötersketjänster.

Också i den nya lagen behövs en bestämmelse som gör det möjligt för regeringen att ställa upp särskilda villkor för behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården. En bestämmelse härom har tagits in i den nya lagen i första stycket av förevarande paragraf. Som framgår av bestämmelsens utformning har bemyndigandet här dock inte begränsats till endast vissa läkartjänster utan omfattar alla tjänster inom hälso- och sjukvården. Anledningen till utvidgningen är det förhållandet, att också andra yrkesgrupper än de som nämnts i sjukvårdslagstiftningen numera har så kvalificerade och ansvarsfulla uppgifter att man också för vissa tjänster som

tillsätts med personal från dessa yrkesgrupper måste ställa upp särskilda villkor för behörighet.

Behovet av behörighetskrav för anställning på olika nivåer samt tillsättningsbestämmelser inom den allmänna hälso- och sjukvården övervägs f.n. inom 1981 års behörighetskommitté (S 1980:11). I avvaktan på resultatet av kommitténs arbete är avsikten att i huvudsak oförändrade bestämmelser om behörighet och tillsättning skall gälla.

Andra stycket. Här ges en hänvisning till att särskilda bestämmelser gäller för behörighet till och tillsättning av läkartjänster vid de enheter inom hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande högskoleutbildning av läkare. Bestämmelserna härom finns i förslaget till lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m.

Vårdavgifter

17 § *Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen skall därvid behandlas lika.*

När sjukhusvård meddelas en pensionär i fall där rätten till ersättning för vården upphört enligt 2 kap. 12 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, skall vården vara avgiftsfri de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle. Vårdavgiften för tid därefter får bestämmas med hänsyn till pensionärens betalningsförmåga. I så fall skall endast pensionärens egna inkomster efter skatt läggas till grund för avgiften. Vårdavgiften skall alltid bestämmas så att pensionären förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter.

En fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten. I övrigt gäller preskriptionslagen (1981:130) i fråga om sådana fordringar.

Bestämmelser om vårdavgifter finns i 27 - 29 §§ sjukvårdslagen.

Första stycket. Här anges landstingskommunernas befogenhet att bestämma avgifter för hälso- och sjukvården. Enligt paragrafen får landstingskommunen besluta om patienternas avgifter för vården, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Friheten att fastställa vårdavgifter är beskuren i många hänseenden genom att det finns en rad särskilda bestämmelser av begränsande innehåll. Ett generellt "tak" finns också genom den allmänt gällande kommunala självkostnadsprincipen, dvs. den huvudsakligen på rättspraxis grundade princip enligt vilken kommuner och landstingskommuner inte får ta så mycket betalt för sina tjänster att intäkterna överstiger de kostnader som samma tjänster inneburit för kommunen eller landstingskommunen.

Landstingskommunen är i princip oförhindrad att ta ut lägre vårdavgift för medlemmarna av den egna kommunen än för andra patienter. Ett undantag från landstingskommunens rätt i detta hänseende har dock tagits in i andra meningens av detta stycke, där det sägs att patienter som är bosatta inom landstingsområdet skall behandlas lika vid avgiftssättningen. Detta innebär

att åtskillnad i avgiftshänseende inte får göras mellan kommunmedlemmarna och dem som är bosatta inom landstingskommunen men ännu inte blivit medlemmar av den.

Den övervägande delen av landstingskommunens inkomster via patientavgifter har en nära anknytning till sjukförsäkringssystemet. I den delen öppnas genom 2 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring en möjlighet för regeringen att begränsa patientavgiften för läkarvård, tandvård och sjukvårdande behandling. I praktiken får dessa frågor och frågan om avgift för sjukhusvård sin lösning genom de överenskommelser som regelbundet träffas mellan regeringen och landstingsförbundet om storleken av såväl patientavgift som ersättning från sjukförsäkringen. Regeringens begränsningsmöjlighet har emellertid likväl tagits till vara genom en föreskrift i 19 § läkarvårdstaxan (1974:699). I fråga om pensionärer som inte omfattas av sjukförsäkringen finns regler i andra stycket av förevarande paragraf.

Det finns också bestämmelser av innebörd att viss vård skall vara kostnadsfri för den enskilde. Exempel på sådana återfinns i 25 a § skollagen (1962:319), 6, 18 och 22 §§ smittskyddslagen (1968:231) och 35 § värnpliktsförmånsförordningen (1976:1008).

I 29 § sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som bedrivs av landstingskommunen, inte för egen räkning får ta emot ersättning av en patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten. Bestämmelsen fick sin lydelse när systemet med enhetlig taxa i den öppna sjukvården infördes år 1970. I samband därmed upphörde i princip läkarnas dittillsvarande rätt att ta särskild ersättning av vårdsökande i den av huvudmannen anordnade öppna vården och att bedriva privatmottagning på sjukhusen. Bestämmelsen har också ansetts tillämplig på fall när sjukvårdspersonalen mottagit gåvor och dylikt av patienterna. HSU har ansett att bestämmelsen i 29 § sjukvårdslagen inte behöver föras över till en ny hälso- och sjukvårdslag men att det kan finnas behov för arbetsgivaren att ta in bestämmelser som reglerar personalens rätt att ta ut särskilda ersättningar av patienterna och rätten att bedriva egen verksamhet på vårdinrättningarna i administrativa föreskrifter.

Mot denna bakgrund har en bestämmelse som svarar mot 29 § sjukvårdslagen inte tagits in i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Om det finns ett behov av att reglera de förhållanden mellan arbetsgivaren och vissa anställda som avses i nämnda paragraf i sjukvårdslagen kan detta, som utredningen påpekar, ske genom föreskrifter i anställningsvillkoren. Inte heller finns det behov av att i denna lag särskilt reglera de fall när en patient ger gåvor och dylikt till sjukvårdspersonalen. I den mån den anställde tar emot ersättning som kan anses otillbörlig, kan ansvar inträda enligt brottsbalken.

Andra stycket. Bestämmelserna här ger den som driver ett sjukhus möjlighet att ta ut differentierade avgifter för sjukhusvård av de pensionärer för vilka ersättning för vård inte utgår från den allmänna försäkringen, dvs. sådana vårdtagare som blivit "utförsäkrade" enligt 2 kap. 12 § lagen om

allmän försäkring. Vad gäller en närmare redogörelse för motiven till bestämmelsen hänvisar jag till vad jag anförde i prop. 1981/82:22 om differentierade avgifter för pensionärer vid sjukhusvård. Av lydelsen följer att de sex första vårddagarna vid varje vårdtillfälle alltid är avgiftsfria. När avgift tas ut av pensionärerna för tid därefter får den differentieras med hänsyn till deras betalningsförmåga. Det är även möjligt att i stället ta ut fasta avgifter för sådan tid som är avgiftspliktig. Frågan om differentiering eller ej skall naturligtvis fastställas generellt när det bestäms vilka regler som skall tillämpas och inte avgöras i det enskilda fallet. Om en differentiering sker skall den uteslutande grundas på pensionärens – vårdtagarens – egna inkomster efter skatt. En hemmavarande makes inkomster eller annan betalningsförmåga hos anhöriga får alltså inte räknas in i avgiftsunderlaget.

Med inkomst avses här detsamma som redan tillämpas när avgifter bestäms vid ålderdomshem, dvs. i princip vårdtagarens sammanräknade nettoinkomster vid taxering till statlig inkomstskatt. Någon hänsyn till kapital skall alltså inte tas. Avkastning av kapital ingår i avgiftsunderlaget i den utsträckning som kapitalet ger nettoinkomster. Det torde här normalt vara tillräckligt att ta reda på ränteinkomster en gång per år.

Oavsett om huvudmannen tar ut differentierade avgifter eller fasta avgifter utan särskild hänsyn till betalningsförmågan skall pensionären alltid förbehållas tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar föreskrifter om vilka belopp som skall förbehållas vårdtagarna. Det är förutsatt att reglerna om sådana förbehållsbelopp skall stå i överensstämmelse med dem som gäller för avgifter vid ålderdomshem och avses bli gällande vid helinackordering i servicehus för äldre människor.

Vidare är förutsatt att regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om avgifterna. Det gäller hänsynstagande till att annan person är beroende av vårdtagaren för sitt uppehälle, hänsyn till bostadskostnad och nedsättning av avgifterna om andra särskilda skäl föreligger. Vid förhållandevis låga fasta avgifter bör det vara möjligt att göra schablonberäkningar med utgångspunkten att vårdtagaren uppbär folkpension för att kontrollera att denne förbehålls inkomster i enlighet med utfärdade föreskrifter.

Tredje stycket. I prop. 1979/80:119 om preskriptionslag, m.m. anges, med anledning av lagrådets uttalande att osäkerhet i vissa fall kunde råda om bl.a. avgifter i allmän sjukvård preskriberas efter tre år eller först efter tio år, att det kunde övervägas om man inte borde införa uttryckliga bestämmelser om en treårig preskriptionstid på sjukvårdsområdet men att sådana bestämmelser borde tas in i en ny hälso- och sjukvårdslag. Mot denna bakgrund har i detta stycke av förevarande paragraf tagits in en bestämmelse om att en fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten.

Tillsyn

18 § *Socialstyrelsen har tillsynen över hälso- och sjukvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja landstingskommunernas verksamhet. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.*

Paragrafen motsvarar i princip 5 § sjukvårdslagen.

Genom paragrafen tilldelas socialstyrelsen rollen som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens tillsyn preciseras genom föreskrifterna i förordningen (1981:683) med instruktion för socialstyrelsen.

Innehållet i det tillsynsansvar som i paragrafen åläggs styrelsen utvecklas närmare i den allmänna motiveringen avsnitt 2.4 samt i prop. 1979/80:6 Om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. Den delvis ändrade inriktningen av tillsynen som föreslagits i nämnda proposition har i förevarande paragraf kommit till uttryck främst genom att styrelsens följande och stödjande uppgifter särskilt framhålls. Rätten att inspektera verksamheten är föranledd främst av hänsyn till patienternas säkerhet.

I vissa fall är andra myndigheter än socialstyrelsen tillsynsmyndigheter för vissa grenar av hälso- och sjukvården. Bestämmelser av denna innebörd finns t.ex. i 7 kap. 1 § arbetsmiljölagen (1977:1160), enligt vilket stadgande tillsynen över denna lags efterlevnad på visst sätt delas mellan arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen. En motsvarande bestämmelse avseende tillsynen över skolhälsovården finns i 1 kap. 5 § skollagen (1962:319), där denna uppgift läggs på skolöverstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen står i sin yrkesutövning under socialstyrelsens tillsyn enligt bestämmelser i tillsynslagen. Enligt denna lag ges socialstyrelsen rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet.

Ytterligare föreskrifter

19 § *Regeringen bemyndigas att meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.*

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Paragrafen motsvaras närmast av 36 § sjukvårdslagen.

I paragrafen bemyndigas regeringen att meddela de ytterligare föreskrifter som kan behövas för att trygga patienternas säkerhet i vården eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.

Enligt bestämmelsen i andra stycket får regeringen överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Även utan sådan överlåtelse får socialstyrelsen utfärda allmänna råd till ledning för vården m.m. Meddelar socialstyrelsen föreskrifter eller utfärdar den allmänna råd skall styrelsen som andra ämbetsverk beakta bestämmelserna om begräns-

ning i myndighets rätt att meddela föreskrifter, anvisningar eller råd.

Med stöd av bemyndigandet i denna paragraf avser jag att föreslå regeringen att meddela föreskrifter om skyldighet för huvudmannen att anmäla till socialstyrelsen när patient skadats i samband med vård eller risk för skada eller sjukdom har uppkommit. Jag har i den allmänna motiveringen avsnitt 2.3 utvisat min syn på hur anmälningsskyldigheten bör fullgöras.

Lex Maria avser endast skador som drabbar eller kan drabba patienten. Skador och skaderisker som avser hälso- och sjukvårdspersonalen omfattas i stället av motsvarande stadgande i 2 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166). I sammanhanget bör nämnas att hälsovårdsstadgans (1958:663) och livsmedelslagens (1971:511) bestämmelser i tillämpliga delar gäller sjukhus.

En allmän skyldighet att tillhandahålla socialstyrelsen de uppgifter som styrelsen kan begära t.ex. i samband med en utredning som föranletts av en anmälan om skada bör anses föreligga utan särskild föreskrift i lagen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att lämna upplysningar till socialstyrelsen följer av 7 § tillsynslagen.

I nuvarande sjukvårdskungörelse finns bestämmelser om läkares åligganden (29-31 §§). Vissa av dessa åligganden ingår i det medicinska ledningsansvaret enligt den nya lagen eller omfattas av skyldigheten att anmäla skador eller sjukdomar (Lex Maria). I andra fall avses situationer då skyldighet föreligger att göra anmälan till anhöriga, polis, överförmyndare m.fl. Med stöd av bemyndigandet i denna paragraf, kommer jag att senare föreslå regeringen att meddela sådana bestämmelser i en förordning.

Hälso- och sjukvården i krig m.m.

20 § *Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana uomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.*

I överensstämmelse med vad som uttalas i propositionen om hälso- och sjukvård i krig m.m. (prop. 1980/81:57, SoU:23, rskr 216) föreskrivs i denna paragraf att regeringen får meddela särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården i bl.a. krig. Regeringen får alltså med stöd av denna paragraf meddela bestämmelser för krigssituationer som i erforderlig utsträckning tar över den lagstiftning rörande sjukvården som gäller under fredstid. Liksom i fråga om annan beredskapslagstiftning kan sådana författningar utfärdas redan i fredstid.

4.2 Förslaget till lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m.

Enligt 33 § sjukvårdslagen får regeringen meddela från sjukvårdslagen avvikande bestämmelser för sjukhus där undervisning för blivande läkare

bedrivs eller avses komma att bedrivas. Sådana bestämmelser har meddelats i kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus (KUSK).

Enligt 36 § andra stycket sjukvårdslagen får tjänst som distriktsläkare vara förenad med tjänst vid högskola. Regeringen meddelar bestämmelser om tillsättning av distriktsläkartjänst förenad med sådan tjänst.

Förslagen till hälso- och sjukvårdslag har medfört behov av följdändringar i de särskilda bestämmelserna om undervisningssjukhusen. Den nya regeringsformen medför att vissa av bestämmelserna bör tas in i lag. Vissa av bestämmelserna är föremål för översyn av 1980 års behörighetskommitté (S 1980:11).

1 § I denna lag ges bestämmelser om vissa läkartjänster vid sådana enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för den grundläggande högskoleutbildningen på läkarlinjen.

Vad som sägs om landstingskommunal hälso- och sjukvård gäller också den hälso- och sjukvård som anordnas av kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

Enligt gällande avtal om läkarutbildning och forskning bestämmer staten och sjukvårdshuvudmannen i samråd vilka enheter inom sjukvårdsorganisationen, som skall tas i anspråk för läkarutbildning och för forskning (upplåtna enheter). Lagtexten anknyter här till ifrågakavande avtal. Vad en enhet skall omfatta blir beroende på vad parterna avtalar om.

Grundutbildningen av läkare bör, som framhållits i den allmänna motiveringen, inte enbart kunna ske vid högt specialiserade sjukhus utan även vid andra sjukhus samt inom den öppna vården utanför sjukhus. Den här föreslagna lagen gäller därför även för de öppenvårdsenheter som upplåtits för sådan utbildning. Lagens bestämmelser blir tillämpliga förutom på specialistutbildade läkare vid sjukhus även på specialistutbildade läkare vid de öppenvårdsenheter som upplåtits för grundutbildning av läkare.

2 § Regeringen får förordna att en tjänst för specialistutbildad läkare skall vara förenad med en tjänst för lärare vid en högskoleenhet.

Paragrafen ersätter 4 § andra stycket och 5 § andra stycket KUSK samt 36 § andra stycket sjukvårdslagen.

Någon saklig ändring har inte åsyftats även om paragrafen omfattar alla specialistkompetenta läkare.

3 § Sådan läkartjänst som är förenad med en lärartjänst vid en högskoleenhet tillsätts i den ordning som gäller för lärartjänsten. Vid tillsättningen skall utöver de befodringsgrunder som gäller för lärartjänsten beaktas den kliniska skickligheten i undervisningsämnet.

På förslag till sådan läkartjänst som avses i första stycket får uppföras endast den som uppfyller behörighetskraven för läkartjänsten eller som socialstyrelsen förklarar behörig till sådan tjänst.

Tjänsteförslagsnämnden skall bereda hälso- och sjukvårdsnämnden tillfälle att, såvitt avser den hälso- och sjukvårdande verksamheten, yttra sig över de sökande som tjänsteförslagsnämnden anser främst bör komma i fråga till tjänsten.

Paragrafen ersätter 8 § KUSK. Den enda sakliga ändring som gjorts i förhållande till KUSK är att bestämmelsen även omfattar specialistkompetenta läkare inom den öppna vården utanför sjukhus.

4 § *Andra specialistutbildade läkare än överläkare eller distriktsläkare eller andra läkare som avses i 3 § anställs med förordnande för sex år om inte särskilda skäl föranleder förordnande för kortare tid. Socialstyrelsen får dock medge att förordnande meddelas att gälla tills vidare utan tidsbegränsning.*

Paragrafen ersätter 11 § KUSK. De läkare som avses är sålunda specialistutbildade läkare som varken är överläkare eller distriktsläkare eller har tjänster som är förenade med tjänst vid högskoleenhet. Bestämmelser om tillsättning m.m. för samtliga läkare vid enheter som avses i denna lag kommer att meddelas med stöd av bemyndigandet i 16 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen.

5 § *Varje läkare som är anställd vid sådan hälso- och sjukvårdsenhet som avses i denna lag är skyldig att biträda vid handledningen av medicine studerande.*

Även annan vid enheten anställd specialistutbildad läkare än den som innehar en tjänst som är förenad med en lärartjänst är, i den mån hälso- och sjukvårdsnämnden medger det, skyldig att inom sitt verksamhetsområde ombesörja den undervisning och den examination som behövs för att den grundläggande högskoleutbildningen av läkare skall kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

Paragrafen ersätter 18 § KUSK. Bestämmelsen omfattar samtliga specialistutbildade läkare som är anställda vid enheter som avses i lagen.

6 § *Kliniska amanuenser och medicine studerande får biträda i hälso- och sjukvården.*

Paragrafen ersätter 7 § KUSK. Bestämmelsen gäller alla enheter.

4.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Som framgår av den allmänna motiveringen har ansvarsområdet för förtroendenämnderna vidgats till att också avse förebyggande insatser. Ett par rena följdändringar har också gjorts i paragrafen.

5 Hemställan

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslagen till

1. hälso- och sjukvårdslag,
2. lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m.,

3. lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

6 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

LAGRÅDET

Utdrag
PROTOKOLL
vid sammanträde
1981-12-11

Närvarande: f. d. justitierådet Petrén, regeringsrådet Delin, justitierådet Bengtsson.

Enligt lagrådet den 1 december 1981 tillhandakommet utdrag av protokoll vid regeringsammansammanträde den 26 november 1981 har regeringen på hemställan av statsrådet Ahrland beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. hälso- och sjukvårdslag,
2. lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m.,
3. lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

Förslagen har inför lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Christer Lindau.

Förslagen föranleder följande yttrande av *lagrådet*:

Allmänna synpunkter

Det remitterade lagförslaget rör förhållanden där det för den enskilde framstår som särskilt angeläget, att han får åtnjuta trygghet i förhållande till det allmänna. Även om förslaget lika litet som nuvarande sjukvårdslagstiftning innebär något hinder för privat sjukvård, står det klart att landstingskommunerna speciellt när det gäller sjukhusvård intar en viss faktisk monopolställning; möjligheterna att få motsvarande vård till överkomlig kostnad på privat väg är ofta högst begränsade. Från denna synpunkt kunde det förefalla önskvärt, att lagen slog fast den närmare innebörden av det ansvar för sjukvård som åvilar landstingskommunen. Bl. a. kan detta få betydelse för möjligheten att åberopa reglerna om skadestånd vid myndighetsutövning vid fel och försummelse i sjukvården (jfr 3 kap. 2 § skadeståndslagen), liksom också för utsikterna att med framgång angripa beslut från landstingets sida genom kommunalbesvär – en utväg som dock i praktiken torde bli till nytta bara i speciella fall.

Lagen har emellertid fått karaktären av en ramlag, där endast ett fåtal bestämmelser innefattar några mera bestämda förpliktelser för landstinget; i övrigt innehåller den, förutom en målsättningsparagraf (2 §), i huvudsak endast vissa allmänt hållna riktlinjer för hur vården skall ordnas. Visserligen har i anledning av kritik från remissinstanser flera betydelsefulla precise-

ringar gjorts i departementsförslaget, och de stadganden som införts om patientens rättigheter framstår från allmänhetens synpunkt i och för sig som ett framsteg i förhållande till nuvarande sjukvårdslag – låt vara att de till större delen har sin motsvarighet i regler om personalens skyldigheter enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Men ändå kan konstateras att lagförslaget i vissa hänseenden ger ännu mindre stöd än sjukvårdslagen åt en enskild, som vill göra gällande anspråk mot landstingskommunen exempelvis på grund av försummad vård. Bl. a. är att märka, att lagförslaget i motsats till sjukvårdslagen (se 24–26 §§) saknar bestämmelser om sådana frågor som intagning på sjukhus och utskrivning därifrån. Här skall tydligen de allmänna reglerna om landstingskommunens ansvar i 3 och 4 §§ vara vägledande. En annan punkt där landstinget enligt förslaget får i stort sett fria händer gäller personalorganisationen i sjukvården; reglerna i 13–15 §§ kan inte grunda några mera konkreta krav från patienthåll i detta hänseende. Också här är sjukvårdslagen mera preciserad (se 15–23 §§).

I och för sig kan beaktansvärda skäl anföras för den utformning som lagförslaget erhållit. Bl. a. kan erinras om att 1977 års kommunallag bygger på principen, att kommuner och landstingskommuner skall lämnas största möjliga frihet att anpassa sina arbetsformer till de lokala förhållandena, och överlämnar åt dessa organ att själva reglera åtskilliga detaljfrågor som tidigare reglerades i lag. Av förut antydda orsaker går emellertid den använda lagstiftningstekniken inte alldeles fri från invändningar. Det skulle stå i strid med vad i motiven uttalas om lagstiftningens allmänna syfte, om lagförslaget skulle leda till en inskränkning i det rättsskydd som den enskilde kan anses åtnjuta i dag. Risken för detta minskar dock, om regeringen utfärdar bestämmelser om tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården m. m. i enlighet med vad som förutskickas i motiveringen och med utnyttjande av bemyndigandet i 19 § meddelar ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda och beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt. Vidare bör i tillämpningen fästas vikt vid att ett av syftena med lagstiftningen är att förbättra den enskilda patientens ställning. De allmänt hållna reglerna bör tolkas med beaktande av detta förhållande. Under dessa förutsättningar får den föreslagna utformningen av lagen anses godtagbar.

Förslaget till hälso- och sjukvårdslag

2 §

I lagförslaget har, liksom i en del andra lagar från senare år, intagits en paragraf som anger vissa allmänna mål som lagstiftningen skall främja. Hur tilltalande en sådan målbestämmelse än kan synas från olika synpunkter, kan den innebära lagtekniska problem. Det gäller att noga se till att formuleringarna inte kan åberopas till stöd för sådana lösningar av enskilda

konfliktfall som inte varit avsedda. Målbestämmelser kan också, på sätt som skett på några ställen i remissen, ge anledning till utläggningar i motiven om bedömningen av konkreta situationer; de framstår då lätt som bindande regler som exempelvis kan åberopas som grund för skadeståndsanspråk av den enskilde eller kommunalbesvär mot ett beslut. Det är emellertid önskvärt att regler som avses vara bindande kommer till klart uttryck i författningstext.

Avfattningen av 2 § synes från dessa synpunkter kunna sättas i fråga. Särskilt är att märka det något tillspetsade uttryckssättet att målet för *all* hälso- och sjukvård skall vara en god hälsa för *hela* befolkningen. Det är till en början uppenbart, att vid vården av en enskild persons hälsa man normalt inte har någon anledning att beakta den betydelse åtgärden får för större grupper av befolkningen. En allvarligare invändning synes emellertid vara att formuleringen kan tyckas ta ställning i vissa konfliktfrågor av större principiell räckvidd. En sådan fråga är den privata sjukvårdens framtid. I 3 § första stycket uttalas visserligen, att vad som där sagts om landstingets ansvar inte utgör hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. Men det torde stå klart, att möjligheten till privat sjukvård i viss mån beror av den enskildes förmåga att ta initiativ och hans betalningsförmåga – omständigheter som enligt motiven till förslaget inte bör inverka i sådana sammanhang. Om all sjukvård skall sikta till en vård på lika villkor för hela befolkningen, kan den privata sjukvården därför sägas stå i strid med lagens målsättning. Men syftet med 2 § kan inte antas vara att betona ett sådant förhållande. – Paragrafen kan också synas ta standpunkt i det omdiskuterade och svårbedömda spörsmålet, om det är befogat att lägga ned mycket stora belopp på behandling och vård av en enskild patient, kanske med osäker utgång, när resurserna kunde tänkas komma till bättre nytta, sett ur den stora allmänhetens perspektiv, om de används för att förbättra behandlingsmöjligheterna för större grupper av befolkningen. Inte heller här torde emellertid *meningen* vara att genom avfattningen av 2 § antyda någon lösning av konflikten.

Risken för att paragrafen misstolkas i bl. a. angivna avseenden synes bli mindre om orden "all hälso- och sjukvård" utbyts mot "hälso- och sjukvården". En sådan ändring förordas. Vid bifall härtill bör rubriken framför paragrafen ändras på motsvarande sätt.

I detta sammanhang bör beröras ett uttalande rörande paragrafens innebörd, som kan vålla svårigheter i konkreta fall. I den allmänna motiveringen görs vissa uttalanden om innehållet av uttrycket "en vård på lika villkor". Bl. a. sägs, att behovet av vård ensamt skall vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär och att vid prioritering mellan två patienter den som har det mest akuta behovet av vård skall ges företräde. Därefter tilläggs, att sålunda möjligheterna att vid behov erhålla vård och eventuella väntetider inte får påverkas av bl. a. sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Ett liknande uttalande om att sjukdomens art och varaktighet

inte får påverka vårdmöjligheterna återkommer i specialmotiveringen. Uttalandet synes oklart och ägnat att framkalla tvekan bl. a. när en prioritering är ofrånkomlig. Meningen måste antas vara, att det avgörande för vårdmöjligheterna blir hur pass angeläget behovet av medicinsk vård är. Vid bedömningen härav kan självfallet sjukdomens art och i vissa fall också dess varaktighet få betydelse.

3 §

I första stycket sista meningen har intagits en bestämmelse av innehåll, att vad som sagts i samma stycke inte utgör hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. Det framstår emellertid som självklart, att lagens föreskrift att landstingskommunerna skall erbjuda hälso- och sjukvård inte hindrar annan att ombesörja sådan vård i hemmet, genom privat läkarverksamhet eller på annat sätt. Bestämmelsen är därför obehövlig och kan måhända föranleda oriktigt motsatsslut beträffande annan lag som saknar ett motsvarande stadgande. Emellertid synes enligt vad som antyds i specialmotiveringen till paragrafen avsikten närmast vara att bestämmelsen skall innebära en begränsning av landstingets ansvar; detta skall inte omfatta fall då vårdbehovet kan tillgodoses av andra vårdgivare. För att denna innebörd skall framgå bör, samtidigt som styckets sista mening utgår, i första meningen tilläggas orden: ”och inte får sitt behov av vård tillgodosett på annat sätt”.

Vad gäller bestämmelserna i *andra* stycket slås i den allmänna motiveringen fast, att patienten bestämmer om vård över huvud taget skall ges, medan han inte själv får bestämma vilken vård han skall erhålla. Dessa uttalanden måste emellertid läsas i samband med vad som anförs i specialmotiveringen till förevarande paragraf. Där sägs bl. a. att man visserligen inte får efterkomma en begäran av en svårt sjuk människa att få hjälp att beröva sig livet, men att en patient i princip har en obegränsad rätt att avstå från behandling och därmed kan kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas. Denna precisering av patientens rätt, som i huvudsak stämmer med motiven till 5 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (se prop. 1978/79:220 s. 44), synes innebära en modifiering av vad som sagts i den allmänna motiveringen: så till vida skulle patienten kunna bestämma över vården att han – tydligen utan att behöva avstå från vård över huvud taget – kan motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas.

Även om uttalandet i specialmotiveringen sålunda bygger på en inställning som framträtt i tidigare lagstiftning, torde den i sitt sammanhang ge en väl förenklad bild av rättsläget, i vart fall såvitt gäller patientens rätt att motsätta sig livsuppehållande behandling. Denna omstridda fråga, som har nära samband med läkaretiska spörsmål, är alltför komplicerad för att kunna lösas genom ett motivuttalande av detta slag. Här kan hänvisas till den diskussion av ämnet som förts av Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård

i livets slutskede (se bl. a. SOU 1978:82 s. 19 ff och SOU 1979:59 s. 51 ff). Rättsläget är delvis oklart. I detta sammanhang kan endast framhållas, att en underlåtenhet att företa livräddande åtgärder vilka patienten motsatt sig torde få bedömas olika med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. Något liknande får anses gälla avbrytande av sådana åtgärder på patientens begäran. Av betydelse bör bl. a. bli sjukdomens art, karaktären av patientens viljeyttring samt den typ av åtgärd det gäller (jfr den nämnda utredningens uttalanden SOU 1979:59 s. 61 f). Det berörda motivuttalandet kan rimligen inte uppfattas som ett definitivt ställningstagande till dessa svåra gränsdragningsfrågor.

14 §

Enligt paragrafen är läkarens medicinska ledningsansvar, såvitt gäller "frågor som inte rör vården av enskilda patienter", inskränkt; i sådana frågor skall han följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela. Detta torde inte vara att förstå så, att läkaren måste rätta sig efter sådana anvisningar i frågor som visserligen inte berör en viss patient utan är av mera allmän natur men i varje fall kräver en medicinsk sakkunskap för bedömningen – t. ex. grundsatserna för den prioritering som bör ske av medicinska skäl, principerna för journalföring, lämplig användning av befintlig medicinsk utrustning, olika rutiner vid vården etc. Särskilt den allmänna motiveringen tyder på att det medicinska ledningsansvaret också omfattar avgöranden av sådant slag; även dessa kan sägas röra vården av enskilda patienter i vidsträckt mening.

18 §

Reglerna i 1 och 2 §§ i den föreslagna lagen avser all hälso- och sjukvård, medan – enligt vad som framhålls i början av specialmotiveringen – 3–19 §§ avser endast den landstingskommunala vården. Det innebär bl. a., att tillsynen enligt 18 § är inskränkt till denna vård och att samma inskränkning gäller bemyndigandena för regeringen enligt 19 §. I fråga om vård i annan regi är däremot tillsyn av personalen möjlig enligt 4 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl., och särskilda föreskrifter kan meddelas med stöd av 3 § i den lagen. – Denna innebörd av 18 och 19 §§ framgår i lagtexten endast genom rubriksättningen i lagtexten. Vissa uttalanden i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.4) och specialmotiveringen till paragraferna kan dessutom uppfattas som om dessa skulle avse all hälso- och sjukvård. I fråga om 18 § föreslås därför att lagtexten förtydligas på följande sätt: "Socialstyrelsen har tillsynen över landstingskommunernas hälso- och sjukvård. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet – – – inspektioner."

19 §

Rörande paragrafens räckvidd hänvisas till vad som sagts under 18 §. Beträffande lagtexten föreslås följande förtydligande av första stycket: "Regeringen bemyndigas att i fråga om landstingskommunernas hälso- och sjukvård meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt."

I specialmotiveringen till paragrafen förutskickas att regeringen kommer att meddela föreskrifter om anmälningsskyldighet för huvudmannen när patient skadats i samband med vård eller risk för skada eller sjukdom har uppkommit. I den allmänna motiveringen (avsnitt 2.4) talas i detta sammanhang om det naturliga i att anmälan skall göras av den vårdinrättning där händelse inträffat; vidare sägs dels att all hälso- och sjukvårdspersonal bör vara skyldig att göra anmälan, dels att anmälningsskyldigheten liksom f. n. kommer att läggas på en läkare eller annan befattningshavare i sjukhusledningen eller motsvarande befattningshavare i öppen vård utanför sjukhus. Uttalandena om vad föreskrifterna skall innehålla är sålunda i viss mån motsägande. Det här berörda förhållandet synes dock sakna betydelse för lagtextens utformning.

Övriga lagförslag

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1982-01-08

Närvarande: statsministern Fälldin, ordförande, och statsråden Wikström, Friggebo, Dahlgren, Åsling, Söder, Wirtén, Andersson, Boo, Petri, Eliasson, Gustafsson, Elmstedt, Tillander, Ahrland, Molin

Föredragande: statsrådet Ahrland

Proposition om hälso- och sjukvårdslag, m. m.

1 Anmälan av lagrådsyttrande

Föredraganden anmäler lagrådets yttrande¹ över förslag till

1. hälso- och sjukvårdslag,
2. lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m.,
3. lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

Föredraganden redogör för lagrådets yttrande.

2 Allmänna synpunkter

Lagrådet framhåller att den använda lagstiftningstekniken – där hälso- och sjukvårdslagen har fått karaktären av en ramlag – inte går alldeles fri från invändningar. Lagrådet anser dock att den föreslagna utformningen av hälso- och sjukvårdslagen är godtagbar.

I likhet med utredningen anser jag att övervägande skäl talar för att den nuvarande detaljerade lagstiftningen ersätts med en målinriktad ramlag. I förhållande till utredningens förslag har dock betydelsefulla preciseringar gjorts i lagrådsremissens lagförslag, vilket också lagrådet påpekar. Skälen för

¹ Beslut om lagrådsremiss fattat vid regeringssammanträde den 26 november 1981.

mina ställningstaganden har jag redovisat främst i avsnitt 2.1 i remissen.

Lagrådet pekar på att lagförslaget i motsats till sjukvårdslagen saknar bestämmelser om intagning på sjukhus och utskrivning därifrån samt att bestämmelserna om personalorganisationen är mera preciserade i sjukvårdslagen än i den nya lagen.

Enligt lagförslaget ingår beslut om intagning på och utskrivning från sjukhus som en del i överläkarens medicinska ledningsansvar. Innebörden av detta ansvar har jag närmare kommenterat främst i avsnitt 2.3.6.2 i remissen.

Sjukvårdslagens bestämmelser om intagning och utskrivning finns i 24–26 §§. I 24 § anges enbart vem som beslutar i dessa frågor. I detta avseende sker nu ingen förändring. Bestämmelsen i 25 § 1 mom. reglerar vem som får resp. inte får tas in på sjukhus. Lagbestämmelsen kan inte åberopas av en patient till stöd för en intagning. Möjligen kan bestämmelsen utgöra ett stöd för läkaren i hans bedömning av frågan. Innehållet i bestämmelsen torde numera också få anses tämligen självklart. Bestämmelserna i 25 § 2 och 3 mom. däremot kan åberopas till stöd för en begäran om att tas in för vård och behandling. Bestämmelserna i 2 mom. punkterna 1 och 2 avser patienter som lider av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen. I samband med den proposition med förslag till följdändringar i olika lagar med anledning av den nya hälso- och sjukvårdslagen som regeringen avser att lägga fram under våren kommer att övervägas om dessa bestämmelser bör föras över till smittskyddslagen.

Bestämmelserna i 2 mom. punkten 3 och 3 mom. bygger på förutsättningen att någon läkare utanför vårdinrättningen bemyndigas att hänvisa patienter för intagning på denna. I den mån en landstingskommun i fortsättningen vill ge sådana bemyndiganden kan det ske med stöd av 14 § andra stycket i hälso- och sjukvårdslagen. Någon saklig förändring sker sålunda inte genom den nya lagen. I 26 § sjukvårdslagen anges att sjukvårdsstyrelsen kan föreskriva att ansökan om intagning skall vara skriftlig. En sådan bestämmelse anser jag vara en både onödig och otidsenlig detaljreglering.

Som lagrådet påpekar, innehåller sjukvårdslagen fler detaljbestämmelser om läkarpersonalen än den föreslagna hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om tillsättning av sådana tjänster och sakkunnigförfarande kommer regeringen dock att meddela i en förordning som också skall innehålla bestämmelser om behörighet för olika tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården. De bestämmelser som har någon betydelse för vårdens kvalitet kommer sålunda att finnas kvar. Jag vill också påpeka att det remitterade förslaget innehåller ett antal standardkrav på hälso- och sjukvården som saknar motsvarighet i den nuvarande lagen.

Ett huvudsyfte med den nya lagen är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Jag kan därför instämma i lagrådets uppfattning att den föreslagna lagen bör tolkas med beaktande av att ett av dess syften är att förbättra den enskilde patientens ställning.

3 Förslaget till hälso- och sjukvårdslag

2 §

Bestämmelsen anger målet för hela hälso- och sjukvården, alltså även den som bedrivs av annan än landstingskommunerna och de kommuner som inte tillhör någon landstingskommun. Att bestämmelserna avser endast sådan hälso- och sjukvård som bedrivs yrkesmässigt ligger i sakens natur.

Lagrådet föreslår att orden "all hälso- och sjukvård" i paragrafen och i rubriken närmast före paragrafen byts ut mot "hälso- och sjukvården".

Ordet "all" har tillkommit för att markera att bestämmelsen omfattar hela hälso- och sjukvården sådan den definieras i 1 §, medan de följande 17 paragraferna avser enbart den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Om formuleringen kan medföra missförstånd skall den naturligtvis ändras. Jag förordar sålunda att paragrafen och dess rubrik ändras på det sätt som lagrådet har föreslagit.

I paragrafen ges riktlinjer för den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården. Avsikten med bestämmelsen är inte att ange hur enskilda konflikter skall lösas. Däremot bör de enskilda bestämmelserna i lagen tolkas med utgångspunkt från vad som sägs i målparagrafen.

När det gäller den privat bedrivna vården har målet betydelse främst som en grund för den samverkan som bör komma till stånd mellan de privata vårdgivarna och landstingskommunen. Meningen är däremot inte att den privata vården skall behöva tillhandahållas till samma kostnader för den enskilda som den landstingskommunala vården. Inte heller skall målet kunna åberopas mot en enskild vårdgivare, t. ex. för att förmå denne att etablera sig på en viss plats. Bestämmelsen får vidare inte tolkas så, att insatser för en enskild patient eller för en mindre grupp patienter med behov av särskilt dyr vård skall behöva stå tillbaka för insatser som gäller större grupper av befolkningen.

Avgörande för vårdens omfattning och karaktär bör, som också lagrådet påpekar, vara patientens behov av vård. Vid en prioritering mellan två patienter måste givetvis det avgörande vara hur angeläget behovet av vård är. Lika villkor innebär att samma kriterier för behandling, placering på väntelista osv. bör gälla oberoende av ålder, kön, betalningsförmåga, nationalitet etc.

3 §

Lagrådet anser att sista meningen i första stycket är obehövlig, om avsikten med meningen är att upplysa om att landstingskommunernas skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård inte hindrar annan att ombesörja sådan vård. Om avsikten med meningen i fråga däremot är att begränsa landstingskommunernas ansvar bör, enligt lagrådet, detta i stället ske genom ett tillägg till paragrafens första mening i huvudsaklig överensstämmelse med vad som f. n. gäller enligt 3 § sjukvårdslagen.

Jag anser det angeläget att landstingskommunerna får ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Landstingskommunen bör ha ett förstahandsansvar för att den enskilde erbjuds hälso- och sjukvård. Vissa former av hälso- och sjukvård t. ex. skolhälsovården och företagshälsovården kommer emellertid även i fortsättningen att ha särskilda huvudmän. Jag är också angelägen om att andra vårdgivare t. ex. privatpraktiserande läkare och privata sjukhem, ges goda möjligheter för sin verksamhet. Det bör markeras att landstingskommunens ansvar inte utgör något hinder härför. Mot denna bakgrund är jag inte beredd att följa lagrådets ändringsförslag på denna punkt.

I fråga om andra stycket i paragrafen föreslår lagrådet inte någon ändring av författningstexten men anser att vissa uttalanden om patientens självbestämmanderätt kan behöva förtydligas.

Den första frågan är om patienten – utan att avstå från vård över huvud taget – kan motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas. Jag menar att en patient i princip bör ha denna rätt. Emellertid kan det i vissa fall då bli så, att den vård som landstingskommunen erbjuder blir meningslös. Om så blir fallet, bör landstingskommunen inte vara skyldig att erbjuda vården. Frågan torde få bedömas från fall till fall.

När det därefter gäller sjukvård i livets slutskede har jag i remissen påpekat att förslagen från utredningen om sjukvård i livets slutskede övervägs i regeringskansliet. Mina uttalanden i remissen om patientens självbestämmande bör ses mot denna bakgrund. Avsikten har inte varit att nu ta ställning i de mycket svåra frågor som kan uppkomma när det gäller livsuppehållande behandling. Det är emellertid angeläget att stryka under att i princip gäller att patienten själv bestämmer om den erbjudna vården över huvud taget skall ges och att patienten när som helst kan avbryta vården eller behandlingen.

14 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret. Detta ansvar omfattar ledningen av den medicinska verksamheten inom ett visst verksamhetsområde. Ansvar är förbehållet vissa läkare.

När det gäller diagnos, vård och behandling av en viss patient – innefattande också förebyggande insatser – är läkaren endast underkastad tillsyn av socialstyrelsen och ansvarsnämndens disciplinära prövning. Beträffande andra avgöranden inom det medicinska ledningsansvarets ram är den ansvarige läkaren också skyldig att följa de generella föreskrifter som huvudmannen kan meddela.

Lagrådet föreslår inte någon ändring av författningstexten men framhåller att en viss osäkerhet föreligger om huvudmannens och den ansvarige läkarens kompetensområden vad gäller det medicinska ledningsansvaret. Lagrådet förklarar sålunda att bestämmelsen inte torde vara att förstå så, att läkarna måste rätta sig efter sådana anvisningar i frågor som väsentligen inte berör en viss patient utan är av mera allmän natur men i varje fall kräver en

medicinsk sakkunskap för bedömningen – t. ex. grundsatzerna för den prioritering som bör ske av medicinska skäl, principerna för journalföring, lämplig användning av befintlig medicinsk utrustning, olika rutiner vid vården etc.

Jag är ense med lagrådet om att det medicinska ledningsansvaret omfattar dessa avgöranden. I den mån fråga inte är om diagnos, vård och behandling av en enskild patient anser jag emellertid att huvudmannen skall kunna utfärda för läkaren bindande föreskrifter. Dessa bör självklart utgå från huvudmannens ansvar för resursfrågor och organisatoriska frågor. Den föreslagna utformningen av bestämmelserna har den avgörande fördelen att avgränsningen av det ansvarsområde inom vilket huvudmannen inte kan meddela föreskrifter blir lätt att göra och någon tvekan inte behöver uppstå. Som påpekats bl. a. under remissbehandlingen kan det annars ofta vara mycket svårt att ange vad som är ett medicinskt och vad som är ett administrativt beslut. När det gäller den yttre gränsen för det medicinska ledningsansvaret har jag försökt närmare ange den genom en uppräknig av olika frågor som omfattas av ansvaret.

18 §

Jag förordar att lagförslaget förtydligas på sätt lagrådet föreslagit.

19 §

Jag förordar att lagförslaget förtydligas på sätt lagrådet föreslagit.

I remissen har jag förklarat att regeringen kommer att med stöd av bemyndigandet meddela föreskrifter om bl. a. anmälningsskyldighet för huvudmannen när en patient skadats eller drabbats av sjukdom i samband med hälso- och sjukvård eller när risk för skada eller sjukdom förelegat. Lagrådet anser uttalandena om vad föreskrifterna skall innehålla i viss mån motsägande.

Anmälningsskyldigheten bör omfatta såväl öppen som sluten vård. Det torde i huvudsak få ankomma på huvudmannen att själv bestämma hur anmälningsskyldigheten skall organiseras. Eftersom det är angeläget att anmälan sker snabbt för att skador eller sjukdomar skall kunna undvikas, har jag uttalat att jag anser det lämpligt att anmälan görs direkt av vårdinrättningen och att skyldigheten att göra anmälan till styrelsen läggs på en läkare eller en annan befattningshavare i ledande ställning. F. n. gäller anmälningsskyldighet enligt sjukvårdskungörelsen endast för vissa läkare. Liksom utredningen anser jag att det är lämpligt att skyldigheten att inom varje vårdinrättning göra anmälan bör vidgas till att omfatta all hälso- och sjukvårdspersonal.

Jag vill slutligen på nytt framhålla att jag anser denna anmälningsskyldighet för landstingskommunerna vara ett mycket väsentligt led i arbetet på att förbättra säkerheten för patienterna i hälso- och sjukvården.

4 Övrigt

Lagrådet har lämnat övriga lagförslag utan erinran.

Vissa redaktionella ändringar har gjorts i 10 § förslaget till hälso- och sjukvårdslag och 4 § förslaget till lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m. m.

5 Hemställan

Jag hemställer att regeringen föreslår riksdagen

dels att antaga de av lagrådet granskade lagförslagen med vidtagna ändringar,

dels att godkänna riktlinjerna i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården.

6 Beslut

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

*Bilaga 1***En inom socialdepartementet utarbetad redovisning av gällande sjukvårdslagstiftning**

Den allmänna sjukvården regleras i tre författningar, sjukvårdslagen (1962:242) och de av regeringen utfärdade tillämpningsförfattningarna till denna, sjukvårdskungörelsen (1972:676) och kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus. Lagstiftningen reglerar landstingens och primärkommunernas sjukvård. Den sjukvård som bedrivs av staten eller enskilda faller sålunda utanför området för denna lagstiftning. Lagen gäller inte heller sådan vård av psykiskt utvecklingsstörda som avses i lagen (1967:940) i vidare mån än som föreskrivs i den lagen.

Författningsregleringen innehåller i huvudsak följande.

Sjukvårdslagen*Vårdskyldighet*

Landstingen – och med dem jämställs de kommuner som inte deltar i landsting – skall ombesörja sjukvård för befolkningen. Övriga primärkommuners sjukvårdande verksamhet är av frivillig natur. Åläggandet för landstingen att ombesörja sjukvård är så konstruerat att det gäller ”i den mån icke annan drager försorg härom”. Med annan åsyftas staten, primärkommuner och enskilda – personer eller organisationer. Konstruktionen har gällt sedan år 1929 och har möjliggjort att landstingens vårdansvar, som ursprungligen var i huvudsak begränsat till lasarettsvård, successivt har kunnat utvidgas att omfatta allt fler vårdområden utan att lagens regel om vårdskyldighet därför har behövt ändras. Med sjukvård avses i lagen ”vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns börd”. Vårdskyldigheten gäller i första hand gentemot dem som är bosatta inom landstingskommunen. Skyldigheten gäller dock också gentemot dem som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatta där, om behov av omedelbar vård föreligger. I sådant fall gäller skyldigheten att bereda sluten vård endast så länge den vårdbehövande inte utan men kan flyttas till ett sjukhus där den landstingskommun där han är bosatt förfogar över vårdplatser.

Landstingen förpliktas vidare i lagen att se till att det inom landstingskommunen finns en ändamålsenlig organisation för transport till och från sjukhus eller läkare av personer, vilkas tillstånd kräver att transporten sker med fordon som är inrättat för ändamålet.

Sjukvårdslagen innehåller däremot inte något åläggande för landstingen att ombesörja hälsovård för befolkningen. I sjukvårdskungörelsen föreskrivs dock att distriktsläkare har att på begäran av enskild patient företa hälsoundersökning, ympning, provtagning och därmed jämförlig åtgärd.

Förvaltningen

Ledningen av den sjukvårdande verksamheten utövas av en sjukvårdsstyrelse. Särskild sjukvårdsstyrelse behöver dock inte tillsättas utan uppdrag att fungera som sjukvårdsstyrelse kan ges en annan nämnd. Har så inte skett är förvaltningsutskottet eller kommunstyrelsen sjukvårdsstyrelse. Närmast under sjukvårdsstyrelsen utövas tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhusen av en direktion. Direktion kan vara gemensam för flera sjukhus och kan utöver sjukhusförvaltning anförtros andra motsvarande uppgifter inom sjukvården. För såväl sjukvårdsstyrelser som direktioner gäller bestämmelserna i kommunallagen. Överklagande av beslut kan sålunda ske i den ordning kommunallagen föreskriver.

Ledningen av ett sjukhus och annan direktion underställd verksamhet utövas under direktionen av en särskilt tillsatt sjukhusdirektör eller en läkare vid sjukhuset som styresman.

Vid sjukhus med styresman skall dock ledningen av den ekonomiska förvaltningen utövas i den ordning sjukvårdsstyrelsen bestämmer. Om en annan än läkare utses till sjukhusdirektör, skall en läkare vid sjukhuset förordnas att som chefsläkare biträda sjukhusdirektören i medicinska angelägenheter. Flera sjukhus kan ställas under ledning av en sjukhusdirektör eller en styresman.

Om landstingskommunen anställt en sjukvårdsdirektör såsom högsta chef närmast under sjukvårdsstyrelsen för förvaltning av sjukvården, skall tjänstemannen i sjukhusledningen handha sin förvaltning under sjukvårdsdirektörens ledning. Sjukvårdsdirektören kan enligt bestämmelser i sjukvårdskungörelsen tilläggas uppgifter som annars ankommer på direktionen eller tjänstemannen i sjukhusledningen.

Sjukvården i distrikten

För den öppna läkarvården utanför sjukhusen skall landstingskommunen vara indelad i läkardistrikt. I varje sådant distrikt skall finnas ett erforderligt antal distriktsläkare. För biträde i sjukvården kan anställas biträdande distriktsläkare, extra distriktsläkare och underläkare. Distriktsläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare. När distriktsläkare skall tillsättas åligger det särskilda läkarsakkunniga som socialstyrelsen tillsätter, tre för varje landstingskommun, att på förslag uppföra de fyra med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena. De sakkunnigas förslag kan överklagas hos socialstyrelsen. Styrelsens förslag kan inte överklagas. Endast någon av dem som uppförts på förslag får förordnas. För tillsättning av biträdande distriktsläkare gäller samma förfarande som för distriktsläkare. Sådan tjänst får dock tillsättas även för viss tid. För övriga läkartjänster är inget sakkunnigförfarande föreskrivet och tillsättningen sker endast för begränsad tid. Föreligger det behov inom ett läkardistrikt av att för särskilda

sjukvårdsuppgifter konsultera annan läkare kan sådan såsom konsultläkare stadigvarande knytas till distriktet.

Sjukvården på sjukhusen

Lagen indelar sjukhusen i tre kategorier, allt efter den typ av vård som meddelas, nämligen lasarett, sjukstugor och sjukhem.

Vid varje sjukhus skall finnas läkare som har att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande, envar inom det verksamhetsområde som anförtrots honom. Sådant verksamhetsområde får omfatta även sjukvård utanför sjukhuset. Läkare med sådant ansvar benämns vid lasarett överläkare och vid sjukstugor och sjukhem sjukstuguläkare resp. sjukhems-läkare. För fullgörande av viss del av överläkares åligganden kan anställas biträdande överläkare. För biträde i sjukvården får även anställas avdelningsläkare, extra läkare och underläkare. Överläkare tillsätts av sjukvårdsstyrelsen tills vidare, de övriga får även förordnas för viss tid. Tillsättningsförfarandet för överläkare, biträdande överläkare och avdelningsläkare är detsamma som för distriktsläkare, dvs. med förslag av särskilda sakkunniga. Konsultläkare kan vid behov knytas till sjukhus genom förordnande av sjukvårdsstyrelsen.

Om intagning på sjukhus beslutar – inom ramen för vad sjukvårdsstyrelsen bestämt – vederbörande överläkare, sjukstuguläkare eller sjukhemsläkare. Denne får dock vid behov överlåta sin beslutanderätt på annan vid sjukhuset anställd läkare. Utan prövning av vårdbehovet skall intagning ske i vissa fall. Detta gäller den som av läkare förklarats behäftad med eller misstänks vara behäftad med allmänfarlig sjukdom, den som enligt smittskyddslagen fått föreskrift eller anmaning att låta inta sig för vård på sjukhus eller beträffande vilken beslut om intagning meddelats enligt nyssnämnda lag samt slutligen den som söker inträde på sjukhem till vilket han hänvisats av läkare som sjukvårdsstyrelsen bemyndigat att meddela sådan hänvisning.

Den som driver sjukhus får bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas till sjukhuset för där meddelad vård. Sätts vårdavgift till lägre belopp för sjuka från den egna landstingskommunen (inomlänspatienter) än för andra sjuka, får inte till sistnämnda grupp hänföras den som vid intagningen är bosatt inom landstingskommunen.

Allmän föreskrift

Lagen innehåller bestämmelse om förbud för den som är anställd i sådan sjukvårdande verksamhet som avses i lagen att för egen räkning motta ersättning av patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten.

Tillämpningsföreskrifter

Bestämmelser om inrättande av läkartjänster och behörighet för läkare samt andra tillämpningsföreskrifter bemyndigas regeringen att meddela. Regeringen får också meddela dispenser från flera bestämmelser i lagen som i samband med ändrat huvudmannskap för sjukhus, för undervisningssjukhus m.m.

Sjukvårdskungörelsen

I denna kungörelse meddelas flera för vårdorganisationen väsentliga regler. Sjukhusen kan indelas i kliniker och dessa kan sammanföras till block. Inom en klinik kan finnas flera överläkare. Av dessa skall en förordnas till klinikchef. Förekommer blockindelning skall en av klinikcheferna inom blocket förordnas till blockchef. Klinik- och blockchefer har i denna egenskap inga sjukvårdande uppgifter – dessa ligger på de olika överläkarna enligt sjukvårdslagens bestämmelser – utan endast allmänna ledningsfunktioner. På motsvarande sätt kan flera distriktsläkare sammanföras till en enhet, varvid en av distriktsläkarna förordnas till distriktsöverläkare med uppgift att ha ledningen av enheten.

Inrättande av nya läkartjänster får – med vissa oväsentliga undantag – endast ske efter tillstånd av socialstyrelsen. Prövningen av ansökningar om nya tjänster skall ske på grundval av ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. I fråga om tjänst för läkare med allmänläkar- eller specialistkompetens skall prövningen i övrigt begränsas till att avse tjänstens medicinska verksamhetsområde.

För behörighet till fasta läkartjänster krävs specialistkompetens inom det område som tjänsten avser. Socialstyrelsen kan dock dispensera från detta krav. För underläkartjänster gäller en särskild ordning eftersom dessa är avsedda för utbildning. Den som redan har specialistkompetens får inte utan socialstyrelsens tillstånd förordnas till innehavare av underläkartjänst. För tjänst som sjuksköterska, barnmorska eller sjukgymnast uppställs i kungörelsen krav på legitimation. Detsamma gäller även i fråga om vikarie på sådan tjänst om inte socialstyrelsen medgett undantag. Vidare har socialstyrelsen efter särskilda bemyndiganden av regeringen föreskrivit krav på fullgjord vidareutbildning för sjuksköterskor inom anestesijukvård och fem andra vårdområden samt på viss sjukvårdsutbildning för ambulanspersonal.

I övrigt meddelas i sjukvårdskungörelsen bestämmelser om närmare åligganden för såväl förvaltningsorganen som de olika läkarkategorierna. Av vikt är därvid den föreskrift som reglerar förhållandet mellan förvaltningen och de anställda läkarna. Läkare åläggs sålunda att "i fråga som ej direkt hör till hans medicinska verksamhet" ställa sig till efterrättelse vad sjukvårdstyrelsen och övriga förvaltningsinstanser föreskriver om tjänsten.

Kungörelsen om kommunala undervisningssjukhus

Med ett kommunalt undervisningssjukhus avses ett sådant sjukhus som upplåtits för grundläggande utbildning av läkare. Kungörelsen innehåller huvudsakligen bestämmelser om läkartjänsterna och deras tillsättande och dessa avviker delvis från vad som gäller vid de övriga sjukhusen. Vissa tjänster kan förenas med lärartjänster vid universitet. I sjukvården får även biträda bl.a. studerande under medicinsk grundutbildning. Varje läkare vid undervisningssjukhus är skyldig att biträda vid handledningen av de studerande.

Hälso- och sjukvårdsutredningens sammanfattning av sitt betänkande

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

Kapitel 1 Utredningsuppdraget

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

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

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

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

Till dessa direktiv fogar utredningen följande kommentar:

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

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

Principen med en ramlag innebär också att man inte genom lagstiftningen

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

Kapitel 2 Gällande lagstiftning

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

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

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

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

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

Kapitel 3 Hälso- och sjukvårdsorganisationens uppbyggnad och omfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 5 Vårdpolitiska reformer, program, planer och mål

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 6 Utgångspunkter och mål för hälso- och sjukvårdspolitiken

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

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

Begreppen hälsa och sjukdom

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

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

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

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

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

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

Hälsopolitik

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

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

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

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

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

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

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

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

Vårdsökandes behov

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

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

Innebörden av begreppet hälso- och sjukvård

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

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

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

Som beteckning på den individinriktade sjukdomsförebyggande verksam- heten använder utredningen begreppet hälsovård. Därmed markeras skill- naden i förhållande till den primärkommunala verksamhet som i annat sammanhang föreslagits få benämningen hälsoskydd.

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

Mål för den framtida hälso- och sjukvården

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 7 Hälso- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad

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

Hälso- och sjukvård – hälsovården

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

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

Vid överväganden om nya hälsovårdsaktiviteter utgår vi från att dessa

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

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

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

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

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

Hälso- och sjukvård – utrednings- och behandlingsarbetet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hälso- och sjukvårdens funktionella uppbyggnad

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

Hälso- och sjukvårdens organisatoriska uppbyggnad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 8 Landstingens totalansvar, planering och samverkan

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

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

Totalansvaret innebär att landstingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 9 Regleringen av hälso- och sjukvårdens organisation

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

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

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

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

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

Det demokratiska inflytandet

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

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

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

Det administrativa inflytandet

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

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

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

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

Det professionella inflytandet

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

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

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

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

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

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

Det företagsdemokratiska inflytandet

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

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

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

Kapitel 10 Samspelet mellan landstingen och staten

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

Vi redovisar inledningsvis vissa övergripande synpunkter på statens ansvar

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

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

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

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

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

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

Följande funktioner behandlas mer ingående:

Statlig planeringssamordning

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

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

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

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

Statlig tillsyn m. m.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ekonomiska bidrag och överenskommelser

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

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

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

Utformningen av sjukförsäkringssystemet

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

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

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

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

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

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

Reglering av inrättande av läkartjänster

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reglering av byggenskap och byggnadsgranskning

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

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

Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)

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

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

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

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

Utbildning

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

En ändrad inriktning av vårdpolitiken i samhället måste enligt vår uppfattning påverka vårdutbildningarnas innehåll och dimensionering. Utbildningsplaneringen måste därför arbeta med nära anknytning till vårdplaneringen och ses som en del i en mer övergripande personalförsörjningsplanering. Inte minst väsentlig är en förändring av hälso- och sjukvårdsutbildningarnas innehåll så att de bättre svarar mot bl. a. de omstruktureringar, som sker inom vårdorganisation och utbildningssamhälle.

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

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

Hälsouppllysning

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

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

Information och hälsouppllysning bör – anser vi – betraktas som en integrerad del av hälso- och sjukvårdsverksamheten i alla dess delar.

Kapitel 11 Utgångspunkter för ny lagstiftning.

Specialmotiveringar till förslaget till hälso- och sjukvårdslag

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

Allmänna synpunkter mot bakgrund av nuvarande lagstiftning

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

Utredningens direktiv

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

Utredningens överväganden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vissa övriga frågor

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

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

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

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

Specialmotiveringar

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

Förordning om behörighet

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

Jämförelser mellan nuvarande och föreslagna författningstexter

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

Hälso- och sjukvårdsutredningens lagförslag

Förslag till Hälso- och sjukvårdslag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

Hälso- och sjukvård

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

Till hälso- och sjukvården hör också tandvård och sjuktransporter.

Hälso- och sjukvårdens mål

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

En god hälso- och sjukvård skall särskilt

1. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet,
2. präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden,
3. vara nära och lätt tillgänglig,
4. utgå från den enskildes eget ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och okränkbarhet, samt

5. vara organiserad så att goda kontakter mellan den vård sökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas.

Hälso- och sjukvården i landstingskommunerna

Landstingskommunens totalansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

Nämnder

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

Landstingskommunen får tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd. Om detta inte har skett är förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd.

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

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

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

Personal

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

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

Villkor för anställning

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

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

Samverkan och förtroende i vården

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

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

Om tystnadsplikt och sekretess finns särskilda bestämmelser.

Vårdavgifter

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

Tillsyn m. m.

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

Regeringen bemyndigas att meddela

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

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

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

1. Denna lag träder i kraft den

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

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

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

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

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

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

Sammanställning av remissyttranden över hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1979:78) Mål och Medel för hälso- och sjukvården, förslag till hälso- och sjukvårdslag

1 Remissinstanser

Efter remiss har yttranden över Hälso- och sjukvårdsutredningens (HSU) betänkande (SOU 1979:78) kommit in från Svea hovrätt, kammarrätten i Stockholm, försvarets sjukvårdsstyrelse, socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statens handikappråd, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, statskontoret, riksrevisionsverket, universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Medicinska forskningsrådet, skolöverstyrelsen (SÖ), konsumentverket, arbetarskyddsstyrelsen, statens invandrarverk, utredningen om sjukvård i krig (S 1976:05), omsorgskommittén (S 1977:12), 1978 års tandvårdsutredning (S 1978:01), elevvårdskommittén (U 1978:06), företagshälsovårdsutredningen (A 1976:01), kommunaldemokratiska kommittén (Kn 1977:07), Sigvard Holstad (JO), Svenska kommunförbundet (kommunförbundet), Landstingsförbundet, samtliga landstingskommuner, Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR (SACO/SR), Svenska kommunalarbetsareförbundet (SKAF), Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF), Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF), Sveriges läkarförbund (läkarförbundet), Svenska läkaresällskapet (läkaresällskapet), Sveriges tandläkarförbund (tandläkarförbundet), Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Sveriges socionomers riksförbund, Sveriges psykologförbund, Jurist- och samhällsvetareförbundet, Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR), Pensionärers Riksorganisation (PRO), Sveriges folkpensionärers riksförbund, Riksförbundet Hem och Skola, Centerns kvinnoförbund, Centerns ungdomsförbund, Folkpartiets kvinnoförbund, Folkpartiets ungdomsförbund, Moderata kvinnoförbundet, Moderata ungdomsförbundet, Socialdemokratiska kvinnoförbundet, Sveriges förenade studentkårer, SACO/SR:s studeranderåd.

Dessutom har yttranden kommit in från ett antal andra kommuner, organisationer, föreningar och enskilda. Remissinstanserna har i en del fall bifogat yttranden som de har inhämtat.

2 Allmänna synpunkter

Utredningens förslag har fått ett positivt mottagande av flertalet remissinstanser. Flera är dock kritiska mot förslaget som helhet eller mot delar av förslaget. Följande remissinstanser är i huvudsak positiva till förslagen: socialstyrelsen, riks försäkringsverket, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, riksrevisionsverket, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, statens invandrarverk, utredningen om sjukvård i krig, 1978 års tandvårdsutredning, kommunaldemokratiska kommittén, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, så gott som samtliga sjukvårdshuvudmän, Spri, LO, TCO, Svenska kommunalarbetsförbundet, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, Sveriges psykologförbund, Centerns ungdomsförbund och Folkpartiets kvinnoförbund.

Landstingsförbundet framhåller att en anpassning av lagstiftningen till förändrade krav blir alltmer nödvändig. I en tid som måste präglas av ekonomisk återhållsamhet måste resurserna kunna utnyttjas flexibelt och kunna samordnas till en ändamålsenlig helhet. HSU-förslaget ger dessa förutsättningar, bl.a. genom den minskade detaljregleringen och reglerna om en totalplanering.

Enligt *Hallands läns landstingskommun* ger förslaget sjukvårdshuvudmännen stora möjligheter att skapa en ändamålsenlig och lokalt anpassad hälso- och sjukvård, men innebär därmed också stort ansvar och utökade skyldigheter för landstingskommunerna, dess förtroendevalda och anställda.

Spri anser att utredningens förslag till ny hälso- och sjukvårdslag utgör en konsekvent uppföljning av det utvecklingsarbete som inom senare år bedrivits inom detta område. *Spri* tycker att det är värdefullt att mål och riktlinjer för hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling blir lagfästa på det sätt utredningen föreslagit.

Kommunaldemokratiska utredningen anser att en djup och nära förankring av hälso- och sjukvårdsfrågorna hos medborgarna är en grundläggande demokratifråga inom vårt svenska samhällssystem. Den hälso- och sjukvårdslag som HSU föreslår, ser utredningen som en god grund för landstingskommunernas fortsatta hälso- och sjukvårdspolitiska arbete.

Följande instanser är på flera punkter kritiska mot förslaget; kammarrätten i Stockholm, statens handikappråd, JO, SACO/SR, läkarförbundet, läkaresällskapet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund, Jurist- och samhällsvetareförbundet, HCK, Folkpartiets ungdomsförbund, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Sveriges medicinsk-juridiska förening.

Kammarrätten i Stockholm anser att utredningens författningsförslag inte kan läggas till grund för lagstiftning. Bristerna är enligt kommunrätten så stora att en ny utredning i vilken kvalificerad juridisk expertis ingår, bör tillsättas såvida inte nuvarande lagstiftning anses kunna behållas i sina

huvuddrag. Visserligen kan det tyckas som om en del mera detaljbetonade föreskrifter skulle kunna utmönstras ur lagstiftningen. Kammarrätten anser emellertid att just det samlade komplexet av föreskrifter ger den fasthet i fråga om sjukvården som fordras för att den enskilde skall vara tillförsäkrad grundtrygghet på området.

SACO/SR instämmer i utredningens allmänna synsätt men konstaterar att utredningen haft svårigheter med att översätta sina egna intentioner till lagtext. *SACO/SR* anser att *HSU*:s analys av hälsopolitikens inriktning är bristfällig, att utredningen underskattar behovet av kvalitet och säkerhet i vården och för en föga klargörande och bitvis till och med motstridande diskussion om målen för hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis konstaterar *SACO/SR* att utredningens förslag inte kan läggas till grund för lagstiftning.

Läkarförbundet anser att utredningens förslag till hälso- och sjukvårdslag (HSL) genom en alltför långt driven utmönstring av "detaljföreskrifter" har blivit substanslöst. En rad väsentliga frågor lämnas enligt läkarförbundet oreglerade. Detta medför bl. a. betydande oklarhet i frågor om organisation, ansvarsfördelning och kompetens inom hälso- och sjukvården. Förslaget urholkar de garantier för en god sjukvård som i viss mån finns i nuvarande – långt ifrån idealiska – lagstiftning och ger inte någon vägledning för personalen i det praktiska vårdarbetet. Lagen ger landstingskommunen stor frihet att utforma hälso- och sjukvården efter eget gottfinnande men ger den enskilde medborgaren föga upplysning om vad som kan krävas av myndigheterna och alls inga garantier för vårdens omfattning och kvalitet. Mot denna bakgrund är det enligt läkarförbundet uppenbarligen stor risk att den föreslagna lagen skulle skapa problem i den praktiska verksamheten för såväl patienterna som sjukvårdspersonalen. Läkarförbundet avstyrker därför bestämt att förslaget läggs till grund för ny lagstiftning.

HCK anser att förslaget till ramlag ger alltför vida ramar för landstingskommunerna att själva bestämma utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Förslaget måste därför omarbetas och ges ett mera konkret innehåll. Tillsynsmyndighetens och vårdkonsumentens roll måste stärkas och en möjlighet att överklaga beslut i formen av förvaltningsbesvär skapas.

3 Utgångspunkter för en ny lagstiftning

Utredningen har enligt sina direktiv haft till uppgift att lägga förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården som förutsattes vara utformad som en ramlagstiftning.

Många remissinstanser är positiva till förslaget till ramlag medan flera remissinstanser tar avstånd från förslaget.

Av de som lämnat synpunkter på frågan är följande i princip positiva:

Socialstyrelsen, riksrevisionsverket, kommunaldemokratiska kommittén, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, flertalet landstingskom-

muner, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Spri, TCO, Svenska kommunalarbetareförbundet, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, Sveriges sacionomers riksförbund, Sveriges psykologförbund, Centerns kvinnoförbund, Centerns ungdomsförbund, Folkpartiets kvinnoförbund.

Socialstyrelsen tillstyrker en övergång till ramlagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Ett grundläggande motiv för detta är enligt styrelsen den värdegemenskap som finns inom landet ifråga om hälso- och sjukvården och som generellt sett utgör en garanti för att patientsäkerheten även med mindre lagreglering blir väl tillgodosedd.

Även en ramlagstiftning kan enligt socialstyrelsen kombineras med specifika detaljanvisningar i begränsad omfattning, givna direkt i lagen, i kompletterande kungörelse eller i vart fall genom förtydliganden i förarbetena. Enligt styrelsens uppfattning finns vissa sådana kompletteringsbehov i utredningens förslag.

Landstingsförbundet ställer sig liksom flertalet landstingskommuner i princip bakom utredningens förslag om en ramlag.

Förbundet framhåller bl.a. följande:

En ramlag löser i sig inte sjukvårdens problem, men den underlättar för huvudmännen att anpassa hälso- och sjukvårdens uppgifter till förändrade krav. Om formella detaljföreskrifter så långt som möjligt tas bort, kan huvudmännen också på ett bättre sätt forma sin verksamhet efter lokala förutsättningar och skiftande behov. Detta är nödvändigt inte minst i ett besvärligt ekonomiskt läge, där kraven på ändamålsenliga lösningar och flexibel organisation hårdnar. Det är dock angeläget att ramlagens fördelar inte inskränks, genom att man inför en rad omedelbara tillämpningsföreskrifter.

En ramlag med fastställda mål ställer emellertid samtidigt större krav på landstingen, när det gäller att balansera olika krav mot varandra – vårdmässiga, fackliga, ekonomiska. Varje huvudman måste hitta sin egen modell för hur hälso- och sjukvården skall byggas upp, hur besluten skall fattas och hur arbetet skall organiseras. Detaljregleringen i den nuvarande lagen måste delvis ersättas med andra styrmedel. Det kan vara instruktioner, överenskommelser, rekommendationer. Sådana styrmedel är nödvändiga inom varje sjukvårdsområde. De kan också behövas för samspelet mellan olika sjukvårdshuvudmän och mellan sjukvårdshuvudmännen och centrala organ.

Enligt landstingsförbundets mening bör landstingen kunna svara upp mot de ökade kraven. Dessa krav är en naturlig konsekvens av den utveckling mot en ökad decentralisering av ansvaret som pågår i samhället och som landstingsförbundet redan tidigare ställt sig bakom. Den nya ramlagen kommer att öka landstingens möjligheter att utveckla hälso- och sjukvården i positiv riktning.

Östergötlands läns landstingskommun framhåller att ju högre detaljeringsgrad en lagtext har desto mindre blir spelrummet för den kommunala självstyrelsen och desto svårare blir det för innevånarna att utkräva politiskt ansvar. Förslaget om ramlagstiftning för hälso- och sjukvården innebär att utredningen uttryckt sin tilltro till den kommunala demokratin och dess

möjligheter att inom ramlagen göra egna målformuleringar, välja vilken slags organisation man skall ha för sjukvården, hur man skall inrikta verksamheten m.m. Ramlagen bör således ge landstingen bättre möjligheter att möta de krav på förändringar av hälso- och sjukvårdens arbete och organisation som reses, utan att lagtext lägger hinder i vägen. Farhågorna att detta innebär en vitt skild utveckling inom olika landsting och att lagtextens formulering om "lika villkor" direkt motverkas av en ramlag anser landstinget vara överdrivna. Om farhågorna besannas kommer säkerligen trycket från allmänheten/ väljarna på de förtroendevalda och organisationen att öka och medföra krav på förändringar.

Kommunförbundet ställer sig principiellt positiv till den föreslagna lagkonstruktionen som enligt förbundet innebär att lokala förutsättningar, behov och resurser på ett rationellt sätt kan styra utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn.

TCO framför liknande synpunkter.

Sveriges socionomers riksförbund anser att de bärande principerna i förslaget till ny hälso- och sjukvårdslagstiftning är så viktiga att förbundet på det kraftigaste vill understödja att lagförslaget genomförs.

Några remissinstanser uttrycker, trots att de i princip är positiva till förslaget om ramlag, farhågor i vissa avseenden.

Hallands läns landstingskommun konstaterar således att det idag är svårt att överblicka följderna av denna nya lagstiftningsteknik. De regler som kommer i stället riskerar att bli svåröverskådliga. Behovet av ett system som gör det möjligt att hitta rätt bland kompletterande handlingar – både bland förarbeten, bland regler som utfärdats lokalt inom det egna landstingsområdet och bland sådana med centralt ursprung – måste därför beaktas särskilt.

Älvsborgs läns landstingskommun anser att det finns en uppenbar risk att den rörelsefrihet som en ramlag ger i praktiken kommer att bli begränsad och att kompletteringsbestämmelser erfordras.

Östergötlands läns landstingskommun understryker att den nuvarande sjukvårdslagen ger sjukvårdshuvudmännen stor frihet att driva och organisera sjukvårdsverksamheten och endast i några få avseenden ger tvingande regler. Vid en närmare analysering av lagförslaget kan därför konstateras att utredningens förslag till ramlag inte är speciellt revolutionerande utan i princip speglar den utveckling som skett inom sjukvården med utgångspunkt ifrån nuvarande sjukvårdslag.

SHSTF har inget att erinra vad gäller principen att lagen utformas som en s.k. ramlag men gör gällande att den föreslagna ramlagen på grund av de allmänna formuleringarna inte kan accepteras som en vägvisare för anordnande av hälso- och sjukvård i enlighet med de i betänkandet uttryckta målsättningarna.

Även *Sveriges kommunaltjänstemannaförbund* är i princip positiv till en ramlag men anser att en sådan måste vara så tydlig och stringent utformad att

inte tolkningsvårigheter uppstår.

Följande instanser är kritiska mot förslaget till ramlag: Svea hovrätt, kammarrätten i Stockholm, statens handikappråd, JO, SACO/SR, läkarförbundet, läkaresällskapet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitime-rade Sjukgymnasters Riksförbund, Jurist- och samhällsvetareförbundet, Folkpartiets ungdomsförbund, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Riksförbundet mot allergi och Sveriges medicinsk-juridiska förening.

Enligt *kammarrätten i Stockholm* måste en självklar förutsättning vid tillskapandet av en ramlagstiftning vara att den ändrade lagstiftningstekniken inte medför att en av de viktigaste sociala rättigheter, som målsättningsparagrafen i regeringsformen omfattar, blir försvagad.

Kammarrätten menar att förslaget till ramlag i stort sett är substanslöst. Ramlagen avses bli kompletterad med föreskrifter från regeringen samt med allmänna råd från socialstyrelsen liksom med avtal bl.a. mellan staten och landstingen samt landstingen och de fackliga organisationerna. Med en sådan ordning skulle enligt *kammarrätten* till en början den lagstiftande makten, riksdagen, avstå från att själv lägga fast ett närmare faktiskt innehåll i den aktuella rättigheten. Detta förefaller föga förenligt med de tankar som ligger bakom målsättningsparagrafen. Därmed skulle också frågan om det centrala innehållet i rättigheten väsentligen dras undan från den allmänna debatt som redan behandlingen i riksdagen i sig utgör och som naturligen följs upp av massmedia. Vidare kan sättas i fråga om den föreslagna ordningen svarar upp till kravet i 8 kap. 5 § regeringsformen att grunderna för kommunernas verksamhetsformer skall bestämmas i lag. Möjligheten för den enskilda människan, såväl i primär- som landstingskommun, att allmänt hävda sin rätt som kommunmedlem inskränker sig – utöver rätten att avge sin röst i allmänt val – till befogenheten att anföra s.k. kommunalbesvär. Denna besvär rätt är begränsad till en möjlighet att få lagligheten av kommunala beslut prövad. Om rätten till prövning skall ha ett faktiskt värde krävs enligt *kammarrätten* att de kommunala åliggandena är så klart författningsmässigt reglerade att den enskilde kan ställa motsvarande krav på kommunen. Regelsystemet måste också vara så pass samlat och överskådligt att det i praktiken kan överblickas av den enskilda människan.

Statens handikappråd anser att lagförslaget utgör det hittills mest extrema exemplet på en ramlagskonstruktion. Lagstiftningen är mycket kortfattad och kunde lika gärna ha sammanfattats i en enda mening: för hälso- och sjukvården svarar landstingen. Lagförslaget ger enligt handikapprådet den enskilde medborgaren föga upplysning om vad som kan krävas av myndigheterna och inga garantier för vårdens omfattning och kvalitet. Landstingskommunerna kan helt på egen hand konkretisera innehållet i lagstiftningen. Då politiska ambitioner på detta sätt blir avgörande, är det enligt handikapprådet viktigt att ställa sig frågan vilka befolkningsgrupper som är starka nog att politiskt utnyttja det ökade handlingsutrymmet på landstingskommunal nivå och vilka som inte är det. De små diagnosgrup-

perna, t.ex. njursjuka, som är i behov av omfattande och dyr specialistvård, kan knappast anses vara politiskt starka eller intressanta.

Statskontoret anser att det finns risker med en alltför allmänt hållen ramlagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. För att rättssäkerhet och en över landet någorlunda jämn och likvärdig vårdstandard skall kunna garanteras krävs det att lagstiftningen, till skillnad från de allmänt hållna formuleringarna i det framlagda ramförslaget, ger möjlighet för staten att utöva aktiv tillsyn och vid behov utfärda föreskrifter. Inte minst viktigt är detta i en tid när den ansträngda samhällsekonomin löpande påverkar landstingskommunernas manöverutrymme.

SACO/SR instämmer i utredningens uppfattning att sjukvårdslagen behöver ses över men ställer sig tveksam till den föreslagna lagstiftningstekniken. Den tendens som i dag finns att ersätta precisa rättsregler med ramlagar som mest är viljeyttringar har inga självklara fördelar. Lämpligheten av denna teknik måste prövas på varje område för sig.

Utredningens förslag till hälso- och sjukvårdslag har enligt *SACO/SR* genom en alltför långt driven utmönstring av "detaljföreskrifter" blivit substanslöst. En rad väsentliga frågor lämnas oreglerade t.ex. att kvalificerade befattningshavare tillsätts, att det inte råder osäkerhet om vem som bestämmer vad och att det finns en fungerande tillsyn från en opartisk instans. Rättssäkerhetsintresset kräver att författningsregleringen på områdets centrala delar är precis, entydig och någorlunda lättillgänglig.

Även *SKTF* anser att en ramlag måste vara så tydligt och stringent utformad att inte tolkningssvårigheter uppstår. De olika delarna i lagen måste harmonisera med varandra. Inte heller bör det finnas angivet verksamheter som lagen säger sig reglera, men som ej sedan preciseras i målsättningsbestämmelserna. Förbundet anser att förslaget har allvarliga brister då det gäller stringensen i uppbyggnad, språkbruk m.m. Vidare har då det gäller målsättningsdelen i lagen flera centrala verksamheter som lagen definitionsmässigt reglerar glömts bort i den närmare preciseringen av målen.

Sveriges medicinsk-juridiska förening konstaterar att ramlagstiftningstekniken numera får anses vara accepterad inom förvaltningsrätten. Fördelen med denna teknik anser föreningen vara att man genom att underlåta detaljreglering förhindrar att lagen hämmar utvecklingen inom ifrågavarande område. Tekniken får dock inte användas på sådant sätt att en lag ger så vida ramar att den i praktiken blir innehållslös, vilket föreningen anser vara fallet med förslaget till hälso- och sjukvårdslag.

Föreningen anser att ett genomförande av *HSU:s* förslag skulle, så som lagtexten formulerats, medföra att landstingskommunen fick helt fria händer att organisera sin sjukvård utan garantier för övergripande statliga intressen. Detta är betänkligt, särskilt som socialstyrelsens tillsynsfunktion inte är förenad med några sanktionsbefogenheter. Såsom ett exempel på vådan av den valda lagstiftningstekniken kan påpekas att den nya lagen inte nämner

ett ord om sjukhus. En landstingskommun skulle med andra ord – drastiskt uttryckt – lagligen kunna lägga ned samtliga sjukhus. Överfört till ett annat samhällsområde motsvarar detta att landstingskommunerna sägs ansvara för att meddela undervisning, utan något omnämnande av skolor.

Föreningen anser det också angeläget att framhäva behovet av formell reglering av förhållandet mellan landstingskommunerna och staten beträffande undervisnings- och forskningsverksamhet.

Föreningen påpekar också att lagförslagets brist på bestämmelser om privatläkare och annan i privat regi bedriven sjukvård leder till att en landstingskommun i praktiken kan strypa möjligheten till sådan vård inom sitt område.

I den föreslagna hälso- och sjukvårdslagen har, enligt föreningen, alla bestämmelser om standarden utmönstrats såsom obehövlige. Det som nu sägs om standarden är att en god hälso- och sjukvård skall erbjudas dem som är bosatta inom landstingskommunen. Detta allmänna uttalande, som inte kan läggas till grund för några krav vare sig från statliga myndigheters sida eller från den enskilde, preciseras skenbart i 2 §. Preciseringsen sker emellertid genom lika allmänna och abstrakta satser. En god hälso- och sjukvård skall sålunda "särskilt" tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet, präglas av helhetssyn på den enskildes förhållanden, vara nära och lätt tillgänglig etc. Utredningen har förklarat att man inte funnit det nödvändigt att i hälso- och sjukvårdslagen, som avses bli en ramlag, ge målen för verksamheten något konkret innehåll. Det är enligt Sveriges medicinsk-juridiska förening en missuppfattning att tro att en ramlag kan utformas på detta sätt. Det som utredningen föreslagit i denna del kan över huvud taget inte anses vara av lags karaktär. Oavsett vad landstinget gör eller underlåter, kan varken tillsynsmyndighet eller besvärinstans göra gällande att landstingets handlande står i strid mot lagen.

Enligt läkarförbundets uppfattning har utredningen drivit ramlagstanken för långt, vilket medfört att lösningen av en rad problem skjutits till framtiden. Även med ramlagstiftningsteknik kan mer eller mindre preciserade regler uppställas och det är heller inget hinder att en ramlag anger riktlinjer inom avgränsade områden. Så t.ex. kan påpekas att en så pass detaljerad författning som kommunallagen (1977:179) i propositionen till denna lag betecknas som ramlag. I utredningsförslaget har lagens tillämpningsområde utvidgats avsevärt bl.a. på grund av den mycket vida definitionen av hälso- och sjukvård. Utredningen har försökt uppställa generella regler för detta mycket stora område; försökt hitta hälso- och sjukvårdens "minsta gemensamma nämnare". Givetvis finns ingen sådan inom de mycket skiftande verksamheter utredningen avsett att reglera. Som en följd av detta har författningsförslagets innehåll blivit så starkt uttunnat att man nödgas ställa frågan huruvida det alls fyller någon funktion. Normalt ingår i ramlagstiftningen att författningen öppnar möjligheter för utfyllnad av bestämmelserna på regerings- och myndighetsnivå. I stället för att utnyttja

en sådan teknik synes utredningsförslaget avsiktligt förhindra detta, eller i varje fall hoppa över ett antal led i kedjan. Varken enskilda medborgare, vilkas starkaste intressen berörs, eller befattningshavare på hälso- och sjukvårdens olika nivåer, som har att tillämpa och nyttja författningen, kan vara betjänta av att författningsregleringen får denna utformning. Det är ett betydande rättssäkerhetsintresse att författningsregleringen i centrala frågor ges ett konkret och lättillgängligt innehåll.

Läkarförbundet anser således att författningsförslaget innehållsmässigt är synnerligen torftigt och att någon reell analys av effekterna av raseringen av gällande rätt inte gjorts. Utredningen har heller inte lyckats översätta sina egna intentioner till lagtext. Det förefaller som om utredningen även med beaktande av den synnerligen långt drivna ramlagstiftningstekniken snarast uppfattar lagstiftning inom hälso- och sjukvården som helt onödig och att lagtexten endast utgör ett betydelselöst "formellt påhäng" till betänkandertexten.

Ett sådant synsätt tar läkarförbundet avstånd från och vill med hänvisning till de allvarliga innehållsmässiga och tekniska brister som präglar författningsförslaget bestämt avstyrka att det läggs till grund för lagstiftning.

Enligt *läkaresällskapet* råder det inga delade meningar om att nuvarande lagstiftning rörande hälso- och sjukvården är omodern och svåröverskådlig och således i behov av revision.

En hälso- och sjukvårdslag bör enligt sällskapet utformas på sådant sätt att den garanterar den enskilde medborgaren en kvalitativt högstående hälso- och sjukvård. Den föreslagna lagen är så allmänt hållen att den enskilde inte kan få stöd för specificerade krav. I förhållande till nuvarande lagstiftning innebär förslaget en försämring av den enskildes ställning gentemot samhället.

Befattningshavarna inom hälso- och sjukvården bör kunna ställa krav på en klar och lättillgänglig lagreglering. Den föreslagna lagtexten och bakomliggande betänkande uppfyller inte dessa krav. En del av de framförda uppfattningarna är dessutom påfallande modebetonade.

Utredningen förutsätter att ramlagen utfylles av föreskrifter och regler utfärdade av olika inom hälso- och sjukvården verkande organ, främst landstingen. Man föreslår medvetet stor frihet i utformningen av dessa regler, i enlighet med aktuella decentraliseringssträvanden. Risken är enligt sällskapet uppenbar att sådana föreskrifter och regler kommer att präglas av otillräcklig juridisk kompetens och av alltför lokalbetonade politiska och företagsekonomiska förutsättningar. Detta bäddar för rättsosäkerhet.

Några remissinstanser har uttryckt tveksamhet till förslaget till ramlagstiftning. Dessa är följande: statskontoret, Kristianstads läns landstingskommun, Gotlands kommun, tandläkarförbundet, HSK, Sveriges kliniska psykologers förening.

HCK anser att utredningens förslag till ramlagstiftning ger alltför vida ramar för landstingen att själva bestämma utvecklingen inom hälso- och

sjukvården. Det är en utpräglad ramlag där det mesta är till intet förpliktande. Genomgående i utredningen saknas också resonemang om vilka frågor som skall prioriteras och avvägningen mellan olika gruppers behov. Detta anser HCK vara en allvarlig brist i utredningen. För att en ramlagstiftning över huvud taget skall accepteras är det mycket viktigt att det i förarbetena ges klara direktiv för hur lagen skall tillämpas.

För handikapprörelsen är det enligt HCK ett oeftergivligt krav att alla skall garanteras rätt till sjukvård och behandling. Den rätten måste fastslås i lag. Framför allt de små diagnosgrupperna, som är i behov av dyr specialistvård, ser en ramlagstiftning av detta slag som hotande för deras liv och hälsa, särskilt i ett läge av knappa ekonomiska resurser. Vem kommer att garantera att de får sina behov av sjukvård tillgodosedda? Någon överklagningsrätt för konsumenten föreslår man inte skall införas. Dessutom tonas tillsynsmyndighetens roll ner till att bli ett allmänt serviceorgan gentemot landstingen.

Kristianstads läns landstingskommun ifrågasätter huruvida det kan anses lämpligt att använda denna form av lagskrivning när det gäller att beskriva konkreta uppgifter i samhället av så kvalificerad och innehållsrik natur som hälso- och sjukvård. Utredningen har emellertid med hänsyn till direktiven inte haft något annat val än att utforma förslaget på det sätt som det nu föreligger.

4 Utgångspunkter och mål för hälso- och sjukvårdspolitiken

Utredningen föreslår två övergripande mål för hälso- och sjukvården. Den skall främja god hälsa hos hela befolkningen och erbjudas alla på lika villkor. I ett antal punkter preciseras sedan vad som bör känneteckna en god hälso- och sjukvård.

Följande remissinstanser är positiva till förslaget: socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, direktionen för karolinska sjukhuset, statskontoret, statens invandrarverk, omsorgskommittén, JO, Landstingsförbundet, flertalet landstingskommuner, Malmö kommun, Gotlands kommun, LO, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF, tandläkarförbundet, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters förbund, Sveriges psykologförbund, HCK, De Handikappades Riksförbund, Folkpartiets kvinnoförbund, Socialdemokratiska kvinnoförbundet.

Landstingsförbundet anser att utredningens mål är väl avvägda och att de ger stöd åt en utveckling som redan är på gång.

Förbundet anför:

Målet att främja allas hälsa slår fast det vidgade ansvaret för hälso- och sjukvården: inte bara sjukvård utan också hälsovård. Att hälsovården – de förebyggande insatserna – på samma sätt som sjukvården blir ett lagfäst ansvarsområde för landstingen är enligt Landstingsförbundets mening angeläget. Det kan innebära ett avgörande steg framåt för ett hälsoinriktat

synsätt, såväl inom hälso- och sjukvården som i samhället i övrigt. Utredningens beskrivning av hälsopolitiken ligger också väl i linje med de tankegångar som framförts, bl.a. i rapporter till förbundets kongresser 1974 och 1979.

Målet "lika villkor" slår fast att inget annat än behovet skall styra möjligheten att få tillgång till hälso- och sjukvård. Alla skall få samma stöd från samhället, när det behövs. Lagförslaget skriver här fast en princip som sedan länge gällt inom sjukvården. Självfallet begränsas dock möjligheterna att ställa krav på hälso- och sjukvården av de resurser som står till förfogande.

De lika villkoren har flera utgångspunkter: ekonomiska, geografiska, sociala och åldersmässiga. Målet är viktigt att sträva mot. Ändå kan man aldrig nå ända fram. Det kan exempelvis gälla en rättvis spridning av resurserna. Det är självklart, att inte alla kan ha lika nära till en vårdcentral. Alla sjukhus kan heller inte ha neurokirurgiska specialister. Ekonomi och medicinsk säkerhet lägger hinder i vägen. Sättet att tillgodose behoven måste också kunna variera inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Det är givet, att det inte ser likadant ut i varje enskilt landsting. Hälso- och sjukvården måste dock ha en organisation som i möjligaste mån tar bort hindren. Inte minst måste den värna om lika villkor för de människor som själva har svårt att göra sin röst hörd – de gamla, de handikappade, de utslagna.

En hälso- och sjukvård på lika villkor ställer stora krav på varje enskilt landsting. Men den förutsätter också solidaritet mellan landstingen. Alla måste medverka till att de knappa resurserna – bl.a. på personalsidan – fördelas någorlunda jämnt över landet och inom sjukvårdsregionerna. Lika villkor ställer också krav på staten. Den måste bidra till en ekonomisk utjämning, som gör det möjligt för alla landsändar att nå en lika och rimlig standard vid förverkligandet av lagförslaget.

LO anser att målen tillsammans utgör en bra utgångspunkt för utformningen av hälso- och sjukvårdspolitiken.

Organisationen framhåller vidare:

Målet "en god hälsa för hela befolkningen" går dock långt utöver vad hälso- och sjukvårdssektorn ensam kan åstadkomma. För arbetarrörelsen har en bred folkhälsopolitik alltid varit förknippad med åtgärder mot arbetslöshet, dåliga bostäder och boendemiljöer, skadliga arbetsmiljöer osv.

Det andra målet – ändamålsenlig hälso- och sjukvård för alla på lika villkor – får också långt gående konsekvenser om det tas på allvar. Det betyder att rätten till sjukvård inte i något sammanhang får göras till en marknadsvara och avgöras av den sjukes ekonomiska resurser utan den skall vara en rättighet för alla på lika villkor. Målet kan visserligen inte tas helt bokstavigt – alla kan inte ha lika nära till en vårdcentral och vissa former av specialistbehandling kan bara finnas på några få kliniker i hela landet, men målet är helt oförenligt med nuvarande stora skillnader mellan olika delar av landet. Utbyggnaden av vårdorganisationen och utvecklingen av vårdarbetets innehåll är fortfarande i alltför hög utsträckning styrd av läkarnas specialisering, val av specialitetsinriktning och val av tjänstgöringsort i landet.

Enligt *LO*:s uppfattning måste målet om rätt till vård på lika villkor leda till att man skapar starkare centrala styrmedel än för närvarande, bl.a. genom

effektivt och ändamålsenligt läkarfördelningssystem, för att utjämna den regionala obalansen.

Gotlands kommun anser att målen knappast kan anses innebära några nya värderingar utan överensstämmer väl med de mål som mer eller mindre uttalat länge gällt för planerings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. De kan från den synpunkten heller inte i och för sig väcka invändningar. Det nya är i stället att dessa mål blivit formellt bindande genom att de tagits in i lagen som en mycket vid och allmän kvalitativ och indirekt också kvantitativ beskrivning av hur hälso- och sjukvården skall arbeta. *SKAF* framför liknande synpunkter.

SKTF konstaterar att utredningen anger fem kriterier på god hälso- och sjukvård. Dessa kriterier passar väl in på de krav förbundet i framtiden vill ställa på sjukvården. Däremot täcker de inte in den offensiva hälsovården, de förebyggande insatserna och rehabiliteringen.

Omsorgskommittén menar att målen för utvecklingen av hälso- och sjukvården i vårt land, där bl.a. trygghet och kvalitet skall tillgodoses för den enskilde vård sökande, harmonierar väl med de krav som finns bl.a. för omsorgerna om flerhandikappade, psykotiska barn och utvecklingsstörda. Behov av omvårdnad, vård i hemliknande former, helhetssyn, kontinuitet, närhet etc. är centrala mål också för omsorgerna om dessa handikappgrupper.

Från flera håll påpekas att det är viktigt att resurser ställs till förfogande för att ge målen trovärdighet.

Några remissinstanser är kritiska till formuleringen av de övergripande målen.

Läkarförbundet anser att HSU:s diskussion om hälso- och sjukvårdens mål inte är klagörande.

Förbundet anför:

De båda övergripande målen är var för sig invändningsfria, liksom de kompletterande föreskrifterna om hur hälso- och sjukvården skall utformas. Vad utredningen inte gör klart är i vilken mån målen skall uppfattas som mål för hälso- och sjukvården som helhet och i vilken utsträckning varje enskild del av verksamheten skall uppfylla kriterierna. Det är uppenbart att t.ex. hälsokontroller inte kan erbjudas alla på lika villkor utan bör riktas till vissa riskgrupper. Åtgärder för att lindra enskilda patienters lidande måste vidtas även om de inte kan sägas bidra till ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen. Regionsjukvården kommer inte att vara nära eller lättillgänglig för en majoritet av befolkningen. Listan med sådana exempel på konflikter mellan målen skulle kunna göras lång.

Särskilt egendomligt menar läkarförbundet att det är att HSU i sin förklaring av vad "lika villkor" innebär å ena sidan slår fast att endast vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär, men å andra sidan hävdar att sjukdomens art och varaktighet inte skall påverka möjligheterna att erhålla vård. Man vill hoppas att HSU verkligen menar att den förstnämnda principen skall vara vägledande, och att avsikten inte är att sjukvården skall ge samma prioritet åt en snuva som åt en hjärtinfarkt.

Varken betänkandetexten eller specialmotiveringarna till lagtexten ger emellertid något klart besked på denna grundläggande punkt.

Sammanfattningsvis konstaterar läkarförbundet att HSU:s analys av hälsopolitikens inriktning är bristfällig, att HSU underskattar behovet av kvalitet och säkerhet i vården och att HSU för en föga klagörande, och bitvis t.o.m. motstridande, diskussion om målen för hälso- och sjukvården.

Svenska Läkaresällskapet kan inte godta utredningens målsättningsparagraf. Utgångspunkten borde enligt sällskapet vara att den enskilde individen ytterst ansvarar för sin hälsa och att han principiellt bör ha rätt att söka den vårdform han själv önskar. Man bör heller inte uppsätta mål som inte kan realiseras. Det är enligt läkaresällskapet tveksamt om man skall lagstifta om vårdkvalitet.

PRO anser att utredningen i sin egen kommentar till direktiven överger kravet "på lika villkor" i och med konstaterandet att man genom ramlagen inte kan garantera visst utbud av vårdresurser. Enligt *PRO*:s mening måste i kvalitetsbegreppet också ingå normer för utbud, omfattning och tillgänglighet för att tesen "lika villkor" skall kunna bli verkningsfull.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala menar att de övergripande målen för hälso- och sjukvården har formulerats i mycket allmänna ordalag. Tillsammans med den diffusa och breda definitionen på hälso- och sjukvård i lagtexten finns enligt direktionens förmenande stora risker att arbetsområdet hälso- och sjukvård kan komma att tolkas alltför brett. Direktionen anser att det saknas ett tredje mål, nämligen det ekonomiska dvs. att nyttan av hälso- och sjukvården skall maximeras inom tillgängliga resurser.

Patientens ställning i hälso- och sjukvården

Patientens ställning regleras förutom i målsättningsparagrafen även i 13 § om Samverkan och förtroende i vården.

Av de remissinstanser som lämnat synpunkter på dessa avsnitt i utredningens betänkande är följande positiva: socialstyrelsen, kommunaldemokratiska utredningen, landstingsförbundet, ett stort antal landstingskommuner, LO, TCO, Centerns kvinnoförbund och Moderata kvinnoförbundet.

Socialstyrelsen anser att utredningens förslag innebär ytterligare en förstärkning av patientens ställning vid sidan av den som inrymmer i den nya lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Landstingsförbundet finner det väsentligt att HSU så kraftigt markerat den vårdsökandes medinflytande och rättigheter. Landstingsförbundet menar att HSU:s förslag i dessa delar kommer att medföra behov av ökade informationsinsatser.

Kommunaldemokratiska utredningen menar att det är viktigt att HSU i lagen fört in vårdtagaren som aktiv part i hälso- och sjukvården. Dennes suveränitet när det gäller att ta emot erbjudna tjänster samt frihet och reella

möjligheter att ta och ge information, få ett tillfredsställande integritetsskydd osv. förtjänar utrymme i en ramlag.

Flertalet landstingskommuner anser att det är väsentligt att HSU så kraftigt markerat den vårdsökandes medinflytande och rättigheter. Det påpekas också att den samverkan som beskrivs i 13 § på många sätt tillämpas redan i dag.

Örebro läns landstingskommun menar att dessa frågor är bland de viktigaste att bearbeta inom hälso- och sjukvården som en del i dagens demokratiseringsprocess.

Västernorrlands läns landstingskommun finner det ytterst väsentligt att patientens rätt skrivs in på angivet sätt. Mycket av detta fungerar redan nu tillfredsställande på många områden men mindre bra på andra områden. Landstingskommunen finner det angeläget att den enskilde också uppmärksammas på sitt eget ansvar för sin hälsa. För att åstadkomma denna medvetenhet krävs inte bara utbildning i skolorna och på annat sätt av allmänheten utan också att hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar för att patienterna tar ett eget ansvar för hälsan i så stor utsträckning som möjligt.

Även *LO* och *TCO* framhåller att det är värdefullt att utredningen kraftigt markerat den vårdsökandes medinflytande och rättigheter. *TCO* framhåller att man anser att den enskildes medverkan och engagemang i hälsopolitiken är högst väsentlig.

Av de remissinstanser som tagit upp dessa frågor har följande haft kritiska synpunkter på förslagen: direktionen för karolinska sjukhuset, *JO*, Göteborgs kommun, läkarförbundet, läkaresällskapet, *HSK* och Sveriges medicinsk-juridiska förening.

Direktionen för karolinska sjukhuset menar att en god grundläggande tanke har givits ett otillräckligt uttryck i den föreslagna lagtexten. Det torde vara tämligen meningslöst att helt allmänt föreskriva att hälso- och sjukvården skall vara "grundad på aktning för människans rätt till självbestämmande och okränkbarhet", när regler som verkar i detta syfte inte kan formuleras. Samma invändning gäller enligt direktionen beträffande satsen "hälso- och sjukvården för den enskilde vårdsökande skall så långt det är möjligt läggas upp och genomföras i nära och förtroendefull samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och honom". Förslaget innehåller ingen reglering i detta syfte. Sådana regler torde också svårligen kunna formuleras.

JO konstaterar att lika litet som enligt den nu gällande lagstiftningen kan den enskilde, som inte får den vård han anser sig behöva, enligt lagförslaget göra rättsliga anspråk gällande mot landstingen. Den nuvarande lagstiftningen innehåller emellertid vissa bestämmelser som reglerar det direkta förhållandet mellan patienten och sjukvården t.ex. reglerna om intagning på sjukhus i 25 § sjukvårdslagen. Även en del av de bestämmelser som anger vad som åiigger läkare i läkardistrikt eller läkare vid sjukhus är av den

karaktären (29 och 31 §§ sjukvårdskungörelsen). Dessa bestämmelser blir ofta aktuella inom ramen för JO:s tillsynsverksamhet. Bestämmelserna har stor praktisk betydelse. Lagförslaget innehåller inga sådana regler. JO ställer sig tveksam till om detta är lämpligt och framhåller vikten av att bestämmelser av det slag som nu finns på området får en motsvarighet i det nya regelsystemet.

Göteborgs kommun konstaterar att i den nya sociallagstiftningen har myndighetens ansvar i förhållande till den enskilde formulerats och preciserats och dessutom har en särskild besvärordning utformats för att stärka den enskildes rättssäkerhet i förhållande till den vårdgivande myndigheten.

I förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag har den enskildes ställning inom hälso- och sjukvården inte blivit föremål för motsvarande överväganden. Det medicinska ansvaret regleras i annan lagstiftning och har där en annorlunda karaktär i förhållande till vad som gäller inom socialvården. Kommunen hade gärna sett att i vart fall konsekvenserna belysts av att den enskildes ställning är olika i förslaget till ramlag för hälso- och sjukvården jämfört med ramlagen för socialvården.

Läkarförbundet: Syftet med upplysning till den vårdsökande är främst att ge honom möjlighet att medverka i besluten om den egna vårdens utformning. Detta syfte kan dock i allmänhet inte föreligga med upplysning till någon som står den vårdsökande nära. Läkaren har skyldighet enligt allmänna läkarinstruktionen att meddela patient den behandling som tillståndet fordrar. Patienten själv kan vägra föreslagen behandling och tar då ansvaret för detta beslut, men motsvarande kan som regel inte gälla någon som står nära.

Det är tveksamt om närstående överhuvudtaget kan medverka i och ta ansvar för beslut om vårdens utformning, exempelvis vid val mellan olika handlingsalternativ. Läkaren torde alltid vara skyldig att ansvara för dessa beslut ifall den vårdsökande ej själv kan eller ej vill medverka. Härvid bortses från de specialfall som utgöres av exempelvis föräldrar med minderåriga barn.

Varken föreslagen lag eller av specialmotiveringen framgår denna betydelsefulla skillnad mellan första och andra meningen i stadgandet om rätt till upplysningar. Både för den som lämnar upplysning och för den som står den vårdsökande nära är det viktigt att denna skillnad tydligt uttrycks, eljest kan ansvar för beslut överföras på närstående som denne inte kan bära.

Formuleringen av stadgandet gör det svårt att utläsa om det riktar sig till huvudmannen eller direkt till personalen. Hur som helst är det ytterst väsentligt att innehållet helt överensstämmer med innehållet i motsvarande lagrum i lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (1980:11), vilket inte är fallet med den föreslagna formuleringen.

Enligt *läkaresällskapet* är det uppenbart att den enskilde individen bär det yttersta ansvaret för sin hälsa och att planeringen – som det också uttryckes i lagförslaget – bör utgå från denna förutsättning. Givetvis kan den enskilde individen dock inte lastas för följderna av skadliga, för honom eventuellt

okända omgivningsfaktorer i arbetsmiljö, samhällsmiljö etc. Målet bör vara att samhället stöder individen i hans strävan att vårda sin hälsa. Samhället måste också utformas så, att hälsorisker av nyss nämnd art undviks. Lagen bör dock enligt sällskapet inte ange mål – och än mindre uppställa krav på insatser – som visserligen kan synas önskvärda men som av ekonomiska eller andra skäl inte kan genomföras alls eller inom rimlig tid.

Vad det gäller den enskildes rättsställning kan det enligt *Sveriges medicinsk-juridiska förening* diskuteras i vad mån den bör regleras i en sjukvårdslag. Utredningen har i motiven klart anslutit sig till den grundläggande principen om patientens självbestämmanderätt. Lagtexten har emellertid olyckligtvis fått en väsentligt vagare formulering. Den nuvarande sjukvårdslagstiftningen är ganska knapphändig på bestämmelser om enskildas rättigheter. Men i 25 § sjukvårdslagen och 37 § sjukvårdskungörelsen ges regler som i vissa fall garanterar att den enskilde blir intagen på sjukhus och med stöd av 29 § sjukvårdskungörelsen kan den enskilde kräva att få läkarvård av distriktsläkare, inbegripet hälsoundersökning m.m. och att få läkarintyg. Föreningen konstaterar att inga motsvarigheter härtill föreslås i den nya lagen.

Hälso- och sjukvårdsbegreppet

Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det individinriktade arbetet kan enligt utredningen sammanfattas i begreppen förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom och skada: I hälso- och sjukvården ingår dessutom även funktionsförbättrande och funktionsuppehållande medicinsk behandling för handikappade. Information ska betraktas som en integrerad del av verksamheten i alla dess delar. Till uppgifterna hör också som en mycket viktig del registrering av sjukdomsorsaker liksom av sjukledigheter och dess förändringar.

Av de remissinstanser som tagit upp definitionen av hälso- och sjukvårdsbegreppet instämmer följande i utredningens förslag: socialstyrelsen, statens handikappråd, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, statskontoret, landstingsförbundet, ett antal landstingskommuner, Malmö kommun, TCO, SHSTF, SKTF, HCK, Sveriges psykologförbund, Folkpartiets kvinnoförbund.

Socialstyrelsen delar HSU:s uppfattning om hälsobegreppets innebörd och det hälsopolitiska synsättet som grund för hälso- och sjukvårdens utveckling. Styrelsen tycker emellertid att det är angeläget att tolkningen av hälsobegreppet inte leder till en överbetoning av hälso- och sjukvårdens roll och uppgifter så att hälso- och sjukvården tar på sig att lösa problem av huvudsakligen social karaktär. Styrelsen tycker också att det är värdefullt att ansvaret för förebyggande åtgärder – hälsovård och hälsoupplýsning – klarläggs och tas in i lagen. Styrelsen ansluter sig till utredningens uppfattning att ett hälsopolitiskt synsätt bör prägla sjukvården.

Malmö kommun påpekar att utredningen har uppmärksammat de risker som kan bli följden av en alltför vid tolkning av begreppet "förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom och skada". Dessa risker som ofta betecknas som medikalisering innebär att individen befrias från ansvar för sin situation genom att åsättas en diagnos eller eventuellt erhålla ett sjukintyg. Enligt kommunens uppfattning är denna fråga mycket väsentlig. Hälso- och sjukvårdens ansvarsområde får inte vidgas så att alla vårdbehov görs till medicinska problem. Klara avgränsningar måste skapas. Detta gäller exempelvis den sociala sektorn och försäkringskassornas verksamhet.

Statens handikappråd anser i likhet med utredningen att det är viktigt att landstingskommunernas verksamhet inriktas på att förebygga sjukdomar och handikapp. Handikapprådet kan dock inte acceptera att krav på hälsopolitiska insatser riskerar att ställas mot krav på utökade vårdresurser som eftersatta grupper med långvariga sjukdomar och bestående handikapp har. Rådet ser det vidare som en stor brist att rehabiliteringsfrågorna helt förbigåtts i utredningen. *HCK* framför liknande synpunkter.

SKTF är positivt till att hälsopolitiken i lagförslaget ges en mer framskjuten plats än vad som för närvarande gäller. Förbundet anser dock att även rehabiliterings- och psykoterapeutisk verksamhet explicit bör uppräknas som verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Följande remissinstanser är kritiska mot förslaget i denna del: justitieombudsmannen, konsumentverket, kommunförbundet, läkarförbundet och läkaresällskapet.

JO konstaterar att i den nuvarande sjukvårdslagen framgår lagens tillämpningsområde främst av 3 §. Området eller med andra ord föremålet för lagstiftningen är "såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd, i den mån icke annan drager försorg härom". Begreppen öppen och sluten vård är definierade i 2 §. I viss mån regleras också ambulansväsendet. I 1 § 3 mom. undantas sådan vård av psykiskt utvecklingsstörda som avses i lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda från lagens tillämpning. Man kan påstå att det som lagen avser att reglera är tämligen väl preciserat.

De bestämmelser i förslaget som närmast motsvarar de nuvarande reglerna i sjukvårdslagen är enligt *JO* 1 och 3 §§. Av 1 § framgår att det område som lagen avser att reglera är hälso- och sjukvården. Härmed avses enligt lagtexten verksamhet för att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdomar och skador. Inom denna definition rymms onekligen ett stort antal av de verksamheter som traditionellt handhas av andra samhällsorgan än landstingskommunerna. Så torde t.ex. den samhälleliga verksamhet som syftar till en ökad trafiksäkerhet ha som yttersta mål att förebygga skador. Flera exempel kan ges. Utredningens avsikt är uppenbarligen inte att lagen skall ha ett så vidsträckt tillämpningsområde som 1 § faktiskt anger. Viktiga ytterligare begränsningar av begreppet hälso- och sjukvård finns nämligen i motiven, (s. 252 ff och 425 ff). Det är givet att en sådan lagstiftningsteknik inte kan accepteras.

Kommunförbundet anser att det kan ifrågasättas om utredningen tillfredsställande lyckats definiera de begrepp som ligger till grund för avgränsningen av hälso- och sjukvårdspolitiken. Förbundet som är medvetet om svårigheten att på ett invändningsfritt sätt lösa dessa definitionsproblem menar att det därför torde vara mera givande att utifrån ett pragmatiskt synsätt bedöma möjligheterna att genom förbättrad samverkan mellan samhällets olika instanser uppnå positiva resultat.

Enligt *läkaresällskapets* mening har utredningen inte lyckats klarlägga avgränsningen mellan hälso- och sjukvård och annan samhällsverksamhet, t.ex. vad som i betänkandet kallas "hälsoskydd". När det gäller definitionen av begreppet hälsa införes också en diskussion om s.k. livskvalitet. Detta försvårar ytterligare gränsdragningen mellan olika ansvarsområden, och det är bl.a. den gränsdragningen som lagen bör reglera. Införandet av begreppet livskvalitet kan i vissa sammanhang vara berättigat men som utredningen själv framhåller är det angeläget att uppmärksamma riskerna med en alltför vid tolkning och faran med att göra alla vårdbehov till medicinska problem. *Sveriges läkarförbund* framför liknande synpunkter.

5 Hälso- och sjukvårdens innehåll och uppbyggnad

Utredningen anger i detta avsnitt vilka principiella krav som bör ställas på hälso- och sjukvårdens funktionella och organisatoriska utformning. Mot bakgrund av de övergripande målen anges bl.a. vilken typ av resurser som erfordras för olika verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Följande remissinstanser är i huvudsak positiva till utredningsförslaget: direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, statskontoret, invandrarverket, omsorgskommittén, landstingsförbundet, ett antal landstingskommuner, LO, SKAF, SHSTF.

Värmlands läns landsting menar att en praktisk tillämpning av ett hälsopolitiskt synsätt ställer krav på medverkan av hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Svårigheterna för ett enskilt landsting att på ett jämlikt sätt fördela resurserna inom länet får dock inte underskattas.

LO tillstyrker den prioritering av närvården som utredningen ger uttryck för. *LO* erinrar om de stigande anspråk på vårdinsatser av olika slag som kan förutses resultera av ökningen av andelen äldre i befolkningen. Dessa behov kan enligt *LOs* bedömning inte tillgodoses utan en tyngdpunktsförskjutning i vårdens organisation mot förebyggande insatser och öppna vårdformer, innefattande hemhjälp, hemvård och hemsjukvård. En sådan förskjutning i vårdens inriktning innebär ett behov av samverkan mellan sjukvård och socialvård och dessas respektive huvudmän.

Ett viktigt fackligt krav är enligt *LO* att utvecklingsarbete ifråga om hälso- och sjukvård och socialvård bör inriktas på att skapa en organisation av vårdarbetet som på bästa sätt utnyttjar alla personalkategoriernas resurser och möjligheterna till samverkan i lagarbete. *LO* anser att en sådan förändring

ligger i både de anställdas och allmänhetens intresse.

LO understryker även att ändringar i vårdarbetets organisation, inriktning och innehåll har konsekvenser för utbildningen – innefattande grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning – för de många grupper av anställda som engageras i vårdarbetet.

Några remissinstanser har en annan uppfattning än HSU i denna fråga.

Läkarförbundet konstaterar att den nuvarande lagstiftningen har sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten, vilket utredningen anser vara oändamålsenligt och hindrande vid genomförande av de "hälsopolitiska" riktlinjerna. Enligt *Läkarförbundet* har HSU inte ens försökt att konkret belägga att den nuvarande lagstiftningen utgör något hinder mot aktuella vårdpolitiska strävanden. Lika litet har utredningen visat att den föreslagna ramlagen i sig ger några garantier för eller underlättar en sådan utveckling. *Läkarförbundet* avvisar utredningens förslag att inte lagfästa begreppen slutet respektive öppen vård, sjukhus, klinik m.fl. Liknande synpunkter framförs också av *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund*.

Tandläkarförbundet instämmer med utredningen i att hälso- och sjukvård är ett sammanhängande verksamhetsbegrepp och att anledning saknas att göra innebörden av detta begrepp beroende av vem som är huvudman eller vårdgivare.

Tandläkarförbundet kan dock inte instämma i att det därmed skulle saknas anledning att särreglera exempelvis tandvårdsområdet.

Tandläkarförbundet fortsätter:

Enligt *tandläkarförbundet* finns det andra skäl som kan göra en särreglering ytterst nödvändig för att maximalt utnyttja befintliga vårdresurser och åstadkomma erforderlig koordination mellan olika vårdgivare. Det finns väsentliga skillnader mellan olika former av hälso- och sjukvård.

På vissa områden är behoven i fråga om t.ex. kvalitet och säkerhet större än på andra. I andra fall ställer kontinuiteten i verksamheten vissa krav. När så är fallet och då det även gäller att garantera "allas rätt till lika villkor" etc. är det svårt att förstå varför den totala avsaknaden av centrala föreskrifter i samtliga situationer skulle vara den bästa lösningen för alla berörda parter – även patienten.

Det framstår som helt uppenbart att det är en förutsättning för ett omhändertagande av den vuxna befolkningens tandvårdsbehov i framtiden, att den offentliga tandvården samverkar med de privata vårdgivarna. Det bör slås fast att folktandvården nått sina framgångar inom den förebyggande vården tack vare att den kunnat inom sin organisation utnyttja förefintliga resurser optimalt.

Att då slå sönder folktandvårdens organisationssystem framstår som obegripligt och helt meningslöst. För att samverkan skall bli meningsfull krävs enligt *tandläkarförbundets* uppfattning att den offentliga tandvården (folktandvården) organisatoriskt hålls samman och på landstingsnivå, tillsammans med de privata vårdgivarna, kan planera för medborgarnas lika villkor i vad gäller möjligheterna att erhålla tandvård. Vad nu sagts utgör intet hinder för att folktandvården ändå samarbetar med andra närvård-

givare – det sker i dag på ett utmärkt sätt, exempelvis vid barnvårdscentralerna. Utan en sammanhållen folktandvårdsorganisation saknas dock enligt tandläkarförbundet förutsättningar för att landstingen skall – som HSU uttrycker det – ges frihet att själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skall ställas till förfogande och sättet att organisera dessa. Hälso- och sjukvården har nämligen enligt HSU:s tankegångar att även inom sitt delområde tandvården uppfylla kravet på lika villkor för medborgarna.

Begreppet närvård

En utveckling av primärvårdens idé och ett förändrat arbetssätt inom hälso- och sjukvården – innebärande bl.a. ett grundläggande ansvar för hela befolkningens hälsotillstånd – nödvändiggör enligt utredningen att verksamheten byggs upp och har sin förankring på den lokala nivån.

Utredningen föreslår att en ny beteckning – närvård – införs för den hälso- och sjukvård, inkl. tandvård, som organiseras för att både ansvara för befolkningens hälsotillstånd och utifrån en social helhetssyn erbjuda den enskilde hälso- och sjukvårdstjänster inom ett geografiskt avgränsat område, vanligen en kommun eller en del därav.

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

Som bakgrund till utredningens förslag åberopas bl.a. att man anser att de definitioner av primärvårdsbegreppet som hittills funnits icke varit fullt entydiga och därför kunde leda till oklarhet.

Läkarförbundet känner sympati för utredningens ambition att försöka skapa ökad klarhet i begreppen. Man anser att det vore synnerligen värdefullt att ha väldefinierade, enhetliga och av alla omfattade benämningar på hälso- och sjukvårdens olika funktionella respektive organisatoriska delar. Det väsentliga är att klarhet skapas, medan själva ordvalet är av underordnad betydelse. Läkarförbundet vill därför inte motsätta sig införande av termen ”närvård”.

Övriga remissinstanser som särskilt uttalat sig om begreppet närvård avstyrker införandet av begreppet.

Socialstyrelsen finner det olyckligt om man genom införande av det nya begreppet närvård, som ligger primärvårdsbegreppet nära men inte är identiskt med detta, skapar förvirring i fråga om sättet att tillgodose behovet av nära och tillgänglig vård i ett tidsskede då uppbyggnaden av en primärvårdsorganisation just har börjat. Dessutom är begreppet primärvård – primary health care – den internationella beteckningen på den vårdnivå som primärt svarar för befolkningens hälsa. Inom Norden är primärvården ett allmänt godtagat begrepp med fundamentala gemensamma grundelement.

Socialstyrelsen avstyrker därför införandet av begreppet närvård. Styrel-

sen är beredd att föra in tandvården i primärvårdsbegreppet och att inkludera de enskilda vårdgivarna som en resurs i primärvården. Socialstyrelsen ger även i sitt remissvar en samlad definition av primärvården, innefattande ansvar, funktioner, organisationer och personal.

TCO, *SKTF* och *SHSTF* anser att primärvården är ett vedertaget begrepp och anser därför inte att ytterligare organisatoriska begrepp behöver införas.

Hemsjukvård

Hemsjukvården bör enligt utredningen ingå som en viktig del av hälso- och sjukvården. Hemsjukvården måste utformas utifrån samma grundläggande krav på medicinsk kvalitet i vården som gäller alla vårdformer. Den pågående utbyggnaden av hemsjukvården avses möjliggöra att även personer med förhållandevis stora vårdbehov dygnet runt skall kunna vårdas inom denna vårdform.

Förslaget om utbyggd hemsjukvård tillstyrks helt av *TCO* men som emellertid framhåller att nödvändiga personalresurser måste tilldelas och att frågor om personalens arbetsförhållanden, tillgång till tekniska hjälpmedel m.m. måste uppmärksammas. Vidare kan frågor om patientens/familjens integritet behöva klargöras.

TCO pekar även på att det är svårt att skilja på vad som är hemsjukvård och vad som är social hemhjälp eftersom arbetsuppgifterna ligger nära varandra. Detta medför i praktiken gränsdragningsproblem som försvårar samarbetet mellan landstingskommunen och primärkommunen. Enligt *TCO* måste här komma till stånd en samverkan och modeller utarbetas för fördelning av ansvar och arbetsuppgifter så att ett bättre resursutnyttjande kan åstadkommas.

Även *SHSTF* och *SKTF* framför liknande synpunkter.

6 Landstingskommunernas totalansvar, planering och samverkan

Utredningen föreslår att landstingskommunen skall åläggas ett totalansvar för hälso- och sjukvården inom sitt område. Totalansvaret innebär att landstingskommunen kartlägger vårdbehov och initierar hälsofrämjande åtgärder, planerar och samordnar förekommande insatser, följer upp denna planering resursmässigt, medicinskt, etc. och utvecklar nya resurser genom utbildning, forskning, m.m. Landstingskommunen behöver därmed inte svara för all hälso- och sjukvård själv, men väl för samordningen mellan olika vårdgivare, samt att ta på sig sådant vårdgivaransvar som inte utförs av annan.

Ett stort antal remissinstanser delar i princip utredningens uppfattning att samhället måste ha ett övergripande ansvar för hela hälso- och sjukvården.

Samtidigt är det många som anser att innebörden i begreppet totalansvar inte har kommit till klart uttryck i lagförslaget.

Följande remissinstanser har framfört positiva synpunkter: socialstyrelsen, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, flertalet landstingskommuner, Malmö kommun, Gotlands kommun, Spri, LO, TCO, SKAF.

Landstingsförbundet delar utredningens uppfattning att samhället måste ha ett övergripande ansvar för hela hälso- och sjukvården. Landstingsförbundet menar att detta är bl.a. en förutsättning för att målsättningen om en hälso- och sjukvård för alla på lika villkor skall kunna infrias. Detta gäller inte minst i tider där det samhällsekonomiska utrymmet för expansion är begränsat och resurserna måste utnyttjas effektivt. Det starka beroendet mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsverksamheter talar också för en sådan lösning.

Landstingsförbundet anser att landstingskommunen bör ta på sig det ökade ansvar, som utredningen föreslår. En samordning av resurserna är nödvändig. Det är naturligt att samhällets ansvar för hälso- och sjukvården på länsnivå läggs på landstingskommunen. Orsakerna är flera. Landstingskommunen tillhandahåller redan i dag merparten av sjukvårdens resurser. I landstingskommunen finns också ett demokratiskt inflytande, som gör det möjligt för länets invånare att själva påverka utvecklingen. Samtidigt kommer ett totalansvar att ställa nya krav på landstingen. Det gäller att på ett förtroendefullt sätt komma till tals med andra vårdgivare, att utveckla den samverkan som finns redan i dag och finna nya konstruktiva former för samarbete.

LO och *TCO* tillstyrker att landstingskommunen får ett vidgat ansvar. Ett sådant totalansvar är enligt *LO* en förutsättning för att målsättningen om en hälso- och sjukvård för alla på lika villkor skall kunna infrias.

TCO konstaterar för sin del att utredningen i sina överväganden ganska utförligt redovisar de nuvarande formerna för planering inom hälso- och sjukvården. I lagtexten anges däremot endast allmänt landstingskommunernas skyldighet att planera. Eftersom en stor del av själva totalansvaret ligger i samordnad planering kan starkt ifrågasättas om inte lagtexten på den här punkten borde vara mer konkret. Vidare anges att landstingskommunen skall redovisa inriktningen och organisationen av den verksamhet som skall tillgodose behov av närhet och lättillgänglighet särskilt utan att det anges var. *TCO* anser att lagtexten bör övervägas även på denna punkt. En öppen fråga i utredningen är på vilket sätt landstingen i praktiken kommer att ha möjlighet att få till stånd samordnad planering med olika intressenter. Också här bör ytterligare överväganden göras.

TCO anser det vara en betydande brist i utredningen att man inte mera ingående analyserat det nuvarande sjukvårdspolitiska styrsystemets brister. Landstingens verksamhet har utvecklats åtskilligt snabbare än vad som förutsatts enligt planerna samtidigt som större delen av volymökningen gått till verksamhet som inte prioriterats, i huvudsak förbättringar inom akutsjukvården. Den öppna vården har ökat betydligt långsammare än beräknat och antalet vårdplatser, bl.a. inom långvården, har blivit färre än beräknat. *TCO* anser det väsentligt att orsakerna bakom styrsystemets brister klarläggs så att bättre styrmetoder kan tas fram.

Socialstyrelsen anser att ansvarsfördelningen mellan å ena sidan hälso- och sjukvården, å andra sidan socialtjänsten behöver ytterligare penetreras. Avgränsningen kan också preciseras i överenskommelse mellan huvudmännen och i lokalt förankrade vårdprogram för grupper av patienter. Viktiga områden där avgränsningsproblem kan uppkomma är hemsjukvård, äldreomsorger, psykiatri- och missbruksområdena.

Bland de remissinstanser som anser att innebörden i begreppet totalansvar är oklart återfinns bl.a. *Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund*, *Sveriges kommunaltjänstemannaförbund*, *Sveriges tandläkarförbund*, *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter* och *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund*. Dessa menar att det är tveksamt att använda begreppet "totalansvar" i lagen. Det ansvar HSU avser är snarare en form av övergripande planerings- och samordningsansvar. Dessa remissinstanser tillstyrker att landstingskommunen åläggs ett sådant övergripande ansvar men betonar att för detta krävs en förstärkning av de personella och ekonomiska resurserna.

Läkarförbundet konstaterar att utredningen inte på ett tillfredsställande sätt lyckats klargöra vad totalansvaret omfattar och hur det i praktiken skall utövas.

Detta är enligt läkarförbundet beklagligt eftersom det av flera skäl är en riktig utveckling att landstingskommunen vidgar sin verksamhet till att omfatta förebyggande insatser och även aktivt försöker påverka andra samhällsorgan att vidta hälsofrämjande åtgärder av olika slag. Varken i lagtexten eller i själva utredningstexten avgränsas det s.k. totalansvaret så att det enligt förbundets mening kan bli rättsligt reglerande. Totalansvarets omfattning kan variera från landstingskommun till landstingskommun. Uppenbarligen innefattar totalansvaret inte något hos landstingskommunen samlat resursfördelnings- och driftsansvar. Det sägs också uttryckligen i betänkandet att förslaget inte berör de grundläggande förutsättningarna för de olika slag av vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Begreppet totalansvar är enligt förbundet förutom sin oklarhet även direkt vilseledande. Det förekommer i hälso- och sjukvårdssammanhang ansvar av en rad olika slag, som uppenbarligen faller utanför totalansvaret. En väsentlig del av ansvaret för den centrala del av hälso- och sjukvården som är medicinsk verksamhet, dvs. vården av enskild patient och riktlinjer för denna vård, åvilar sålunda inte landstingskommunen utan hälso- och sjukvårdspersonalen (läkarna) med socialstyrelsen som tillsynsmyndighet.

Läkarförbundet finner därför att begreppet totalansvar är olämpligt i lagstiftningssammanhang. Enligt förbundets mening föreligger inget behov av ett särskilt begrepp för att beskriva det övergripande planerings- och samordningsansvar som bör åvila landstingskommunen. Betydande oklarheter kvarstår dock beträffande detta landstingskommunens planerings- och samordningsansvar. Garantier måste skapas för att den i och för sig angelägna samordningen mellan landstingskommunerna och andra vårdgi-

vare sker på ett sätt som inte äventyrar dessa övriga vårdgivares självständiga ställning och förutsättningarna för dessas verksamhet. Detta är enligt läkarförbundet viktigt inte minst med hänsyn till befolkningens möjligheter till ett fritt läkarval.

Även SHR, statskontoret, De handikappades riksförbund och HCK anser att innebörden i begreppet totalansvar inte har kommit till klart uttryck i lagförslaget och att innebörden därför blir oklar och svårförståelig. HCK menar att landstingskommunerna i stället för ett sistahandsansvar borde ges ett primärt vårdgivaransvar med privatvården som ett komplement.

Sveriges medicinsk-juridiska förening konstaterar att HSU menar att någon direkt skyldighet för landstingskommunen att verka som huvudman eller vårdgivare inte bör föreskrivas i hälso- och sjukvårdslagen. Föreningen anser emellertid att, om landstingskommunen över huvud taget skall ha någon sådan skyldighet, så måste den grundas på en föreskrift i lag. En sådan föreskrift kan inte rimligen ges i annan lag än hälso- och sjukvårdslagen, om inte hänvisning sker till lag som närmare reglerar någon del av området. Den nuvarande sjukvårdslagen anger på ett kortfattat men ändå tillfredsställande sätt landstingskommunernas skyldigheter att ombesörja sjukvård som ett yttersta vårdgivaransvar, om ingen annan drar försorg om vården.

Går man till utredningens motivering i början av 8 kap. och i specialmotiveringen till 3 § får man enligt föreningen intrycket att landstingskommunens samlade ansvar eller totalansvar, som det också benämns, innebär ett yttersta vårdgivaransvar inom hela hälso- och sjukvårdsområdet. I fortsättningen av 8 kap. visar det sig emellertid att ansvaret är betydligt mera begränsat.

Som framgår av det sagda skulle begreppet samlat ansvar eller totalansvar betyda i vissa fall endast samplanering och samverkan men i andra fall totalt vårdgivaransvar eller ett yttersta vårdgivaransvar. Ett sådant begrepp är enligt föreningen helt oanvändbart i lagtexten. Av detta måste, tvärt emot vad utredningen på flera ställen hävdar, klart framgå vad som åligger landstingskommunerna inom olika delar av hälso- och sjukvården. Detta är nödvändigt inte bara för att bestämma deras kompetens på området utan även för att det skall kunna avgöras vilken restkompetens som tillkommer primärkommunerna. Det kan antas att primärkommunala beslut om anslag till hälso- och sjukvården kommer att överklagas under påstående att beslutet inte varit kompetens enligt. Det är hälso- och sjukvårdslagen - och därmed lagtexten som skall ge svar på frågan.

De brister som här påtalats i fråga om avgränsningen av området för lagregleringen och av kompetensen på området gör att Sveriges medicinsk-juridiska förening måste konstatera att den föreslagna lagen inte uppfyller kraven i 8 kap. 5 § regeringsformen.

Företagshälsovården

HSU förutsätter att totalansvaret kommer att begränsas beträffande företagshälsovården. Företagshälsovården skall samtidigt som den tillhör hälso- och sjukvården betraktas som en del av arbetarskyddet och stå under

direkt ledning av arbetsmarknadens parter.

1976 års företagshälsovårdsutredning har till uppgift att se över och lämna förslag beträffande utveckling och inriktning av företagshälsovården. Några remissinstanser bl.a. *socialstyrelsen* anser att man bör avvakta med ett ställningstagande i denna fråga till dess denna utredning slutförts.

De som uttalat sig positivt om utredningens förslag i denna del är: 1976 års företagshälsovårdsutredning, statskontoret, Landstingsförbundet, kommunförbundet, LO, TCO och SKAF.

1976 års företagshälsovårdsutredning tillstyrker HSU:s förslag till begränsning av landstingskommunens totalansvar när det gäller företagshälsovården. Utredningen ställer sig dock frågande till formuleringar på sidan 281 i betänkandet att landstinget i vissa fall skall träda i arbetsgivarens ställe och avlasta denne ansvar och kostnader för företagshälsovården. Utredningen anser att det är arbetsgivaren som skall vara ansvarig för arbetarskyddet. Landstingskommunen kan dock på olika sätt medverka till att företagshälsovården byggs ut. Även *Värmlands läns landstingskommun* och *Uppsala läns landstingskommun* ställer sig frågande till denna formulering i betänkandet. Å ena sidan skall företagshälsovården inte omfattas av totalansvaret å den andra sidan innebär totalansvaret enligt förslaget en skyldighet för landstingskommunen att erbjuda företagshälsovård om inte arbetsgivaren svarar för denna uppgift.

LO, TCO och SKAF understryker vad utredningen anför om att företagshälsovården även i fortsättningen skall grundas på avtal mellan arbetsmarknadens parter. Innebörden i landstingskommunens totalansvar i fråga om företagshälsovården skulle i så fall snarast bli en samverkan och samplanering genom förbättrade kontaktvägar från det ena systemet till det andra. Dessa remissinstanser delar uppfattningen att dessa samplanerings- och samverkanslinjer måste upprätthållas och förstärkas. Kommunernas förebyggande insatser när det gäller miljö och hygien betraktas inte som företagshälsovård utan som hälsoskydd och ligger utanför totalansvaret. De anser att företagshälsovården, vars huvuduppgift skall ligga på det förebyggande området, bör betraktas på samma sätt och karakteriseras som hälsoskydd samt läggas utanför landstingskommunens totalansvar.

Några sjukvårdshuvudmän bl.a. *Östergötlands, Älvsborgs, Blekinge och Gävleborgs läns landstingskommuner* finner avsteget från grundprincipen om ett totalansvar för landstingskommunen mycket betänkligt.

Gävleborgs läns landsting anser att de nuvarande styrmedlen för en planmässig uppbyggnad av företagshälsovården i form av frivilliga överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter samt den oklara roll som utredningen givit landstingskommunen, inte torde utgöra den grund som behövs för en fortsatt uppbyggnad av företagshälsovården mot angiven målsättning om en heltäckande företagshälsovård. Starkare styrmedel och ett klagörande av landstingskommunens roll kan i hög grad komma att förbättra möjligheterna till en planmässig utbyggnad av företagshälsovår-

den. Det ansvar för befolkningens totala hälsosituation som åläggs landstingskommunen genom totalansvaret bör även omfatta företagshälsovården.

Skolhälsovården

Utredningen föreslår att skolhälsovården framdeles skall ingå i hälso- och sjukvården och därför också i totalansvaret. Huvudmannaskapet för skolhälsovården bör enligt utredningens uppfattning åvila landstingskommunen. Av detta följer att tillsynsfunktionerna för skolhälsovården bör flyttas över från skolöverstyrelsen till socialstyrelsen.

Av de remissinstanser som uttalat sig om skolhälsovården instämmer följande i utredningens förslag: socialstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, omsorgskommittén, Landstingsförbundet, så gott som samtliga landstingskommuner, SKAF och Centerns kvinnoförbund.

Socialstyrelsen ansluter sig till utredningens förslag om att skolhälsovården skall ges landstingskommunalt huvudmannaskap och att verksamheten skall bedrivas i nära samverkan med eleverna och deras föräldrar.

Landstingsförbundet anser att den föreslagna förändringen är välbefogad. Man anser att engagemanget för barnens hälsa inte bara måste omfatta barnets situation i skolan utan också måste ses mot bakgrund av dess totala situation hälsomässigt och socialt. Man förutsätter också ett fortsatt gott samarbete mellan hälso- och sjukvården och skolan. Detta måste bl.a. innebära att skolhälsovården, även vid ett ändrat huvudmannaskap, kan bedrivas i nära samverkan med skolans personal och äga rum i skolans lokaler. En skolhälsovård under landstingskommunens huvudmannaskap bör vara nära integrerad med skolmiljön men också erbjuda värdefull kontakt med den förebyggande barnhälsovården och andra medicinska verksamhetsområden.

SKAF delar också utredningens uppfattning att landstingskommunen bör vara huvudman för skolhälsovården. Förslaget innebär att samordningen med annan hälso- och sjukvård för barn och ungdom underlättas. Något hinder för att skolhälsovården även fortsättningsvis skall vara lokaliserad till skolan utgör heller inte förslaget. Förbundet anser också att en fast personal skall svara för verksamheten, eftersom skolhälsovården även måste bedrivas i nära samverkan med annan skolpersonal och utgå från en helhetssyn på eleverna.

Följande remissinstanser motsätter sig utredningens förslag i denna del: SÖ, elevvårdskommittén, kommunförbundet, TCO, SKTF, SHSTK, läkarförbundet, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Sveriges sacionomers riksförbund, Sveriges psykologförbund, HCK, Riksförbundet Hem och Skola, Folkpartiets kvinnoförbund och Moderata kvinnoförbundet.

SÖ anser att skolhälsovårdspersonalen skall ha samma huvudman/arbetsgivare som övrig personal i skolan. Styrelsen anser att elevvården bör vara en integrerad del av skolans hela verksamhet. Styrelsen fortsätter:

Redan i dag finns på en del orter ett väl utvecklat samarbete mellan landstingskommun och primärkommun i skolhälsovårdsfrågor, särskilt när det gäller timarvoderade skolläkare. Detta samarbete bör enligt SÖ:s mening finnas även i framtiden och utvecklas ytterligare. På samma sätt bör samarbetet mellan SÖ och socialstyrelsen kunna vidareutvecklas.

Skolhälsovården är enligt SÖ:s mening en del av skolans elevvård, som i sin tur är en del av samhällets totala omsorg om barn och unga.

En viktig förutsättning för att elevvårdsarbetet skall bli effektivt är att den särskilda elevvårdspersonalen arbetar nära skolans övriga personal och har ingående kunskaper om skolan som arbetsplats och arbetsmiljö.

SÖ anser därför att den särskilda elevvårdspersonalen skall ha skolan som sin arbetsplats och huvudsakliga arbetsuppgift. Det är angeläget att tona ner expertrollen så mycket som möjligt och detta kan ske om personalen uppfattas som "vanlig" på sin skola. Ett utifrån kommande elevvårdsteam riskerar att få en förstärkt expertroll, och därmed finns risk att skolan får för stora och orealistiska förväntningar på teamets insatser. Arbetet kan också försvåras av att man inte har ingående kunskaper om skolan som arbetsplats och att man inte nära känner dess personal.

Vid arbetsenhets- och klasskonferenserna inom skolan bör enligt SÖ:s uppfattning genomgångar göras av olika elevvårdsfrågor som behöver åtgärdas. Det kan gälla särskilt stöd till klasser eller arbetsenheter, vissa elevgrupper eller lärare. Det kan gälla arbetsmiljöfrågor eller medverkan i undervisningen i frågor som studie- och yrkesorientering, samhällsfrågor, hälsofostran eller samlevnad. Kartläggningen bör leda fram till en plan över vilka förebyggande insatser och mer direkt stödjande eller behandlande insatser de särskilda elevvårdsfunktionärerna förväntas medverka i. Resultatet av denna kartläggning bör regelbundet redovisas för elevvårdskonferensen, som med ledning av kartläggningen avgör hur den särskilda elevvårdspersonalens resurser skall användas inom rektorsområdet. Medverkan i en sådan planering kräver enligt SÖ:s uppfattning ingående kunskaper om skolan som arbetsplats och arbetsmiljö.

"Samordning av hälso- och sjukvården för barn och ungdom" är utredningens motiv för ett huvudmannabyte för skolhälsovården. Man framhåller att "organisationen bör skapa sådana möjligheter att i princip samma läkare och annan vårdpersonal kan följa den enskilde eleven från barnvårdscentral via daghem och förskola samt vidare genom grundskolan. Det är således angeläget att betona vikten av en långsiktig kontinuitet inom hälso- och sjukvården för barn och ungdom".

Det kan låta lockande med ett hälsoteam som kan stödja den unga människan under hela utvecklingsperioden. Enligt SÖ:s mening kan det dock av flera skäl knappast bli en verklighet. Dels finns det inte personal som besitter kompetens inom alla problemområden från nyföddhetsperiod till 16 års ålder, dels har barnhälsovård och skola olika upptagningsområden. Möjligen kan man tänka sig en kontinuitet från förskola till och med grundskolans lågstadium eller eventuellt mellanstadium. Men någonstans måste kontinuiteten brytas. Enligt SÖ:s uppfattning är olägenheterna minst uttalade om förändringen sker mellan förskolan och grundskolans lågstadium. Ett byte av hälsoteam får dock inte betyda ett kontaktbrott. I dag finns i många kommuner ett nära samarbete mellan förskola och skola och därmed också mellan barnhälsovård och skolhälsovård. Detta samarbete bör givetvis fortlöpande förbättras och fördjupas.

Utredningen framhåller att skolhälsovården bör "ingå som en integrerad

del av barnhälsovården". Skolhälsovården skulle således vara en förlängning av barnhälsovården. Med den beskrivning av elevvårdsarbetet i skolan som givits ovan vill SÖ hävda att skolhälsovården i stället är en förberedelse för företagshälsovården. I betänkandets avsnitt om företagshälsovård (s 285 f) beskrivs denna som "en del av arbetarskyddet inom resp. företag" med sin tyngdpunkt i hälsovården i bemärkelse förebyggande medicinskt-tekniska åtgärder, som syftar till en förbättrad arbetsmiljö". Om man till "medicinskt-tekniska" adderar "sociala och psykologiska" är detta en beskrivning som väl stämmer med intentionerna för skolans elevvård. Om man sålunda betraktar skolans elevvård som elevernas "företagshälsovård" bör enligt SÖ:s mening sjukvårdshuvudmannen inte överta den del av elevvården som skolhälsovården utgör.

Utan att föra någon som helst diskussion föreslår utredningen "att tillsynsfunktionen för skolhälsovården bör ligga hos socialstyrelsen i stället för hos skolöverstyrelsen".

Med det synsätt som SÖ redovisat på elevvården som en integrerad del av skolans hela verksamhet är det omöjligt att acceptera att den del av elevvården som skolhälsovården utgör bryts loss och förs över till annan tillsynsmyndighet.

Elevvårdskommittén förordar ett förbättrat och förstärkt samarbete mellan skolans hälsovård och elevvården och samhällets övriga barnomsorg i stället för en total integrering av skolhälsovården i barnhälsovården.

Kommittén anför vidare:

Elevvårdskommittén konstaterar att HSU i olika sammanhang behandlar företagshälsovård och skolhälsovård parallellt. Om man utgår från att skolhälsovården ur flera synpunkter kan jämföras med företagshälsovården, bör de båda verksamheterna enligt elevvårdskommitténs mening kunna ha samma ställning inom landstingets totalansvar.

Elevvårdskommittén delar HSU:s uppfattning om vikten av en helhetssyn på barnens, elevernas situation. Men i en sådan helhetssyn måste olika förhållanden beaktas, pedagogiska, psykologiska, sociala och medicinska. Hälso- och sjukvårdssynpunkter är en detalj bland många. Elevvårdskommittén anser att HSU betraktar barnet endast ur hälso- och sjukvårdssynpunkt eller som en presumtiv vårdkonsument.

För elevvårdskommittén står det emellertid klart, att man i skolan har större möjlighet att arbeta med utgångspunkt från den helhetssyn på eleverna som anges i skollagen och läroplanen om skolhälsovårdspersonalen är fast knuten till skolan och har samma huvudman som övrig personal.

Elevvårdskommittén förordar ett förbättrat och förstärkt samarbete mellan skolans hälsovård och elevvård och samhällets övriga barnomsorg i stället för en total integrering av skolhälsovården i barnhälsovården.

Beträffande sambandet mellan skolhälsovården och skolans elevvård konstaterar HSU endast, att det är mycket starkt och att behovet av samverkan mellan verksamhetsområdena måste framhållas kraftigt.

Elevvårdskommittén anser att detta samband, som är väsentligt starkare än anknytningen till övrig hälsovård, motiverar oförändrat huvudmannaskap. Man vill med bestämdhet hävda, att skolhälsovården är och skall vara en integrerad del av skolans elevvård och övriga verksamhet.

Enligt skolförordningen skall skolläkaren och skolsköterskan deltaga i konferenser av olika slag, till vilka rektor som regel kallar. De ingår som

självskrivna ledamöter av elevvårdskonferensen. Rektor får även kalla dem att som ledamöter delta i överläggningar och beslut i arbetsenhetskonferenser och klasskonferenser. I många fall är någon representant för skolhälsovården ledamot av samarbetsnämnden på skolor där sådana finns.

Skolläkaren och skolsköterskan deltar även i skolans studie- och yrkesorientering. Tillsammans med lärare, syo-funktionär och övrig elevvårdspersonal skall de söka förebygga ogynnsamma studie- och yrkesval och därmed de negativa konsekvenser som sådana kan ha för den enskilde eleven.

Skolhälsovårdspersonalen medverkar också i det pedagogiska arbetet genom att bl.a. delta i skolans friskvårdsarbete, hälsouppläsning och hälsofostran, samt i sexual- och samlevnadsundervisningen.

Även i planeringen för arbetet med dessa frågor, som skall redovisas i skolans arbetsplan, bör skolhälsovårdspersonalen medverka. Enligt grundskolans läroplan (Lgr 80) är planeringsuppgifter en del av arbetskyldigheten för lärare och annan personal.

Elevvårdskommittén vill således med skärpa avstyrka HSU:s förslag beträffande huvudman och tillsynsfunktion för skolhälsovården. Elevvårdskommittén har den bestämda uppfattningen, att skolhuvudmannen skall vara huvudman för skolhälsovården och att skolöverstyrelsen skall vara dess tillsynsmyndighet.

Läkarförbundet, SHSTF, TCO, Sveriges socionomers riksförbund och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund delar inte heller utredningens uppfattning utan ansluter sig till Hjerns och Cronés särskilda yttrande. Bl.a. framhåller dessa att huvudmannaskapet för skolhälsovården som hittills bör åvila primärkommunen och att samverkansformerna mellan skolhälsovården och landstingens hälso- och sjukvård bör förbättras och fördjupas. Läkarförbundet har i olika sammanhang tagit ställning för ett bibehållet primärkommunalt huvudmannaskap. HSU har enligt förbundet inte redovisat några argument som kan föranleda ändrat ställningstagande i fråga om skolhälsovården från läkarförbundets sida. Skolhälsovården bör enligt förbundets mening betraktas som företagshälsovård för arbetsplatsen skolan. I princip samma resonemang bör tillämpas på studerandehälsovården.

Föreningen Hem och Skola menar att skolhälsovården i alla avseenden bör vara en integrerad del i skolans vardag med ett nära samarbete mellan elevvårdande och annan personal. För eleverna och deras föräldrar finns klara fördelar med den ordning som råder i dag med samma huvudman för samtliga personalkategorier i skolan. Föreningen Hem och Skola anser inte att de argument som förts fram i utredningen för att överföra skolhälsovården till landstingskommunen är övertygande. Man kräver därför bibehållet primärkommunalt huvudmannaskap.

Studerandehälsovård

Utredningen menar att inom studerandehälsovården bör både huvudman- och vårdgivaransvar för läkar- och sjuksköterskeverksamheten åvila landstingskommunen. Det statliga ställningstagandet till frågan om ansvaret för studerandehälsovården bör dock vara beroende av resultaten av pågående översyn.

Statskontoret konstaterar att den här frågan, som den särskilt tillkallade utredningen föreslår, slutgiltigt bör behandlas i samverkan med översynen av hur studerandehälsovården skall kunna fungera i ett system med fortsatt studentkårsobligatorium för flertalet studerande i högskolan.

Sveriges förenade studentkårer delar utredningens uppfattning, men vill ytterligare utveckla det påstående som görs beträffande fördelningen mellan den psykiska och den somatiska vården.

Studerandehälsovården är enligt SFS:s uppfattning att karaktäriseras som företagshälsovård för de studerande vid högskolan. Dess syfte är att vara hälsovårdande i psykiskt och fysiskt hänseende och därmed att förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstaganden som kan relateras till miljö- och arbetsförhållanden; dvs. studiesituationen.

Kritiker har enligt SFS menat att den nuvarande studerandehälsovårdens medicinska del skall separeras från den framtida studerandehälsovården beroende på dess inriktning mot somatisk sjukvård som inte borde höra hemma i denna typ av företagshälsovård. En jämförelse i detta hänseende ger vid handen att samma kritik rests mot den medicinska delen i företagshälsovården i allmänhet. Resultatet av kritiken är dock inte att separera sjukvårdsdelen från företagshälsovården utan snarare att förändra sjukvårdsdelens inriktning mot angivna mål. I denna vårdform anses en medicinsk del självskrivet som förutsättning för att bedriva en miljö- och arbetsrelaterad hälsovård. Samma utgångspunkter gäller enligt SFS för studerandehälsovården. Utan basala medicinska resurser i en hälsovårdsorganisation saknar denna möjligheter att uppfylla sina hälsovårdande mål.

SFS accepterar ett totalansvar för studerandehälsovården från landstingskommunens sida på det sätt som anges avseende företagshälsovård. Totalansvaret, som är ett något vagt begrepp, är av samrådande och samverkande karaktär och rör övergripande ärenden av gemensamt intresse såsom resurser, avgränsningar och initiativ inom vårdformen ifråga.

SFS:s uppfattning är att huvudmannaskapet för studerandehälsovården inte skall vara delat. Verksamheten fungerar i dag och måste även i framtiden fungera som en sammansvetsad enhet. De studerande kan aldrig acceptera ett delat huvudmannaskap, vilket skulle komma att medföra att dagens team-arbete och väl fungerande verksamhet raseras.

SACO/SR:s studeranderåd anser att studerandehälsovården måste betraktas som företagshälsovård för de studerande, för att arbetsmiljölagens intentioner att likställa studerande med arbetstagare skall kunna uppfyllas.

Utän den service som studerandehälsovården som företagshälsovård kan ge till de studerandes arbetsmiljöarbete blir de studerandes medverkan i

skyddsarbetet enbart skendemokrati. Följaktligen kan Studeranderådet inte dela HSU:s uppfattning att studerandehälsovården bör bedrivas under landstingskommunalt huvudmannaskap.

Studeranderådet har uppfattningen att man behöver en separat studerandehälsovård och förordar en organisation som liknar den statliga företagshälsovården. Ett samgående mellan statshälsan och studerandehälsovården är dock inte realistiskt. Dels innefattar studerandehälsovården verksamhetsbitar som faller utanför statshälsans verksamhet och dels kan det vara mycket svårt att hävda studerandeflyttandet i en gemensam organisation.

Studeranderådet vill också fästa uppmärksamhet på det s.k. utomlänsavtalet och dess betydelse för vårdens tillgänglighet för de studerande. Många studerande betraktar, av olika skäl, inte studieorten som sin hemort och är således inte mantalsskrivna på studieorten. Detta får betydelse då den studerande söker behandling för sjukdomar som inte bedöms som akuta, men som ändå inverkar menligt på studierna. Resultatet kan bli att de studerande blir tvungna att skjuta upp behandlingen med försämrat studieresultat som följd. Studeranderådet kräver en ändring i utomlänsavtalet eller dess tillämpning som gör det möjligt för högskolestuderande att få del av all landstingssjukvård på studieorten.

Centerns ungdomsförbund betonar särskilt att studerandehälsovården snarast måste överföras till landstingskommunal regi. Regeringarnas och myndigheternas förhållning av frågan är oacceptabel. De högskolestuderande har samma rätt till sjukvård, utan särskilda avgifter, som andra medborgare.

Sjuktransportverksamhet

Enligt utredningen bör sjuktransportorganisationen omfattas av samma övergripande mål som hälso- och sjukvården i övrigt eller genom utbildningsinsatser m.m. knyts till sjukvårdsorganisationen. HSU utgår dock från att nuvarande förhållanden tills vidare skall råda i avvaktan på räddningstjänstkommitténs övervägande om det framtida huvudmannaskapet för sjuktransporter och ambulansverksamhet.

Socialstyrelsen ser transporten av sjuka och skadade som ett led i behandlingsarbetet. Man anser att oavsett vilken ställning statsmakterna tar till huvudmannaskapet för räddningstjänsten och vilka komponenter som kommer att ingå i denna är det viktigt att landstingskommuner har ett inflytande över personalens utbildning och fordonens utrustning. Ansvaret härför måste utgöra en del av totalansvaret för sjukvården även om driftansvaret åvilar en annan.

Landstingsförbundet har inget att erinra mot att HSU utgår från att nuvarande förhållanden skall råda i avvaktan på räddningstjänstkommitténs överväganden. Landstingsförbundet understryker att det är viktigt att utredningsarbetet påskyndas så att ansvarsfrågorna klarläggs.

Även *Gävleborgs läns landstingskommun* påpekar att det är angeläget att ett klarläggande sker om landstingskommunernas ansvar för denna verksamhet.

TCO understryker vikten av att personalen erhåller tillräcklig utbildning för uppgiften.

SKAF anser att frågan om huvudmannaskapet borde ha avgjorts i anslutning till HSU:s arbete och lagts in under landstingskommunens totalansvar. Förbundet ser ambulansverksamheten som en av de viktigaste länkarna i vårdkedjan. Att fullt ut integrera ambulanspersonalen i vårdkedjan kräver dock, förutom grundutbildningen, en kontinuerlig fortbildning av personalen, högre fordons- och utrustningskrav samt en intern och fortlöpande kontakt med berörda sjukvårdsinrättningar. En sådan utveckling av verksamheten anser förbundet dock vara möjlig först när det enbart är huvudmannen själv som utför ambulanstransporterna.

Tandvården

I begreppet hälso- och sjukvård innefattar utredningen också tandvården som därmed också föreslås ingå i totalansvaret. Landstingskommunens planeringsansvar avses således också omfatta den tandvård som erbjuds av annan än landstingskommunen, dvs. av privatpraktiserande tandläkare. Utredningen har emellertid behandlat tandvårdsfrågorna relativt knapphändigt, bl. a. mot bakgrund av att 1978 års tandvårdsutredning f. n. ser över den allmänna tandvårdsförsäkringens regler m. m.

Följande remissinstanser har uttalat sig positivt till utredningens förslag att låta tandvården omfattas av hälso- och sjukvårdslagen: socialstyrelsen, 1978 års tandvårdsutredning, riks-försäkringsverket. Landstingsförbundet samt några landstingskommuner.

Socialstyrelsen menar att personal- och materialresurser för tandvården är artskilda från övrig hälso- och sjukvård och planeringen under sådana förhållanden till övervägande del torde få ske separat. Å andra sidan menar socialstyrelsen att befolkningens hälsa har stark anknytning till social problematik. Detta plus det värde som ändå kan ligga i ett gemensamt begrepp för den nära och lättillgängliga vården, kan motivera att tandvården till övervägande del räknas som primärvård och har ansvaret för tandhälsan hos befolkningen inom primärvårdsområdet. Socialstyrelsen ser således inga hinder för att man på detta sätt vidgar primärvårdsbegreppet.

1978 års tandvårdsutredning delar HSU:s uppfattning att tandvården hör till hälso- och sjukvården och att den bör omfattas av den nya lagen. Tandvårdsutredningen ställer sig också positiv till att folktandvårdslagen skall upphävas.

Riksförsäkringsverket instämmer i HSU:s slutsats att det inte finns anledning att nu lägga fram särskilda förslag i en hälso- och sjukvårdslag i fråga om reglering av tandläkarutbildning m.m. Detta innebär att verket i vart fall i ytterligare två år förutsätts utöva sin befogenhet och skyldighet när det gäller att upprätthålla en sådan etableringsbegränsning att målsättningsarna för folktandvården kan uppnås.

Landstingsförbundet ställer sig bakom HSU:s tankegångar om tandvårdens roll i hälso- och sjukvården. Förbundet anser dock att resultaten från 1978 års tandvårdsutredning bör avvaktas när det gäller preciseringen av innehållet i tandvården.

Av *det tiotal landstingskommuner* som lämnat synpunkter på utredningens förslag angående tandvården anser ungefär hälften att tandvårdsutredningens förslag bör avvaktas innan definitiv ställning tas i frågan. Övriga anser att det är positivt att tandvården i HSU:s förslag har inkluderats i begreppet hälso- och sjukvård.

Östergötlands läns landstingskommun är i princip positiv till utredningens förslag men hyser betänkligheter inför införandet av ett totalansvar för landstingskommunen för all tandvård. Landstingskommunerna svarar i dag för endast knappt 20 % av vuxentandvården. Merparten av vuxentandvården sköts sålunda inom privattandvården.

Det är även så att privattandvården i dag regleras av bl.a. den allmänna tandvårdsförsäkringen, etableringskontroll och andra centrala förordningar som ej kan påverkas av en enskild sjukvårdshuvudman.

Utredningen förutsätter att nödvändiga överenskommelser skall kunna träffas med de privata vårdgivarna. Det är en förhoppning *Östergötlands läns landstingskommun* delar, men anser att man samtidigt inte får bortse från att meningsskiljaktigheter kan uppkomma. I en sådan situation kan avsaknaden av varje form av styrmedel gentemot privattandvården medföra svårigheter att genomföra det mest ändamålsenliga vårdutbudet. Utbudet av vuxentandvård utmärks dessutom i dag av svår regional obalans.

Östergötlands läns landstingskommun konstaterar också att frågan om folktandvårdens framtida ledning inte har behandlats alls av utredningen trots att man ägnat stort utrymme åt frågan om det medicinska ledningsansvaret.

Tandläkarförbundet anser att betänkanedets förslag inte är alltigenom övertygande. Förbundet fortsätter:

Utredningen har för lätt accepterat utredningsdirektiven att den nya lagstiftningen skall omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet. HSU har enligt tandläkarförbundet vid prövningen av sina direktiv och i de inledande utredningsfraserna enbart sett hälso- och sjukvårdsfrågorna som läkarvårdsproblem men i slutfasen observerat att tandvården är en väsentlig del av hälso- och sjukvården. Utredningen synes i detta läge inte ha funnit vare sig tid eller möjlighet att analysera de skiljaktigheter som föreligger mellan de två vårdsektorerna. En djupare analys från utredningens sida borde ha gjort klart för den att bl.a. vårdansvarförhållandena inte är lika formulerade i hittillsvarande sjukvårds- respektive folktandvårdslag varför den tänkta gemensamma organisationen för framtiden inte enbart kan baseras på erfarenheterna från och förhållandena på läkarvårdssidan. Då dessutom tandvårdens organisations- och vårdproblem m.m. – och däribland frågan om den framtida fördelningen mellan den offentliga och privata sektorn av ansvaret för vuxentandvården – är föremål för en annan statlig utrednings

prövning (TU 78), bör HSU-förslaget inte föranleda några ytterligare departementsåtgärder i vad avser tandvården – i vart fall inte förrän TU 78 lämnat sitt förslag och även detta remissbehandlats. Flera skäl talar enligt Tandläkarförbundet för att – om inte tandvården definitivt separeras från HSU-propåerna – HSU-förslaget och förslaget från TU 78 av regeringen behandlas i ett sammanhang.

7 Regleringen av hälso- och sjukvårdens organisation

Utredningen analyserar under detta avsnitt regleringen av hälso- och sjukvårdens organisation utifrån fyra intresseområden, nämligen det demokratiska, det administrativa och det professionella kunnandet och inflytandet samt de företagsdemokratiska intressena.

Det demokratiska inflytandet

Utredningen föreslår att det demokratiska inflytandet över sjukvården bör utövas genom en hälso- och sjukvårdsnämnd i varje landsting med möjligheter att låta underställda förtroendemannaorgan svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten.

Följande remissinstanser är positiva: statskontoret, kommunaldemokratiska kommittén, Landstingsförbundet, samtliga 15 landstingskommuner som uttalat sig, Spri, LO, SKAF, Moderata kvinnoförbundet och Moderata ungdomsförbundet.

Kommunaldemokratiska kommittén framhåller att en djup och nära förankring av hälso- och sjukvårdsfrågorna hos medborgarna är en grundläggande demokratifråga inom vårt svenska samhällssystem.

Kommittén försätter:

Kommittén har särskilt uppmärksammat vad HSU uttalat om betydelsen av att det demokratiska inflytandet på verksamheten utvecklas med vidgade möjligheter för enskilda människor och deras parlamentariskt utsedda representanter att sätta sig in i och ta ställning till verksamheten. Som HSU påpekat måste förtroendemännen få bättre möjligheter att genom direkta kontakter med allmänhet, vårdsökande och anställda samt olika intressegrupperingar följa utvecklingen av vårdbehoven i samhället och hur dessa tillgodoses i vårdorganisationen. Det är de förtroendevalda som svarar för att hälso- och sjukvården får den inriktning, omfattning och kvalitet som anges som mål.

HSU säger vidare att de tankegångar som utvecklats om en utbyggd närvård på sikt även bör kunna komma till uttryck i förtroendemannaorganisationens uppbyggnad. Kommunaldemokratiska kommittén menar att denna utveckling bör påskyndas eftersom den frihet som ramlagen ger ställer krav på ett målmedvetet politiskt arbete inom varje enskilt landsting om de sjukvårdspolitiska målen skall nås.

Mot denna bakgrund ser Kommunaldemokratiska kommittén frågan om de förtroendevaldas arbetsvillkor inom hälso- och sjukvården som mycket

angelägen. Behovet att bredda rekryteringsbasen för landstingspolitiker och komma till rätta med snedrekrytering samt fördjupa förtroendemanna-utbildningen blir uttalat.

Kommunaldemokratiska kommittén, som anser att hälso- och sjukvården bör organiseras i decentraliserade former med vidgat ansvar för nämnder och delegationer, vill ifrågasätta behovet av föreskrift om obligatorisk hälso- och sjukvårdsnämnd.

För de primärkommuner som tillika är sjukvårdshuvudmän försvårar föreskriften i § 8 om hälso- och sjukvårdsnämnd exempelvis en allmänt eftersträvad samordning av hälso- och sjukvård med socialvård inom de lokala organ som kommuner enligt lagen om vissa lokala organ kan inrätta fr.o.m. 1980.

Kommunaldemokratiska kommittén anser principiellt att förvaltningsutskottet såsom landstingskommunens styrelse med inseende över övriga nämnders verksamhet, inte bör belastas med sådana förvaltnings- och verkställighetsbestyr som kan läggas på facknämnder.

Enligt § 8 får landstingskommunen tillsätta ett eller flera särskilda organ för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården. Den rättsliga innebörden av att vissa organ är verksamma under hälso- och sjukvårdsstyrelsen är inte fullt klar. Motsvarande otydlighet finns redan i gällande lag. Kommittén hade gärna sett att detta reformtillfälle använts för en närmare precisering av förhållandet mellan över- och underordnade organ när det gäller förvaltning och verkställighet.

Landstingsförbundet tillstyrker utredningens förslag om vidgat förtroendemanna- inflytande inom hälso- och sjukvården och anser att det är väsentligt att landstingen själva genom lokala reglementen får bestämma om arbetsformer och relationer mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och de nya organ som kan komma att inrättas.

Kalmar läns landstingskommun konstaterar att den nuvarande lagstiftningen i många stycken har hämmat det sjukvårdsorganisatoriska utvecklingsarbetet och bidragit till att konservera onödiga byråkratiska processer. Lagförslaget andas en tilltro till landstingskommunernas förmåga att på ett insiktsfullt sätt nå de hälsopolitiska välfärds målen.

Spri, som också är positiv till utredningens förslag, framhåller särskilt värdet av att möjligheter skapas för landstingskommunen att inrätta politiska organ med ett områdesavgränsat ansvar. Därigenom erhålls de nödvändiga förutsättningarna för ett starkt lokalt förtroendemanna- inflytande över primärvårdens utveckling i samverkan med den primärkommunala verksamheten.

LO tillstyrker utredningens förslag att det demokratiska inflytandet över sjukvården bör utövas genom en hälso- och sjukvårdsnämnd i varje landstingskommun med möjligheter att låta underställda förtroendemannaorgan svara för den närmare ledningen av olika delar av verksamheten. *LO* delar också utredningens förslag om ett medicinskt, men inte administrativt, ledningsansvar för läkare med möjlighet till en omfattande delegering av ansvaret.

LO anser att utbyggnaden av närvården kommer att ställa krav på en

starkare lokal förankring av denna verksamhet. När det kommer att finnas åtminstone en vårdcentral, ett lokalt sjukhem och en hemsjukvårdsverksamhet i varje kommun är det naturligt att ställa frågan om inte även den demokratiska styrningen av denna verksamhet i någon form bör decentraliseras till den primärkommunala nivån. Lagförslaget ger vissa möjligheter till decentralisering genom t.ex. distriktsnämnder under hälso- och sjukvårdsnämnden med en distriktsindelning som stämmer med kommungränserna. Det är angeläget att landstingskommunen prövar sig fram i denna riktning. *SKAF* framför liknande synpunkter.

Följande remissinstanser är negativa till utredningens förslag i denna del: läkaresällskapet, tandläkarförbundet, HCK och Sveriges folkpensionärers riksförbund.

Läkaresällskapet konstaterar att det demokratiska inflytandet och det administrativa inflytandet f.n. är noga reglerade i sjukvårdslag och sjukvårdskungörelse. I det nya lagförslaget blir hälso- och sjukvårdsnämnden det enda obligatoriska organet. I övrigt lämnas landstingskommunerna frihet att organisera politiska och administrativa organ enligt eget gottfinnande. Man följer därmed utredningsdirektiven och ansluter sig bl.a. till decentraliseringsutredningen. Denna frihet medför risk att organ med likartad funktion kan få olika benämning eller att organ med samma benämning kan få olika funktion i de olika landstingskommunerna. En sådan utveckling är ägnad att skapa förvirring inte minst för de vårdsökande.

Tandläkarförbundet anser att utredningen i det här sammanhanget för ett resonemang som inte står i överensstämmelse med utredningens allmänna syn på behovet av att avskaffa så många detaljregleringar som möjligt och öka närheten till medborgarna i allmänhet. Man menar att utredningen i stället för ett centralistiskt resonemang. Tandläkarförbundet menar att det vore olyckligt om det demokratiska inflytandet på tandvårdens område förändrades på det sätt som utredningen föreslagit. Det vore bra för tandvårdens framtid om nuvarande politiska och förvaltningsrättsliga organisation bibehölls.

HCK påpekar att behovet av samverkan och förtroende i vården poängteras i utredningen, men att några konkreta förslag på hur man skall kunna stärka vårdkonsumenternas intressen i organisationen inte behandlas. Utredningen har inte behandlat förtroendenämnadernas roll. *HCK* anser att dessa nämnders arbetsuppgifter och kompetens är alldeles för diffusa, och att det finns större behov av en renodlad patientombudsmannafunktion. *HCK* understryker behovet av att handikapporganisationernas samverkan med landstingen måste utvecklas ytterligare.

Det administrativa inflytandet

Utredningen anser att en ramlagstiftning på hälso- och sjukvårdens område inte bör föreskriva den organisatoriska uppbyggnaden av verksam-

heten i landstingskommunen utan man anser att hälso- och sjukvårdens ansvariga förutsätts ha möjlighet att fritt utveckla vårdorganisationen. Begrepp som sjukhusdirektör, blockchef, klinikchef har tagits bort ur lagen.

Landstingsförbundet menar att det också på det här området är naturligt att huvudmännen får frihet att själva lägga fast den organisationsform som passar dem bäst. Denna frihet hindrar ju ingen huvudman från att behålla nuvarande organisation om den redan fungerar väl. Liknande synpunkter framförs av flera landstingskommuner.

TCO delar utredningens uppfattning att nuvarande sjukvårdslagstiftning med sin detaljreglering och uppbyggnad av vårdorganisationen motverkar en utveckling av inflytandet i olika former. Det administrativa inflytandet bör därför inte regleras i den nya lagen. Huvudmannen får därigenom möjlighet att i samråd med de fackliga organisationerna anpassa den administrativa funktionen efter verksamhetens behov och lokala förutsättningar. *TCO* anser för sin del att den administrativa ledningen bör bygga på samverkan mellan yrkeskategorier som har medicinsk respektive omvårdnadsmässig kunskap kombinerad med administrativ utbildning och erfarenhet. *TCO* vill understryka att andra befattningshavare än läkare bör komma i fråga för ledningsfunktionen. Förslagsvis skulle t.ex. också klinikchef och klinikföreståndare gemensamt kunna ta ett sådant ansvar var och en inom sin disciplin men i nära samråd. Vidare skulle man kunna pröva en ledningsmodell av "trojkatyp" med t.ex. en klinikchef som är läkare och medicinskt sakkunnig, en klinikföreståndare som är omvårdnadssakkunnig samt en ekonom/motsvarande med speciell sakkunskap rörande ekonomi, administration m.m.

SHSTF, som framför liknande synpunkter, poängterar att det även i framtiden är nödvändigt att den administrativa ledningsfunktionen kommer att ävila yrkeskategorier med kompetens och utbildning inom medicin och omvårdnad. *SHSTF* tar därför avstånd från utredningens åsikt att landstingskommunens förtroendevalda skall avgöra i vad mån sakkunskap är nödvändig för uppehållande av arbetsledande eller andra befattningar.

Läkarförbundet och *läkaresällskapet* anser att det även i fortsättningen bör vara så att vissa av de arbetsledande befattningarna i sjukvården är så viktiga för funktionen att de bör regleras i lag.

Läkarförbundet menar att administrativa och medicinska föreskrifter/beslut i praktiken är oskiljaktigt invävda i varandra. Det är därför orimligt att i enlighet med utredningens förslag avstå från att ange föreskrifter för det administrativa ansvaret på klinisknivå. *Läkarförbundet* anser att en överläkare, som hittills, skall vara klinikchef.

När utredningen föreslår så betydelsefulla förändringar borde det enligt förbundet ha varit dess skyldighet att ingående belysa följderna härav, vilka konstruktioner som kan bli möjliga samt konsekvenserna för de vårdsökande, för verksamheten, för det allmänna och för de anställda. Detta har inte

gjorts, utan utredningen förutsätter – på enligt läkarförbundets mening alltför svaga grunder – att dessa bedömningar av ändamålsenlighet och lämplighet skall kunna föras av arbetsgivaren i överläggningar med arbetstagarorganisationerna.

Det medicinska ledningsansvaret

Utredningen har utgått ifrån att det medicinska ledningsansvaret liksom i dag skall vara ålagt läkare enligt lag men begränsas till medicinska verksamheter. Samtidigt införs i lagtexten en bestämmelse med innebörden att detta ansvar bör delegeras till annan hälso- och sjukvårdspersonal, när den ansvarige läkaren bedömer det möjligt och lämpligt.

Följande remissinstanser instämmer i utredningens förslag: Svea hovrätt, socialstyrelsen, direktionen för karolinska sjukhuset, landstingsförbundet, ett 15-tal landstingskommuner, Malmö kommun, Gotlands kommun och SKAF.

Socialstyrelsen anser att den nuvarande regleringen av det medicinska ledningsansvaret har fungerat väl och instämmer därför i utredningens bedömning att det bör behållas. Socialstyrelsen understryker starkt det nödvändiga i att klarhet skapas om vad som i ansvarshänseende gäller för de inom hälso- och sjukvården verksamma. Styrelsens ordförande har skiljaktig mening beträffande frågan om det medicinska ledningsansvaret. Enligt ordförandens mening är en begränsning av det medicinska ledningsansvaret till undersökning och behandling i det enskilda vårdfallet alltför snävt. I detta ansvar måste också inrymmas in- och utskrivning av patienter, ansvar för att journaler förs, ansvar för att medicinsk-teknisk utrustning ur sjukvårdssynvinkel används på adekvat sätt samt ansvar för säkra och effektiva läkemedelsrutiner.

Landstingsförbundet ser positivt på att utredningen sökt slå fast en skillnad mellan det administrativa och det medicinska ledningsansvaret. Man anser inte att de föreslagna lagbestämmelserna behöver ändras eller förtydligas. Däremot bör man i en kommande proposition utveckla och ge exempel på vad som har avsetts.

Det är utan tvekan riktigt att gränsdragningarna kan bli svåra i enskilda situationer och att den praktiska tillämpningen också på andra sätt kan bli besvärlig. Inte minst gäller detta när man skall göra skillnad mellan vad som är förhandlingsbart enligt medbestämmandelagen och vad som inte är det. Det är alltså viktigt att det finns tillgång till annan vägledning, som kompletterar de grundläggande bestämmelser som kan beredas plats i en ramlag.

Östergötlands läns landstingskommun finner det väsentligt att utredningen för en diskussion om det är nödvändigt att lagfästa det medicinska ledningsansvaret. Det är inte helt självklart att det alltid är just en läkare som är den enda som är lämpad att ha det medicinska ledningsansvaret. I själva

verket förekommer inom organisationen i praktiken säkerligen avsteg från denna princip inom områden där psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor m.fl. intar en självständig ställning i organisationen. Det viktigaste är att det inte råder någon oklarhet om vem som har ansvaret.

För närvarande är organisationen förmodligen inte mogen att ta steget ut till ett avskaffande av det lagfästa ledningsansvaret för läkare, men det finns skäl att så småningom ånyo ta upp diskussion i denna fråga. Ett införande av en dispens vore en möjlighet att tills vidare lösa frågan i det fåtal fall det kan bli fråga om att överföra det medicinska ledningsansvaret på annan än läkare.

Ett antal remissinstanser menar att om det medicinska ledningsansvaret skall vara lagbundet bör det omfatta fler yrkeskategorier än läkare. TCO, SKTF, SHSTF, HCK, Sveriges socionomers riksförbund och Sveriges psykologförbund biträder Ulrika Cronés särskilda yttrande i denna fråga.

TCO menar att det är oriktigt att i lag fastslå endast en yrkeskategoris medicinska ledningsansvar. Läkaren är t.ex. inte expert på omvårdnad men förutsätts trots detta vara den mest kompetente att ha ledningsansvaret för denna verksamhet. Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer är exempel på specialister som genom förslaget inte skulle få det ledningsansvar som borde tillkomma dem. Det finns dock enligt TCO anledning att peka på att ledningsansvar kan dokumenteras på annat sätt än genom lagstiftning t.ex. genom medicinalförfattningar, befattningsbeskrivningar och behörighetsbestämmelser. En dylik dokumentation skulle ge den trygghet och säkerhet som patienten har rätt att kräva. Den föreslagna utformningen av lagtexten beträffande det medicinska ledningsansvaret är sådan att den – om den antas – i vart fall kräver kompletterande föreskrifter om delegation samt klarläggande av de ansvarsmässiga konsekvenserna för övrig personal.

Sveriges socionomers riksförbund anser att ledningsansvaret bör utmönstras ur sjukvårdslagstiftningen. Det viktigaste skälet är det förändrade synsätt som under senare år vuxit fram inom hälso- och sjukvården. Sociala och psykiska faktorer har fått allt större tyngd som sjukdomsorsak. SSR menar att helhetssynen förutsätter att ledningsansvaret får en mer tidsenlig reglering. Om man skall kunna ta hänsyn även till psykologiska och sociala förhållanden måste olika kunskapsområden kunna hävda sig jämbördigt. SSR anser således att det medicinska ledningsansvaret inte behöver lagbindas. Ledningsansvaret är ju bara en del i en lång sammanfogad ansvarskedja. Det kan dokumenteras på annat sätt, t.ex. genom instruktioner, organisationsplaner eller befattningsbeskrivningar. Ledningsansvaret måste åvila den som besitter de bästa kunskaperna för aktuell verksamhet och att detta ansvar bör ligga så nära patienten och arbetsgruppen som möjligt. Att mot denna bakgrund reglera en specifik yrkesgrupps ledningsansvar är både onödigt och otidsenligt.

Några remissinstanser anser – liksom flera av de remissinstanser som i princip har sagt sig vara positiva till utredningsförslaget – att frågan bör utredas ytterligare. Det gäller statskontoret, riksrevisionsverket och konsumentverket.

Konsumentverket konstaterar att det i lagförslaget kortfattat anges att det medicinska ledningsansvaret skall åvila läkare och att detta ansvar så långt det är möjligt bör lämnas över till annan hälso- och sjukvårdspersonal. I gällande sjukvårdslag och sjukvårdskungörelse regleras olika läkarkategoriernas åligganden ingående. Såväl från patientens som sjukvårdspersonalens synpunkt är det väsentligt att lagförslaget klart anger vilket ansvarsområde som varje kategori har. Landstingskommunernas totalansvar liksom det medicinska ledningsansvaret har i lagförslaget knappast någon konkret innebörd. Konsumentverket ifrågasätter därför om utredningens långtgående förslag till förändringar av ansvaret för hälso- och sjukvården bör genomföras.

Följande remissinstanser motsätter sig förslaget: kammarrätten i Stockholm, läkarförbundet, läkaresällskapet och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Kammarrätten i Stockholm menar att utredningens förslag, om det genomförs, skulle få till följd att ansvarsförhållandena blir oklara och svåröverskådliga. Detta skulle i sin tur innebära svårigheter när det gäller att lägga fast vem som faktiskt bär ansvaret för den ena eller andra åtgärden. Förslaget medför därmed rättsosäkerhet för såväl den enskilde som sjukvårdspersonalen. Kammarrätten, på vilken rättstillämpningen på området ankommer, anser att en sådan ändring inte kan godtas.

Läkarförbundet menar att förslaget innebär en väsentlig förändring av det medicinska ledningsansvaret bl.a. genom att ansvaret inte längre skall åvila *överläkare* utan en ospecificerad läkare. Gällande lag stadgar att det alltid skall finnas en bestämd läkare som ytterst är ansvarig för sjukvården i varje enskilt fall. Detta s.k. medicinska ledningsansvar åvilar överläkare/distriktsläkare. Utredningens lagförslag ger emellertid enligt läkarförbundet landstingskommunen möjlighet att dela upp sjukvården i olika ansvarsområden där läkarna endast skall ansvara för medicinsk verksamhet i inskränkt bemärkelse. Sjukvård och medicinsk verksamhet är uppenbarligen inte synonyma begrepp, vilket bekräftas av specialmotiveringarna i kapitel 11. Där sägs nämligen – dock utan exemplifiering – att det vid sidan av den medicinska verksamheten kan finnas verksamheter som andra yrkesgrupper har ledningsansvaret för.

Detta innebär enligt läkarförbundets mening att man skapar förutsättningar för en mycket olycklig uppdelning av sjukvården i flera olika ansvarsområden.

Läkarförbundet finner det högst anmärkningsvärt att utredningen inte ens gjort ett försök att analysera konsekvenserna av sitt förslag beträffande det medicinska ledningsansvaret utan snarast försökt ge sken av att de föreslagna reglerna om medicinskt ledningsansvar överensstämmer med nu gällande regler. Även *läkaresällskapet* framför likartade synpunkter.

Behörighet och tillsättning

Förslaget om att behörighetsbestämmelser och tillsättningsregler bör ses över i särskild ordning tillstyrks av ett flertal remissinstanser. Det understryks från flera håll att denna översyn bör ske skyndsamt så att nya bestämmelser kan träda i kraft i anslutning till att hälso- och sjukvårdslagen blir tillämplig. Några remissinstanser är dock kritiska mot att de nuvarande bestämmelserna om tillsättning av läkartjänster m.m. inte förs över från nuvarande sjukvårdslagstiftning.

Sveriges psykologförbund påpekar att det i behörighetsförordningens 5 § stadfästs legitimationskrav för psykolog inom hälso- och sjukvården, med undantag för vid förordningens ikraftträdande anställda icke-legitimerade psykologer. Med hänsyn till psykologyrkets utveckling och psykologernas ställning i vården i dag finner psykologförbundet detta vara ett logiskt ställningstagande, som förbundet välkomnar. Beklagligtvis har utredningsgruppen förbisett att legitimationsförordningen för psykologer föreskriver 12 månaders praktisk tjänstgöring som psykolog på s.k. PTP-tjänst som villkor för erhållande av legitimation. Delar av sådan tjänstgöring fullgörs för närvarande inom sjukvården. Med den föreslagna skrivningen omöjliggörs i framtiden fortsatt tjänstgöring inom sjukvården för att erhålla legitimation. Förbundet förutsätter att det undantag från legitimationskrav som utredningen finner "självkla" för läkare under allmäntjänstgöring är lika självklart för psykologer under praktisk tjänstgöring och att skrivningen kan rättas till genom en motsvarande skrivning för psykologer som den för läkare i 3 §.

Delegering

Enligt HSU:s förslag om det medicinska ledningsansvaret skall detta ansvar så långt som det är möjligt och lämpligt lämnas över till annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Svea hovrätt kan i stora delar ansluta sig till vad som sägs i betänkandet beträffande delegation.

Enligt hovrättens mening är det uteslutet att t.ex. klinikchef skulle kunna delegera sitt ansvar för ledningen av verksamheten på kliniken, helt eller delvis, till annan personal där. Över huvud taget förefaller det inte kunna vara så, att den som på grund av sin befattning har visst ansvar kan delegera detta; han kan delegera viss uppgift men ej sitt ansvar.

Att delegering endast får ske till behörig personal torde enligt *Svea hovrätt* följa redan av det medicinska ledningsansvaret och befintliga kompetensregler. Den delegerande läkaren ansvarar inom ramen härför för sin bedömning av när delegering kan ske. Uttrycket i den föreslagna lagtexten att delegering skall ske när det är "möjligt" torde därför vara obehövligt. Därutöver ger formuleringen intryck av en mer långtgående möjlighet eller skyldighet att delegera uppgifter än vad som enligt betänkandet varit

avsikten med stadgandet, nämligen att ge direkt stöd för läkarens rätt att delegera – som man får antaga – konkreta vård- och behandlingsuppgifter.

Läkarförbundet anser att det är ett välkänt faktum att delegationsmöjligheterna i sjukvården utnyttjats till den grad att lämpligheten ibland har ifrågasatts. En internationell jämförelse visar också att medicinskt ansvar delegeras från läkare till övrig personal i långt större utsträckning i Sverige än utomlands.

Förbundet fortsätter:

Det medicinska ledningsansvaret bör enligt förslaget delegeras "så långt det är möjligt och lämpligt". Med möjlighetskriteriet avser utredningen kompetensen hos den som skall överta ansvaret. I specialmotiveringen glider man från uttrycket "så långt det är" till "när det är (möjligt)". Sistnämnda uttryck är naturligtvis det rimliga om ett stadgande med denna innebörd över huvud taget skall förekomma i lagen.

Utredningen är oklar i fråga om innebörden av lämplighetskriteriet. Av specialmotiveringen får man intrycket – som förstärks av utredningens överväganden – att lämpligheten skall bedömas så att medicinskt ledningsansvar bör lämnas över till annan hälso- och sjukvårdspersonal även när läkaren skulle kunna behålla och utöva det själv, obehindrad av andra arbetsuppgifter etc. Endast när det "i övrigt föreligger särskilda skäl" skall läkaren enligt specialmotiveringen behålla ansvaret.

Läkarförbundet utgår dock – trots den olyckliga formuleringen i förslaget till lagtext – ifrån att HSU inte menar att delegeringen av rena principskäl skall drivas så långt som möjligt utan hänsyn till om det skulle medföra risker för försämring av kvalitet och säkerhet i vården.

Företagsdemokratiskt inflytande

Utredningen utgår ifrån att det inom hälso- och sjukvården i princip bör finnas samma förutsättningar för samverkan i arbetet och medbestämmande för alla anställda, som man eftersträvar i övrigt i arbetslivet. Samtidigt måste man beakta de särskilda krav som patientvården ställer.

SKAF framhåller att med den föreslagna hälso- och sjukvårdslagens uppläggning kan medbestämmande i personalfrågor, arbetslednings- och organisationsfrågor, arbetsmiljö, rationalisering, personalinformation, etc. inom hälso- och sjukvården utvecklas på samma sätt som inom den kommunala verksamheten i övrigt. Restriktionerna gäller endast det medicinska lednings- och yrkesansvaret.

Förbundet menar dock att förutom de formella inflytandeformerna måste vissa villkor i övrigt uppfyllas för att medbestämmandet skall bli ett naturligt inslag i vårdorganisationen. Den utveckling som pågår för att ersätta en splittrad arbetsfördelning med olika former av lagarbete måste främjas ytterligare. Det direkta ansvaret ligger visserligen på sjukvårdshuvudmännen, men statsmakterna har för sin del ansvar för att ekonomiskt stimulera

försöksverksamhet, främja forskning kring formerna för lagarbete och skilda personalgruppers medverkan samt inte minst initiera den omfattande utbildningsverksamhet som krävs för att nå eftersträvad kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen över lag. Utredningen om sjukvårdens inre organisation (SIO) berörde allt detta i det betänkande som lades fram våren 1979. Något regeringsförslag i frågan har ännu inte lagts fram men har vad förbundet erfar aviserats till våren 1981. Förbundet ser det som mycket angeläget att en kommande proposition tar fasta på SIO-utredningens ambitioner. I annat fall riskerar demokratiseringsarbetet inom hälso- och sjukvården att kraftigt urholkas.

TCO menar att den föreslagna ramlagen bör ge ytterligare utrymme för personalen och de lokala fackliga organen att delta i verksamhetsplanering m.m. *TCO* vill särskilt framhålla att också patientens trygghet och säkerhet bör bli bättre tillgodosedd genom personalens medbestämmande.

Enligt *läkarförbundets* bedömning finns det skäl att mer ingående än utredningen gjort granska hur ett vidgat inflytande för hälso- och sjukvårdspersonalens organisationer påverkar patientens intressen. Arbetstagarnas organisationer företräder intressen som inte utan vidare kan förutsättas sammanfalla med verksamhetens eller den vårdsökandes.

Utredningen föreslår att i avvaktan på särskild utredning av behörighetsfrågorna inom hälso- och sjukvården att nuvarande bestämmelse bibehålls.

8 Samspelet mellan landstingskommunerna och staten

Utredningen konstaterar att det är de landstingskommunala huvudmännen som har det direkta ansvaret för utformning, finansiering och drift av hälso- och sjukvården. Statsmakterna har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården inom ramen för den allmänna välfärdspolitiken.

Utredningen menar att statliga kontrollåtgärder i stor utsträckning kan elimineras eller inskränkas och ersättas med andra samverkansformer.

Statlig planeringssamordning

Den starka expansionen av hälso- och sjukvården i kombination med krav på förändringar i organisationsformer och verksamhetsinriktning förstärker enligt *HSU* behovet av en utbyggd och fördjupad hälso- och sjukvårdsplanering.

Hälso- och sjukvårdens planeringssuppgifter kan enligt utredningen indelas i två delar: planering av verksamheter inom hälso- och sjukvårdssektorn resp. medverkan i annan samhällsplanering. *HSU* förutsätter att staten har till uppgift att samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar som är nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till dels samhällsekonomi och arbetskraftssituationen, dels hälso-

politiska värderingar.

Socialstyrelsen stöder generellt de riktlinjer och principer för planering av hälso- och sjukvården och samverkan mellan landstingskommunerna och olika samhällsorgan eller enskilda vårdgivare som anges av HSU. Planeringsverksamheten inom landstingen har på senare år utvecklats starkt och fått kraftigt ökad betydelse. Enligt socialstyrelsens uppfattning är det viktigt att denna utveckling fortsätter.

Socialstyrelsen instämmer i uppfattningen att någon detaljreglering av landstingens planeringsskyldighet inte bör tas in i själva lagtexten. Enligt förslaget skall landstingskommuners planering och utveckling av hälso- och sjukvården bedrivas i samarbete med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Det planeringsansvar som skall åvila socialstyrelsen måste enligt *riksrevisionsverket* (RRV) innefatta såväl resursmässiga som kvalitetsmässiga faktorer. Socialstyrelsen bör således i planeringen även behandla ekonomiska konsekvenser av olika alternativ. Lika viktigt är det emellertid också med en överblick på riksnivå över de reala resurserna t.ex. högt utbildad personal samt sjukhusanläggningar, utrustning och dylikt.

Särskild uppmärksamhet bör enligt RRV också ägnas planeringen av sådana delområden där flera huvudmän är ansvariga, t.ex. äldreomsorg och missbrukarvård inom vilka landstingen har ansvaret för sjukvårdsdelen och kommunerna har ansvaret för socialvårdsdelen. RRV har i skrivelse till styrelsen i anslutning till studien Samhället och de äldre (dnr. 1975:1248) bl.a. visat på de betydande brister som finns i fråga om samordning av olika åtgärder eller åtgärdsprogram.

Socialstyrelsen ges i lagförslaget rätt att till ledning för vården utfärda allmänna råd. RRV vill dock framhålla att styrelsen skall följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården, och att styrelsen även fortsättningsvis bör ha skyldighet att ta initiativ till att rätta till eventuella brister, även om man ej givits rätt att utfärda föreskrifter.

Enligt *statskontorets* uppfattning får planeringssystemet avgörande betydelse för såväl statens agerande som den landstingskommunala vårdproduktionens organisation och resursfördelning. Det är därför riktigt att särskild vikt fästs vid planeringssystemets fortsatta uppbyggnad och att staten genom socialstyrelsen aktivt kan medverka i detta arbete. Ansvaret för att utveckla uppföljningssystem som fångar upp och sammanställer vårddata bör också klart definieras. Planeringens styrka blir i hög utsträckning beroende av en snabb och adekvat uppföljning.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala stöder utredningens tankegångar och vill särskilt betona vikten av en central medverkan i arbeten med att ta fram underlag för dimensioneringstal, vårdprogram etc. för att på så sätt underlätta möjligheterna att ge vård på lika villkor i landet.

TCO konstaterar att i propositionen 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. utvecklades frågan om socialstyrelsens roll

på ett sätt som i flera avseenden ligger nära TCO:s uppfattning. Bl.a. framhölls att det ur statsmakternas synpunkt är väsentligt att ha ett sådant inflytande på vårdsektorns planering att vården får en likartad utveckling och standard över landet. Vidare framhölls att socialstyrelsen även i framtiden bör granska och yttra sig över de enskilda planerna innan de blir föremål för sjukvårdshuvudmännens slutliga ställningstagande.

Det kan noteras att hälso- och sjukvårdsutredningen för sin del inte närmare berör hur och när socialstyrelsens roll i planeringen skall komma in, vilket är en klar brist och bör föranleda ytterligare överväganden.

Statlig tillsyn och kontroll

Staten har enligt utredningen ett övergripande ansvar att bevaka de enskilda människornas trygghet och säkerhet i medicinskt avseende. Denna bevakning sker genom tillsyn. Socialstyrelsen bör ges uppgiften att på statsmakternas vägnar utöva kontroll över verksamheten. Socialstyrelsen bör ha tillsynen över hälso- och sjukvården i den mån annat inte är särskilt föreskrivet. Till ledning för vården bör styrelsen få utfärda allmänna råd.

Socialstyrelsens tillsynsansvar bör enligt HSU ha karaktären av ett ömsesidigt informationsutbyte snarare än kontroll. Tillsynen som föreslås starkare kopplad till planeringen, kommer att utgöra en bit av utvärderingen av planeringsinsatserna.

Socialstyrelsen instämmer alltså i de tankegångar som framförts av HSU och som också ingår i socialstyrelsepropositionen.

Styrelsen anför vidare:

Socialstyrelsen menar dock att det är svårt att ställa upp någon allmängiltig princip för utformningen av statens tillsyns- och kontrollfunktioner. En avvägning måste ske mellan å ena sidan intresset av ett ökat lokalt inflytande och utveckling av den kommunala självstyrelsen samt å andra sidan kraven på rättssäkerhet och lika tillgång på samhällsservice.

När det gäller tillsynen blir en av styrelsens huvuduppgifter att tillgodose medicinska, sociala och rättsliga kvalitets- och säkerhetskrav. De former, i vilka denna tillsyn utövas, måste sättas i relation till krav på ett smidigt och konstruktivt samarbete mellan socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen. Därutöver kan det emellertid vara nödvändigt att socialstyrelsen med stöd av regeringsdelegation utfärdar erforderliga föreskrifter till tryggnad av enskilda människors säkerhet i vården och i förekommande fall utövar inspektionsverksamhet på sådant sätt att berättigade anspråk på tryggnad av patientens rättssäkerhet kan uppfyllas.

Den föreslagna lagen medger också enligt socialstyrelsen att man får rikta sina föreskrifter inte bara till personalen inom hälso- och sjukvården utan också till huvudmännen för att trygga enskilda människors säkerhet i vården.

Tillsynsfunktionens syfte kan sägas vara övervakning och uppföljning, vägledning och utveckling. Den har övergripande vägledande och kunskapsförmedlande karaktär, men innefattar också skyldighet att värna den

personliga rätten i det enskilda fallet. I båda hänseenden ger den en möjlighet till insyn av stor betydelse för socialstyrelsens planeringsuppgifter. En aktiv tillsynsverksamhet innebär en kontinuerlig uppföljning av sjukvårdens läge och en utvärdering av planeringen.

Sammanfattningsvis definierar socialstyrelsen sina tillsynsuppgifter enligt HSU och prop. 1979/80:6 som följer.

I socialstyrelsens uppgifter ingår att

- företa inspektioner i säkerhetssyfte och utreda ansvarsfrågor
 - då incident inträffat,
 - då enskilda eller organisationer begär det,
 - då massmedia aktualiserar,
 - då huvudman begär det,
 - då brister eller förhållanden som kan äventyra patienternas säkerhet eller möjlighet till god vård eljest framkommer.

På eget initiativ

- följa pågående utvecklingsarbete genom kontaktbesök o.d.
- delta i överläggningar, konferenser och kurser och då ge vägledning
- slå larm då lagar m.m. inte följs som statsmakterna avsett
- avge yttrande till domstolar
- meddela föreskrifter inom ramen för socialstyrelsens befogenheter
- följa sjukvårdens resursutveckling och vårdutnyttjandet
- ge en vägledning genom allmänna råd och uttalanden
- följa och utvärdera planeringen

Den inspektionsverksamhet som bedrivs från styrelsens sida i vad avser medicinsk vårdkvalitet, får främst karaktären av erfarenhetsåterföring från forskning och försöksverksamhet till fältet och ett utnyttjande av erfarenheterna från detta som underlag för forskning, utbildning och försöksverksamhet.

Socialstyrelsen bör vidare

- informera om socialstyrelsens policy
- förmedla erfarenheter beträffande behandlingsmetoder, vårdorganisation, vårdideologi m.m. till olika sjukvårdsinrättningar
- påpeka nödvändigheten av fortbildning för all personal och diskutera genomförandet härav

Till detta kommer framtagandet av underlag för vårdprogram.

En viktig uppgift för styrelsen är också enligt dess mening att i första hand genom sin rådgivande nämnd för medicinska säkerhetsfrågor i samarbete med Spri bevaka sjukvårdens alltmer komplicerade tekniska frågor.

Direktionen för karolinska sjukhuset konstaterar att socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvårdsområdet, t.ex. vad gäller personalen, i stor utsträckning är reglerad i andra författningar än sjukvårdslagen. Mot

bakgrund av styrelsens uppgift att på statsmaktens vägnar utöva kontroll över hälso- och sjukvården bör den dock, för att kontrollfunktionen skall ha en reell mening, kunna generellt utfärda bindande föreskrifter för vården. Detta bör markeras i lagen på det sätt som sker i dagens sjukvårdslag.

Riksrevisionsverket påtalar den risk som finns att den statliga tillsynsverksamheten inom ett område med kommunalt självbestämmande kan komma att bedrivas på ett passivt sätt. RRV anser att det även i fortsättningen måste finnas någon form av statlig styrning av hälso- och sjukvården. Tillsynen bör enligt RRV:s mening främst bestå i att bevaka och aktivt verka för att verksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet utvecklas i enlighet med statsmakternas intentioner.

Landstingsförbundet, liksom det tiotal landstingskommuner som yttrat sig i frågan, instämmer i utredningens allmänna synsätt när det gäller samspelet mellan landstingskommunerna och staten. Landstingsförbundet konstaterar att socialstyrelsen enligt utredningsförslaget även i fortsättningen skall vara tillsynsmyndighet men utöva tillsynen i delvis förändrade former. Landstingsförbundet tillstyrker att tillsynen inriktas på kontinuerliga och nära samråd.

Genom lagförslagets karaktär av ramlag bortfaller åtskilliga detaljbestämmelser som i dag finns i sjukvårds- och folktandvårdslagstiftningarna. Enligt *Blekinge läns landstingskommun* är det utan tvekan så att tjänstemän i den dagliga gärningen känner en trygghet i att kunna vända sig till dessa författningar. Landstingskommuner påpekar det önskvärda i att det utfärdas allmänna råd som vägledning i det praktiska arbetet även om allmänna råd inte har lags status.

Västernorrlands läns landstingskommun menar att många invanda och för olika landstingskommuner gemensamma begrepp nu kommer att utgå. Landstingskommuner anser att socialstyrelsen tillsammans med landstingsförbundet och Spri har en viktig uppgift att fylla genom att verka för att en enhetlig begreppsapparat även i framtiden skall möjliggöra statistiska jämförelser osv.

Kalmar läns landstingskommun menar att förslaget att socialstyrelsen skall medverka till fortsatt utbyggnad av ett enhetligt statligt system för hälso- och sjukvårdsplanering innebär en styrning av planeringsprocessen som rimmar illa med utredningens grundtanke att minska byråkratin och centralstyrningen i landstingsvärlden.

De fackliga organisationerna *TCO*, *SKTF*, *SHSTF*, *läkarförbundet*, *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* och *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* uttrycker samtliga stark tveksamhet till utredningens förslag i denna del.

TCO anför:

TCO anser att socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet måste preciseras mycket mera ingående än vad som gjorts i utredningen.

TCO utgår från att socialstyrelsen också i fortsättningen har rätt och

skyldighet att utfärda inte bara allmänna råd utan också tvingande föreskrifter/anvisningar för huvudmännen.

Kraven på en precisering av socialstyrelsens roll skall också ses mot bakgrund av den nyligen antagna lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Personalens möjligheter att uppfylla angivna krav måste ställas i relation till de resurser som huvudmannen ställer till förfogande. Ökad stress och otillräckliga personalresurser medför ökad risk för anmälningar. Det vore då orimligt om möjlighet inte skulle finnas att ålägga huvudmännen resursansvar.

TCO framhåller att utredningens förslag måste bringas i överensstämmelse med den förändring av socialstyrelsens uppgifter och organisation som numera beslutats av riksdagen. I sitt yttrande över den utredning som låg till grund för denna förändring (ÖSoS) framhöll TCO bl.a. följande: "Enligt TCO:s uppfattning bör socialstyrelsen således få en stark ställning i förhållande till landsting och kommuner och deras riksorganisationer framför allt när det gäller frågor där styrelsen har statsmakternas beslut i ryggen. Om verket i framtiden skulle bli alltmer beroende av de båda kommunförbunden kommer det statliga inflytandet på riksnivå ytterligare att urholkas. Funktioner som självklart bör ligga på ämbetsverket kommer härigenom att överföras till organisationer av vilka ansvar inte kan utkrävas den vanliga vägen t.ex. genom justitieombudsmannen. Eftersom hälso- och sjuk- och socialvård är kommunalekonomiskt konjunkturkänsliga krävs därför enligt TCO:s uppfattning att socialstyrelsens uppgifter inte begränsas till att utfärda allmänna råd". TCO framhöll vidare att en viktig uppgift för socialstyrelsen är att på ett aktivare sätt än under senare år bevaka att konsumenternas behov av sociala tjänster tillgodoses på en likartad riksnivå.

SKTF anser att det är angeläget att styrelsen får avsevärda resurser för att stödja landstingen i verksamhetsutvecklingen. En ramlag kräver ökade resurser för utvecklingsarbete och möjligheter till att ge råd och anvisningar. Även omfattande resurser för bevakning och uppföljning av verksamheten behövs inom socialstyrelsen.

Läkarförbundet:

Den nuvarande sjukvårdslagen ger regeringen rätt att utfärda generella tillämpningsanvisningar till lagen, vilket också skett i form av sjukvårdskungörelsen. Enligt förslaget till hälso- och sjukvårdslag (HSL) inskränks regeringens bemyndigande till att meddela föreskrifter för att trygga enskilda människors säkerhet i vården samt föreskrifter angående viss anmälningskyldighet. Detta innebär en långtgående inskränkning i regeringens möjligheter till ingripande jämfört med dagsläget. Eftersom regeringen inte heller kan överlåta mer åt socialstyrelsen än den har befogenhet till kan inte heller socialstyrelsen utfärda föreskrifter i annat än säkerhetsfrågor. Socialstyrelsen har visserligen enligt 15 § HSL "tillsynen över hälso- och sjukvården i den mån annat inte är särskilt föreskrivet". Tillsynsfunktionen avses emellertid mera få karaktär av ömsesidigt informationsutbyte än av kontroll. Socialstyrelsen får inte rätt att meddela tvingande bestämmelser utan endast s.k. allmänna råd.

Detta innebär att HSU avskaffat de bestämmelser som hittills garanterat

centrala myndigheters inflytande med den garanti för någorlunda enhetlig standard – lika villkor – som detta innebär. Utredningen har inte presenterat någon för läkarförbundet övertygande argumentation till stöd för denna uppseendeväckande inskränkning. Det förutsätts således att de enskilda landstingens vilja och förmåga att upprätthålla en likvärdig standard är tillräcklig garanti för en hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Genom att HSU inte klart har avgränsat hälso- och sjukvård utan endast i allmänna ordalag angivit landstingens uppgifter har utredningen också ryckt undan grunden för socialstyrelsens tillsyn. Det skulle i praktiken komma att bli omöjligt att fastställa om landstingen uppfyllt sina skyldigheter "enligt lagen". Även om socialstyrelsen skulle anse att det föreligger försummelse, kan den endast göra påpekanden som landstingen inte behöver rätta sig efter. Den knapphändiga lagtexten och de motstridiga resonemangen i betänkan-detexten lämnar rum för mycket varierande tolkningar som landstingen kan åberopa gentemot socialstyrelsen.

HSU:s beredvillighet att ge landstingen fria händer står i stark kontrast till *den nya lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal*. Denna lag innebär ju inte att tillsynen över personalen minskas eller ersätts med några "allmänna råd". Tvärtom har ansvaret utsträcks till ytterligare personalgrupper, patienten har blivit part i förfarandet och fått möjlighet att överklaga ett friande utslag. HSU vill alltså medverka till att tillsynen över sjukvården främst skall rikta sig mot enskilda befattningshavare bland hälso- och sjukvårdspersonalen, medan kontrollen över arbetsgivaren sjukvårdshuvudmannen praktiskt taget avskaffas. Denna lösning är oacceptabel för dem som arbetar i vården och borde vara otänkbar också för regering och riksdag. *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* framför samma synpunkter. Även *läkaresällskapet* anser att statens åtgärder och skyldigheter måste preciseras bättre.

HCK anser att en ramlagstiftning förutsätter att tillsynsmyndigheten har en stark roll. I förslaget har socialstyrelsens roll tonats ner i alltför hög grad.

Tandläkarförbundet konstaterar att HSU vill avskaffa de bestämmelser som hittills garanterat centrala myndigheters inflytande och därmed också en någorlunda enhetlig standard – lika villkor för patienterna. Förbundet framhåller vidare:

Vad som likaså förvånar är att HSU inte ansett det nödvändigt att sätta något effektivitetsmått på eller utöva kontroll över de resurser som satsas på välfärdspolitiken och inom denna på hälso- och sjukvårdspolitiken. I en situation, där det förutses att all utveckling inom samhället måste ske inom ramen för en omfördelning av oförändrade totalresurser borde det ha varit en staten åvilande uppgift av övergripande karaktär att tillse att tilldelade resurser utnyttjas så optimalt som möjligt. Något sådant redogöraransvar vill HSU inte ålägga landstingen, vilket betyder att ansvar för resursanvändning och lagtillämpning endast kan utkrävas som ett politiskt ansvar. Däremot markerar HSU, att utredningen förväntar sig att statsmakterna, som genom en hälso- och sjukvårdslag ålägger landstingen ett väsentligt ökat ansvar, beredvilligt skall ge landstingen reella möjligheter att leva upp till det vidgade ansvaret.

Enligt *Sveriges medicinsk-juridiska förening* borde HSL utgöra underlag för en statlig tillsyn över att hälso- och sjukvården i alla delar av landet håller

en acceptabel och någorlunda likvärdig standard. Som föreningen tidigare har påpekat är de föreslagna bestämmelserna emellertid så allmänt hållna att en tillsynsmyndighet, oavsett vad landstingskommunen gör eller underlåter, inte kan hävda att landstingskommunen inte fullgör sina åligganden enligt lagen. Socialstyrelsen är självfallet berättigad att utan något stöd i lag utfärda allmänna råd till ledning för hälso- och sjukvården. Den föreslagna bestämmelsen härom är alltså onödig. Syftet med den är väl däremot att säga att socialstyrelsen i sin tillsynsverksamhet inte får meddela föreskrifter eller direktiv. De i betänkandet angivna exemplen på råd som socialstyrelsen skulle kunna utfärda med stöd av bestämmelsen är felaktiga. Råd avseende diagnostik och behandling utfärdar styrelsen nämligen enligt föreningen i sin egenskap av tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvårdspersonalen. I vad mån sådana råd behöver följas, beror på innehållet i vederbörande instruktion. Mot en läkare som inte följer sådant råd kan kanske hävdas att han inte iakttar vetenskap och beprövad erfarenhet. Som tillsynsmyndighet enligt HSL borde socialstyrelsens råd ta sikte på inrättningar och andra resurser för vården och organisationen av denna.

"Lex Maria"

Enligt sjukvårdskungörelsen åligger det sjukhusdirektören vid sjukhus att omedelbart anmäla till socialstyrelsen och polismyndighet om någon åsamkas skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset. Anmälningsskyldigheten benämns "Lex Maria". Syftet med anmälningsskyldigheten bör enligt utredningens mening vara att förebygga skada och därigenom förbättra sjukvårdens kvalitet. Med ett sådant syfte bör anmälningsskyldigheten inte bara gälla fall där någon anställd varit försumlig utan olycks- och vådafallen är också av betydelse. Utredningen föreslår att i den nya lagstiftningen bör tas in en skyldighet för landstingskommunen eller annan vårdansvarig att till socialstyrelsen – däremot ej längre till polismyndighet – göra sådana anmälningar som syftar till att trygga enskilda människors säkerhet i vården. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda de föreskrifter som är erforderliga för detta ändamål.

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag.

Några landstingskommuner har tagit upp frågan och är i princip positiva till utredningens förslag. *Värmlands läns landstingskommun* framhåller dock att anmälningsskyldigheten måste utformas så att den inte blir alltför generell. Den praktiska tillämpning som utredningen förordar innebär uppenbara risker för att även oväsentligheter anmäls.

Kopparbergs läns landstingskommun är tveksam till utredningens förslag när det gäller vem som skall ha anmälningsskyldighet. På denna punkt kan enligt landstinget en mer detaljerad och precis lagstiftning vara motive-rad.

Läkarsällskapet har inget att erinra mot att "Lex Maria" upphör att gälla men påpekar att gränsdragningen mellan vad som nu anmäls och vad som inte skall anmälas i praktiken torde bli praktiskt taget omöjlig att dra. Man ifrågasätter om inte erforderlig information om skaderiskerna i sjukvården skulle kunna erhållas genom en närmare analys av de fall som handlagts av patientförsäkringen eller som läkemedelsskada.

Enligt *Svea hovrätt* och *kammarrätten i Stockholm* borde frågan om anmälningsregler för Lex Maria-fall ha behandlats utförligare. Kammarrätten kan godta att anmälan i fortsättningen endast behöver ske till socialstyrelsen. Däremot ställer sig kammarrätten tveksam till förslaget att skyldigheten att företa anmälan formellt skall ankomma på landstingskommunen. Ett sådant system medför en uppenbar risk för tidsutdräkt. Kammarrätten kan inte heller ansluta sig till förslaget att det skall ankomma på den enskilda landstingskommunen att själv bestämma formerna för hur anmälningskyldigheten skall fullgöras internt. Det finns då risk att reglerna blir olika i skilda landstingskommuner.

Utformning av sjukförsäkringssystemet

Utredningen har inte ansett det ligga inom ramen för uppdraget att uttömmande behandla de konsekvenser för den allmänna försäkringen som skulle bli följden av förslagen. Frågan om försäkringssystemet berörs dock något.

Det nuvarande sjukförsäkringssystemet är ur samhällets synpunkt, förutom de fördelningsaspekter som finns, både ett finansieringsinstrument och ett styrinstrument. Tekniskt sätt är ersättningen till huvudmännen av två slag. Sålunda utgår schabloniserad ersättning för sjuktransporter och hjälpmedel. All annan ersättning grundar sig på prestationer.

Enligt utredningens bedömning bör försäkringen omfatta även sådana hälsovårdande åtgärder som i dag inte täcks av denna.

Vidare föreslås att hela det nuvarande försäkringssystemet skall ersättas med en schabloniserad vårdersättning.

Utredningen anser att denna fråga måste utredas ytterligare och att överläggningar mellan staten och landstingskommunerna bör föras.

Riksförsäkringsverket anser att det finns mycket som talar för att det även i fortsättningen bör finnas möjligheter att genom ekonomiska styrmedel gynna centrala sjukvårdspolitiska målsättningar. Med hänsyn till de svårigheter som är förenade med det nuvarande systemet kan det dock finnas skäl att pröva ett system med större inslag av schablonmässighet. Ett schabloniserat ersättningssystem bör också användas om man vill ge ersättning till sådan hälsobefrämjande verksamhet i sjukvårdshuvudmannens regi som är svår att inordna i ett åtgärdsrelaterat ersättningssystem, t.ex. hälsoupplysning. Riksförsäkringsverket anser att det i en följande utredning bör prövas om inte också tandvård kan ingå i ett system med schabloniserade

ersättningar. Riksförsäkringsverket förutsätter vidare att en fortsatt utredning om ett eventuellt nytt ersättningssystem också omfattar frågan om försäkringens ersättningar för den vård som lämnas av privata vårdgivare.

Landstingsförbundet menar att såväl frågan om ökad schablonisering av försäkringsersättningen som frågan om utvidgning av ersättningsansvaret kan lösas och genomföras utan direkt samordning med HSU:s övriga förslag. Förbundet framhåller att överläggningar mellan staten och landstingskommunerna bör komma till stånd utan dröjsmål.

Det 15-tal landstingskommuner som yttrat sig om sjukförsäkringssystemet förordar alla att frågan utreds ytterligare. *Värmlands läns landstingskommun* säger exempelvis att ett mindre byråkratiskt ersättningssystem skulle frigöra betydande resurser som i stället skulle kunna användas för direkt sjukvårdande verksamhet. Landstingskommunen delar utredningens åsikt att även hälsovårdande åtgärder bör ingå i sjukförsäkringssystemet.

Läkarförbundet menar att utredningen frångår de ståndpunkter som tidigare deklarerats angående innebörden av landstingskommunens s.k. totalansvar när man föreslår att all försäkringsersättning för offentlig och enskild vård skall administreras vid landstingskommunerna. Dessa får därmed det resursfördelningsansvar som enligt utredningen konstituerar en vårdgivare och blir därmed de facto också så gott som ensamma vårdgivare.

Läkarförbundet fortsätter:

I modellskissen tilldelas landstingen rollen av "överkommun" som fördelar försäkringsmedel till primärkommuner, staten och enskilda som är verksamma på hälso- och sjukvårdens område alltefter landstingens prioriteringar. Vad gäller staten och primärkommuner är en sådan ordning icke möjlig vare sig ur grundlags- eller kommunalrättslig synpunkt.

Beträffande enskild hälso- och sjukvård är konstruktionen enligt läkarförbundet rättsligt sett möjlig. Det framstår dock som onaturligt att exempelvis företagshälsovården för sin finansiering skulle bli beroende av enskilda landstings beslut.

Företagshälsovården är en del av arbetarskyddet. Den står under ledning av arbetsmarknadens parter och under tillsyn av arbetarskyddsstyrelsen. Någon ändring av dessa förhållanden föreslås inte av utredningen. Om det ekonomiska ansvaret för företagshälsovården överflyttas till landstingen genom att dessa ges rätten att anvisa de ekonomiska ramarna för verksamheten kommer emellertid det reella inflytandet för arbetsmarknadsparterna att i det närmaste försvinna.

Det förefaller också rent principiellt betänkligt att inom ett försäkringssystem som är individanknutet, på finansieringssidan helt ta bort sambandet mellan faktiskt inträffade individuella försäkringsfall och ersättningen för dessa. På samma sätt som utredningens övriga förslag kan detta endast leda till en försvagning av den enskilda patientens handlingsfrihet och valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. Den allmänna försäkringen övergår därmed till att bli en specialdestinerad statsbeskattning för landstingens räkning.

Detta är inte bara en högst påtaglig rättsteknisk skillnad utan är också en principfråga av största betydelse. Att kalla finansieringsbidrag till ett obestämt vårdutbud för försäkring är inte bara språkligt oegentligt utan döljer också det faktum att medborgarna fråntas rätten till ersättning för alternativa vårdformer. Utredningen framhåller som en fördel med det skisserade systemet att omorganisation av vården underlättas om ersättningen inte anknyter till åtgärder av läkare, sjukgymnast etc. Till detta kan sägas att gällande försäkringssystem – i motsats till det skisserade – garanterar att patienten behandlas av en kvalificerad befattningshavare som är legitimerad inom sitt verksamhetsområde. Ur patientens synvinkel medför skissen således en försvagning av säkerheten i vården, därigenom att omhändertagandenivån kan sättas lägre.

Utredningens grundtanke att även individriktad hälsovård och förebyggande åtgärder bör omfattas av den allmänna försäkringen är enligt läkarförbundets mening riktig. Ur denna och andra aspekter är det måhända nödvändigt och kanske också önskvärt att se över ersättningen för den allmänna försäkringen till hälso- och sjukvården. Detta måste emellertid ske från helt andra utgångspunkter än dem som utredningen framkastat.

Att ett kollektivt ersättningssystem inte är någon nödvändig förutsättning för bedrivande av förebyggande verksamhet framgår för övrigt även av utvecklingen inom tandvården, där profylaktiska åtgärder utan svårighet kunnat inarbetas i tandvårdstaxan.

Ett system där landstingen erhåller försäkringsersättning oberoende av vilka vårdinsatser som faktiskt presteras och uppställer de ekonomiska ramarna för statlig och primärkommunal hälso- och sjukvård, företagshälsovård, enskild vård etc. är enligt läkarförbundets åsikt varken möjligt eller önskvärt.

SACO/SR och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund har samma åsikt.

För tandvården skulle utredningens tankegångar enligt *tandläkarförbundet* innebära betydande administrativa och kanske även vårdmässiga förändringar, vars faktiska innebörd inte till alla delar kan förutses. I motsats till HSU anser tandläkarförbundet att frågans lösning är av väsentlig betydelse för ställningstagande till HSU:s ramförslag och föreslår därför att frågan om formerna för ersättningen från den allmänna försäkringen ges en allsidig belysning av en särskild utredning innan HSU:s förslag föranleder ytterligare lagstiftningsåtgärder inom tandvårdens område.

Reglering av läkartjänster m.m.

Enligt gällande sjukvårdslag fordras i princip medgivande från socialstyrelsen för att inrätta läkartjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården. Denna bestämmelse föreslås utgå ur den nya hälso- och sjukvårdslagen. I stället skall ett samarbete i läkarfördelningsfrågor etableras mellan landstingskommunerna på basis av ett centralt läkarfördelningsprogram. Ett sådant system ställer enligt HSU stora krav på samordningen mellan de olika huvudmännen när det gäller fördelningen av vårdresurser och på att de lojalt håller sig inom de rekommenderade fördelningsramarna.

Socialstyrelsen ser positivt på förslaget att läkarfördelningsprogrammet i framtiden byggs upp så att det kan ligga till grund för de läkarplaneringsramar som skall tjäna som underlag för huvudmännens planering. Styrelsen anför vidare:

Det av utredningen skisserade systemet måste som tidigare sagts föregås av ett fördjupat utvecklingsarbete. Socialstyrelsen är för sin del beredd att medverka till att utveckla det tänkta systemet och kan biträda utredningens uppfattning att hälso- och sjukvårdslagen framdeles inte skall behöva innehålla bestämmelser om allmän skyldighet för landsting och kommun att inhämta socialstyrelsens medgivande att inrätta tjänster för vidareutbildade läkare.

Avvecklingen av nuvarande formella regler för inrättande av nya läkartjänster innebär också att statsmakterna avhänder sig möjligheten att påverka fördelningen av den specialiserade sjukvården på läns- och regionnivå. Denna fråga har ingående behandlats av regionsjukvårdsutredningen och var ett av motiven för att föreslå den utökade planeringen och samverkan mellan de i regionen ingående sjukvårdshuvudmännen som regleras i 6 § lagförslaget. Styrelsen förutsätter därför att uppkommande problem skall kunna bemästras genom den samverkan vid planeringen av regionsjukvården som åvilar landstingen enligt lagförslaget.

Tvingande regler vad gäller läkarfördelningen bör endast tillgripas då överenskommelser av skilda skäl inte ger de tilltänkta effekterna.

Mot bakgrund av målsättningen om rätt till vård på lika villkor bedömer *riksförsäkringsverket* skillnaden i personella resurser mellan olika delar av landet som allvarlig. Riksförsäkringsverket instämmer därför i HSU:s bedömning att någon form av förfarande för att på riksplanet beräkna och fördela utbildade läkare mellan olika landstingskommuner tills vidare måste finnas kvar. För att ge effekt så länge det föreligger brist på läkare i olika delar av landet måste det enligt verkets uppfattning finnas starkare centrala styrmedel än för närvarande för att utjämna regionala obalanser. Riksförsäkringsverket delar HSU:s uppfattning om att en riksplanering av läkarutvecklingen skall innefatta samtliga de läkarresurser, som omfattas av landstingskommunernas totalplanering. Verket anser att det från den allmänna försäkringens synpunkt är angeläget att planeringen av och resursfördelningen m.m. inom hälso- och sjukvården – i större utsträckning än nu – sker på ett rationellt och behovsriktat sätt och med beaktande av behovet av samordning mellan olika samverkansformer.

Statskontoret, som också biträder utredningens förslag, tar upp frågan hur rättelse skall kunna ske om någon bryter mot överenskommelsen. Statskontoret anser att det är en brist att utredningen inte tillräckligt utvecklat frågan vilka konsekvenserna blir av inte infriade överenskommelser.

Landstingsförbundet ansluter sig till utredningens uppfattning att en förändring av läkarfördelningen bör komma till stånd, men att samverkansformerna inte behöver regleras i lag. Landstingsförbundet är berett att tillsammans med övriga intressenter arbeta vidare med dessa frågor, med utgångspunkt från de resonemang som utredningen presenterar. Landstings-

förbundet anser dock att HSU:s modell för en ny planering ställer stora krav på landstingskommunen. Enligt förbundet bör dock en sådan modell föredras av landstingen framför ett alternativ med stark byråkratisk styrning.

Av det 15-tal landstingskommuner som uttalat sig om läkarfördelningen är nio landstingskommuner i princip positiva till utredningens förslag. Några av dessa landsting framhåller vikten av att de frivilliga överenskommelserna förenas med någon form av kontroll av tillämpningen.

Några landstingskommuner är negativa till utredningens förslag. *Värmlands läns landstingskommun* säger exempelvis att man kan ansluta sig till den föreslagna modellen endast under den uttryckliga förutsättningen att den s.k. solidariska läkarförsörjningen som nu prövas ger konkreta resultat under de närmaste åren. Skulle så inte bli fallet måste i stället gällande regler skärpas. *Västerbottens läns landstingskommun* är i princip positiv till överenskommelsen, men ställer sig i detta fall avvisande till möjligheterna att i den föreliggande svåra bristsituationen avstå från nuvarande detaljreglering genom lagstiftning.

Bland de som uttalat sig kritiskt till utredningens förslag i denna fråga hör *SKAF*. Förbundet kan endast acceptera förslaget som försöksverksamhet med utvärdering under viss tid. Om systemet inte fungerar tillfredsställande bör socialstyrelsen ges befogenhet att fördela läkare mellan huvudmännen enligt ett program som omfattar reellt yrkesverksamma personer och inte enbart tjänster.

TCO framhåller att en förutsättning för att hälso- och sjukvården skall kunna erbjuda sina resurser enligt "lika-villkorsprincipen" är att man löser den regionala obalansen i detta hänseende. Det är därför nödvändigt med fortsatt riksplanering för beräkning och fördelning av läkare mellan olika landsting.

Även *direktionen för karolinska sjukhuset* menar att ett fortsatt statligt ansvar för läkarfördelningen i riket behövs. Man anser att detta ansvar liksom hittills bör skrivas in i lagen och i huvudsak utövas på det sätt som hittills skett.

Läkarförbundet instämmer i utredningens åsikt att ett läkarfördelningsprogram bör finnas kvar och att läkarfördelningen bör gälla läkare i stället för tjänster. När det gäller programmets planeringsfunktion är läkarförbundet emellertid inte övertygat om att det skisserade systemet kommer att visa sig tillräckligt på den mer mättade läkararbetsmarknad som kan förutses under andra hälften av 1980-talet. Förbundet fortsätter:

Det är ett riksintresse att det finns ett tillräckligt tjänsteutrymme för läkares vidareutbildning avpassat för långsiktiga behov, och att detta utrymme är lämpligt fördelat över landet. Det kan inte uteslutas att utan central styrning i framtiden den situationen kan inträffa att varje landsting anställer underläkare enbart för att täcka sitt eget behov av vidareutbildade läkare på ganska kort sikt. Attraktiva landsting skulle t.o.m. kunna

minimera sitt utbildningsutrymme och i stället inrikta sig på att rekrytera redan specialistkompetenta läkare. Det är mot den bakgrunden önskvärt att staten, som måste ta ansvaret i sista hand för läkarutbildningen, i lagen ges möjlighet att föreskriva om inrättande av anställningar för underläkare. Ett sådant stadgande behöver givetvis inte komma till användning om avtal och frivilliga planeringsramar visar sig vara tillräckliga styrmedel. Emellertid talar enligt läkarförbundets uppfattning starka skäl för att rätten till allmäntjänstgöring under alla omständigheter garanteras i lag eller annan författning, eftersom allmäntjänstgöringen är ett villkor för legitimation. Det är rimligt att den som antagits till och genomgått läkarutbildning också får möjlighet att fullfölja utbildningen fram till legitimation, som är en förutsättning för att utöva yrket.

Ett alternativ till lagreglering kan vara att sjukvårdshuvudmännen i en långsiktig överenskommelse med staten bekräftar sina tidigare gjorda åtaganden (se prop. 1972:104) att ställa tjänster till förfogande i erforderlig omfattning för läkares vidareutbildning. En sådan överenskommelse bör också omfatta tjänstgöringsutrymme för kompletterande tjänstgöring efter uppnådd specialistkompetens ("lasarettsläkarutbildning"). Läkarförbundet instämmer i HSU:s bedömning att samråd i läkarfördelningsfrågor måste etableras mellan landstingen inom sjukvårdsregionerna. Läkares vidareutbildning och kompletterande tjänstgöring har en självskriven plats i det regionala området, eftersom tjänstgöringen av utbildningsskäl ofta måste förläggas till flera huvudmäns inrättningar.

Vad gäller läkarfördelningsprogrammets ransoneringsfunktion delar läkarförbundet uppfattningen att man med ökande läkartillgång och bättre balans på läkararbetsmarknaden bör kunna tona ner denna funktion. Även i detta läge med i allmänhet god läkartillgång kan dock vissa brister finnas kvar både geografiskt och specialitetsmässigt. Det finns alltså motiv för att ge regeringen författningmässig möjlighet att i sista hand utfärda bestämmelser om inrättande av läkartjänster, om det visar sig att den frivilliga planeringen inte har avsedd effekt.

Med ökande läkartillgång torde det enligt *läkaresällskapets* mening bli möjligt att efter hand ge landstingskommunerna större frihet att inrätta läkartjänster. Innan balans på läkararbetsmarknaden uppnåtts bör man dock inte helt överge nuvarande läkarfördelningsprogram. När det gäller utbildningstjänsterna måste under alla förhållanden en central reglering bestå även framgent. Risker är annars att landstingskommunerna med hänvisning till ekonomiska svårigheter m.m. inte tillsätter tillräckligt antal AT- och FV-block för att säkra den totala tillgången på vidareutbildade läkare i riket. Lagen måste utformas så att landstingskommunen inte kan motsätta sig att medverka i för hela riket angelägna uppgifter.

Utredningen har enligt *Sveriges folkpensionärers riksförbunds* mening inte klart visat att den förändring av tillsättningsförfarandet, som föreslås, skulle vara överlägsen de nuvarande rutinerna. Socialstyrelsen, som i övrigt har ansvaret för dimensioneringen och utformningen av läkarutbildningen liksom för undervisning och forskning inom detta område, måste anses ha de bästa förutsättningarna att ange den lämpligaste fördelningen av läkartjänsterna. Det något löst skisserade förhandlingssystem, som utredningen förordar, kan få svårt att utgöra det fasta styrmedel som här är nödvändigt.

Reglering av bygghus

I betänkandet lägger utredningen inget eget förslag i denna del utan hänvisar helt till proposition (prop. 1979/80:6) Om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m.

Socialstyrelsen delar HSU:s uppfattning att bygghusfrågor inte bör regleras i en föreslagen hälso- och sjukvårdslag. Det är emellertid angeläget att en utvärdering av det nu tillämpade systemet sker.

Malmöhus läns landstingskommun menar att det finns samhällsekonomiska skäl som talar för att bibehålla den av statsmakterna fastställda ramen för sjukhusbyggandet. Enligt landstingskommunens mening bör dock totalramen delas upp på samtliga huvudmän. Resp. huvudman disponerar därefter den erhållna ramen efter de lokala förutsättningarna.

Vidare bör de av statsmakterna angivna ramarna göras rullande och gälla de närmaste fem åren. Genom en sådan anpassning till den budgetteknik som de flesta landsting använder skulle planeringen av kapitalinvesteringarna inom resp. landstingsområde underlättas. Nuvarande angelägenhetsgradering av objekten bör därmed kunna undvaras.

Forskning och utveckling

Utredningen konstaterar att forsknings- och utvecklingsarbetet (FoU) är nödvändigt för att utveckla hälso- och sjukvårdens verksamheter. Ansvar för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården bör därför starkare än vad som hittills skett knytas till hälso- och sjukvårdssektorn.

Utredningen påtalar också behovet av att starkare inrikta den medicinska forskningen på bl.a. förebyggande insatser, decentraliserade vårdformer, psykiatriska och långvariga sjukdomar men också att bygga ut hälso- och sjukvårdsforskning och omvårdningsforskning.

Socialstyrelsen ansluter sig till vad utredningen anför och framhåller särskilt behovet av epidemiologiska studier, studier av vårdefterfrågan och vårdkonsumtion samt utvärderingsstudier.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala är av den uppfattningen att all forskning inom det biomedicinska området har betydelse för utvecklingen av sjukvården dvs. både grundforskning, klinisk forskning samt hälso- och sjukvårdsforskning. Samtliga dessa sektorer är väl representerade vid akademiska sjukhuset. Hälso- och sjukvårdsforskning har fått ökad uppmärksamhet och betydelse. Sjukhuset instämmer i att både epidemiologiska studier över sjukdomars förekomst etc., studier av hur sjukvården utnyttjas, hur flödet mellan olika vårdformer fungerar samt utvärderingsstudier är mycket nödvändiga för att följa upp verksamheten och som underlag för planeringen. Akademiska sjukhuset anser att det är nödvändigt att stat och landstingskommuner med sina olika resurser samarbetar för att stärka den forsknings- och utredningsverksamhet som syftar till ett bättre resursutnytt-

jande av sjukvården och för att åstadkomma planeringsunderlag och riktlinjer för framtiden.

UHÄ har med stort intresse tagit del av HSU:s resonemang om FoU-arbetet. UHÄ anser att det vore värdefullt om sjukvårdshuvudmännen utökade sitt engagemang i forsknings- och utvecklingsfrågor genom det stöd som utvecklingen av nya forskningsområden i anknytning till vårdarbetet, t.ex. genom omvårdnadsforskning, därigenom kan få. UHÄ vill i detta sammanhang peka på den representation för bl.a. landstingsintressen som numera finns i olika planerings- och ledningsorgan inom högskolan, både lokalt och centralt.

Landstingsförbundet delar utredningens uppfattning att forskningsfrågorna bör knytas starkare till hälso- och sjukvårdssektorn och dess utveckling. En bättre överensstämmelse mellan hälso- och sjukvårdens mål och forskningens inriktning och omfattning kräver bättre kontaktytor mellan sjukvårdshuvudmännen/ högskolan/forskarna. Samarbete måste avse såväl övergripande frågor om FoU-arbetets inriktning och planering som organisatoriska frågor. Så måste exempelvis resurser skapas för forskningsanknytning/forskarutbildning för de korta högskoleutbildningarna. Likaså måste möjligheter skapas för att i större utsträckning föra ut FoU-arbetet till läns-/primärvårdsnivå. Styrelsen vill dock framhålla att en sådan utveckling knappast kan nås utan ökade insatser framför allt från statens sida. HSU:s förslag kan sålunda enligt landstingsförbundets mening inte tas till intäkt för någon ändrad ekonomisk ansvarsfördelning mellan staten och landstingskommunerna i vad avser forskningsfrågan.

Östergötlands läns landstingskommun anser att det är givet att den påverkan av andra samhällsorgan som hälso- och sjukvården åläggs enligt förslaget också medför ett krav på medverkan i styrning av samhällets resurser för forskning och utveckling. Det är rimligt att landstingskommunerna medverkar i arbetet med den formulering av mål som är nödvändig för samhällets insatser i stort. Själva forskningsarbetet, inom speciellt den del som rör grundforskning och angränsande områden bör även fortsättningsvis åvila staten.

Malmöhus läns landstingskommun delar i princip utredningens synpunkter på FoU-frågorna men beklagar att utredningens direktiv inte har gett möjlighet att närmare analysera och komma med förslag på detta viktiga område. Landstingskommunen vill understryka nödvändigheten av att det för framtiden skapas bättre möjligheter för samverkan och fastare anknytning mellan vårdarbete, vårdutbildning och vårdutveckling.

Kopparbergs läns landstingskommun anser att det är viktigt att staten känner ett särskilt ansvar på det här området och ser till att resurserna på ett bättre sätt riktas in mot områden som stämmer överens med de vårdpolitiska målen. Göteborgs och Bohus läns landsting framför liknande synpunkter.

Information om hälsorisker kan hälso- och sjukvården få bl.a. genom forsknings- och utvecklingsarbete, statistiska sammanställningar av sjukdo-

mar och dödsorsaker, direktkontakt med vård sökande och med den närmiljö, där människor lever sitt dagliga liv. Det är enligt *Spris* mening angeläget att dessa informationskällor i fortsättningen utnyttjas bättre än hittills.

Vad gäller FoU vill *TCO* understryka att omvårdnadsforskningen är ett viktigt komplement till den medicinska forskningen och att denna därför bör ges tillräckliga resurser och förutsättningar. Vidare bör forskningen i allt större omfattning inriktas på hälsovård och förebyggande åtgärder.

De handikappades riksförbund instämmer med utredningen om behovet av utökad forskning mot bl.a. förebyggande insatser, långvariga sjukdomar, vårdefterfrågan och anser vidare att förslag behövs för att kartlägga konsekvenser av reformer och brister i samhället för personer med handikapp. *DHR* påpekar också att information om olika forskningsresultat i högre grad skall spridas till politiker och allmänhet.

Läkarförbundet menar att utredningen endast mycket kortfattat har berört FoU-frågor inom hälso- och sjukvården. Läkarförbundet vill kraftigt understryka sambandet mellan vårdkvalitet och kvaliteten på utbildning och FoU. Utredningens allmänt hållna och vaga uttalanden om att ansvaret för FoU inom hälso- och sjukvården bör få en starkare anknytning till hälso- och sjukvårdssektorn inger vissa farhågor för att utredningen tänkt sig en inordning under "totalansvaret". En sådan utveckling tar läkarförbundet bestämt avstånd ifrån. Utbildning och forskning är ytterst en statlig angelägenhet. Det är ett riksintresse att bevaka och främja en hög kvalitet på dessa områden. Däremot är det självfallet önskvärt att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning engagerar sig i övergripande forskningsfrågor och skaffar sig kunskaper om forsknings- och utvecklingsarbetets förutsättningar, liksom att ändamålsenliga samverkansformer utvecklas mellan forskning och praktisk hälso- och sjukvård. *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* framför liknande synpunkter.

Läkaresällskapet framhåller att det är väsentligt att man i en övergripande lag för hälso- och sjukvården klart anger att staten har den övergripande uppgiften att samordna den medicinska forskningen och att staten också svarar för väsentliga delar av forskningen. Läkaresällskapet menar samtidigt att landstingen mer aktivt skall engagera sig i sådant forsknings- och utvecklingsarbete som krävs för en sund planering av verksamheten.

Slutligen anser läkaresällskapet att det i lagen i princip måste anges berörda myndigheters ansvar vad beträffar forskning och utvecklingsarbete.

Medicinska forskningsrådet instämmer i utredningens åsikt att de överväganden och förslag som utredningen framlägger om forsknings- och utvecklingsarbete inte bör få några konsekvenser för hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Medicinska forskningsrådet ansluter sig även till utredningens synpunkter om nödvändigheten att komplettera den medicinska forskningen med insatser för klargörande av vårdbehov, vårdkostnader, vårdorganisa-

tion och värdeeffektivitet.

Utredningen understryker att landstingspolitiker och ansvariga sjukvårdshuvudmän måste göra sig förtrogna med pågående forsknings- och utvecklingsarbete samt formulera och konkretisera problem för forskning och utveckling. Medicinska forskningsrådet finner ett sådant engagemang från politikernas och sjukvårdshuvudmännens sida som en stor fördel både för sjukvården och forskningen. Staten har ett särskilt ansvar att bevaka att landets samlade och fortlöpande forsknings- och utvecklingsarbete står i överensstämmelse med övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningar. Ett inflöde av information samt synpunkter och förslag från landstingspolitikernas och sjukvårdshuvudmännens sida kommer att vara av stor betydelse för att staten skall kunna fullgöra denna uppgift. Genom statens forskningsorganisationer – högskoleorganisationen och forskningsråden – kan angelägna forskningsområden kanaliseras. Dessa organisationer kan även bidra till en vetenskaplig bedömning av forskningsprojektens validitet och därmed deras angelägenhetsgrad.

Utbildning

Vårdutbildningen är enligt utredningen tillsammans med FoU ett av de viktigaste instrumenten för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och den framtida utvecklingen.

En ny inriktning av samhällets vårdpolitik för med sig krav på ändringar både av vårdutbildningarnas innehåll och dimensionering. Mot denna bakgrund måste utbildningsplaneringen ha ett nära samband med vårdplaneringen och ses som en del i en mer övergripande personalförsörjningsplanering. För närvarande råder enligt utredningens uppfattning en betydande obalans mellan vårdplaneringen och utbildningsplaneringen.

Av de remissinstanser som lämnat synpunkter på denna fråga är följande positiva till utredningens tankegångar: socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, UHÄ, Västernorrlands och Kopparbergs läns landsting samt TCO.

Socialstyrelsen framhåller de svårigheter som finns att i nuvarande verksamhetsplanering finna uttryck och underlag för såväl personal- som utbildningsplanering. Dessa svårigheter måste på sikt överbyggas och ett mer integrerat planeringssystem eftersträvas.

Enligt utredningens förslag kan socialstyrelsens utbildningsplanering komma att förändras och övergå från tekniska läroplansöversyner till utformning av underlag för utbildningsplanering av vårddyrken. Förslaget innebär en övergång till ett nytt arbetsätt, som bör ligga helt inom ramen för socialstyrelsens planerings- och tillsynsuppgifter och därtill överensstämma med vad högskolereformen påkallar från verkets sida.

UHÄ delar utredningens uppfattning att vårdplaneringen måste vara styrande för planeringen av utbildning för vårddyrken. Till ledning för bedömningarna av utbildningsbehoven finns dels de övergripande mål för

hälso- och sjukvårdspolitiken som fastställs av statsmakterna, dels de konkreta planer för hälso- och sjukvårdens utbyggnad, som de enskilda landstingen svarar för. Ett problem här är att den medellånga och långsiktiga personalplaneringen på landstingsnivå ännu inte är fullt utvecklad. Brist på personal av olika kategorier har sedan länge redovisats inom vissa sjukvårdsområden, t.ex. psykiatrisk vård, öppen hälso- och sjukvård, operationssjukvård och inom rehabiliteringsområdet. De hinder som huvudmännen har pekat på för en utbyggnad av utbildningen är brist på lokaler, praktikplatser och lärare. För att komma till rätta med dessa problem fordras bl.a. en utbyggd regional samverkan mellan landstingen. Här kan bl.a. regionstyrelserna för högskolan spela en viktig roll.

Skolöverstyrelsen instämmer i utredningens åsikt att utbildningsverksamheten måste ske i nära samband med vårdplaneringen och att den hänger ihop med personalförsörjningsplaneringen. SÖ delar utredningens uppfattning att det råder en betydande obalans mellan vårdplanering och utbildningsplanering. SÖ påpekar dock att orsakerna till detta inte alls analyseras i betänkandet och nämner följande orsaker. Om obalans innebär att utbildningsdimensioneringen inte utökats tillräckligt för att motsvara behovet av arbetskraft, kan som orsak nämnas den sedan länge kända och i flera sammanhang påtalade bristen på praktikplatser och på vårdlärare. Obalansen kan också innebära att man utbildar fler än vad som motsvarar arbetstillfällena på orten. Olika uppfattningar råder också ofta mellan personalorganisationer, huvudmannorganisationer och statliga myndigheter om utbildningarnas innehåll och utformning och enighet kan vara svår att uppnå. Detta kan ha till följd att ett läroplansarbete blir så utdraget i tiden att utbildningen inte förändras i takt med utvecklingen. Slutligen ser SÖ som en av de viktigaste orsakerna till att balans inte råder mellan utbildning och planering inom vårdsektorn att arbetskravanalysen inte i tillräcklig omfattning finns utarbetade för de olika personalgrupperna inom denna sektor. En långtidsplanering inom landstingen bör kunna ta sikte på en bättre samordning av vårdplanering och utbildningsplanering.

SÖ påpekar också att utredningen inte nämner den roll arbetsmarknadsstyrelsen kan ha via arbetsmarknadsutbildningen (AMU) när det gäller att tillgodose behovet av utbildning av personal inom vårdsektorn, främst motsvarande gymnasial nivå. Utbildningen inom AMU har förhållandevis stor omfattning framför allt vad gäller utbildningen av vårdbiträden och barnskötare.

Bilaga 5
De remitterade lagförslagen

1 Förslag till Hälso- och sjukvårdslag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör sjuktransporter.

I fråga om omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda finns bestämmelser i lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser.

Mål för hälso- och sjukvården

2 § Målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den landstingskommunala hälso- och sjukvården

Landstingskommunens ansvar

3 § Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Bestämmelser om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

En god hälso- och sjukvård skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i sekretesslagen (1980:100).

4 § Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan vård.

5 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppna vård.

6 § Landstingskommunen svarar för att det inom landstingskommunen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med fordon som är särskilt inrättade för ändamålet.

7 § Landstingskommunen skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

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

8 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

9 § Regeringen får föreskriva att riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner.

Landstingskommunerna skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård.

Nämnder

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

Landstingskommunen får tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd. Har detta inte skett, är förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd.

11 § Ett eller flera särskilda organ får tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer.

12 § I fråga om särskild hälso- och sjukvårdsnämnd och organ som avses i 11 § gäller bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.

Personal

13 § I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

14 § En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares verksamhet kan omfatta även verksamhet utanför sjukhuset. Vid utövandet av denna ledning skall läkaren i frågor som inte rör vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen får för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i första stycket.

15 § Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket skall förordnas för viss tid.

16 § Regeringen får meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

I fråga om enheter inom hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande högskoleutbildning av läkare finns särskilda bestämmelser.

Vårdavgifter

17 § Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen skall därvid behandlas lika.

När sjukhusvård meddelas en pensionär i fall där rätten till ersättning för vården upphört enligt 2 kap. 12 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, skall vården vara avgiftsfri de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle. Vårdavgiften för tid därefter får bestämmas med hänsyn till pensionärens betalningsförmåga. I sådant fall skall endast pensionärens egna inkomster efter skatt läggas till grund för avgiften. Vårdavgiften skall alltid bestämmas så att pensionären förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter.

En fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten. I övrigt gäller preskriptionslagen (1981:130) i fråga om sådana fordringar.

Tillsyn

18 § Socialstyrelsen har tillsynen över hälso- och sjukvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja landstingskommunernas verksamhet. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.

Ytterligare föreskrifter

19 § Regeringen bemyndigas att meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Hälso- och sjukvården i krig m.m.

20 § Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983. Genom lagen upphävs sjukvårdslagen (1962:242).

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

2 Förslag till

Lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m.

Härigenom föreskrivs följande.

1 § I denna lag ges bestämmelser om vissa läkartjänster vid sådana enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för den grundläggande högskoleutbildningen på läkarlinjen.

Vad som sägs om landstingskommunal hälso- och sjukvård gäller också den hälso- och sjukvård som anordnas av kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

2 § Regeringen får förordna att en tjänst för specialistutbildad läkare skall vara förenad med en tjänst för lärare vid en högskoleenhet.

3 § Sådan läkartjänst som är förenad med en lärartjänst vid en högskoleenhet tillsätts i den ordning som gäller för lärartjänsten. Vid tillsättningen skall, utöver de befordringsgrunder som gäller för lärartjänsten, beaktas den kliniska skickligheten i undervisningsämnet.

På förslag till sådan läkartjänst som avses i första stycket får uppföras endast den som uppfyller behörighetskraven för läkartjänsten eller som socialstyrelsen förklarat behörig till sådan tjänst.

Tjänsteförslagsnämnden skall bereda hälso- och sjukvårdsnämnden tillfälle att, såvitt avser den hälso- och sjukvårdande verksamheten, yttra sig över de sökande som tjänsteförslagsnämnden anser främst bör komma i fråga till tjänsten.

4 § Andra specialistutbildade läkare än överläkare eller distriktsläkare eller andra läkare som avses i 3 § anställs med förordnande för sex år om inte särskilda skäl föranleder förordnande för kortare tid. Socialstyrelsen får dock medge att förordnande meddelas att gälla tills vidare utan tidsbegränsning.

5 § Varje läkare som är anställd vid sådan hälso- och sjukvårdsenhet som avses i denna lag är skyldig att biträda vid handledningen av medicine studerande.

Specialistutbildad läkare anställd vid enheten är, i den mån hälso- och sjukvårdsnämnden medger det, skyldig att inom sitt verksamhetsområde ombesörja den undervisning och den examination som behövs för att den grundläggande högskoleutbildningen av läkare skall kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

6 § Kliniska amanuenser och medicine studerande får biträda i hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

3 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Häri genom föreskrivs att 1 § lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

För den sjukvård som en landstingskommun och en kommun som inte tillhör landstingskommun ombesörjer enligt *sjukvårdslagen (1962:242)* skall det finnas en eller flera förtroendenämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena påkallar.

Landstingskommunen eller kommunen får tillsätta särskild förtroendenämnd eller uppdra åt någon annan nämnd att vara förtroendenämnd. När flera förtroendenämnder finns, skall varje nämnd fullgöra de uppgifter som sägs i första stycket för en viss del av *sjukvårdsområdet* eller för en viss *sjukvårdsinrättning*.

Föreslagen lydelse

1 §

För den *hälso- och sjukvård* som en landstingskommun och en kommun som inte tillhör landstingskommun ombesörjer enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:00)* skall det finnas en eller flera förtroendenämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena påkallar.

Landstingskommunen eller kommunen får tillsätta särskild förtroendenämnd eller uppdra åt någon annan nämnd att vara förtroendenämnd. När flera förtroendenämnder finns, skall varje nämnd fullgöra de uppgifter som sägs i första stycket för en viss del av *landstingskommunen eller kommunen* eller för en viss *vårdinrättning*.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

Innehåll

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	2
Propositionens lagförslag	3
Utdrag av regeringsprotokoll den 26 november 1981	8
1 Inledning	8
2 Allmän motivering	9
2.1 Allmänna utgångspunkter	9
2.2 Mål för hälso- och sjukvården	20
2.3 Landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvården	29
2.3.1 Ansvarets innebörd och omfattning	29
2.3.2 Patientens ställning	46
2.3.3 Krav på hälso- och sjukvården	55
2.3.4 Landstingskommunernas planering och samverkan	59
2.3.5 Organisation	65
2.3.6 Personal	73
2.3.6.1 Allmänt	73
2.3.6.2 Administrativt och medicinskt ledningsansvar	74
2.3.6.3 Bestämmelser om behörighet och tillsättning m. m.	83
2.4 Tillsyn och kontroll	87
2.5 Statlig planering och samordning	93
2.5.1 Fördelning av läkare	99
2.5.2 Forskning och utveckling	102
2.5.3 Personal och utbildningsplanering	106
3 Upprättade lagförslag	109
4 Specialmotivering	109
5 Hemställan	139
6 Beslut	140
Utdrag av lagrådets protokoll den 11 december 1981	141
Utdrag av regeringsprotokoll den 8 januari 1982	147

Bilagor

1 En inom socialdepartementet utarbetad redovisning av gällande sjukvårdslagstiftning	153
2 Hälso- och sjukvårdsutredningens sammanfattning av sitt betänkande	158
3 Hälso- och sjukvårdsutredningens lagförslag	185
4 Remissammanställning över hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande	189
5 De remitterade lagförslagen	250

