Socialutskottets betänkande

1982/83: 10

om utbyggnaden av hälso- och sjukvården m. m.

Motionsyrkanden

I motion 1981/82:554 av Margot Håkansson (fp) och Bertil Dahlén (fp) hemställs att riksdagen hos regeringen begär ett åtgärdsprogram för ögonskadade diabetiker i enlighet med motionens syften.

I motion 1981/82:1743 av Margareta Andrén (fp) och Åke Persson (fp) hemställs att riksdagen hos regeringen begär en förstärkning av reumatikervården och då främst genom en utökad utbildning av reumatologläkarna.

I motion 1981/82:1755 av Maj Pehrsson m. fl. (c) hemställs att riksdagen uttalar att man vid uppgörandet av de regionala sjukvårdsplanerna tar hänsyn till behovet av en ökning av antalet vårdplatser för reumatikersjuka barn.

I motion 1981/82:2070 av Gösta Bohman m. fl. (m) hemställs, såvitt nu är i fråga (yrkandena 2–4),

2. att riksdagen hos regeringen begär att möjligheterna att ytterligare koncentrera regionsjukvården utreds,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att forskningsarbetet inom främst sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) i större utsträckning bör syfta till rationalisering och "produktionskontroll",

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att ett säkrare underlag bör skapas för den fortsatta dimensioneringen av primärvården.

Yrkande 1 i motionen har behandlats i socialutskottets betänkande SoU 1981/82:35.

Grunddrag i utvecklingen av hälso- och sjukvården m. m.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen

Den 1 januari 1983 ersätts sjukvårdslagen (1962:242) av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), vilken antogs av riksdagen under förra riksmötet (prop. 1981/82:97, SoU 1981/82:51, rskr 1981/82:381). Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården – både den som bedrivs av offentliga vårdgivare och den som bedrivs av enskilda vårdgivare – skall enligt HSL vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Landstingskommunerna och kommunerna som inte ingår i en landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) får i förhållande till nuläget ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Sjukvårdshuvudmännen åläggs sålunda förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom miljöinriktade och individinriktade förebyggande åtgärder.

Ett antal krav på sjukvårdshuvudmännens hälso- och sjukvård har ställts upp i HSL. Hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patienternas självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Sjukvårdshuvudmännen åläggs vidare att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av vård.

Riktlinjer i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården m. m.

I proposition 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m. m. angavs vissa riktlinjer för ansvarsfördelningen mellan staten och de kommunala huvudmännen beträffande socialvården och hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer innebär att staten tillsammans med kommunerna och landstingskommunerna har ett gemensamt ansvar för socialvårdens och hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling och statens uppgifter är därvid 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.

Samtidigt med att HSL antogs godkände riksdagen riktlinjer i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården. Enligt dessa riktlinjer bör regeringen och riksdagen – mot bakgrund av statens uppgifter inom ramen för såväl den samlade välfärdspolitiken som samhällsekonomin – ha ansvaret för den övergripande centrala planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Ett nära och kontinuerligt samråd beträffande den övergripande centrala planeringen och samordningen skall finnas mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen och vara förankrat inom socialdepartementet med hänsyn till departementets övergripande ansvar för hälso- och sjukvården samt socialpolitik i övrigt.

En möjlig uppläggning av samrådsförfarandet mellan statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen kan enligt riktlinjerna vara att staten utarbetar förslag till ramar för hälso- och sjukvårdens utveckling, som kan uttryckas i olika alternativ och som 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 sjukvårdshuvudmännens långsiktiga planering. Med ledning av bl. a. sådana överenskommelser utarbetar sjukvårdshuvudmännen planer för den mer långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården.

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 sjukvårdshuvudmännens uppgifter bör ske i samverkan mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet och sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri).

I mitten av 1960-talet inrättades socialdepartementets sjukvårdsdelegation med uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. I sjukvårdsdelegationen finns företrädare både för sjukvårdshuvudmännen och för statliga myndigheter som har ansvar för hälso- och sjukvård, arbetsmarknad, utbildning och samhällsekonomi.

En sammanställning i siffror av 16 sjukvårdshuvudmäns principplaner för 10-årsperioden 1975–1985 m. m. för hälso- och sjukvården, folktandvården och omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda, som gjorts gemensamt av socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet, har redovisats i Spri rapport 5/76 Sjukvårdshuvudmännens planer till 1985– en sammanställning i siffror.

Socialstyrelsen har redovisat sina kommentarer till dessa planer m. m. i skriften Sjukvårdshuvudmännens planer till 1985 (Socialstyrelsen redovisar 1976:7).

Sjukvårdshuvudmännens femårsplaner ställs f. n. samman årligen i samarbete mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet och redovisas i s. k. LKELP-rapporter.

Byggnadsreglering och läkarfördelning

Genom bestämmelserna i lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd och kungörelsen (1971:1205) om byggnadstillstånd har staten möjlighet att styra byggandet inom bl. a. hälso- och sjukvården. Huvudmotiven för nämnda bestämmelser utgörs av strävanden att uppnå en konjunkturpolitisk utjämning av byggandet med hänsyn till främst sysselsättningen på byggnadsarbetsmarknaden. Lagen om byggnadstillstånd talar emellertid om att byggnadsreglering enligt lagen även skall kunna ske med hänsyn till andra väsentliga allmänna intressen.

Staten har vidare möjlighet att styra fördelningen av läkare. F. n. fordras det enligt bestämmelser i sjukvårdslagen i princip medgivande av socialstyrelsen för att inrätta läkartjänster för hälso- och sjukvårdande verksamhet hos landstingskommuner och primärkommuner. Villkoren för att inrätta

läkartjänster anges i den till sjukvårdslagen knutna sjukvårdskungörelsen (1972:676).

Socialstyrelsen beslutar hur många underläkartjänster (organiserade i s. k. block) som får finnas inom varje sjukvårdsområde för läkarnas allmäntjänstgöring, dvs. den läkartjänstgöring som är det första ledet i läkarnas vidareutbildning efter läkarexamen.

Socialstyrelsens prövning av frågor om inrättande av underläkartjänster (också organiserade i s. k. block) för läkarnas fortsatta vidareutbildning till specialistkompetens och om inrättande av tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning skall ske på grundval av för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Förslag till Läkarfördelningsprogrammet (LP) upprättas av socialstyrelsen i samråd med universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund och omfattar vanligtvis en period av fem år. Det revideras i princip vartannat år.

I de av riksdagen under förra riksmötet godkända riktlinjerna i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården ingår bl. a. riktlinjer i fråga om fördelningen av läkare. Dessa riktlinjer innebär i huvudsak följande.

I vart fall tills vidare är det 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, 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 förutskickade överläggningarna mellan staten och huvudmännen – skall tjäna som underlag för huvudmännens planering. Någon motsvarighet till den nuvarande bestämmelsen att landstingskommuner och primärkommuner skall ha socialstyrelsens medgivande för att få inrätta läkartjänster behövs inte i hälso- och sjukvårdslagen. En sådan bestämmelse vad gäller vidareutbildade läkare kan f. ö. mot bakgrund av det ökande antalet läkare antas vara av mindre betydelse på längre sikt.

Inom sjukvårdsregionerna bör samråd ske i syfte att en balanserad fördelning av läkarresurserna inom regionerna sker mellan bl. a. regionsjukvård, länssjukvård och primärvård.

Den centrala planeringen av läkarutvecklingen bör även omfatta läkarresurser för privatpraktik, annan enskild hälso- och sjukvård och företagshälsovård. Om det visar sig nödvändigt för att uppnå en lämplig framtida fördelning får andra medel för att styra utvecklingen övervägas.

Det föreslagna läkarfördelningssystemet innebär ingen ändring beträffande planeringen av läkarnas vidareutbildning. Socialstyrelsen har således att i fortsättningen fastställa block för allmäntjänstgöring och fortsatt vidareut-

bildning mot bakgrund av läkarfördelningsprogrammet och i samråd med huvudmännen och Läkarförbundet.

Genom läkarfördelningsprogrammen har man sökt styra nytillkommande läkarresurser till de verksamhetsområden där de bäst behövs. Bristen på läkare har emellertid medfört svårigheter att rekrytera läkare till mindre attraktiva verksamhetsområden och orter och lett till en både verksamhetsmässig och geografisk snedfördelning av läkarresurserna.

År 1979 vidtogs vissa åtgärder för att sjukvårdshuvudmännen skulle få bättre möjligheter att på lika villkor få tillgång till de knappa läkarresurserna. I en inom Landstingsförbundet utarbetad och vid Landstingsförbundets kongress år 1979 framlagd skrift, Solidarisk läkarförsörjning – möjligheter och begränsningar, presenterades förslag till sådana åtgärder. Landstingsförbundets kongress beslutade uppdra åt styrelsen för förbundet att efter viss ytterligare beredning av frågan rekommendera sjukvårdshuvudmännen att vidta i skriften föreslagna åtgärder. På grundval av den fortsatta beredningen av frågan och en under hösten 1979 träffad överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Läkarförbundet utfärdade Landstingsförbundet i november 1979 ett cirkulär om åtgärder för en förbättrad läkarförsörjning. I cirkuläret rekommenderas sjukvårdshuvudmännen att (1) begränsa antalet ansökningar om nya läkartjänster under åren 1980 och 1981 för att en bättre balans skulle uppnås mellan antalet läkartjänster och antalet vidareutbildade läkare, (2) på visst sätt effektivisera vidareutbildningssystemet för läkare samt (3) intensifiera arbetet med översyn av organisationen för jour och beredskap för att en successiv reducering av vikariebehovet skulle åstadkommas. Enligt cirkuläret borde nya läkartjänster få inrättas endast för verksamhetsområdena öppen vård vid vårdcentral, långtidssjukvård/rehabilitering och psykiatri.

I läkarfördelningsprogrammen för ettvart av åren 1981 och 1982 har antalet tjänster som skall få inrättas för vidareutbildade läkare begränsats till 175 tjänster med följande fördelning, nämligen för enbart öppen somatisk vård 150, för psykiatri 15 samt för långtidssjukvård/rehabilitering 10. I läkarfördelningsprogrammet för år 1983 har antalet tjänster för vidareutbildade läkare som skall få inrättas ökats till 400, nämligen för öppen somatisk vård 200, för huvudsakligen sluten somatisk vård 175, för psykiatri 15 och för långtidssjukvård/rehabilitering 10.

Pågående strukturförändring inom hälso- och sjukvården

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen för sjukhusorganisationen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en ändrad struktur av sjukvården. Den öppna vården utanför sjukhus ställdes därvid i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare, och en rad reformer har genomförts för att förstärka denna vård.

Grundläggande för pågående utveckling inom hälso- och sjukvården är ett

Rättelse: S. 5, efter rad 34 Tillkommer: långtidssjukvård/rehabilitering 10.

principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80), som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1). I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med *uppdelning av verksamheterna på primärvård, länssjukvård och regionsjukvård.* Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och vid sjukhem. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande centrallasaretten) och vid länsdelssjukhus (motsvarande normallasaretten) – samt på regionsjukvården (vid regionsjukhus).

Med primärvård avses i HS 80 all hälsovård och all sjukvård som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Primärvården skall primärt svara för såväl det kroppsliga som det psykiska hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde och omfatta den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långtidssjukvård. Temporärt, när primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder som erfordras beträffande viss patient, skall ansvaret för patienten övergå till läns- eller regionsjukvården. Så snart man där anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Vårdresurserna skall tillhandahållas i första hand vid vårdcentraler och sjukhem. Sjukvårdsområdena skall uppdelas på ett antal primärvårdsområden av varierande storlek, vilka formellt skall motsvara sjukvårdslagens läkardistrikt.

Hälsovården föreslås bli i princip helt integrerad med sjukvården. Till primärvårdsuppgifterna avses även höra uppgifter inom omgivningshygien, livsmedelshygien, den allmänna hälsovården (hälsoskyddet) samt smittskyddet. Hälsovårdsupplysning, aktiv medverkan i skyddet mot miljöfaktorer som hotar invånarnas hälsa och uppsökande verksamhet, främst i form av hälsokontroller inriktade på särskilt utsatta grupper, förutsätts vara uppgifter för primärvården.

Primärvården förutsätts skola nära samarbeta med socialtjänsten.

Förutom läkare för allmänmedicin avses även läkare med annan specialistkompetens tjänstgöra inom primärvården.

Den s. k. distriktsvården med distriktssköterskor faller helt inom primärvården och skall utgöra en av de väsentligaste komponenterna i denna. Även sjuksköterskor med annan vidareutbildning förutsätts få uppgifter inom primärvården liksom undersköterskor samt arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster och annan personal.

Det förutsätts att personal av olika kategorier skall bilda vårdlag, bl. a. för hemsjukvård.

Inom ramen för HS 80-arbetet har socialstyrelsen redovisat strukturprogram inom flera delsektorer av hälso- och sjukvården avsedda att vara till hjälp och vägledning i planeringssammanhang för sjukvårdshuvudmännen m. fl. Sålunda har redovisats principprogram för långtidssjukvård (Social-

styrelsen anser 1976:3), principprogram för medicinsk rehabilitering (Socialstyrelsen anser 1978:3), riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser 1980:2) och allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården.

Socialstyrelsen har vidare sammanställt planeringsunderlag för sektorer av hälso- och sjukvården i form av sektorprogram.

Om närmare riktlinjer för primärvården, länssjukvården och regionsjukvården

Mot bakgrund av att det konstaterats att ett allt större behov förelåg av samverkan mellan sjukvårds- och socialvårdshuvudmännens planering och löpande verksamhet beslutade socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Spri år 1976 att genomföra ett gemensamt utvecklingsarbete främst inriktat på *primärvård,* äldreomsorger samt samverkan mellan landstingskommuner och kommuner. Arbetet inleddes med förstudier avseende nämnda tre områden. Resultaten av förstudierna presenterades år 1977 i skriften Primärvård-äldreomsorger-samverkan. Härefter har följt ett utredningsarbete som syftat till att ge de lokala huvudmännen ett så konkret underlag som möjligt för planeringen i första hand till mitten av 1980-talet. Resultatet av detta utredningsarbete presenterades år 1978 i sex skrifter, nämligen (1) Primärvård – innehåll och utveckling, (2) Sjukvård i hemmet – social hemtjänst, (3) Boende, service och vård för äldre, (4) Långtidsvård i samverkan, (5) Omhändertagande av åldersdementa samt (6) Dagsjukvård inom primärvården. Skrifterna har utsänts till sjukvårds- och socialvårdshuvudmännen för att användas som underlag för deras planering inom de i skrifterna redovisade områdena. I skrifterna utgår man från den i principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet rekommenderade strukturen för hälso- och sjukvården.

Frågor om bl. a. omfattningen av *länssjukvården* behandlas inom ramen för det s. k. HS 90-arbetet, vilket redovisas i det följande (s. 8 och 9).

Som också redovisas i det följande (s. 10 och 11) godkände riksdagen under 1980/81 års riksmöte riktlinjer för den framtida *regionsjukvården.*

Läkarutbildningen

Läkarnas *grundutbildning* omfattar fem och ett halvt år och avslutas med läkarexamen. Efter grundutbildningen följer som ett första led i läkarnas *vidareutbildning* allmäntjänstgöring (AT) på underläkartjänster om 21 månader, varav sex månader i kirurgi, sex månader i medicin, tre månader i psykiatri och sex månader i allmänläkarvård. Vid allmäntjänstgöringens slut erhålls legitimation som läkare. Härefter följer fortsatt vidareutbildning (FV) till specialistkompetens, som tar från fyra till fem och ett halvt år.

Specialistkompetens kan erhållas i ett 40-tal medicinska specialiteter. Specialistutbildningen omfattar dels huvudutbildning om mellan tre och fem års tjänstgöring som i allmänhet fullgörs helt inom specialiteten, dels sidoutbildning om mellan ett halvt och ett och ett halvt års tjänstgöring som fullgörs inom verksamhetsområde som är av betydelse för den sökta kompetensen. Även den fortsatta vidareutbildningen fullgörs på underläkartjänster. Förordnandena på underläkartjänster för allmäntjänstgöring och för specialistutbildning är utformade som s. k. blockförordnanden (AT-block resp. FV-block), som innefattar samtliga erforderliga tjänstgöringar.

Bestämmelser om tjänstgöring för vinnande av legitimation och specialistkompetens finns i kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket.

Specialistkompetens utgör i princip *behörighetskrav* för högre läkartjänster än underläkartjänster. Underläkartjänsterna skall vara förbehållna läkare som genomgår vidareutbildning (AT och FV). Ordningen för fördelning av läkare har redovisats ovan (s. 3 – 5).

Den framtida inriktningen av hälso- och sjukvårdens insatser

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade i juni 1978 att ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav för nämnda tidsperiod och vara avvägt mot begränsningar i samhällsekonomin och tillgången på personal som successivt anges eller förväntas. För att leda utredningsarbetet tillsattes en styrgrupp med företrädare för staten och Landstingsförbundet. Socialstyrelsen svarar för det praktiska utredningsarbetet.

Under utredningsarbetet skall bl. a. beaktas att hälso- och sjukvården inte skall fungera enbart som mottagare av vårdsökande. En utgångspunkt skall vara att hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – utifrån sin kunskap om hälsoproblemens uppkomst och orsaker aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

Utredningsarbetet har indelats i två etapper. Under den första etappen har arbetet inriktats på att man skall redovisa och analysera olika områden av betydelse för inriktningen av det fortsatta utredningsarbetet. Inom ramen för den första etappen har en rad underlagsstudier tagits fram, av vilka flertalet redovisats år 1981 i följande tre volymer i SOU-serien, nämligen Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1), Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2) samt Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3).

I den tillsammans med ovannämnda volymer framlagda skriften Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4) har redovisats bl. a. av socialdepartementets sjukvårdsdelegation år 1980 godkända riktlinjer för den andra etappen i utredningsarbetet. Generella utgångspunkter för utredningsarbetet i denna etapp skall vara (1) att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, (2) att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt (3) att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Redovisning för det fortsatta HS 90-arbetet beräknas komma att framläggas under år 1984.

Underlag för dimensionering av primärvården

Motionsmotivering

I motion 1981/82:2018 (m), vilken innehåller motiveringen till yrkande 4 i motion 1981/82:2070 (m), anförs bl. a. att en vid vårdcentralen i Dalby framlagd avhandling visar att antalet öppenvårdsbesök per invånare och år stabiliserats vid ca 2,3. Detta antyder, anförs det vidare, att det av socialstyrelsen hittills använda planeringstalet 3,5 kan ligga för högt, vilket kan få stora konsekvenser för resursplaneringen. Motsvarande undersökningar bör, framhålls det, göras i andra delar av landet så att ett säkrare underlag skapas för den framtida dimensioneringen av primärvården.

Hälso- och sjukvårdslagen

I specialmotiveringen (prop. 1981/82:97 s. 122 och 123) till den förutnämnda bestämmelsen i den nya hälso- och sjukvårdslagen om att sjukvårdshuvudmännen skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av vård framhålls bl. a. att syftet med sjukvårdshuvudmannens planering skall vara att tillgodose behov av hälso- och sjukvård hos dem, för vilka sjukvårdshuvudmannen har en skyldighet att tillhandahålla sådan vård och att sjukvårdshuvudmannen själv avgör hur detaljerade planer som skall upprättas och vilken tid planerna skall avse.

HS 90-arbetet

Enligt riktlinjerna för det fortsatta HS-arbetet skall detta arbete bl. a. inriktas mot att belysa möjligheter och begränsningar i att kartlägga och analysera befolkningens hälsotillstånd som underlag för planering och beslut avseende inriktning och fördelning av hälso- och sjukvårdens insatser.

Därvid skall särskilt uppmärksammas behovet av åtgärder inom vårdområdet som ökar möjligheterna att alla som bor i landet får del av hälso- och sjukvården på lika villkor. Med anledning härav ingår i HS 90-arbetet ett projekt som kallas Hälsodata som planeringsunderlag.

Enligt riktlinjerna för det fortsatta HS 90-arbetet bör vidare strukturmodellen för hälso- och sjukvården enligt HS 80 vidareutvecklas. Detta utvecklingsarbete skall i första hand gälla avvägningen mellan länssjukvård och primärvård samt överväganden avseende det flerregionala samarbetet. Vidare bör HS 80:s strukturmodell vidareutvecklas så att faktorer som påverkar arbetsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdssystemet och befolkningens eget ansvar kan beaktas. I anslutning härtill anförs i riktlinjerna följande.

Mot denna bakgrund är det särskilt angeläget att klarlägga länssjukvårdens arbetsuppgifter, organisation och samverkan med primär- och regionsjukvården. Stor uppmärksamhet bör ägnas möjligheterna att begränsa länssjukvården för att därigenom öka förutsättningarna att inom snäva finansiella och personella resursramar säkerställa en planerad utbyggnad av primärvården. I detta arbete bör olika alternativ för länssjukvårdens dimensionering och arbetsuppgifter utarbetas. Vidare bör analyseras orsaker till länssjukvårdens olika omfattning inom skilda landsting samt hinder för att överföra resurser från länssjukvård till primärvård. Konkreta förslag till åtgärder som kan underlätta för huvudmännen att säkerställa eftersträvade förändringar av vårdstruktur och vårdinnehåll bör redovisas. Särskilt bör beaktas förutsättningar och metoder att genom omprioriteringar inom hälso- och sjukvårdssektorn genomföra olika vårdpolitiska förändringar. Därvid bör också konsekvenserna för vårdorganisationens innehåll och uppbyggnad av den medicinskt-tekniska utvecklingen analyseras.

Koncentration av viss regionsjukvård

Motionsmotivering

I motion 1981/82:2018 (m) anförs som motivering till yrkande 2 i motion 1981/82:2070 (m) bl. a. att man bör eftersträva ytterligare sammanslagning av små regionsjukvårdsspecialiteter till eventuellt endast två eller tre sjukhus i landet för att utnyttja högkvalificerade resurser på ett rationellt sätt och för att erhålla kompetens och skicklighet inom smala specialiteter. Sammanslagning bör enligt motionärerna övervägas inom t. ex. thoraxkirurgi, brännskadebehandling och transplantationskirurgi. Samverkan med övriga nordiska länder kan på vissa områden vara särskilt befogad, anförs det vidare.

Riktlinjer för den framtida regionsjukvården m. m.

Riksdagen godkände under 1980/81 års riksmöte *riktlinjer för den framtida regionsjukvården* (prop. 1980/81:9, SoU 1980/81:6, rskr 1980/81:123). Enligt

dessa riktlinjer skall landet för högspecialiserad vård och för vård som kräver samverkan mellan flera sjukvårdshuvudmän vara indelat i sex sjukvårdsregioner, nämligen Umeåregionen, Uppsala-Örebroregionen, Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Göteborgsregionen och Lund-Malmöregionen. Regionsjukvården beräknas år 1985 omfatta ca 2 750 – ca 3 150 vårdplatser inom närmare 30 medicinska verksamhetsområden (se SoU 1980/81:6 s. 6–9). Resurserna vid regionsjukhusen/klinikerna avses även utnyttjas för öppen vård och för olika former av konsultationer.

En koncentration av regionenheterna för vissa medicinska verksamhetsområden har förutsatts. Enligt riktlinjerna anses det nödvändigt att koncentrera antalet enheter för barnkirurgi, thoraxkirurgi (thorax = bröstkorg) och transplantationskirurgi till fyra platser i landet. Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar, särskilt tropiska infektionssjukdomar, samt specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser. Den högspecialiserade brännskadevården bör koncentreras till två platser och i första hand organiseras inom ramen för plastikkirurgi. Operativ behandling av vissa medfödda och komplicerade hjärt- och kärlsjukdomar hos barn bör kunna koncentreras till en eller två platser. Andra typer av högspecialiserad sjukvård, t. ex. dövpsykiatri, bör slutligen kunna ha hela landet som upptagningsområde.

I samband med att riktlinjerna för den framtida regionsjukvården godkändes intogs i sjukvårdslagen ett bemyndigande för regeringen att föreskriva att riket skall indelas i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera sjukvårdshuvudmän och ett åläggande för sjukvårdshuvudmännen att samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Motsvarande bestämmelser har intagits i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt riktlinjerna bör det ankomma på sjukvårdshuvudmännen själva att överenskomma om hur planeringssamverkan skall läggas upp och genomföras samt om inriktningen och omfattningen av samarbetet inom och mellan regionerna. Det förordas emellertid att en samordning av de regionala planerna sker på riksnivå genom socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Genomförandet av de förändringar av regionsjukvården som riktlinjerna innebär förutsätts vara i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Det förordas att Landstingsförbundet utfärdar rekommendationer beträffande utformningen av regionsjukvårdsavtal samt initierar ett riksavtal.

Slutande av avtal, konstituering av samverkansorgan och utarbetande av regionsjukvårdsplaner beräknades kräva en tid av fyra till fem år från det riksdagen godkänt riktlinjerna m. m.

Som redovisats om HS 90-arbetet i ett föregående avsnitt i betänkandet skall detta arbete bl. a. omfatta överväganden avseende det flerregionala samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen.

Thoraxkirurgi bedrivs i vårt land vid sex kliniker, nämligen vid Malmö allmänna sjukhus, Lunds lasarett, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Karolinska sjukhuset, regionsjukhuset i Örebro samt akademiska sjukhuset i Uppsala. Klinikerna i Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala har fullständig verksamhet.

Sedan det visat sig att dittillsvarande planeringsunderlag för utvecklingen av hjärt- och lungkirurgin var i behov av revidering överenskoms vid en konferens i Uppsala i september 1980 – till vilken företrädare för socialdepartementet, Landstingsförbundet och sjukvårdshuvudmän med region/undervisningssjukhus inbjudits – att experter utsedda av resp. huvudman skulle medverka i ett projekt under socialstyrelsens ledning med uppgift att presentera ett reviderat planeringsunderlag för i första hand throraxkirurgins fortsatta utveckling. Resultatet av projektet redovisades i september 1981 i socialstyrelsens expertrapport *Thoraxkirurgisk verksamhet 1981–1985* med undertiteln Utvecklingen under 1970-talet som grund för framtida planering. I expertrapporten diskuteras omdisponering av de thoraxkirurgiska resurserna i Malmö och Örebro till de fyra övriga klinikerna.

Expertrapporten har remissbehandlats. Inom socialstyrelsen förbereds f. n. allmänna råd om thoraxkirurgisk verksamhet på grundval av expertrapporten och remissbehandlingen av denna.

Visst beslut vid Landstingsförbundets kongress år 1982

Mot bakgrund bl. a. av att riksdagens beslut om regionsjukvården förutsatte en bättre samordning av den högspecialiserade vården – såväl inom sjukvårdsregionerna som mellan dem – och av vad som förekom vid en konferens hösten 1981, då ledande politiska företrädare för sjukvårdshuvudmännen samlats för att diskutera 1980-talets problem, uppdrog Landstingsförbundets styrelse åt sitt presidium att ta kontakt med sjukvårdsregionernas samverkansorgan (samverkansnämnder) för diskussioner om en ökad samordning inom regionsjukvården.

I en skrift kallad Vårdpolitiskt reformarbete i en hårdnande ekonomi, som Landstingsförbundets styrelse förelade Landstingsförbundets tjugoåttonde ordinarie kongress år 1982, framhölls bl. a. att det var nödvändigt med en mer effektiv samordning inom sjukvårdsregionerna och att det var naturligt att denna till en början koncentrerades till den högspecialiserade vården och till en översyn av vårdplatser och befintliga fysiska resurser. Det förutsattes att Landstingsförbundet skulle ta på sig rollen som samordnare av den flerregionala planeringen för att få till stånd ett effektivt resursutnyttjande.

Landstingsförbundets kongress beslutade uppdra åt Landstingsförbundets styrelse att fortsätta arbetet med planeringsfrågorna enligt den i skriften lämnade redovisningen.

Inriktningen av forsknings- och utvecklingsarbetet hos Spri m. m.

Motionsmotivering

I motiveringen i motion 1981/82:2018 (m) till yrkande 3 i motion 1981/82:2070 (m) anförs bl. a. att det för hälso- och sjukvården troligen inte enbart är negativt att stagnerade samhällsresurser nu framtvingar en bättre uppföljning beträffande resursanvändningen inom sjukvården. Spri bör enligt motionärerna ha en viktig samordnande funktion, och tonvikten bör förskjutas från planering till rationalisering. Spri, anförs det vidare, har nyligen tagit initiativ till ett nytt samordningsorgan mellan Landstingsförbundet, medicinska forskningsrådet och socialstyrelsen för att få fram objektiv information kring olika medicinska teknologiers för- och nackdelar, kostnader, risker och nytta. Liknande initiativ bör enligt motionärerna tas på flera områden.

Spris uppgifter m. m.

Spri har till uppgift att främja, samordna och medverka i huvudmännens planerings- och rationaliseringsverksamhet inom hälso- och sjukvården samt socialvården. Huvudmännen för Spri är staten och Landstingsförbundet.

Enligt Spris arbetsprogram för år 1982 är en huvuduppgift för Spri att utifrån den nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner hjälpa sjukvårdshuvudmännen att förbättra vården inom ramen för befintliga eller – för vissa delar av vården – krympande resurser.

I arbetsprogrammet ingår bl. a. satsningar på två arbetsområden med inriktning på utvärdering och effektivisering inom hälso- och sjukvården.

Det ena arbetsområdet omfattar frågor om resursdimensionering, resursutnyttjande, organisation och ekonomi på landstingsnivå. I arbetsområdet ingår ett projekt kallat Avveckling för utveckling – metoder för omprövning och förändring av sjukvårdsresurser.

Det andra arbetsområdet omfattar hälsoekonomiska bedömningar av medicinska teknologier i vid mening.

Prioritering av forskningen inom sjukvårdsområdet

Riksdagen behandlade under förra riksmötet förslag, som framlagts i prop. 1981/82:106 om forskning m. m., om övergripande prioriteringar inom forskningsområdet, m. m. (UbU 1981/82:37, rskr 1981/82:397).

Bland forskningsområden som enligt riksdagens beslut skall prioriteras ingår forskning om sjukvården som system. I propositionen anfördes om detta forskningsområde bl. a. följande.

Såväl hälso- och sjukvården som socialvården genomgår f. n. en genomgripande förändring i samband med ny lagstiftning. Ett fullföljande av denna kommer att ställa stora krav på FoU-insatser inom den sociala sektorn under

de närmaste åren. Mot denna bakgrund finns starka motiv att prioritera bl. a. primärvårdsforskning och forskning i ämnet socialt arbete samt forskning rörande effekterna av sociala och hälsopolitiska reformer. Inriktningen av hälso- och sjukvården genomgår f. n. en förändring mot en kraftigare betoning av förebyggande verksamhet. För att förebygga uppkomsten av ohälsa krävs bl. a. kunskaper och analys av olika sjukdomsframkallande miljöfaktorer, både sådana som påverkar den fysiska och psykiska hälsan. Miljömedicinsk forskning i bred bemärkelse är därför mycket angelägen.

Ansvaret för forskning om strukturella förhållanden inom hälso- och sjukvårdsområdet skall enligt riksdagens beslut ligga hos delegationen för social forskning (DSF). Delegationen stöder bl. a. ett antal projekt som avser sjukvårdens planering, organisation och/eller personalfrågor.

Ett åtgärdsprogram för ögonskadade diabetiker

Motionsmotivering

I motion 1981/82:554 (fp) anförs bl. a. att vitrektomi – operation i ögats glaskropp – har blivit svårt synskadades och blinda diabetikers sista hopp men att resurserna inom ögonsjukvården inte räcker till för att alla de som behöver opereras skall få genomgå behandling i tid.

Motionärerna framhåller att – om våra resurser, specialapparater och utbildade läkare ej räcker till för denna viktiga operationsverksamhet – det av humanitära och samhällsekonomiska skäl är nödvändigt att socialdepartementet och socialstyrelsen tillsammans med sjukvårdshuvudmännen gör en insats inom detta område.

Övergripande utredning om synvårdens innehåll och organisation

Inom socialstyrelsen pågår ett utredningsarbete om synvårdens innehåll och organisation, vilket syftar till att ett s. k. sektorprogram skall utarbetas för denna vårdsektor. Avsikten är att utredningsresultatet skall kunna ligga som grund för hälsopolitiska och andra socialpolitiska ställningstaganden vid planering av synvård på längre sikt på såväl lokal, regional som riksnivå. Under utredningsarbetet skall bl. a. redovisas behovet av personal och utbildning av personal inom sektorn. Utredningarbetet skall inledas med en nulägesinventering, varvid bl. a. särskilt utsatta grupper skall beskrivas. Härefter skall bl. a. förväntade eller möjliga förändringar av synvården på 10–15 års sikt beskrivas ur olika synvinklar, nämligen ur teknisk-vetenskaplig, demografisk, social och epidemiologisk synvinkel.

Utredningsarbetet har redovisats i två expertrapporter. Expertrapport 1 Ögonvård och syncentraler framlades år 1979, och i denna behandlas sjukvårdens uppgifter inom synvården. Expertrapport 2 Synskadade och samhället framlades i början av år 1982, och i denna behandlas sådan synvård som ligger utanför sjukvårdens område.

Expertrapporterna har remissbehandlats. Socialstyrelsen kommer på grundval av expertrapporterna och remissbehandlingen att presentera sina överväganden beträffande sektorprogram för synvården under första halvåret 1983.

Socialstyrelsens uppdrag beträffande glaskroppskirurgi

Socialstyrelsen uppdrog genom beslut i juni 1982 åt professorerna Sven Erik Nilsson och Ragnar Törnquist att såsom experter beskriva indikationer för och resultat av glaskroppskirurgi särskilt vid diabetes, analysera incidens och prevalens av patienter lämpade för sådan kirurgi samt ge synpunkter för denna kirurgityps organisation, dimensionering och utbildningskonsekvenser.

Anm. Incidens=det relativa antalet inträffade fall av en sjukdom under en viss tidsperiod. Prevalens= det relativa antalet sjuka i en viss sjukdom inom en viss befolkning vid en given tidpunkt.

Rapporter av experterna beräknas kunna sändas ut till sjukvårdshuvudmännen inom kort.

Tidigare riksdagsbehandling

I en under *1980/81 års riksmöte* väckt motion framhölls bl. a. att ett stort antal diabetiker skulle behöva genomgå ögonoperation för att undgå att bli blinda men att det var ytterst få svenska ögonkirurger som var utbildade i den operationsteknik – vitrektomi – som var aktuell. I motionen framhölls vidare att utbildningen av ögonläkare därför borde ses över, och det begärdes en översyn av ögonläkarutbildningen. På förslag av socialutskottet i betänkande SoU 1980/81:19 (p. 15) avslog riksdagen motionen. Utskottet anförde bl. a. följande.

Som underlag för sina i betänkandet (SOU 1978:70) Regionsjukvården redovisade överväganden tog den år 1974 tillkallade regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07) fram ett omfattande material om olika medicinska verksamhetsområden genom ett särskilt projekt RIA (Regionsjukvårdens innehåll och omfattning), vilket redovisades i bilagor (SOU 1978:71 och 72) till betänkandet. I redovisningen av materialet om ögonsjukvård (SOU 1978:72 s. 269–283) anfördes bl. a. att den vitreo-retinala kirurgin (kirurgiska ingrepp på glaskropp och näthinna) i samband med mera komplicerade fall av näthinneavlossning, diabetes etc. befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede, som kommer att fortsätta under ett flertal år framåt. En koncentration inom en snar framtid av verksamheten inom detta område till regionsjukhusen ansågs vara den enda realistiska och rationella lösningen. En särskild expertgrupp inom RIA-projektet, som studerat ögonläkarutbildningen i England, föreslog i en rapport att en uppdelning av den svenska ögonläkarutbildningen i en ögonmedicinsk och i en ögonkirurgisk specialistutbildning på en och samma nivå borde övervägas. Regionsjukvårdsut-

redningen ansåg att tanken på en sådan uppdelning av ögonläkarutbildningen borde utredas vidare och överlämnande expertgruppens rapport till en utredning som nämden för läkares vidareutbildning (NLV) år 1978 tillsatt för att göra en översyn av bestämmelserna om allmänläkarkompetens och specialistkompetens (NLV:s översynsutredning). Denna utredning beräknas kunna redovisa överväganden om läkarnas specialistutbildning under innevarande år.

Då frekvensen av diabetes ökar och förändringar i bl. a. ögats näthinna tillhör komplikationerna vid denna sjukdom är det enligt utskottets mening angeläget att möjligheterna att behandla dessa komplikationer förstärks. Med hänsyn till de initiativ som enligt den lämnade redovisningen tagits beträffande ögonläkarutbildningen och som enligt utskottets mening tillgodoser syftet med motion 1980/81:713 bör motionen inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Motionen avstyrks således.

Dåvarande statsrådet Karin Ahrland besvarade den 13 maj 1982 en under *1981/82 års riksmöte* väckt fråga (1981/82:357) om vilka åtgärder hon hade för avsikt att vidta för att underlätta för diabetiker att i tid förebygga av sjukdomen betingade allvarliga synskador.

Statsrådet beskrev i sitt svar (prot. 1981/82:147 s. 8–10) de två metoder – fotokoagulation och glaskroppskirurgi – med vilka patienter med de i frågan aktuella synskadorna behandlas. Om glaskroppskirurgi anförde hon bl. a. följande.

För en större blödning i glaskroppen, som försämrar ögats funktion, fanns det tidigare ingen lämplig behandling att erbjuda. Numera är det möjligt att i vissa fall operera bort den genomblödda glaskroppen genom s. k. glaskroppskirurgi. Väntetiderna för en sådan operation kan tyvärr fortfarande vara långa. Det kan förekomma att patienter söker sig utomlands för behandling. Socialstyrelsen avser att särskilt studera detta ämne i år.

– – –

Den metod som kallas glaskroppskirurgi och som kanske är den som har föranlett Mårten Werners fråga är, som jag sade, en mycket ny metod. Den tillämpas ännu så länge bara vid några av de större sjukhusen i landet. Orsaken till det är, Blenda Littmarck, att resurserna fortfarande är mindre än vad som motsvaras av efterfrågan. Detta beror i sin tur på att metoden är relativt ny och att hittills endast ett fåtal ögonläkare har skaffat sig tillräckliga kunskaper för att kunna praktisera den. Det finns inte någon som helst ovilja i det här fallet från myndigheternas sida, så att man skulle vägra patienter att få behandling, men eftersom vi inte har tillräckligt många läkare med denna specialitet, så uppstår det väntetider. Det är därför socialstyrelsen nu skall studera detta, och ambitionen är naturligtivs att så många läkare som möjligt skall kunna skaffa sig den här utbildningen.

Blenda Littmarck frågade också om man i sådana här fall kunde flytta patienter mellan olika sjukhus i landet. Jag har fått uppgiften att det förekommer samarbete här mellan landstingen.

Utbyggnad av reumatikervården

Motionsmotiveringar

I *motion 1981/82:1743 (fp)* anförs bl. a. följande.

Det beräknas att ungefär 80 000 personer i vårt land lider av reumatiska sjukdomar i en allvarligare form. Under senare år har reumatologins vårdområde vidgats till att omfatta sjukdomar i rörelseorganen i en vidare bemärkelse. Bland de reumatiska sjukdomarna i denna vidare bemärkelse dominerar – förutom inflammatoriska ledsjukdomar – ryggsjukdomar och artros. De reumatiska sjukdomarna har också under senare år ökat kraftigt.

Allt fler landsting har redan inrättat eller kommer att inrätta särskilda reumatologiska kliniker. På vissa orter är köerna mycket långa när det gäller reumatologisk behandling. Detta beror i första hand på brist på läkare. Det är därför synnerligen angeläget att öka utbildningen av läkare inom denna specialitet. Även om antalet läkare ökat något på senare år är behovet långt ifrån tillgodosett.

Det är därför mycket angeläget att det pågående utredningsarbetet inom detta område påskyndas och slutförs så snart som möjligt. När ett sektorprogram för vårdområdet rörelseorganens sjukdomar föreligger bör detta resultera i att reumatikervården förstärks kraftigt. Ökad utbildning av reumatologläkare är då av största betydelse för att vi skall komma till rätta med denna folksjukdom.

I *motion 1981/82:1755 (c)* anförs bl. a. följande.

Antalet reumatiskt sjuka barn i vårt land uppgår i dag till ungefär 3 000 och man räknar med att ytterligare ca 150 fall av kronisk ledgångsreumatism hos barn tillkommer varje år. Av dem behöver åtminstone 75 % reumatologisk specialistvård under längre tid, vilket motsvarar 30–35 vårdplatser.

I dag finns det endast 18–20 vårdplatser för reumatologiska barn, nämligen vid den barnreumatologiska enheten vid regionsjukhuset i Lund. Det ringa antalet vårdplatser medför att väntetiden kan bli mellan ett och två år, om det inte rör sig om ett akut fall. Enligt en nyligen färdigställd vårdutredning behövs det, förutom den i Lund, ytterligare en specialavdelning, omfattande 8–10 platser.

– – –

Mycket viktigt är också att vården decentraliseras. I dag måste barn från hela landet bahandlas vid enheten i Lund. Detta medför givetvis i många fall stora påfrestningar både för barnen själva och för föräldrarna, eftersom barnen kanske under en längre tid måste vistas långt borta från hemmet. Vid en decentralisering och utbyggnad torde t. ex. Stockholm och Umeå kunna komma i fråga.

Initiativ av socialutskottet beträffande reumatikervården

Under 1977/78 års riksmöte väcktes ett antal motioner om utbyggande av reumatikervården – bl. a. med förslag om inrättande av vårdplatser för barnreumatiker vid regionsjukhuset i Umeå. Inför behandlingen av motionerna anordnade utskottet i april 1978 ett sammanträffande med företrädare

för socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet och Riksförbundet mot reumatism, varvid frågor om reumatologisk vård belystes. Företrädarna för socialstyrelsen och Landstingsförbundet framhöll bl. a. att de var medvetna om att särskilda insatser måste göras i fråga om reumatikervården. Företrädarna för socialstyrelsen framhöll vidare att socialstyrelsen i syfte att komplettera principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet förberett ett utvecklingsarbete om vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar samt lämnande information om syftet med detta utvecklingsarbete.

Utskottet framhöll vid behandlingen av motionerna bl. a. att det fanns starka skäl för att den reumatologiska vården ägnades särskild uppmärksamhet vid den fortsatta strukturomvandlingen och utbyggnaden av hälso- och sjukvården, att det var angeläget att socialstyrelsens utredningsarbete om rörelseorganens sjukdomar sattes i gång utan dröjsmål och bedrevs med skyndsamhet samt att utredningsarbetet bedrevs i nära kontakt med de för planeringen och utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal ansvariga myndigheterna. Utskottet framhöll vidare att särskilda resurser i olika delar av landet för behandling och vård av reumatiskt sjuka barn tedde sig mycket angelägna. Utskottets betänkande i ärendet, SoU 1978/79:6, behandlades av riksdagen i början av 1978/79 års riksmöte, varvid riksdagen på förslag av utskottet beslutade ge regeringen till känna vad utskottet anfört beträffande reumatikervården (rskr 1978/79:7).

Med anledning av riksdagens beslut beslutade regeringen i januari 1979 att uppdra åt socialstyrelsen att i enlighet med vad utskottet anfört skyndsamt utarbeta sektorprogram för vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar och därvid överväga bl. a. vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra rekryteringen av läkare och annan personal till ifrågavarande områden. Regeringen överlämnade utskottets betänkande och riksdagens skrivelse i övrigt till socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Socialstyrelsens utredning om ett sektorprogram avseende rörelseorganens sjukdomar

Inom socialstyrelsen har igångsatts ett utredningsarbete som skall omfatta planering från såväl medicinsk som social synpunkt av vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar och som skall syfta till ett s. k. sektorprogram för denna vårdsektor. Utredningsarbetet inleddes med en delstudie under tiden fram till sommaren 1979. Sektorprogrammet avses skola ligga till grund för hälso-, sjuk- och socialvårdspolitiska ställningstaganden samt tjäna som underlag för huvudmännens planering. Inom programmet skall man analysera och lämna förslag beträffande bl. a. organisation och avgränsning av vårdsektorn samt samverkan inom denna mellan primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Vidare skall behovet av medicinska och sociala åtgärder inom vårdsektorn redovisas. Utredningsarbetet bedrivs i en arbetsgrupp för

primärvårdsfrågor samt i fyra expertgrupper för läns- och regionsjukvårdsfrågor. Expertgrupperna skall bl. a. beskriva de aktuella sjukdomarna och behandlingsinsatser för dem, uppmärksamma förebyggande åtgärder avseende såväl miljö som individ, ange den kompetens som erfordras och de personalkategorier som kan komma i fråga inom de olika områdena. Områden inom vilka kunskaper f. n. saknas skall anges, och behovet av förändringar inom grundutbildningen, vidareutbildningen och fortbildningen för sjukvårdspersonalen skall beaktas. Expertgrupperna skall bl. a. även ange vilka forsknings- och utvecklingsuppgifter som lämpligen bör förläggas till läns- resp. regionsjukvårdsnivå.

Resultat av utredningsarbetet beräknas komma att under november-december i år presenteras i en skrift om sektorprogram för rörelseorganens sjukdomar, vilken kommer att göras till föremål för remissbehandling. Efter remissbehandlingen beräknas socialstyrelsen komma att under våren 1983 ta ställning till ett sektorprogram.

I skriften kommer bl. a. utbildningsfrågor och frågor om barnreumatikervården att behandlas.

Tidigare riksdagsbehandling

Utskottet har senast i betänkande SoU 1980/81:27 behandlat en motion om utbyggnad av barnreumatikervården och i betänkande SoU 1980/81:11 motioner om utbyggnad av reumatikervården över huvud taget. På förslag av utskottet har riksdagen avslagit motionerna. Utskottet har hänvisat till utredningsarbetet om ett sektorprogram för rörelseorganens sjukdomar. I betänkande SoU 1980/81:11 underströk utskottet angelägenheten av att – när ett sektorprogram föreligger – kraftfulla åtgärder vidtas för att förstärka reumatikervården i vårt land.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp frågor om underlag för dimensionering av primärvården, om koncentration av viss regionsjukvård, om viss inriktning av forsknings- och utvecklingsarbetet hos sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) m. m., om ett åtgärdsprogram för ögonskadade diabetiker samt om utbyggnad av reumatikervården.

Som allmän bakgrund till utskottets överväganden rörande de i motionerna upptagna frågorna lämnas först en översiktlig redogörelse för den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården m. m. En närmare redogörelse återfinns i ett föregående avsnitt i betänkandet (s. 1–9).

Genom *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:673), vilken träder i kraft den 1 januari 1983 och då ersätter sjukvårdslagen (1962:242), får landstingskom-

munerna och kommunerna som inte ingår i en landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) i förhållande till nuläget ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Sjukvårdshuvudmännen åläggs sålunda förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa genom miljöinriktade och individinriktade förebyggande åtgärder. Sjukvårdshuvudmännen skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. I planeringen av hälso- och sjukvården skall sjukvårdshuvudmännen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen för sjukhusorganisationen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en *ändrad struktur av sjukvården*. Den öppna vården utanför sjukhus ställdes därvid i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare. En rad reformer har härefter genomförts för att förstärka denna vård.

Grundläggande för den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80), som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen redovisar 1976:1). I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheten på primärvård, där vårdresurserna tillhandahålls i första hand vid vårdcentraler och sjukhem, på länssjukvård vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvård vid regionsjukhus. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården, som vid behov skall kunna repliera på länssjukvården och regionsjukvården. Hälsovården skall bli helt integrerad med sjukvården. I uppgifterna för primärvården skall det bl. a. ingå att aktivt medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar hälsan. Primärvården skall nära samarbeta med socialtjänsten.

Inom ramen för HS 80-arbetet har socialstyrelsen redovisat strukturprogram inom olika delsektorer av hälso- och sjukvården – t. ex. för hälsovård för mödrar och barn inom primärvården – samt sammanställt planeringsunderlag i form av sektorprogram.

Underlag för den närmare planeringen av primärvården m. m. presenterades år 1978 i ett antal skrifter inom ramen för ett samarbete mellan socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Spri.

Riksdagen godkände under 1980/81 års riksmöte riktlinjer för den framtida regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 1980/81:6, rskr 1980/81:123).

Frågor om bl. a. omfattningen av länssjukvården behandlas inom ramen för HS 90-arbetet, vilket redovisas nedan.

Den öppna vården utanför sjukhus, långtidssjukvården och den psykiatriska vården har under en rad år prioriterats i fråga om byggnadsinvesteringar och i fråga om fördelning av läkare.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade år 1978 att ett nytt *principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren*

1990–2000 (HS 90) skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdens lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav. I en första etapp av utredningsarbetet, i vilket socialstyrelsen medverkar, har man tagit fram en rad underlagsstudier, av vilka flertalet redovisades år 1981, bl. a. betänkandena (SOU 1981:1) Hälsorisker – en kunskapssammanställning och (SOU 1981:2) Ohälsa och vårdutnyttjande. Generella utgångspunkter för den andra etappen i utredningsarbetet, vilken beräknas komma att redovisas år 1984, skall vara (1) att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, (2) att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt (3) att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Underlag för dimensionering av primärvården

I motion 1981/82:2070 av Gösta Bohman m. fl. (m) begärs, såvitt nu är i fråga (yrkande 4), att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna att ett säkrare underlag bör skapas för den fortsatta dimensioneringen av primärvården. Motionärerna anför att det tal för antalet öppenvårdsbesök per invånare, som socialstyrelsen enligt motionärerna använder för planeringen av primärvården, ansetts ligga för högt i förhållande till behovet.

Syftet med den planering av hälso- och sjukvården som den nya hälso- och sjukvårdslagen lägger på sjukvårdshuvudmännen skall vara att behovet av hälso- och sjukvård inom sjukvårdshuvudmännens områden tillgodoses. Sjukvårdshuvudmännen avgör själva hur detaljerade planer som skall upprättas m. m. Med hänsyn till att förhållanden som påverkar behovet av primärvård – såsom befolkningens ålderssammansättning – samt geografiska förhållanden m. m. skiftar mellan de olika sjukvårdshuvudmännens områden, torde schablontal av den art som nämns i motionen ha begränsat värde som grund för dimensioneringen av primärvården.

Av vikt för utformningen av primärvården blir emellertid ett utvecklingsarbete beträffande avvägningen mellan länssjukvård och primärvård som skall göras inom ramen för HS 90-arbetet. Detta kan skapa bättre förutsättningar för planeringen av primärvården och därigenom delvis tillgodose motionärernas önskemål.

Med hänsyn till det anförda bör motion 1981/82:2070 (m) yrkande 4 inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Motionen avstyrks således i denna del.

Koncentration av viss regionsjukvård

De av riksdagen godkända riktlinjerna för den framtida regionsjukvården innebär i huvudsak att landet för högspecialiserad vård och för vård som

kräver samverkan mellan flera sjukvårdshuvudmän skall vara indelat i sex sjukvårdsregioner med vanligen ett sjukhus i varje sjukvårdsregion som regionsjukhus. Regionsjukvården beräknas år 1985 omfatta ca 2 750–ca 3 150 vårdplatser inom närmare 30 medicinska verksamhetsområden.

I motion 1981/82:2070 (m) begärs även att möjligheterna att ytterligare koncentrera regionsjukvården utreds (yrkande 2). För att utnyttja högt kvalificerade resurser på ett rationellt sätt och för att erhålla kompetens och skicklighet inom "smala" medicinska specialiteter (verksamhetsområden) bör man enligt motionärerna överväga koncentration av små regionsjukvårdsspecialiteter till eventuellt endast två eller tre sjukhus i landet. Sådana överväganden bör enligt motionärerna göras beträffande t. ex. thoraxkirurgi, brännskadebehandling och transplantationskirurgi.

Enligt ovannämnda riktlinjer har en koncentration av regionenheterna för vissa medicinska verksamhetsområden förutsatts, beträffande bl. a. thoraxkirurgi till fyra platser i landet och beträffande högspecialiserad brännskadevård till två platser.

Enligt riktlinjerna ankommer det på sjukvårdshuvudmännen att överenskomma om samverkan inom och mellan sjukvårdsregionerna. Frågor om planeringen av den högspecialiserade vården behandlades av Landstingsförbundets kongress i år, och Landstingsförbundet har tagit på sig uppgiften att samordna den flerregionala planeringen för att få till stånd ett effektivt resursutnyttjande.

En utveckling som ligger i linje med motionärernas önskemål har således redan inletts. Enligt utskottets mening finns f. n. inte anledning till ytterligare åtgärder från riksdagens sida. Motion 1981/82:2070 yrkande 2 avstyrks därför.

Utskottet vill i detta sammanhang peka på vikten av att sjukvårdshuvudmännen genom olika överenskommelser söker minska de olägenheter för enskilda som lätt blir en följd av att vissa specialiteter koncentreras till vissa platser i landet. Utskottet förutsätter emellertid att sjukvårdshuvudmännen i sin planering beaktar sådana krav på flexibilitet och på att det i enskilda fall måste gå att komma fram till snabba och enkla lösningar.

Inriktningen av forsknings- och utvecklingsarbetet hos Spri m. m.

Spri, för vilket staten och Landstingsförbundet är huvudmän, har till uppgift att främja, samordna och medverka i huvudmännens planerings- och rationaliseringsverksamhet inom hälso- och sjukvården samt socialvården.

I motion 1981/82:2070 (m) begärs också att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna att forskningsarbetet inom främst Spri i större utsträckning bör syfta till rationalisering och "produktionskontroll" (yrkande 3). Motionärerna framhåller bl. a. att stagnerande samhällsresurser nu framtvingar en bättre uppföljning beträffande resursanvändningen inom

sjukvården. En förskjutning från planering till rationalisering bör enligt motionärerna ske.

Spri har i sitt arbetsprogram för år 1982 angivit att huvuduppgiften för Spri är att utifrån den nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner hjälpa sjukvårdshuvumännen att förbättra vården inom ramen för, som det sägs, befintliga eller för vissa delar av vården krympande resurser. I arbetsprogrammet ingår projekt med inriktning på utvärdering och effektivisering inom hälso- och sjukvården.

På grundval av förslag i proposition 1981/82:106 behandlade riksdagen (UbU 1981/82:37, rskr 1981/82:397) under förra riksmötet frågor om den långsiktiga inriktningen av den statligt finansierade forskningsverksamheten. Bland forskningsområden som enligt riksdagens beslut skall prioriteras ingår forskning om sjukvården som system. Ansvaret för forskning om strukturella förhållanden inom hälso- och sjukvårdsområdet skall enligt riksdagens beslut ligga hos delegationen för social forskning, som f. n. bl. a. stöder projekt som avser sjukvårdens planering, organisation och/eller personalfrågor.

Med hänsyn till det anförda är något riksdagens initiativ med anledning av motion 1981/82:2070 (m) yrkande 3 inte erforderligt. Motionen avstyrks således även i denna del.

Ett åtgärdsprogram för ögonskadade diabetiker

I motion 1981/82:554 av Margot Håkansson (fp) och Bertil Dahlén (fp) anförs bl. a. att vitrektomi – operation i ögats glaskropp – har blivit svårt synskadade och blinda diabetikers sista hopp men att resurserna inom ögonsjukvården inte räcker till för att alla, som behöver opereras, skall få genomgå behandling i tid. Om våra resurser, specialapparater och utbildade läkare inte räcker till för denna viktiga operationsverksamhet är det enligt motionärerna av humanitära och samhällsekonomiska skäl nödvändigt att socialdepartementet och socialstyrelsen tillsammans med sjukvårdshuvudmännen gör en insats inom detta område. Mot denna bakgrund begär motionärerna ett åtgärdsprogram för ögonskadade diabetiker.

Frågor om synvårdens innehåll och organisation har varit föremål för närmare utredning inom socialstyrelsen, och socialstyrelsen beräknas komma att presentera sina överväganden beträffande ett sektorprogram för synvården under första halvåret 1983.

Den operationsverksamhet som avses i motionen är emellertid föremål för en särskild utredning. Socialstyrelsen uppdrog nämligen i juni i år åt två experter att beskriva indikationer för och resultat av glaskroppskirurgi vid diabetes samt ge synpunkter för denna kirurgityps organisation, dimensionering och utbildningskonsekvenser, m. m. Rapporter av experterna beräknas kunna sändas ut till sjukvårdshuvudmännen inom kort. Utskottet förutsätter att rapporterna ger underlag för beslut hos resp. sjukvårdshu-

vudman som förkortar väntetiderna för vitrektomi.

Med hänsyn till det anförda är något riksdagens initiativ med anledning av motion 1981/82:554 (fp) inte erforderligt. Utskottet avstyrker motionen.

Utbyggnad av reumatikervården

I motion 1981/82:1743 av Margareta Andrén (fp) och Åke Persson (fp) begärs en förstärkning av reumatikervården, främst genom en utökad utbildning av läkare i reumatologi.

I motion 1981/82:1755 av Maj Pehrsson m. fl. (c) begärs att riksdagen skall uttala att man vid uppgörandet av de regionala sjukvårdsplanerna skall ta hänsyn till behovet av en ökning av antalet vårdplatser för barnreumatiker. Motionärerna påpekar att det f. n. finns endast 18–20 vårdplatser i landet för barnreumatiker, nämligen vid den barnreumatologiska enheten vid regionsjukhuset i Lund, men att det behövs ytterligare 8–10 vårdplatser i landet och att vården bör decentraliseras. Motionärerna anser att Stockholm och Umeå bör ifrågakomma vid en decentralisering och utbyggnad.

Utskottet framhöll redan år 1978 (SoU 1978/79:6) vid behandlingen av motioner om utbyggnad av reumatikervården – bl. a. om ökning av antalet vårdplatser för reumatologisk specialistvård för barn – *att* det fanns starka skäl för att den reumatologiska vården ägnades särskild uppmärksamhet vid den fortsatta strukturomvandlingen och utbyggnaden av hälso- och sjukvården, *att* särskilda resurser i olika delar av landet för behandling och vård av reumatiska barn tedde sig mycket angelägna och *att* det var angeläget att ett förutskickat utredningsarbete av socialstyrelsen om rörelseorganens sjukdomar sattes i gång utan dröjsmål och bedrevs med största skyndsamhet.

Utskottets uttalanden, som riksdagen beslutade ge regeringen till känna (rskr 1978/79:7), ledde bl. a. till att regeringen gav socialstyrelsen i uppdrag att skyndsamt utarbeta ett sektorprogram för vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar och att därvid överväga bl. a. vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra rekryteringen av läkare och annan vårdpersonal till ifrågavarande vårdområden.

Resultat från det utredningsarbete om vårdsektorn rörelseorganens sjukdomar som socialstyrelsen därefter igångsatte beräknas komma att redovisas inom kort i en skrift om sektorprogram för rörelseorganens sjukdomar. Skriften skall remissbehandlas. Därefter beräknas socialstyrelsen komma att under våren 1983 ta ställning till ett sektorprogram. I skriften kommer bl. a. utbildningsfrågor och frågor om vården av barnreumatiker att behandlas.

I likhet med tidigare vill utskottet understryka angelägenheten av att, när ett sektorprogram föreligger, kraftfulla åtgärder vidtas för att förstärka reumatikervården. Utskottet vill dessutom än en gång framhålla angelägenheten av att det tillskapas särskilda resurser i olika delar av landet för vård av reumatiska barn. Detta är bl. a. motiverat av hänsyn till att föräldrarna skall

kunna upprätthålla en nära kontakt med sina barn under de ofta långvariga sjukhusvistelserna.

Med hänsyn till det pågående utrednings- och planeringsarbetet bör emellertid motionerna 1981/82:1743 (fp) och 1981/82:1755 (c) inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Utskottet avstyrker därför motionerna.

Utskottets hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *dimensionering av primärvården*
   att riksdagen avslår motion 1981/82:2070 yrkande 4,
2. beträffande *koncentration av viss regionsjukvård*
   att riksdagen avslår motion 1981/82:2070 yrkande 2,
3. beträffande *inriktningen av FoU hos Spri m. m.*
   att riksdagen avslår motion 1981/82:2070 yrkande 3,
4. beträffande *ett åtgärdsprogram för ögonskadade diabetiker*
   att riksdagen avslår motion 1981/82:554,
5. beträffande *utbyggnad av reumatikervården*
   att riksdagen avslår motion 1981/82:1743 och motion 1981/82:1755.

Stockholm den 7 december 1982

På socialutskottets vägnar
INGEMAR ELIASSON

Närvarande: Ingemar Eliasson (fp), Evert Svensson (s), John Johnsson (s), Rune Gustavsson (c), Kjell Nilsson (s), Blenda Littmarck (m), Stig Alftin (s), Lilly Bergander (s), Ann-Cathrine Haglund (m), Maria Lagergren (s), Anita Persson (s), Ingvar Eriksson (m), Inga Lantz (vpk), Göran Ericsson (m) och Rosa Östh (c).

Reservationer

Blenda Littmarck, Ann-Cathrine Haglund, Ingvar Eriksson och Göran Ericsson (alla m) har avgivit två reservationer.

1. Beträffande *dimensionering av primärvården* (mom. 1 i hemställan) anser reservanterna

dels att det avsnitt i utskottets yttrande på s. 21 som börjar med "Syftet med" och slutar med "denna del" bort ha följande lydelse:

Syftet med – – – (= utskottet s. 21) – – – upprättas m. m. Förhållandena

som påverkar behovet av primärvård – såsom befolkningens ålderssammansättning – samt geografiska förhållanden m. m. skiftar mellan de olika sjukvårdshuvudmännens områden. Med anledning av detta måste såväl centrala som regionala underlagsberäkningar göras.

Av vikt för utformningen av primärvården blir bl. a. utvecklingsarbetet beträffande avvägningen mellan länssjukvård och primärvård som skall göras inom ramen för HS 90-arbetet.

Men detta är inte tillräckligt. Utskottet anser i likhet med motionärerna att det vore värdefullt om liknande undersökningar som den i motionen påtalade Dalbyundersökningen kunde genomföras även i andra delar av landet. Därmed skulle säkrare underlag skapas för sjukvårdshuvudmännens planering, så att denna inte inriktas på en onödigt resurskrävande nivå. Noggrann planering med grundligt utredda förutsättningar måste enligt utskottet anses väl motiverade i en tid av ekonomisk stagnation. Särskilt den kommunalekonomiska utveckling som under den senaste tiden kommit att förutspås, med signaler om kraftigt ökade utdebiteringar, ställer höga krav på underlagsberäkningen. Vidare anser utskottet mot denna bakgrund att det är nödvändigt att underlaget för dimensioneringen av den offentliga primärvården också omfattar den vård som tillhandahålls i enskild regi.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1981/82:2070 (m) i här aktuell del (yrkande 4) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under mom. 1 bort ha följande lydelse:

1. beträffande *dimensionering av primärvården*
   att riksdagen med bifall till motion 1981/82:2070 yrkande 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

2. Beträffande *inriktningen av FoU hos Spri m. m.* (mom. 3 i hemställan) anser reservanterna

dels att det avsnitt i utskottets yttrande på s. 23 som börjar med "På grundval" och slutar med "denna del" bort ha följande lydelse:

Utskottet anser att med hänsyn till det samhällsekonomiska läget tonvikten måste förskjutas från planering till rationalisering. Spri har tagit initiativ till ett nytt samordningsorgan mellan Landstingsförbundet, medicinska forskningsrådet och socialstyrelsen för att få fram objektiv information kring olika medicinska teknologiers för- och nackdelar, kostnader, risker och nytta. Sådana initiativ är enligt utskottets mening angelägna i den mån de syftar till bättre resursanvändning inom sjukvården.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1981/82:2070 (m) i här aktuell del (yrkande 3) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under mom. 3 bort ha följande lydelse:

3. beträffande *inriktningen av FoU hos Spri m. m.*
att riksdagen med bifall till motion 1981/82:2070 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Särskilt yttrande

Blenda Littmarck, Ann-Cathrine Haglund, Ingvar Eriksson och Göran Ericsson (alla m) anför beträffande *koncentration av viss regionsjukvård:*

Utskottet påpekar beträffande koncentrationen av viss regionsjukvård att den vårdsökande allmänheten kan drabbas av olägenheter och att sjukvårdshuvudmännen genom olika överenskommelser bör minska dessa. Utskottet vidimerar emellertid att utvecklingen går i den riktning som i detta avseende förordas i motion 1981/82:2070 (m). Vi vill, utöver vad utskottet anfört i frågan, särskilt framhålla att sammanslagning av små regionsjukvårdsspecialiteter medför så stora fördelar, att de överskuggar eventuella olägenheter. Att vissa människor vid en sådan centralisering vid ett enstaka eller några få vårdtillfällen i sitt liv får vårdas på längre avstånd från hemorten uppvägs mer än väl av de vinster som kan göras. Ett större patientunderlag och något större klinikenheter medger förvärvande och upprätthållande av rutin och professionell skicklighet på hög nivå. Samverkan med övriga nordiska länder kan på vissa områden vara särskilt befogad.

GOTAB 72935 Stockholm 1982