Socialutskottets betänkande

1978/79:47

med anledning av propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m. jämte motioner

Ärendet

I propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m. har regeringen (socialdepartementet) – efter föredragning av statsrådet Lindahl – föreslagit riksdagen att godkänna de riktlinjer för en successiv uppbyggnad av ett husläkarsystem som angetts i propositionen.

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

I samband med propositionen behandlar socialutskottet fem med anledning av propositionen väckta motioner.

Företrädare för Svenska barnläkarföreningen har på begäran beretts tillfälle att inför företrädare för utskottet framlägga synpunkter på propositionen. Svenska barnläkarföreningen har vidare inkommit med en skrift. Företrädare för socialdepartementets sjukvårdsdelegation, socialstyrelsen, nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) och Sveriges läkarförbund har vid ett sammanträde med utskottet lämnat uppgifter om möjligheterna att öka utbildningen av allmänläkare m. m. Sjukvårdsdelegationen företräddes av bl. a. ordföranden och en till delegationen knuten representant för Landstingsförbundet.

Propositionens huvudsakliga innehåll

Det som förordas i propositionen bygger i allt väsentligt på förslag, som framfördes av den år 1977 tillkallade kontinuitetsutredningen (S 1977:08) i betänkandet (SOU 1978:74) Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. De i propositionen angivna riktlinjerna för en successiv uppbyggnad av ett husläkarsystem m. m. innebär sammanfattningsvis följande.

En decentralisering av sjukvården till mindre enheter förutsätts vara nödvändig för att man skall få till stånd en hälso- och sjukvård som är lättillgänglig och som tillgodoser kraven på kontinuitet i vården och på en helhetssyn på patienten och dennes behov av insatser av olika slag. En organisation av sjukvården, där människorna kan etablera en fast kontakt med en läkare och/eller annan personal förutsätts tillgodose de krav på en mänsklig och personlig hälso- och sjukvård som framkommit. Mot denna

bakgrund anges som riktpunkter för utbyggnaden av primärvården att vårdcentralernas storlek blir begränsade till att omfatta från två till fem läkare, att allmänläkarna och distriktssköterskorna får vidgade arbetsuppgifter samt att läkartätheten närmar sig ett relationstal av en allmänläkare per 2 000 invånare och distriktsskötersketätheten uppgår till en sköterska per 1 500–2 000 invånare. En utbyggnad av primärvården med denna inriktning skall ge förutsättningar för att patienterna skall kunna skapa en fast kontakt i hälso- och sjukvårdsfrågor med i första hand en allmänläkare vid en vårdcentral – som genom etablerandet av en sådan kontakt blir patienternas "husläkare" – men även med en distriktssköterska och med annan personal vid vårdcentralen.

Det framhålls att det måste ankomma på varje sjukvårdshuvudman att själv med hänsyn till de lokala förhållandena närmare avgöra i vilken takt och på vilket sätt ett husläkarsystem skall förverkligas.

Det förordas att allmänläkare skall svara för "vardagssjukvård" och få vidgade uppgifter i fråga om mödrahälsovård, barnhälsovård och psykiatrisk vård m. m. Specialistvård förutsätts skola åtminstone i viss utsträckning tillhandahållas i primärvården, t. ex. för långvariga sjukdomstillstånd av svårare art. Barnspecialist förutsätts skola svara för hälsoövervakningen av alla barn under spädbarnsåldern och därefter fortsättningsvis ha ansvaret för barn med speciella vårdbehov. Specialistmedverkan förutsätts även i hälso- och sjukvården för kvinnor.

Betydelsen av att vårdplaneringsmetoder utvecklas och kommer till användning vid vårdcentraler understryks. Akutberedskap bör finnas vid vårdcentralerna och de förutsätts successivt få ökad jourservice.

Husläkarsystemet skall ses som ett erbjudande till samtliga invånare inom en vårdcentrals betjäningsområde. Ett system med registrering av invånarna hos vissa läkare bör dock inte införas förrän personalresurserna är sådana att de räcker för att ge vård och hjälp åt samtliga berörda. Information bör däremot lämnas om vilken vårdcentral patienterna hör till.

Något remisstvång för vård hos specialistläkare eller andra läkare än husläkaren skall inte föreligga.

Förebyggande vård förutsätts vara en central uppgift för husläkaren. Företagshälsovården förutsätts kunna avlasta den rent sjukvårdande verksamheten på primärvården. Ett närmare samarbete föreslås mellan primärvården och skolhälsovården.

Privatpraktikerna anges utgöra ett värdefullt komplement till den offentliga vården och ett närmare samarbete mellan privatpraktikerna och den offentliga vården anses angeläget och förordas komma till stånd genom överenskommelser.

Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården förordas.

För genomförande av husläkarsystemet krävs satsningar på i första hand utbildningsområdet. Olika åtgärder för att öka allmänläkartillgången och höja allmänläkarnas utbildning förordas liksom ökad utbildning av bl. a. distrikts-

sköterskor. Primärvården bör ges större utrymme i vårdpersonalens utbildning.

Det uttalas att staten bör vara beredd att ställa ekonomiska resurser till förfogande för att underlätta genomförandet av ett husläkarsystem. Stöd till insatser på utbildningsområdet framhålls härvidlag särskilt. Det förutsätts att den närmare utformningen och omfattningen av åtgärder som bör ifrågakomma för statligt stöd skall bli föremål för förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

I propositionen har bl. a. närmare behandlats hur behovet av *kontinuitet i sjukvården* skall tillgodoses. Kontinuitetsutredningen framhöll att man – beroende på vilken aspekt man tar till utgångspunkt – kan skilja på tre slag av kontinuitet i sjukvården. Det förhållandet att patienten skall få träffa samma vårdgivare vid återbesök som vid det första besöket betecknas som en kortsiktig s. k. vårdepisodkontinuitet. Den andra formen av kontinuitet är en långsiktig kontinuitet som innebär att det skall vara möjligt för den enskilde individen att ha en fast vårdkontakt med bl. a. en läkare, som lär känna sina patienter väl och därigenom får goda möjligheter till en helhetssyn på deras sjukdomar och problem. Det tredje slaget av kontinuitet avser att det inte skall uppstå några "glapp" i vården av en enskild patient även om vården kräver insatser från olika vårdinrättningar och personalkategorier. Det innebär att det skall finnas en sammanhållande länk i en längre vårdkedja.

Kontinuitetsbehovet – sett ur olika aspekter – bedöms i propositionen bli bäst tillgodosett om patienterna får en fast kontakt med en allmänläkare i primärvården.

Motionsyrkandena

I motionen 1978/79:2626 av Gunnar Björck i Värmdö (m) hemställs att riksdagen som sin mening måtte ge regeringen till känna vad som i motionen anförs om det s. k. husläkarsystemet.

I motionen 1978/79:2627 av Gösta Bohman m. fl. (m) hemställs att riksdagen godkänner de riktlinjer och förslag som framförts i motionen i syfte att åstadkomma ett väl fungerande husläkarsystem.

I motionen 1978/79:2628 av Rune Gustavsson m. fl. (c) hemställs att riksdagen

1. som sin mening ger regeringen till känna vad som anförts i motionen om en vidgning av kontinuitetsbegreppet inom primärvården till att avse vårdlag av hälso- och sjukvårdspersonal,

2. hos regeringen begär en plan för att garantera sjukvårdshuvudmännen tillgång till allmänläkare och distriktssköterskor för utbyggnaden av primärvården,

3. som sin mening ger regeringen till känna vad som anförts i motionen om

en jämn regional utbyggnad av primärvården inför överläggningarna med sjukvårdshuvudmännen,

4. som sin mening ger regeringen till känna vad som anförts i motionen om registreringsförfarande till viss läkare.

I motionen 1978/79:2629 av Olof Palme m. fl. (s) hemställs att riksdagen beslutar

1. att hos regeringen begära förslag till riksdagen om ett åtgärdsprogram för att stimulera utbyggnaden av primärvården,

2. att hos regeringen begära att motionens krav i fråga om

a) utbildning av personal inom primärvården,

b) en femårsplan för forskningen inom områdena allmänmedicin/primärvård och långvårdsmedicin,

c) utvecklingsarbete inom primärvårdsområdet,

d) statligt stöd till sjukvårdshuvudmännen

beaktas vid utarbetandet av förslag till åtgärdsprogram.

I motionen 1978/79:2630 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs

1. att riksdagen beslutar avslå propositionen 1978/79:178,

2. att riksdagen hos regeringen hemställer om förslag till ändringar i gällande sjukvårdslagstiftning i syfte att underlätta upprättande av lagarbete inom sjukvården i enlighet med vad som anförs i motionen.

Utvecklingen av den öppna vården utanför sjukhus m. m.

Vidtagna förstärkningsåtgärder m. m.

Enligt bestämmelser i 3 § sjukvårdslagen (1962:242) åligger det landstingskommuner och kommuner som inte tillhör landstingskommuner (sjukvårdshuvudmännen) att ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, kroppsfel och barnsbörd i den mån inte annan drar försorg härom. För den öppna läkarvården är sjukvårdshuvudmännens sjukvårdsområden indelade i läkardistrikt. Sluten vård bedrivs vid sjukhus (lasarett, sjukstugor och sjukhem). Vid sjukhus bedrivs i allmänhet även öppen vård.

Ansvaret för den öppna sjukvården har successivt tillförts sjukvårdshuvudmännen. Den ursprungliga öppenvårdsorganisationen, provinsialläkarväsendet, byggdes upp av staten. Provinsialläkarväsendet kompletterades emellertid senare med extra provinsialläkare, för vilka landstingskommunerna var huvudmän, och med stadsdistriktsläkare m. fl., vilka anställdes av städer och stadsliknande samhällen. I och med att sjukhus byggdes ut och specialiserades blev det vanligt att öppen vård lämnades av läkarna där, och vid eller i anslutning till de större städernas sjukhus började huvudmännen inrätta särskilda avdelningar för enbart öppen vård (poliklinik). Denna utveckling ledde till att sjukhusen fick en viktig uppgift även i vad det gäller beredande av öppen sjukvård och till att en skyldighet för

sjukvårdshuvudmännen att bedriva öppen vård lagfästes år 1959. I den detta år antagna (prop. 1959:19, 2LU 1959:7, rskr 1959:137) sjukhuslagen (1959:112), vilken fr. o. m. år 1963 ersattes av den nu gällande sjukvårdslagen, föreskrevs i 4 § bl. a. att vid sjukhus, som befinnes lämpligt för ändamålet, skall sjukvård beredas även vårdsökande, som inte är i behov av intagning på sjukhuset. År 1961 beslutade statsmakterna (prop. 1961:181, SU 1961:186, rskr 1961:394) på grundval av överläggningar mellan företrädare för bl. a. staten och sjukvårdshuvudmännen att huvudmannaskapet för provinsialläkarväsendet skulle överföras till sjukvårdshuvudmännen.

Sedan sjukvårdshuvudmännen i enlighet härmed den 1 juli 1963 övertagit huvudmannaskapet för provinsialläkarväsendet och därmed ansvaret för den öppna vården utanför sjukhus påbörjades en utbyggnad med flerläkarstationer och vårdcentraler i läkardistrikten.

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen för sjukhusorganistionen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en ändrad struktur av sjukvården. Den mindre kostnadskrävande, decentraliserade sjukvården vid läkarstationer och vårdcentraler ställdes därvid i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare. En rad reformer genomfördes under de närmaste åren därefter i syfte att bl. a. förstärka den öppna vården utanför sjukhus.

År 1969 beslutades en reform av läkarutbildningen (prop. 1969:35, SU 1969:83, rskr 1969:215) som bl. a. innebar att alla läkare skulle genomgå en allmäntjänstgöring (AT) omfattande bl. a. sex månader inom öppen vård och att den fortsatta vidareutbildningen (FV) – med bl. a. en särskild utbildningslinje för allmänläkarvård – skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen och utformas som ett led i strävan efter en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar. En plan för fördelningen av de ökande läkarresurserna för tiden fram till år 1975, som upprättades i anslutning till läkarutbildningsreformen, innebar en stark prioritering av den öppna vården utanför sjukhusen. År 1969 beslutades vidare en reform av läkarvårdsersättningen, den s. k. 7-kronorsreformen (prop. 1969:125, 2LU 1969:80, rskr 1969:369) som innebar att den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna vården till väsentlig del kunde finansieras av ersättningar till huvudmännen från sjukförsäkringen. Ersättningarna från sjukförsäkringen har därefter successivt höjts. (Beträffande de för åren 1978 och 1979 gällande ersättningsreglerna, se prop. 1976/77:116, SfU 1976/77:28, rskr 1976/77:297. Beträffande ersättningsregler, som kommer att gälla under åren 1980 och 1981, se prop. 1978/79:177, SfU 1978/79:22, rskr 1978/79:338.)

I syfte att möjliggöra ökad integration mellan öppen och sluten sjukvård genomfördes år 1970 (prop. 1970:42, 2LU 1970:30, rskr 1970:153) ändringar i sjukvårdslagen som innebar att flera överläkare skulle kunna finnas vid samma sjukhusklinik och att sjukhusläkarnas ansvarsområden skulle kunna utsträckas till att omfatta även sjukvård utanför sjukhusen. Sjukvårdshuvudmännen gavs därigenom möjlighet att knyta specialistläkare till

den sjukhusklinik, med vilken de specialitetsmässigt hörde samman, men förlägga deras tjänstgöring helt eller delvis till läkardistrikt.

År 1972 beslutades ändringar i sjukvårdslagen beträffande bl. a. bestämmelserna om läkartjänsterna (prop. 1972:104, SoU 1972:37, rskr 1972:286). Enligt då beslutade och fortfarande gällande bestämmelser skall i varje läkardistrikt finnas erforderligt antal distriktsläkare. Vidare får i läkardistrikt anställas biträdande distriktsläkare, extra distriktsläkare och underläkare. Sjukvårdsstyrelse får förordna distriktsläkare att vara distriktsöverläkare och biträdande distriktsöverläkare för vissa ledningsuppgifter. Sjukvårdshuvudmännen har genom nämnda bestämmelser fått möjlighet att inrätta tjänster i läkardistrikt såväl för allmänläkare som specialister utan anknytning till sjukhus. Bakgrunden till detta var att specialistvård tidigare som regel meddelats endast på sjukhusen av dess specialister och att nackdelarna med denna ordning blivit alltmer framträdande. Det hade bl. a. hävdats att denna ordning lett till en ständigt ökad belastning på sjukhusen och kunde antas ha medfört att den slutna vården tagits i anspråk i alltför stor utsträckning. Belastningen på sjukhusen hade vidare ökats genom att allmänläkarvården inte alltid svarat mot de behov som förelegat. För dem som inte varit bosatta i sjukhusens närhet hade specialistvården samtidigt varit svårtillgänglig. I en ny sjukvårdskungörelse (1972:676), som utfärdades år 1972, intogs bl. a. en bestämmelse om att sjukvårdsstyrelsen skall se till att det inom varje läkardistrikt finns erforderliga resurser för att tillgodose i första hand behovet av allmänläkarvård.

I de planer för fördelning av tillkommande läkarresurser (läkarfördelningsprogram), som efter läkarutbildningsreformen år 1969 successivt tillkommit, har den öppna vården utanför sjukhus fortsatt att prioriteras högt.

Den öppna vården utanför sjukhus har även prioriterats i samband med meddelande av byggnadstillstånd.

Planeringen för 1980-talet m. m.

Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet

Mot bakgrund av att den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktats på att få till stånd en ändrad struktur av sjukvården har det sedan början av 1970-talet inom socialstyrelsen bedrivits ett utredningsarbete om vårdstrukturen inom sjukvården. Inom ramen för detta utredningsarbete redovisade socialstyrelsen år 1973 ett förslag till ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet som senare – efter bl. a. ett omfattande remissarbete – konkretiserades i ett principprogram, HS 80 (Socialstyrelsen anser 1976:1). Programmet är avsett att utgöra ett underlag för det fortsatta arbetet med sjukvårdsplanering hos sjukvårdshuvudmännen.

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 nuvarande centrallasarett) och vid länsdelssjukhus (motsvarande nuvarande normallasarett) – 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. Särorganisationer för barnhälsovård, mödrahälsovård etc. bedöms inte vara motiverade i ett längre perspektiv. Till primärvårdsuppgifterna avses även höra uppgifter inom omgivningshygien, livsmedelshygien, den allmänna hälsovården 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 avses svara även för den medicinska delen av skolhälsovården, studerandehälsovården, företagshälsovården och förskolehälsovården. Med motivering att en stor del av de förebyggande åtgärderna beträffande den psykiska hälsan är av socialpolitisk natur förutsätts en utbyggd kommunal socialvård ta på sig ett ökat ansvar för sådana åtgärder.

I primärvårdsuppgifterna avses även ingå en betydande del av rehabiliteringsverksamheten. Primärvården skall även ha resurser för fortlöpande behandling, träning och andra åtgärder för handikappade m. fl.

Distriktsläkare med allmänläkarkompetens skall vara kompetenta att ta ansvar för den övervägande delen av den öppna hälso- och sjukvården – i förekommande fall med stöd från distriktsläkare med annan utbildning samt från länssjukvårdens läkare och den kommunala socialvården. Många distriktsläkare beräknas emellertid komma att vara specialister. Det framhålls som önskvärt att det finns särskilda distriktsbarnläkare och distriktsgynekologer inom primärvården. Heltidsarbetande specialister i allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, öronvård och ögonvård förväntas komma att

finnas endast vid större vårdcentraler. Specialister i psykiatri förutsätts medverka som konsulter. Läkare med långvårdsmedicinsk kompetens avses svara för de somatiska långvårdsinsatserna.

Primärvården förutsätts svara för huvuddelen av jourtjänsten.

Det beräknas att nära hälften av alla vidareutbildade läkare i vårdverksamhet kommer att arbeta inom primärvården i mitten av 1980-talet.

Den s. k. distriktsvården med distriktssköterskor faller enligt HS 80 helt inom ramen för primärvården och utgör en av de väsentligaste komponenterna i denna. Även andra sjuksköterskekategorier samt sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer förutsätts finnas inom primärvården.

Kommuner med mer än ca 50 000 invånare bör enligt HS 80 vara uppdelade i två eller flera primärvårdsområden. Inom varje primärkommun bör finnas minst en vårdcentral och ett sjukhem. För att ett fullständigt serviceutbud inom primärvården skall bli rationellt utnyttjat anses ett befolkningstal om 20 000–25 000 invånare vara erforderligt. Större primärvårdsområden förutsätts vara uppdelade i mindre betjäningsområden med en mindre vårdcentral inom varje betjäningsområde. Vid en sådan mindre vårdcental bör det enligt HS 80 normalt finnas från tre till fem läkare. I utpräglade glesbygdsområden bedöms det dock vara nödvändigt att även i fortsättningen ha enläkarmottagningar för att närhetsservice skall kunna erbjudas.

Underlag för lokalt utvecklingsarbete beträffande primärvården m. m.

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 i fjol 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.

I skriften Primärvård – innehåll och utveckling (Spri S 101 1978) redovisas

en modell för primärvården som är en utveckling och konkretisering av den primärvårdsmodell som presenterades i HS 80. Målet för primärvården anges vara att tillgodose behoven av helhetssyn och kontinuitet m. m. inom sjukvården och behovet av att denna är lättillgänglig. I ett avsnitt i skriften redovisas förutsättningar för utveckling av primärvården. Det konstateras där att flertalet sjukvårdshuvudmän i sina principplaner för hälso- och sjukvårdens utveckling fram till år 1985 utgått från den vårdstruktur som beskrivits i HS 80. Enligt planerna skall bl. a. minst en vårdcentral finnas i varje kommun år 1985. Som regel planeras vårdcentralerna för tre eller fler läkare. Det förutses att det ännu i mitten av 1980-talet kommer att råda brist på vidareutbildade allmänläkare men relativt god tillgång på läkare med annan vidareutbildning. Primärvårdens utbyggnad till år 1985 kan, sägs det, dock baseras på såväl allmänläkare som distriktsläkare med annan utbildning. När det gäller sjuksköterskor påpekas det att tillgången på sjuksköterskor för utbyggnad av primärvården under de närmaste åren är begränsad.

Förslag till underlag för planeringen av vissa vårdsektorer m. m.

Inom ramen för HS 80-arbetet har socialstyrelsen redovisat strukturprogram eller förslag till sådana inom flera delsektorer av hälso- och sjukvården. Sålunda har styrelsen bl. a. lagt fram ett principprogram för *långtidssjukvård* (Socialstyrelsen anser 1976:3) samt ett för *medicinsk rehabilitering* (Socialstyrelsen anser 1978:3), avsedda att vara till hjälp och vägledning i planeringssammanhang för sjukvårdshuvudmännen m. fl. Enligt principprogrammen bör det inom primärvården finnas resurser för huvuddelen av långtidssjukvården (sjukhemsvård och hemsjukvård m. m.) samt för fortlöpande behandling, träning och andra åtgärder för handikappade m. fl.

I början av år 1978 framlade socialstyrelsen även ett förslag till principprogram för *psykiatrisk hälso- och sjukvård* (Socialstyrelsen redovisar 1978:5), vari bl. a. föreslås att hälso- och sjukvårdens psykiatriska vårdansvar skall begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de enskilda fallen bedöms kräva – samtidigt eller växelvis – insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med psykologer och socionomer. Ansvaret för tillgodoseende av vårdbehov där huvudsakligen sociala och/eller psykologiska åtgärder ifrågakommer föreslås ankomma på andra organisationer, främst socialvården. Allmänläkare och distriktssköterskor föreslås tillsammans få en central roll inom primärvårdens psykiatriska hälso- och sjukvård. Samarbete mellan primärvården och socialvården förutsätts kunna utvecklas genom arbetslag. Förslaget har remissbehandlats och är f. n. föremål för överarbetning. Socialstyrelsen beräknas komma att ge ut vissa riktlinjer för den psykiatriska hälso- och sjukvården under innevarande år.

Socialstyrelsen framlade i slutet av år 1978 ett förslag till principprogram för *mödra- och barnhälsovård* (Socialstyrelsen redovisar 1979:4). I förslaget föreslås att mödrahälsovården och barnhälsovården samt sjukvården för blivande mödrar och barn skall integreras i primärvården. Läkare som skall ansvara för hälso- och sjukvården för barn och kvinnor bör enligt förslaget vara antingen läkare med specialistkompetens i pediatrik (barnaålderns invärtes sjukdomar) resp. i gynekologi och obstetrik (kvinnosjukdomar och förlossningar) eller vara läkare med allmänläkarkompetens och vidareutbildning eller fortbildning inom det av här nämnda verksamhetsområden för vilket allmänläkaren skall svara. Förslaget till principprogram för mödra- och barnhälsovård är nu föremål för remissbehandling.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade i juni 1978 att påbörja ett förstudiearbete med inriktning på *ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000* (HS 90). Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav för tidsperioden och vara avvägt mot begränsningar i samhällsekonomin och tillgången på personal. Bl. a. bör åtgärder redovisas som ökar möjligheterna för att genomföra en jämnare regional utbyggnad av bl. a. öppen vård utanför sjukhus. Vidare skall stark uppmärksamhet riktas mot möjligheterna att förstärka de förebyggande insatserna inom hälso- och sjukvården.

Utredning om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården

År 1975 tillkallades med stöd av ett bemyndigande av regeringen *hälso- och sjukvårdsutredningen* (S 1975:4) med uppdrag att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården. Enligt direktiven bör den nya lagstiftningen omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet, bl. a. den förebyggande hälsovården.

Utredningen beräknas slutföra sitt arbete under innevarande år.

Utskottet

Översiktlig redovisning av frågor som tas upp i propositionen och motionerna m. m.

Propositionen bygger på kontinuitetsutredningens betänkande och remissvaren på utredningen. Några egentliga förslag framförs inte. Propositionen har framför allt karaktären av en idépromemoria och allmän viljeinriktning. Det framhålls också i propositionen att det måste ankomma på varje sjukvårdshuvudman att själv med hänsyn till de lokala förhållandena närmare avgöra i vilken takt och på vilket sätt ett "husläkarsystem" skall förverkligas.

Propositionens utformning har mött invändningar i de *motioner* som väckts med anledning av propositionen. Det påpekas bl. a. att propositionen är vag till sitt innehåll. Det synsätt som dominerar i motionerna är att primärvården bör byggas ut i enlighet med den principplanering som nu utvecklas och konkretiseras av sjukvårdshuvudmännen. Det framhålls att det är angeläget för denna utbyggnad att primärvården får behövliga resurser främst i fråga om läkare och distriktssköterskor och att den ojämna regionala fördelning som råder när det gäller främst läkarresurserna elimineras. I flera motioner föreslås åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården. Det påpekas bl. a. att behov av kontinuitet föreligger och bör tillgodoses i kontakterna med – förutom läkare – även annan personal i primärvården. I vissa motioner betonas även vårdlagets betydelse för kontinuitet i sjukvården. I det följande redovisas huvuddragen i motionerna. I senare avsnitt i betänkandet redovisas i viss utsträckning motionsförslagen mera i detalj.

I motionen 1978/79:2630 av Lars Werner m. fl. (vpk) yrkas avslag på propositionen (yrkandet 1). Motionärerna framhåller bl. a. att propositionen inte innehåller några egentliga förslag utan snarast mycket allmänna rekommendationer och att det är landstingskommunerna som är huvudmän för sjukvården och att de också bör betros med huvudansvaret för sjukvårdens planering. I motionen begärs vidare (yrkandet 2) förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen vilka skall syfta till att underlätta upprättandet av lagarbete inom sjukvården.

I motionen 1978/79:2626 av Gunnar Björck i Värmdö (m) framhålls bl. a. att riksdagen inte har någon skyldighet att ta ställning till opreciserade riktlinjer för en framtida verksamhet som i allt väsentligt ankommer på sjukvårdshuvudmännen. Motionären tar i övrigt upp frågor om kontinuitet i vården, om jourverksamhet inom primärvården, om privatpraktikerna, om övergång av specialister till allmänläkarverksamhet, om tillgången på distriktssköterskor samt om ett uttalande i propositionen om ekonomiskt stöd till sjukvårdshuvudmännen.

I motionen 1978/79:2629 av Olof Palme m. fl. (s) begärs att regeringen skall återkomma till riksdagen under nästa riksmöte med förslag till ett samlat åtgärdsprogram för att stimulera utbyggnaden av primärvården. I programmet skall redovisas konkreta förslag i följande avseenden, nämligen utbildning av personal inom primärvården, forsknings- och utvecklingsarbete samt statligt stöd till sjukvårdshuvudmännen.

I motionen 1978/79:2628 av Rune Gustavsson m. fl. (c) tas upp frågor om kontinuitet i primärvården, om registrering av patienterna hos läkare och om en jämn regional utbyggnad av primärvården. Vidare begärs en plan för att garantera sjukvårdshuvudmännen tillgång till allmänläkare och distriktssköterskor för utbyggnaden av primärvården.

I motionen 1978/79:2627 av Gösta Bohman m. fl. (m) framhålls bl. a. att det är omöjligt att nu binda sig för en generell tillämpning av en enda av olika

tänkbara husläkarmodeller. Motionärerna begär försöksverksamhet med olika modeller avseende olika kategorier läkare. Motionärerna tar vidare upp frågor om privatpraktikerna, forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården, ökad utbildning av allmänläkare, övergång av specialister till allmänläkarverksamhet, översyn av allmänläkarutbildningen, utbildningen av distriktssköterskor m. m., den regionala fördelningen av allmänläkare och specialister samt inrättande av professurer i primärvård/allmänmedicin.

Innan *utskottet* går över till en mer detaljerad genomgång vill utskottet slå fast att propositionen inte innebär något nytt. En utveckling av primärvården, där vårdcentralen utgör kärnan, pågår redan. Konkreta förslag för att stödja och påskynda denna utveckling saknas i propositionen. Själva husläkarbegreppet bör enligt utskottets mening utmönstras. Nya beteckningar av detta slag på allmänläkare och primärvård är helt onödiga.

Riksdagens skyldighet att behandla propositionsförslagen m. m.

I propositionen 1967:68 angående central administration för hälso- och sjukvården samt socialvården, m. m. – vilken låg till grund för nyorganiserandet av socialstyrelsen per den 1 januari 1968 – behandlade föredragande departementschefen frågan om statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården samt socialvården. Han framhöll bl. a. (s. 77), att staten bär ett ansvar för hälso- och sjukvården samt socialvården som inte bara omfattar lagstiftning, anordnande av läkarutbildning m. m. och åtaganden på forskningsområdet utan även ett ansvar – som bärs tillsammans med huvudmännen – för att vården ges ett riktigt medicinskt och socialt innehåll och att vårdresurserna avvägs med hänsyn till såväl samhällsekonomi och arbetskraftsresurser som till önskemål att vården såvitt möjligt skall komma alla landets invånare tillgodo oavsett bostadsort. Det underströks att de uppgifter som följer av statens andel i detta ansvar bör fullgöras så att de enskilda kommunernas självbestämmande inte träds för nära. Departementschefens uttalanden föranledde inte någon erinran av riksdagen (SU 1967:105, rskr 1967:251).

I motionen 1978/79:2626 (m) framförs uppfattningen att riksdagen inte har någon skyldighet att ta ställning till de opreciserade riktlinjer för en framtida verksamhet som presenteras i propositionen.

Med hänvisning till det övergripande ansvar för hälso- och sjukvården som riksdagen enligt det ovan anförda har, kan utskottet inte biträda motionärens mening. Motionen i här aktuell del bör därför inte föranleda någon åtgärd av riksdagen.

Av det ovan anförda följer vidare att utskottet avstyrker yrkandet 1 i motionen 1978/79:2630 (vpk), vari det yrkas avslag på propositionen med motivering, likartad med den i motionen 1978/79:2626 anförda.

Riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården

Sjukvårdspolitiken började i slutet av 1960-talet inriktas på att få till stånd en omstrukturering av sjukvården, därvid sjukvården vid läkarstationer och vårdcentraler ställdes i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare. I ett tidigare avsnitt av betänkandet (s. 4–10) har en närmare redogörelse lämnats för åtgärder som vidtagits och planeringsunderlag som framtagits i detta syfte.

Socialstyrelsen presenterade sålunda år 1975 ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet, enligt vilket tyngdpunkten i hälso- och sjukvården skall läggas på primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. År 1978 presenterades sex skrifter om primärvården m. m. – bl. a. skriften Primärvård- innehåll och utveckling – vilka utarbetats av socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Spri inom ramen för ett gemensamt utredningsarbete om primärvården m. m. Enligt principprogrammet och skriften Primärvård – innehåll och utveckling, som är en komplettering av principprogrammet i vad avser primärvården, skall målet för primärvården vara att tillgodose behoven av helhetssyn och kontinuitet m. m. inom sjukvården och behovet av att denna är lättillgänglig. Principprogrammet och nämnda skrifter utgör underlag för sjukvårdshuvudmännens fortsatta planering och utveckling av primärvården.

Till komplettering av principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet har socialstyrelsen bl. a. gett ut ett principprogram för långtidssjukvården och ett principprogram för medicinsk rehabilitering. Vidare föreligger förslag av socialstyrelsen till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård samt för mödra- och barnhälsovård, vilka skall utgöra underlag för slutliga riktlinjer för dessa områden. Frågor som bl. a. specialistmedverkan i den psykiatriska vården på primärvårdsnivå samt i hälso- och sjukvården för barn och kvinnor kan förväntas bli behandlade i dessa riktlinjer. Riksdagen har inte haft anledning att ta ställning till dessa kompletterande program.

Större delen av innehållet i propositionen ägnas åt frågor som behandlas i det planeringsunderlag eller förslag till sådant underlag som nämnts ovan.

I propositionen har belysts de olika frågeställningar som aktualiseras, när man skall förverkliga en struktur inom sjukvården i vilken primärvården har ett förstahandsansvar för befolkningens hälso- och sjukvård och skall tillgodose krav på helhetssyn, kontinuitet och lättillgänglighet i sjukvården. Genomgången i propositionen av olika problemområden resulterar i allmänt hållna önskemål.

Utskottet anser att utbyggnaden av primärvården bör ske med utgångspunkt i det planeringsunderlag, som getts i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet och i skriften Primärvård – innehåll och utveckling. Utskottet, som inte haft anledning att ta ställning till detaljerna i detta underlag, vill framhålla, att detta underlag i väsentliga

avseenden ligger till grund för sjukvårdshuvudmännens planering och utbyggnad av primärvården. Även propositionen har i allt väsentligt sin utgångspunkt i detta planeringsunderlag. Det synsätt som kommer till uttryck i flera av motionerna står också i överensstämmelse med innehållet i planeringsunderlaget. I dessa motioner erinras om den utveckling som pågår i sjukvårdsområdena och framhålls angelägenheten av att denna utveckling fortsätter. Vad utskottet sålunda anfört om riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården bör ges regeringen till känna.

Utskottet kommer i ett följande avsnitt att behandla frågor om åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården utifrån här förordade riktlinjer. Därvid kommer utskottet att uttala sig för att regeringen för riksdagen redovisar ett åtgärdsprogram för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården.

I fråga om *jouransvar för primärvården* anser föredragande statsrådet att det inte är realistiskt att varje vårdcentral skall ha ett totalt jouransvar. Olika former av samarbete och samordning framhålls som nödvändiga, såsom t. ex. samordnad planering av jouren för flera vårdcentraler med syfte att jourarbetet skall "rotera" mellan dessa.

Föredragande statsrådet anför vidare att det torde vara realistiskt att räkna med att man på flera orter beaktar närheten till ett dygnet-runt-öppet akutsjukhus. Den konkreta utformningen av jourservicen måste, anförs det, bedömas och avgöras regionalt och lokalt. Det framhålls dock som viktigt att vårdcentralerna successivt ökar sitt jouransvar, till en början genom förlängt öppethållande på kvällstid.

I motionen 1978/79:2626 (m) begärs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna i motionen uttalade skäl mot att förlägga jourverksamhet till vårdcentralerna. Motionären framhåller bemanningsproblem vid vårdcentralerna till följd av att jourkompensation skall utgå. Vidare framhålls att man i vårt land byggt upp en kvalificerad specialistvård, som rimligtvis är säkrare och effektivare på sina områden än motsvarande allmänläkarvård och som man inte bör avstå från att utnyttja för allvarliga, brådskande eller svårbedömda fall.

Som nämnts i det föregående skall primärvården enligt principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet svara för huvuddelen av jourverksamheten. Personer med akuta tillstånd som bedöms kräva sjukhusets resurser skall, sägs det i principprogrammet, givetvis tas emot inom länssjukvården på länssjukhus eller länsdelssjukhus. Utanför ordinarie mottagningstid kan primärvården organisera gemensam jourtjänst för flera vårdcentraler, eventuellt för två eller flera primärvårdsområden, allt beroende på avståndsförhållanden, därvid jourmottagningen lämpligen förläggs till en större vårdcentral. Om länsdelssjukhus eller länssjukhus finns inom jourområdet kan det, påpekas det, vara fördelaktigt att lokalisera även primärvårdens jour till sjukhuset men givetvis även då bemannad med distriktsläkare.

Utskottet anser att motionen 1978/79:2626 (m) i här aktuell del får anses besvarad genom ovan lämnade redovisning av principprogrammet.

Frågor om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare m. m.

I motionen 1978/79:2627 (m) erinras det om att det i direktiven för kontinuitetsutredningen förutsatts att olika modeller för bättre läkarkontinuitet i den öppna sjukvården skulle prövas med syfte att nå största möjliga kontinuitet och valfrihet i vården. Motionärerna framhåller att det är omöjligt att binda sig för en enda av olika tänkbara husläkarmodeller och föreslår att *försöksverksamhet med olika modeller för att förbättra kontinuiteten* i kontakterna mellan sjukvårdspersonal och patienter i enlighet med nämnda direktiv kommer till stånd. Försöksverksamheten bör enligt motionärerna omfatta inte bara allmänläkare vid vårdcentraler utan också privatpraktiker, läkare vid länsdelssjukhus och specialister vid sjukhus eller vårdcentraler. Det framhålls att det också är angeläget att studier kommer till stånd om hur patientströmmarna ändras i och med att vårdcentraler byggs ut och om effekterna på den sjukhusanknutna öppna och slutna vården. Vidare bör det enligt motionärerna studeras vilka grupper som har särskilt stort behov av en fast kontakt med en läkare eller ett vårdteam och hur detta bäst skall kunna tillgodoses liksom vilken funktion en eventuell fast anknytning bör ha.

I kontinuitetsberedningens betänkande har i ett särskilt avsnitt redovisats hur man på olika håll i landet sökt bemästra problemen med att skapa kontinuitet i patienternas kontakt med sjukvården vid sjukhusklinikernas mottagning samt vid vårdcentraler och läkarstationer. Landstingsförbundet framhåller i sitt yttrande över betänkandet bl. a. att detta material kan vara av värde för sjukvårdshuvudmännen i deras arbete med att åstadkomma en bättre kontinuitet inom ramen för befintliga resurser. Landstingsförbundet framhåller vidare att det är angeläget att man fortsätter och vidareutvecklar arbetet på att finna olika organisationsmodeller och planeringssystem som kan bidra till en bättre kontinuitet.

Mot bakgrund av den sålunda redovisade inställningen på huvudmannahåll anser sig utskottet kunna förutsätta att sjukvårdshuvudmännen kommer att söka vägar för att förbättra kontinuiteten inom sjukvården. Utskottet utgår från att härvid bl. a. frågor om behovet av fast kontakt med pediatriker och gynekolog-obstetriker i hälso- och sjukvården för barn och kvinnor kommer att närmare prövas.

Med hänsyn till det anförda är något riksdagens initiativ med anledning av motionen 1978/79:2627 (m) i här aktuell del inte erforderligt.

Angelägenheten av *bättre kontinuitet i primärvården* framhålls som ovan nämnts i motionerna. Främst i motionerna 1978/79:2628 (c) och 1978/79:2629 (s) betonas att det som behövs för att förbättra kontinuiteten är ökade personalresurser, och förslag som syftar till förstärkning av personalresurserna för primärvården framförs i dessa motioner. Utskottet återkommer till

dessa förslag i ett följande avsnitt. I motionen 1978/79:2628 (c) tas närmare upp frågan om de kontinuitetsbehov m. m. som bör tillgodoses. I motionen framhålls bl. a. att en läkare – antingen man kallar honom husläkare eller något annat – är endast en del av kontinuiteten mellan patienten och samhällets vårdfunktioner. Motionärerna vill därför vidga kontinuiteten till att avse hela samhällets primärvårdsorganisation. Den skall, sägs det, ha sin tyngdpunkt i vårdlag av läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl. som i samarbete med primärkommunernas socialassistenter och hemsamariter skall möta patienten utifrån ett gemensamt synsätt där helhetssynen är grundläggande. Motionärerna framhåller vidare att det är viktigt att man kan åstadkomma vårdepisodkontinuitet så att patienten vid återbesök kan få träffa samma läkare eller vårdlag. Att organisera detta torde, sägs det, kunna ske med tämligen enkla medel och sker redan på många håll. Motionärerna begär att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad de sålunda anfört om en vidgning av kontinuitetsbegreppet (yrkandet 1). Samma synsätt på frågan om vidgad kontinuitet finns även i motionen 1978/79:2629 (s).

Som utskottet nämnt i det föregående är ett av målen för primärvårdens utveckling att behovet av kontinuitet skall tillgodoses. I skriften Primärvård – innehåll och utveckling anförs sålunda bl. a. att kontinuitet i vården avser inte bara angelägenheten av att patienterna får träffa samma läkare vid nästa läkarbesök utan också att sambanden skall fungera och helhetssynen behållas, vilken hjälp man än för tillfället behöver och vilka vårdformer man än anlitar. Frågan om kontinuitet utvecklas i skriften på följande sätt.

Kontinuitet förutsätter en personlig kontakt mellan patienter och personal, vilket ställer krav på verksamhetens inre organisation. Det blir, sägs det, betydelsefullt att skapa goda arbetsförhållanden och en bra arbetsmiljö för att så långt som möjligt begränsa personalrörligheten. Kontinuitet i vårdarbetet ställer också krav på att samarbetet med länssjukvården och socialvården fungerar väl. Det framhålls vidare att primärvården måste bl. a. vara befolkningens primära kontakt för hälso- och sjukvård, ge sjukvård och medicinsk omvårdnad vid långvariga sjukdoms- och handikapptillstånd, samordna såväl öppen som sluten långtidsvård samt ha rutiner för kommunikation m. m. mellan olika vårdformer och verksamheter, med möjlighet till hänvisning till adekvat vård och behandling.

Utskottet ansluter sig till den syn på kontinuitetsfrågan som redovisas i motionerna 1978/79:2628 (c) och 1978/79:2629 (s) samt i skriften Primärvård – innehåll och utveckling och anser att den bör vara vägledande för primärvårdens utbyggnad. Vad utskottet sålunda anfört med anledning av propositionen och motionen 1978/79:2628 (c) i här behandlad del bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Därigenom tillgodoses även önskemål i motionen 1978/79:2629 (s), vilken inte innehåller något formellt yrkande i denna del.

Lagstiftning om lagarbete inom sjukvården

I motionen 1978/79:2630 (vpk) begärs förslag till ändringar i gällande sjukvårdslagstiftning syftande till att underlätta lagarbete inom sjukvården (yrkandet 2). Motionärerna framhåller att kontinuiteten bör – i stället för att knytas till allmänläkare och distriktssjuksköterskor – knytas till arbetslag som innehåller samtliga för vården viktiga arbetsgrupper.

Utredningen (S 1977:02) om sjukvårdens inre organisation, vilken tillkallades år 1977 för att utreda bl. a. frågan om hur gruppvård eller lagarbete kan bedrivas inom sjukvården, har i februari i år lagt fram betänkandet (SOU 1979:26) Sjukvårdens inre organisation – en idépromemoria, vilket innehåller förslag till riktlinjer för den framtida utvecklingen av sjukvårdens inre organisation och förslag om fortsatt utrednings- och utvecklingsarbete. I betänkandet, som f. n. är föremål för remissbehandling, har föreslagits att en organisation med lagarbete/vårdlag prövas och utvecklas inom hela hälso- och sjukvården.

Med hänsyn till utredningsförslaget och till utskottets uttalande ovan om kontinuitetsfrågan bör motionen 1978/79:2630 (vpk) inte föranleda någon åtgärd av riksdagen (yrkandet 2).

Läkarval m. m.

I motionen 1978/79:2627 (m) framhålls bl. a. att patienterna själva skall äga välja om de vill ha en fast kontakt med en läkare vid vårdcentral eller med en specialist vid sjukhus och att något remisstvång inte får förekomma. I motionen 1978/79:2626 (m) påpekas bl. a. att en stor del av allmänhetens anspråk på sjukvård avser vård hos specialist och att kontinuitetsbehovet för de verkligt sjuka i hög grad är knutet till den kvalificerade specialistvårdens läkare. I motionen 1978/79:2628 (c) slutligen begärs det att riksdagen skall ge till känna att något registreringsförfarande som binder medborgarna vid viss läkare vid vårdcentralen för att åstadkomma långsiktig kontinuitet utan samband med viss vårdepisod inte skall genomföras (yrkandet 4).

Utskottet anser att en utgångspunkt för verksamheten vid vårdcentralerna bör vara att patienterna äger att själva välja läkare för konsultationer och vård. Något registreringsförfarande som binder patienterna till en viss läkare bör inte införas. Vidare bör något hinder inte föreligga för patienterna att på egen hand söka sig till specialist. Utskottet biträder sålunda vad som anförts i motionerna om läkarval m. m. Vad utskottet anfört bör ges regeringen till känna.

Privatpraktikervård m. m.

Frågor om *privatpraktikervård* behandlas i ett särskilt avsnitt i propositionen (avsnitt 2.15). Utskottet biträder vad som där förordas om ett närmare samarbete mellan privatläkarna och den offentliga vården. Utskottet anser att

det i övrigt inte är påkallat med något riksdagens uttalande med anledning av propositionen i här aktuell del.

I två motioner tas frågor om *etableringsvillkor för privatpraktiker* upp. I motionen 1978/79:2627 (m) begärs – bl. a. mot bakgrund av uttalande i propositionen om behov av nyrekrytering till privatpraktikerkåren – att läkarvårdstaxan (1974:699) ändras snarast så att minskningen av antalet privatpraktiker upphör och en nyetablering underlättas, främst på orter med stort behov av läkare. I motionen 1978/79:2626 (m) framhålls det bl. a. att privatpraktikerna förmodligen kommer husläkarbegreppet närmast och motionären föreslår att privatpraktikerna skall ges generösare etableringsvillkor.

I samband med att arvodet till privatpraktiserande läkare, som är anslutna till den allmänna sjukförsäkringen, fr. o. m. år 1975 bands till läkarvårdstaxan, öppnades övergångsvis en möjlighet för försäkringskassa att medge enskilda läkare, som tidigare tillämpat en högre arvodesnivå än vad taxan medgav, att tillämpa en arvodesnivå som låg över taxans grundnivå för att taxebindningen inte skulle medföra en oskälig inkomstminskning.

År 1978 öppnades även möjligheter för försäkringskassa att medge privatpraktiker vid mottagning som nyetableras och som är gemensam för minst två läkare att tillämpa en arvodesnivå som ligger över läkarvårdstaxans grundnivå (se SfU 1977/78:12). Avsikten med dessa möjligheter – som begränsades till att avse högst 30 läkare under ettvart av åren 1978 och 1979 – var att etableringen skulle ske utanför storstadsområdena och i första hand på orter där behovet av läkare är mindre väl tillgodosett. Den sålunda införda ordningen var avsedd att tillämpas övergångsvis och frågan om i vilken takt den skall avvecklas skulle tas upp till prövning i anslutning till ett förslag rörande avveckling av individuell taxebindning för privatläkare som riksförsäkringsverket avsåg att lägga fram. I en under allmänna motionstiden i år väckt motion har det begärts att en taxenivå införs, som gör det möjligt att nyetablera även enmansmottagningar på orter där det inte finns underlag för gruppmottagningar. Taxenivån vid nyetableringar skulle därvid enligt motionärerna kunna differentieras så att den särskilt gynnar etableringar utanför storstadsområdena. Socialförsäkringsutskottet har i sitt av riksdagen godkända betänkande SfU 1978/79:22 med avstyrkande av motionen bl. a. anfört att såvitt gäller den individuella taxebindningen för tiden efter den 1 januari 1980 regeringens ställningstagande i frågan bör avvaktas innan riksdagen gör några uttalanden härom.

Socialutskottet anser att man bör anlägga samma synsätt på de här aktuella förslagen i motionerna 1978/79:2626 (m) och 1978/79:2627 (m). Utskottet avstyrker således motionerna i här aktuella delar.

Åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården

I det föregående har utskottet i avsnitten Riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården och Frågor om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare m. m. behandlat frågor om vad som bör vara vägledande för utbyggnaden av primärvården. Utskottet behandlar i detta avsnitt frågan om åtgärder för att stimulera utbyggnaden. Utskottet redovisar inledningsvis huvuddragen i propositionen och motionerna, redogör härefter för förslagen mera i detalj samt anger avslutningsvis sina överväganden.

I propositionen anges att utvecklingen och utbyggnaden av primärvården bör stimuleras genom forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården, genom åtgärder för att öka tillgången på läkare och annan personal samt genom ekonomiskt stöd till sjukvårdshuvudmännen.

I motionen 1978/79:2629 (s) begärs ett åtgärdsprogram som skall tillgodose vissa i motionen framförda krav avseende samtliga tre åtgärdsområden. Krav på en plan för att öka tillgången på läkare och distriktssköterskor och på en jämnare utbyggnad av primärvården framförs i motionen 1978/79:2628 (c). I motionerna 1978/79:2627 (m) och 1978/79:2626 (m) tas främst frågor om läkarutbildningen upp.

I *propositionen* saknas konkreta förslag om hur en utveckling av öppenvården skall stimuleras. I de aktuella avsnitten av propositionen framhålls bl. a. att det inom allmänläkarvården finns ett brett fält för forsknings- och utvecklingsarbete. Ett aktivt forsknings- och utvecklingsarbete är, framhålls det vidare, nödvändigt för att bibehålla och förstärka den kvalitativa rekryteringen till allmänläkarbanan och kan genom framtagning av ett successivt förbättrat vetenskapligt underlag bl. a. bidra till positivare attityder till allmänläkarna och deras verksamhet. Föredragande statsrådet anger en rad områden som angelägna för studier och utvecklingsarbete.

I *motionen 1978/79:2629* (s) anförs bl. a. att det vid utbyggnaden av vårdcentralerna är värdefullt att möjligheten att få träffa samma läkare eller distriktssköterska betonas men att det viktiga är att lösa den verkliga utmaningen för 1980-talets hälso- och sjukvård, nämligen att hälso- och sjukvården tillsammans med primärkommunernas socialvård skall ge de äldre service, omsorg och vård så att de så långt som möjligt kan leva ett normalt, självständigt och aktivt liv. Det påpekas att möjligheten att etablera en kontinuerlig kontakt mellan läkare och patient avgörs av de resurser i form av personal, utbildning och fungerande inrättningar som samhället förmår skapa. Det krävs, sägs det, särskilda insatser för att öka tillgången på främst allmänläkare och distriktssköterskor och styrmedel för att prioritera utbyggnaden av den öppna distriktsvården i de geografiska områden som i dag har brist på läkare och annan sjukvårdspersonal.

Motionärerna begär mot denna bakgrund att regeringen förelägger riksdagen ett – på överläggningar med Landstingsförbundet baserat – förslag till ett

åtgärdsprogram för att stimulera utbyggnaden av primärvården, vilket skall vara förankrat i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvården och tillgodose krav som anges i motionen i fråga om forskning, utvecklingsarbete, utbildning av personal inom primärvården samt statligt stöd till sjukvårdshuvudmännen.

Beträffande forskning kräver motionärerna att konkreta planer utarbetas för särskilda insatser under en femårsperiod för att stärka den högskoleanknutna forskningen inom områdena allmänmedicin/primärvård och långvårdsmedicin. När det gäller utvecklingsarbete krävs att Spri samordnar ett praktiskt förankrat utvecklingsarbete på primärvårdsområdet och ges särskilda bidrag för detta under en treårsperiod.

I fråga om utbildning av personal för primärvården m. m. krävs det att primärvårdens personalförsörjning ges prioritet, att lagarbete mellan olika personalkategorier främjes och stärks, att inslaget av öppen vård förstärks i utbildningen av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster m. fl., att vidareutbildningen av allmänläkare och annan personal stimuleras, att styrsystemet för läkarnas vidareutbildning skärps så att den nuvarande obalansen – både vad gäller geografisk och verksamhetsmässig fördelning – motverkas samt att genomgång sker av "flaskhalsar" för att antalet FV-block för allmänläkarvård och utbildningen av distriktssköterskor skall kunna ökas.

Motionärerna kräver statligt stöd till sjukvårdshuvudmännen i den formen att utbyggnad av primärvården särskilt stimuleras inom ramen för sjukförsäkringens ersättning till sjukvårdshuvudmännen och det bör enligt motionärerna därvid prövas att via sjukförsäkringen stimulera distriktssköterskornas arbete och annan "icke-läkarverksamhet" inom primärvården, t. ex. patientmottagarfunktionen vid vårdcentralen. Stödet måste enligt motionärerna utformas så att det ytterligare understödjer i dag underförsörjda regioner.

I *motionen 1978/79:2628* (c) framhålls bl. a. att de statliga insatserna bör inriktas på att stödja den verksamhet som är under utveckling inom primärvården. Det framhålls vidare bl. a. att en översyn av nuvarande system för läkarplanering och styrning krävs. Motionärerna begär (yrkandet 2) en plan för att garantera sjukvårdshuvudmännen tillgång till allmänläkare och distriktssköterskor för utbyggnaden av primärvården. Vidare begärs (yrkandet 3) att riksdagen inför de i propositionen förutskickade överläggningarna med sjukvårdshuvudmännen skall ge till känna att en målsättning för överläggningarna skall vara att åstadkomma en jämnare regional utbyggnad av primärvården för att alla medborgare skall kunna garanteras rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor.

I *motionen 1978/79:2627* (m) framhålls betydelsen av forskning inom primärvården men det påpekas att bättre behandlingsresultat inom primärvården ofta förutsätter ökade forskningsinsatser vid regionsjukhusen. Det framhålls att önskemålet om inrättande av professurer i primärvård/

allmänmedicin måste vägas mot andra angelägna forskningsändamål och det betonas därvid att utbyggnaden av forskningen inom långvårdsmedicin och rehabilitering inte får eftersättas. Motionärerna kan inte biträda propositionsförslaget om en ökning av antalet FV-block för allmänläkarvård utan att konsekvenserna av en ökning för utbildningens kvalitet och för andra bristområden m. m. belyses. Motionärerna är positiva till att redan yrkesverksamma specialister efter egen önskan och erforderlig utbildning skall kunna gå över till primärvården. Möjligheter till kompletteringsutbildning bör, framhålls det, också öppnas för läkare som önskar övergå till långtidsvård och psykiatri. Det betonas att NLV skyndsamt bör slutföra arbetet på en översyn och ytterligare förlängning av allmänläkarutbildningen. Distriktssköterskeutbildningen bör, sägs det vidare, byggas ut och distriktssköterskorna bör få vidgade befogenheter. Av distriktssköterska ordinerad sjukvårdande behandling bör enligt motionärerna ge rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Motionärerna kräver aktiva åtgärder för att man skall komma till rätta med den regionala snedfördelningen i fråga om besatta tjänster för såväl allmänläkare som specialister.

I *motionen 1978/79:2626* (m) betraktas det – mot bakgrund av behovet av läkarresurser för andra områden än allmänläkarverksamhet – som orimligt att dels utöver den ökning från ca 280 FV-block per år till 350 FV-block per år som skett i år genomföra en ökning av antalet FV-block för allmänläkarvård och en motsvarande minskning av antalet FV-block för specialistutbildning, dels förutsätta att specialister skall omskola sig för allmänläkarvård. Det påpekas vidare att en utökning av antalet sjuksköterskor inom primärvården till det antal som förutsätts i propositionen till år 1985 inte är möjlig och att en sådan ökning – om den skulle kunna genomföras – skulle ske på den slutna vårdens bekostnad. Motionären anser inte att riksdagen har anledning pröva frågan om ekonomiskt stöd till sjukvårdshuvudmännen utan att ändamål och anslagsbelopp preciserats.

Som bakgrund till sina överväganden vill *utskottet* framhålla följande.

Vid en jämförelse mellan de senaste årens s. k. LKELP-rapporter – vilka årligen utges av socialstyrelsen och Landstingsförbundet och utgör sammanställningar av sjukvårdshuvudmännens planer för närmast kommande sexårsperiod – framgår det att den planerade utvecklingen av antalet läkarbesök i öppen vård utanför sjukhus justerats ned efter hand. Utbyggnaden av primärvården går således långsammare än vad man från början avsett. En viktig anledning härtill är – vilket bl. a. framhölls vid det inledningsvis nämnda sammanträdet med företrädare för socialdepartementets sjukvårdsdelegation, socialstyrelsen, NLV och Landstingsförbundet – brist på läkare. Till belysande av denna brist kan nämnas följande siffror. I mitten av mars 1977 fanns det drygt 1 600 tjänster för distriktsläkare inom allmänläkarvård. Av dessa var ca 800 besatta med ordinarie innehavare, ca 400 med vikarier och ca 275 helt vakanta utan vikarier. Innehavarna av ca 125 tjänser var ej i tjänst. Av de ca 800 ordinarie distriktsläkarna var det endast ca

45 % som hade allmänläkarkompetens. För öppen vård utanför sjukhus fanns det vid samma tid drygt 700 tjänster inrättade för specialister. Vid sammanträdet redovisade uppgifter om blockplaneringen för åren 1975, 1976 och 1977 visade att antalet FV-block för allmänläkarvård som inrättats av sjukvårdshuvudmännen betydligt understigit antalet block som tilldelats dem och att även antalet block som tillsatts betydligt understigit antalet inrättade.

Antalet sjuksköterskor med vidareutbildning i öppen vård och motsvarande äldre utbildning, som var verksamma i distriktsvård, uppgick år 1977 till närmare 2 200. Härtill kommer att ett antal sjuksköterskor utan denna utbildning var verksamma i distriktsvården. I propositionen har angivits att en "distriktssköterskeтäthet" av en sköterska per 1 500 invånare skulle kräva ca 6 500 distriktssköterskor. Antalet intagningsplatser i vidareutbildningen i öppen vård har under de senaste åren uppgått till drygt 400 per år. Vid det ovannämnda sammanträdet påpekades det bl. a. att socialstyrelsen förordat betydligt fler intagningsplatser än som inrättats och att antalet sökande till vidareutbildningen vida överstigit antalet intagningsplatser.

Mot bakgrund av det anförda framstår det som nödvändigt med kraftfulla insatser – främst på utbildningsområdet – för att förstärka utvecklingen och utbyggnaden av primärvården. Propositionen är emellertid allmänt hållen och ger inte grund för konkreta ställningstaganden. Inte heller belyses i propositionen de avvägningar som måste ske mot andra intressen.

Utskottet vill därför förorda att – i överensstämmelse med vad som föreslås i motionen 1978/79:2628 (c) i här aktuella delar och motionen 1978/79:2629 (s) – de konkreta åtgärder som behövs för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården föreläggs riksdagen sammanfattade i ett åtgärdsprogram. Utgångspunkt skall vara de riktlinjer för utbyggnaden av primärvården, som getts i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet och i kompletteringar av detta principprogram. Åtgärdsprogrammet bör bl. a. tillgodose de krav, som framförs i motionen 1978/79:2628 (c) i här aktuella delar och motionen 1978/79:2629 (s). Härigenom tillgodoses även krav som framförs i motionen 1978/79:2627 (m) i här aktuella delar. Med anledning av vad som anförs i sistnämnda motion och motionen 1978/79:2626 (m) bör i åtgärdsprogrammet även belysas de avvägningar mot andra viktiga vårduppgifter som måste göras vid en satsning för att stimulera primärvårdens utveckling och utbyggnad.

Vad utskottet sålunda med anledning av propositionen jämte motionerna 1978/79:2626 (m), 1978/79:2627 (m) och 1978/79:2628 (c) i här aktuella delar samt motionen 1978/79:2629 (s) anfört om ett åtgärdsprogram för utbyggnad av primärvården bör ges regeringen till känna.

Utskottet hemställer

1. beträffande riksdagens skyldighet att behandla propositionsförslagen att riksdagen avslår motionen 1978/79:2626 delvis,
2. beträffande frågan om avslag på propositionen att riksdagen

avslår motionen 1978/79:2630 yrkandet 1,

3. beträffande frågan om riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården att riksdagen med anledning av propositionen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
4. beträffande förläggande av jourverksamhet till primärvården att riksdagen avslår motionen 1978/79:2626 delvis,
5. beträffande försöksverksamhet med olika modeller för förbättrad kontinuitet m. m. att riksdagen avslår motionen 1978/79:2627 delvis,
6. beträffande frågan om bättre kontinuitet i primärvården m. m. att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2628 yrkandet 1 och med anledning av propositionen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
7. beträffande lagstiftning om lagarbete inom sjukvården att riksdagen avslår motionen 1978/79:2630 yrkandet 2,
8. beträffande frågan om läkarval m. m. att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2628 yrkandet 4 samt med anledning av propositionen, motionen 1978/79:2626 delvis och motionen 1978/79:2627 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
9. beträffande privatpraktikervård att riksdagen med anledning av propositionen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,
10. beträffande etableringsvillkor för privatpraktiker att riksdagen avslår motionen 1978/79:2626 delvis och motionen 1978/79:2627 delvis,
11. beträffande frågan om åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2628 yrkandena 2 och 3 och motionen 1978/79:2629 samt med anledning av propositionen, motionen 1978/79:2626 delvis och motionen 1978/79:2627 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan.

Stockholm den 22 maj 1979

På socialutskottets vägnar
KERSTI SWARTZ

Närvarande: Kersti Swartz (fp), Erik Larsson (c), Nils Carlshamre (m), Evert Svensson (s), Anna-Greta Skantz (s), Ivar Nordberg (s), Kjell Nilsson (s), Britt Wigenfeldt (c), Sven-Gösta Signell (s), Per Gahrton (fp), Ulla Tillander (c), Stig Alftin (s), Gunnar Björck i Värmdö (m), Lena Öhrsvik (s) och Rune Gustavsson (c).

Reservationer

1. av Nils Carlshamre (m) och Gunnar Biörck i Värmdö (m) som anser

dels att utskottets yttrande bort ha följande lydelse:

Översiktlig redovisning av frågor som tas upp i propositionen och motionerna m. m.

Propositionen bygger – – – (= se utskottet s. 10–12) – – – i primärvård/allmänmedicin.

Hälso- och sjukvårdens organisation, liksom den löpande verksamheten på området, har enligt gällande sjukvårdslag i huvudsak överlämnats till sjukvårdshuvudmännen att ansvara för med stor självständighet. Det kan förutsättas att huvudmännens ansvar och självständighet kommer att än starkare betonas i den nya sjukvårdslag som förbereds av hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU). Detta innebär givetvis inte att staten skulle ha avhänt sig allt ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling. En utveckling av primärvården, sådan den skisseras i propositionen, förutsätter statliga åtgärder på en rad områden. I propositionen framläggs inga konkreta förslag till åtgärder som kräver riksdagens medverkan, men på flera punkter aviserar föredragande statsrådet kommande åtgärder eller förslag till åtgärder. Riksdagen kan självfallet varken bifalla eller avslå sådana förslag förrän de faktiskt föreligger. Vad *utskottet* i fortsättningen anför skall därför uppfattas som av regeringen begärda anvisningar för det fortsatta arbetet med utveckling av primärvården.

Riksdagens skyldighet att behandla propositionsförslagen m. m.

Att utskottet alltså valt att sakbehandla ett flertal avsnitt av propositionen, trots att alla förslag till konkreta beslut saknas, innebär att utskottet inte kan biträda förslaget i motionen 1978/79:2630 (vpk) yrkandet 1 om avslag på propositionen.

Med vad utskottet i denna del anfört får också motionen 1978/79:2626 (m) i motsvarande del anses besvarad.

Riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården

Det förhållande mellan patient och läkare som ligger innesluten i det i propositionen odefinierade begreppet husläkare måste byggas upp underifrån, genom att patienten själv väljer en läkare, inte pressas på någon genom ett mer eller mindre tvingande "system". Som framhålls i motionen 1978/79:2627 (m) måste alla patienter som så önskar kunna få en fast kontakt med en läkare som de har förtroende för. Patienten måste själv avgöra om han vill ha en "husläkare" och i så fall vilken. Såväl offentligt som privat verksamma läkare, allmänläkare såväl som specialister, läkare och vårdteam vid vårdcentraler och vid sjukhus måste kunna komma i fråga. Remisstvång

får inte förekomma. Detta måste vara utgångspunkten för uppbyggnaden av ett väl fungerande husläkarsystem. Vad utskottet sålunda anfört bör ges regeringen till känna.

I fråga om *jouransvar för primärvården* anser föredragande statsrådet att det inte är realistiskt att varje vårdcentral skall ha ett totalt jouransvar.

I motionen 1978/79:2626 (m) begärs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna i motionen uttalade skäl mot att förlägga jourverksamhet till vårdcentralerna. Motionären framhåller bemanningsproblem vid vårdcentralerna till följd av att jourkompensation skall utgå. Vidare framhålls att man i vårt land byggt upp en kvalificerad specialistvård, som rimligtvis är säkrare och effektivare på sina områden än motsvarande allmänläkarvård och som man inte bör avstå från att utnyttja för allvarliga, brådskande eller svårbedömda fall.

Utskottet anser det inte vara realistiskt att varje vårdcentral skall ta ett totalt jouransvar. Vid en vårdcentral med 3–5 läkare skulle jourkompensationen beröva centralen så stor del av läkarnas arbetskraft på ordinarie tid, att varje tanke på kontinuitet i förhållandet läkare–patient skulle få överges. Primärvårdens jouransvar måste till stor del anordnas i samverkan med den ofrånkomliga jourtjänsten inom den slutna vården.

Vad utskottet sålunda med anledning av propositionen och motionen 1978/79:2626 (m) i här aktuell del anfört om förläggande av jourverksamhet till primärvården bör ges regeringen till känna.

Frågor om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare m. m.

Propositionen har begränsat sig till allmänläkarvård vid offentliga vårdcentraler. Inga konkreta förslag till hur den önskade kontinuiteten skall åstadkommas förelligger. Propositionens husläkarförslag är därför både otillräckligt och alltför ensidigt inriktat.

I motionen 1978/79:2627 (m) erinras det om att det i direktiven för kontinuitetsutredningen förutsatts att olika modeller för bättre läkarkontinuitet i den öppna sjukvården skulle prövas med syfte att nå största möjliga kontinuitet och valfrihet i vården. Motionärerna framhåller att det är omöjligt att binda sig för en enda av olika tänkbara husläkarmodeller och föreslår att *försöksverksamhet med olika modeller för att förbättra kontinuiteten* i kontakterna mellan sjukvårdspersonal och patienter i enlighet med nämnda direktiv kommer till stånd. Försöksverksamheten bör enligt motionärerna omfatta inte bara allmänläkare vid vårdcentraler utan också privatpraktiker, läkare vid länsdelssjukhus och specialister vid sjukhus eller vårdcentraler. Det framhålls att det också är angeläget att studier kommer till stånd om hur patientströmmarna ändras i och med att vårdcentraler byggs ut och om effekterna på den sjukhusanknutna öppna och slutna vården. Vidare bör det enligt motionärerna studeras vilka grupper som har särskilt stort behov av en

fast kontakt med en läkare eller ett vårdteam och hur detta bäst skall kunna tillgodoses liksom vilken funktion en eventuell fast anknytning bör ha.

I kontinuitetsutredningens betänkande har i ett särskilt avsnitt redovisats hur man på olika håll i landet sökt bemästra problemen med att skapa kontinuitet i patienternas kontakt med sjukvården vid sjukhusklinikernas mottagningar samt vid vårdcentraler och läkarstationer. Landstingsförbundet framhåller i sitt yttrande över betänkandet bl. a. att detta material kan vara av värde för sjukvårdshuvudmännen i deras arbete med att åstadkomma en bättre kontinuitet inom ramen för befintliga resurser. Landstingsförbundet framhåller vidare att det är angeläget att man fortsätter och vidareutvecklar arbetet på att finna olika organisationsmodeller och planeringssystem som kan bidra till en bättre kontinuitet.

Utskottet noterar med tillfredsställelse denna inställning hos huvudmännen men finner inte att de redovisade insatserna kan ersätta den systematiska försöksverksamhet som förutsattes i direktiven till kontinuitetsutredningen och som förordas i motionen 1978/79:2627 (m). Utskottet anser därför att sådan försöksverksamhet skall komma till stånd. Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionen 1978/79:2627 (m) i här aktuell del bör ges regeringen till känna.

I motionen 1978/79:2628 (c) framhålls bl. a. att en läkare – antingen man kallar honom husläkare eller något annat – är endast en del av kontituiteten mellan patienten och samhällets vårdfunktioner. Motionärerna vill därför vidga kontinuiteten till att avse hela samhällets primärvårdsorganisation. Den skall, sägs det, ha sin tyngdpunkt i vårdlag av läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl. som i samarbete med primärkommunernas socialassistenter och hemsamariter skall möta patienten utifrån ett gemensamt synsätt där helhetssynen är grundläggande. Motionärerna begär att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad de sålunda anfört om en vidgning av kontinuitetsbegreppet (yrkandet 1).

Skall husläkartanken stämma överens med olika patienters skilda önskemål och behov och med varierande lokala förhållanden, måste vi få en betydligt mer flexibel organisation med såväl offentligt som privat verksamma läkare, med både allmänläkare och specialister. Exempelvis bör vid vårdcentraler verksamma barnläkare och specialister på kvinnosjukdomar också kunna ifrågakomma som husläkare. Också läkare och vårdteam vid sjukhus bör kunna fungera som patientens fasta kontakt, vilket torde vara den bästa lösningen för många som är långvarigt beroende av starkt specialiserade vårdinsatser. För att vårdresurserna vid de mindre länsdelssjukhusen skall kunna utnyttjas effektivt krävs en icke oväsentlig andel öppenvård. Att läkare vid sådana sjukhus kan ha en fast patientkrets i öppenvård är både möjligt och riktigt.

Vad utskottet sålunda med anledning av propositionen och motionen

1978/79:2628 (c) i här aktuell del anfört i fråga *om bättre kontinuitet i primärvården m. m.* bör ges regeringen till känna.

Lagstiftning om lagarbete inom sjukvården

I motionen – – – (= utskottet s. 17) – – – riksdagen (yrkandet 2).

Läkarval m. m.

I motionen – – – (= utskottet s. 17) – – – till känna.

Privatpraktikervård m. m.

Frågor om *privatpraktikervård* behandlas i ett särskilt avsnitt av propositionen (avsnitt 2.15). Utskottet biträder vad som där förordas om ett närmare samarbete mellan privatläkarna och den offentliga vården. Utskottet delar emellertid inte föredragande statsrådets uppfattning att privatläkarkåren endast bör bibehållas vid ungefär nuvarande storlek. Tvärtom anser utskottet en väsentligt ökad insats av privatpraktiserande läkare vara en nödvändig förutsättning för att målet "husläkare" åt alla som så önskar skall kunna uppnås.

I den s. k. Dalbyundersökningen från år 1977 kan utläsas att de flesta ansåg kontinuiteten viktigare än t. ex. närheten till en läkarmottagning.

Annat som upplevdes som viktigt i samma undersökning var att läkaren ger sig god tid att samtala med patienterna och att man inte behöver vänta länge på att få tid hos läkaren. En Sifo-undersökning år 1974 visade att en stor majoritet ansåg att båda dessa krav bäst tillgodosågs av privatläkare. Kontinuitetsutredningen har visat att av dem som ansåg sig ha en bestämd läkare att gå till var denne läkare i 28 % av fallen en privatläkare. Framför allt bland äldre människor är det vanligt att man har en privatläkare, som man alltid vänder sig till och känner förtroende för.

Attityden till privatläkare är således så gott som entydigt positiv. En god vårdkontinuitet tillgodoses bäst av privatpraktiker av den enkla anledningen att dessa sällan flyttar på sig sedan de en gång satt upp sin praktik, bl. a. på grund av att en praktik ju kräver omfattande investeringar från läkarens sida.

Strävandena att uppnå en mänsklig sjukvård talar alltså starkt för att man från samhällets sida garanterar en betydande andel privatläkarvård. Den enskilda läkarvården är också billigare, sett från skattebetalarnas synpunkt. Ett öppenvårdsbesök på en landstingsinstitution beräknas genomsnittligt vara ca 30 % dyrare än motsvarande besök hos en privatpraktiker.

I t. ex. England och Danmark med väl utvecklad husläkarverksamhet utgörs husläkarna just av privatpraktiserande läkare.

Vad utskottet sålunda anfört om privatpraktikervård bör ges regeringen till känna.

I två motioner tas frågor om *etableringsvillkor för privatpraktiker* upp. I motionen 1978/79:2627 (m) begärs – bl. a. mot bakgrund av uttalande i propositionen om behov av nyrekrytering till privatpraktikerkåren – att läkarvårdstaxan (1974:699) ändras snarast så att minskningen av antalet privatpraktiker upphör och en nyetablering underlättas, främst på orter med stort behov av läkare. I motionen 1978/79:2626 (m) framhålls det bl. a. att privatpraktikerna förmodligen kommer husläkarbegreppet närmast och motionären föreslår att privatpraktikerna skall ges generösare etableringsvillkor.

Åtgärder måste enligt utskottets mening skyndsamt sättas in för att för framtiden trygga patienternas rätt till valfrihet i vården genom privatpraktikersektorns bevarande och genom åtgärder för att möjliggöra en jämnare fördelning av nytillkommande privatpraktiker över hela landet. För att åstadkomma detta krävs uppenbarligen att en för nyetablering erforderlig taxenivå införs även om etableringen sker som ensammotagning – detta inte minst för att göra det möjligt för privatpraktiker att slå sig ned också på orter där det inte finns underlag för gruppmottagning. En sådan taxa kan också differentieras så att den särskilt gynnar nyetableringar utanför storstadsområdena. Detta bör ges regeringen till känna.

I denna del biträder utskottet således vad som förordas i motionerna 1978/79:2626 (m) och 1978/79:2627 (m) i här aktuella delar.

Åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården

I det – – – (= utskottet s. 19–21) – – – anslagsbelopp preciserats.

Allmän enighet föreligger om angelägenheten av att så snabbt som möjligt öka antalet allmänläkare. Förra året beslöts i full enighet i socialdepartementets sjukvårdsdelegation att antalet tjänster för allmänläkarutbildning skulle ökas från 280 till 350 per år från 1979, vilket innebär en dryg tredjedel av alla tjänster för "fortsatt vidareutbildning" (FV-block). Detta ansågs av Landstingsförbundet, socialstyrelsen, UHÄ och Läkarförbundet vara ett maximum för vad som är möjligt att klara med nuvarande utbildningskapacitet. Trots detta uttalar sig föredragande statsrådet i propositionen för en ytterligare ökning av allmänläkarblocken. Utbildningsvärdet och därmed kvaliteten skulle påverkas allvarligt, om t. ex. medicinklinikerna får så många underläkare med andra utbildningsmål än specialistutbildning i invärtesmedicin – allmäntjänstgörande och under s. k. fortsatt vidareutbildning – att dessa inte står i rimlig proportion till antalet överordnade läkare. Det finns också anledning stryka under att underläkartjänsterna är inriktade på praktiskt sjukvårdsarbete och att det redan nu förmärks viss tveksamhet från sjukvårdshuvudmännens sida att begära så många FV-block för allmänläkare som står till förfogande.

I propositionen framhålls att nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) har inlett ett översynsarbete rörande läkares vidare- och efterutbildning.

Utskottet delar föredragande statsrådets uppfattning att översynen av allmänläkarnas utbildning därvid bör ges hög prioritet. Detta slogs också fast redan under trepartiregeringens tid. Beslut fattades redan då om att allmänläkarutbildningen som ett första steg fr. o. m. i år skulle förlängas med sex månader långtidsvård och rehabilitering till att totalt omfatta fyra år. NLV har också haft i uppdrag att utreda ytterligare förlängning för att allmänläkarna skall kunna få önskvärd kompetens för sina viktiga och mångskiftande uppgifter. För flertalet andra specialister är motsvarande utbildningstid 5 à 5 1/2 år.

Även med tanke på den pågående översynen av allmänläkarutbildningen förefaller det föga framsynt att forcera fram en ytterligare ökning av FV-blocken för allmänläkare, innan resultaten av denna översyn föreligger. Vid fördelningen av FV-blocken på olika specialiteter måste hänsyn givetvis också tas till behovet av tjänster inom andra specialiteter. Riksdagen har vid olika tillfällen utöver distriktsläkarvården prioriterat långtidsvården och psykiatrin samt strukit under behovet av fler reumatologer, anestesiologer, obstetriker och gynekologer (smärtlindring vid förlossning), yrkesmedicinare, ortopedkirurger, ögonläkare m. m. Det står också klart att den successivt normaliserade arbetstiden för sjukhusläkare, arbetsmiljölagstiftningen liksom avtalen om förbättrad jourkompensation medför behov av fler läkartjänster för samma vårdinsats, framför allt inom jourtyngda specialiteter såsom kirurgi, invärtesmedicin, anestesiologi, gynekologi, pediatrik, röntgen och psykiatri. Det ter sig därför omöjligt att ställa sig bakom föredragande statsrådets synpunkter på en ytterligare ökning av FV-blocken för allmänläkare utan att få konsekvenserna för utbildningens kvalitet för sjukvården och på sikt för andra specialiteter närmare belysta.

Kontinuitetsutredningen uppsatte som mål en allmänläkare per 3 000 invånare år 1985, vilket skulle kräva en ökning av antalet allmänläkarblock från 350 per år till ca 600 under vartdera av åren 1980 och 1981. Med nuvarande utbildningskapacitet skulle målet i stället kunna uppnås endast två år senare. En forcering av allmänläkarutbildningen vore inte bara olycklig från kvalitetssynpunkt utan kan också befaras leda till en hög remitteringsfrekvens och därmed till ett minskat förtroende för primärvårdens kvalitet.

Utskottet är därför inte berett att nu yttra sig om vid vilken tidpunkt den önskade allmänläkartätheten kan uppnås.

Utskottet ställer sig positivt till tanken att redan yrkesverksamma specialister efter egen önskan och erforderlig komplettering av utbildningen skall kunna gå över till primärvården, men hävdar att många specialister redan har en utbildning som gör dem väl skickade för viktiga uppgifter inom primärvården. Detta gäller inte minst barnläkare och gynekologer. Om möjlighet till kompletteringsutbildning skall övervägas, bör sådana möjligheter också öppnas för läkare som önskar övergå till långvård och psykiatri, vilka även är prioriterade områden med stor brist på specialister.

Utskottet vill vidare framhålla vikten av aktiva åtgärder för att komma till rätta med den regionala snedfördelningen i fråga om besatta tjänster för såväl allmänläkare som specialister. En rättvisare fördelning av läkare över landet förutsätter att inte fler tjänster inrättas än som kan besättas och att dessa i första hand tilldelas eftersatta delar av landet. Även andra positiva åtgärder bör prövas, såsom bättre meritvärdering och andra åtgärder som prövats i ett stort antal länder.

Inom den offentliga öppna vården står i dag distriktssköterskorna i stor utsträckning för kontinuiteten och helhetssynen. Många vårdproblem är också av den arten att kontakt med en distriktssköterska är det bästa alternativet. Distriktssköterskeutbildningen bör därför byggas ut så snabbt som kan ske utan att den slutna vårdens behov eftersätts. Samtidigt bör distriktssköterskan få vidgade befogenheter. Också av distriktssköterska ordinerad sjukvårdande behandling bör medge rätt till ersättning från sjukförsäkringen, vilket skulle avlasta läkarna och minska byråkratin. Trepartiregeringens uppdrag till socialstyrelsen att utreda viss rätt för distriktssköterska att förskriva läkemedel bör fullföljas.

Bättre behandlingsresultat inom primärvården förutsätter ofta ökade forskningsinsatser vid regionsjukhusen. Samtidigt krävs intensifierade studier rörande bl. a. förebyggande verksamhet och hälsoinformation, samband mellan miljö och sjuklighet, vilket med fördel sker inom distriktsvården.

Utskottet är inte berett att nu ta ställning till inrättandet av professurer i primärvård/allmänmedicin förrän konkreta förslag framlagts, varvid avvägning måste ske mot andra angelägna forskningsändamål. Utskottet vill dock redan nu understryka att utbyggnaden av forskningen inom långvårdsmedicin och rehabilitering därvid inte får eftersättas.

Utskottet biträder alltså vad som anförts i motionerna 1978/79:2626 (m) och 1978/79:2627 (m) i här aktuella delar.

Vad utskottet sålunda med anledning av propositionen jämte motionerna 1978/79:2626 (m), 1978/79:2627 (m) och 1978/79:2628 (c) i här aktuella delar samt motionen 1978/79:2629 (s) anfört om åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården bör ges regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under momenten 4, 5, 6, 8, 10 och 11 bort ha följande lydelse:

4. beträffande frågan om förläggande av jourverksamhet till primärvården att riksdagen med anledning av propositionen och motionen 1978/79:2626 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
5. beträffande frågan om försöksverksamhet med olika modeller för förbättrad kontinuitet m. m. att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2627 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
6. beträffande frågan om bättre kontinuitet i primärvården m. m.

att riksdagen med anledning av propositionen och motionen 1978/79:2628 yrkandet 1 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,

8. beträffande frågan om läkarval m. m. att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2626 delvis, motionen 1978/79:2627 delvis och motionen 1978/79:2628 yrkandet 4 samt med anledning av propositionen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
10. beträffande frågan om etableringsvillkor för privatpraktiker att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2626 delvis och motionen 1978/79:2627 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan,
11. beträffande frågan om åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården att riksdagen med bifall till motionen 1978/79:2626 delvis och motionen 1978/79:2627 delvis samt med anledning av propositionen, motionen 1978/79:2628 yrkandena 2 och 3 och motionen 1978/79:2629 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan.

dels och – i enlighet med första dels-satsen i denna reservation (s. 24–30) – att motiveringen till utskottets hemställan under samtliga övriga moment (1, 2, 3, 7, och 9) bort vara den som intagits i reservationen.

2. av Kersti Swartz (fp) och Per Gahrton (fp) som anser

dels att utskottets yttrande bort ha följande lydelse:

Översiktlig redovisning av frågor som tas upp i propositionen och motionerna m. m.

Propositionen bygger på kontinuitetsutredningens betänkande. Såsom framhålls i utredningens referat av ett stort antal undersökningar angående önskemål beträffande sjukvårdens organisation "kan konstateras att frågan om kontinuiteten i kontakterna till läkare och annan sjukvårdspersonal omnämns i samtliga undersökningar och att de intervjuade betraktar denna fråga som synnerligen angelägen". Därför är det värdefullt att propositionen utförligt anger de riktlinjer som bör gälla för en förbättrad kontinuitet inom primärvården genom en stegvis uppbyggnad av ett husläkarsystem. Inte minst viktig är propositionens betoning av ett husläkarsystems betydelse för de äldre genom att möjlighet skulle skapas för dem att behålla samma husläkare efter flyttning till ålderdomshem eller serviceboende.

Föredragande statsrådet anmäler också i propositionen konkreta åtgärder som hon ämnar vidta i syfte att stimulera och möjliggöra påbörjandet av husläkarsystemets uppbyggnad. Statsrådet uttalar sig till förmån för inrät-

tande av professurer i primärvård/allmänmedicin. Statsrådet aviserar att hon kommer att verka för en ökning av antalet FV-block för allmänläkarvård inom ramen för det arbete som bedrivs inom socialdepartementets sjukvårdsdelegtion. Statsrådet anmäler att hon har för avsikt att föreslå regeringen att uppdra åt nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) att i samråd med berörda parter utreda frågan om kompletteringsutbildningar som skall göra det möjligt för specialistläkare att gå över till allmänläkarverksamhet. Statsrådet har också för avsikt att uppdra åt NLV att närmare överväga frågan om dispensförfarande vad gäller kraven på behörighet till allmänläkartjänster. Statsrådet anmäler att förslag kommer att framläggas om åtgärder för att mot bakgrund av kontinuitetsutredningens betänkande i samråd med sjukvårdshuvudmännen undersöka möjligheterna att utöka utbildningskapaciteten för distriktssköterskor. Statsrådet förordar åtgärder för att utbildningsmyndigheterna i läroplaner m. m. skall ge större utrymme för primärvården vid utbildning av vårdpersonal.

Genom propositionen tar regeringen således första steget mot ett uppfyllande av det löfte som gavs av trepartiregeringen i 1976 års regeringsförklaring där det hette:

"Riktlinjerna för hälso- och sjukvården skall syfta till utbyggnad av öppenvården. Den organiseras stegvis som ett system med husläkare och mindre vårdenheter".

Propositionen innebär också en uppföljning av den överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet som ingicks den 1 mars i år där det bl. a. i punkt 9 heter:

"9. Vid denna överenskommelse har förutsatts att åtgärder vidtas för att förbättra kontinuiteten i sjukvården, bl. a. med utgångspunkt i förslagen i kontinuitetsutredningens betänkande (SOU 1978:74). Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Avsikten är att i fortsatta överläggningar ta upp frågan om åtgärdernas utformning m. m".

Överenskommelsen redovisades för riksdagen i propositionen 1978/79:177 och godkändes i denna del enhälligt den 17 maj i år.

Utskottet vill särskilt understryka att avtalet i denna del är en uppföljning av kontinuitetsutredningens förslag om ett direkt stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen för att bygga upp husläkarsystem. Sedan sjukvårdshuvudmännen remissvägen avvisat det av utredningen föreslagna särskilda bidraget och i stället föredragit generella åtgärder är det enligt utskottets uppfattning naturligt att statens ekonomiska stimulans till sjukvårdshuvudmännen för att bygga upp husläkarsystem ges i den generella form som riksdagen enhälligt godtagit genom sin anslutning till den ingångna överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet i denna del.

Det synsätt som dominerar åsikterna i de fem *motioner* som väckts med anledning av propositionen är att primärvården bör byggas ut i enlighet med den principplanering som nu utvecklas och konkretiseras av sjuk-

vårdshuvudmännen. Det framhålls att det är angeläget för denna utbyggnad att primärvården får behövliga resurser främst i fråga om läkare och distriktssköterskor och att den ojämna regionala fördelning som råder när det gäller främst läkarresurserna elimineras. I flera motioner föreslås åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården. Det påpekas bl. a. att behov av kontinuitet föreligger och bör tillgodoses i kontakterna med – förutom läkare – även annan personal i primärvården. I vissa motioner betonas även vårdlagets betydelse för kontinuitet i sjukvården. I det följande redovisas huvuddragen i motionerna. I senare avsnitt i betänkandet redovisas i viss utsträckning motionsförslagen mera i detalj.

I motionen 1978/79:2630 – – – (= utskottet s. 11–12) – – – i primärvård/allmänmedicin.

Begreppet husläkare

Innan utskottet går in på en mera detaljerad genomgång kan det finnas anledning att närmare kommentera husläkarbegreppet.

I motionen 1978/79:2629 (s) hävdas, att folkpartiet genom propositionen "fränträtt ett husläkarsystem av den modell som slagordsmässigt presenterats i 1976 års valrörelse. Husläkarsystemet blir inget annat än utbyggd öppenvård."

I motionen 1978/79:2628 (c) hävdas, att "husläkarbegreppet som uttryck för behovet av kontinuitet inom vården kommit att leda till orealistiska förväntningar och till att skymma det grundläggande, nämligen behovet av en utbyggd primärvård."

I motionen 1978/79:2626 (m) hävdas, att beteckningen husläkare i propositionen "rör sig om falsk varubeteckning. Den s. k. husläkaren är helt enkelt en distriktsläkare på vårdcentral med ett på ett eller annat sätt definierat upptagningsområde". Motionen menar, att husläkarbegreppet anknyter till en äldre tids privatläkare och hävdar att sådana husläkare är nu mycket sällsynta, men i bästa fall inte helt utdöda".

Motionen 1978/79:2630 (vpk) menar, att "husläkardrömmen är drömmen om en återgång till en historiskt överspelad vårdorganisation".

Utskottet vill för sin del hänvisa till kontinuitetsutredningens betänkande, där begreppet husläkare noggrant definieras:

Idén om husläkare är på intet sätt ny. Den har gamla anor. Det är faktiskt den omständigheten som lett till att somliga hävdat, att tanken på husläkare är hopplöst föråldrad, att tiden och samhällsutvecklingen oåterkalleligen förvandlat husläkaren till en historisk företeelse, som man i och för sig kan se tillbaka på med viss saknad, men som det vore helt utsiktslöst att försöka återinföra i dagens och morgondagens samhälle. Om man med husläkare

förstår en person som med största sannolikhet kan följa sina patienter från vaggan och upp till mogen ålder och som själv ställer upp för sina patienter när som helst på dygnet vardag som helgdag, en person som praktiskt taget aldrig är borta från sin mottagning såvida det inte gäller hembesök hos patienter och för vilken semester är en känd men knappast utnyttjad förmån, om detta är bilden av en husläkare, då är han onekligen en minnesvärd figur som förtjänar ett hedersomnämnande i sjukvårdens annaler. Men husläkarfunktionen behöver inte utformas på detta sätt. Den kan lika väl avse en person hos vilken patienterna känner en naturlig trygghet och ett personligt förtroende, därför att de haft möjlighet att lära känna varandra någorlunda inom ramen för läkarens hälso- och sjukvårdande verksamhet, en person som patienten lärt känna just som en person och inte bara som en komponent ingående i ett större system kallat hälso- och sjukvård, en vårdgivare som känner till de besvär och problem som patienten lider av sedan tidigare och där man inte behöver upprepa stora delar av sin sjukdomshistoria vid varje förekommande besök, en person som har ansvaret för att man når fram till de vårdresurser som behövs vid olika tillfällen och som finns med i bakgrunden även om vården i vissa fall meddelas av andra personer. Om man ser husläkaren på det sättet, är det enligt utredningen både angeläget och möjligt att skapa ett husläkarsystem inom det moderna samhällets hälso- och sjukvård.

Utskottet menar, att det klart framgår att det är detta husläkarbegrepp propositionen ansluter sig till. En husläkare är således enligt propositionen en allmänläkare som avslutat sin sammanhängande grund- och vidareutbildning, som innehar en fast tjänst vid en vårdcentral och som fullgör funktionen som en enskild individs eller i förekommande fall en familjs fasta läkarkontakt. Också privatpraktiker kan fungera som husläkare. I vårdcentralens husläkarsystem ingår distriktssköterska och övrig personal. Redan nu kan sjukvårdshuvudmän pröva system med registrering vid viss vårdcentral. Ett system med registrering hos viss läkare är principiellt tänkbart men bör dock inte aktualiseras förrän personalresurserna är tillräckligt utbyggda.

Mot bakgrund av ovanstående i propositionen förefintliga definitioner kan utskottet inte dela de synpunkter som framförs i motionerna.

Uppfattningarna i motionerna 1978/79:2626 (m) och 1978/79:2630 (vpk) att begreppet husläkare måste syfta på en svunnen tid har inget stöd i propositionen. Utskottet kan inte instämma i påståendet i motionen 1978/79:2629 (s) att husläkarsystemet endast skulle innebära en utbyggd primärvård. Det är uppenbart att ett husläkarsystem i propositionens mening innebär något utöver utbyggd primärvård, nämligen en särskild personlig kontakt mellan vårdsökande och viss läkare, distriktssköterska, övrig vårdpersonal. Därmed kan utskottet naturligtvis inte heller instämma i den gentemot sistnämnda motion helt motstridiga uppfattningen i motionen 1978/79:2628 (c) att husläkarbegreppet skulle stå i motsättning mot kravet på en utbyggd primärvård. Tvärtom är ju en utbyggd primärvård en förutsättning för en stegvis uppbyggnad av ett husläkarsystem.

Utskottet vill framhålla att husläkarbegreppet mött ytterst få invändningar vid remissbehandlingen av "husläkarbetänkandet". Endast 9 av 54 remiss-

instanser har uttryckt kritik. Övriga remissinstanser har godtagit begreppet som ett adekvat uttryck för den föreslagna utformningen av kontinuiteten inom primärvården. Särskilt vill utskottet notera Landstingsförbundets remissyttrande där det bl. a. heter: "De modeller för utformning av husläkarsystem som presenteras av utredningen kan, främst på litet längre sikt då personalsituationen hunnit förbättras, tjäna som exempel för huvudmän/primärvårdsområden som är intresserade av att pröva en arbetsmetod där varje patient är mera direkt bunden till en bestämd läkare".

Utskottet vill således som sin mening uttala att husläkare/husläkarsystem är lämpliga och adekvata begrepp för den förbättring av kontinuiteten inom primärvården, vars stegvisa utbyggnad i propositionen föreslås påbörjas genom föreslagna riktlinjer och anmälda konkreta åtgärder.

Riksdagens skyldighet att behandla propositionsförslagen m. m.

I propositionen 1967:68 angående central administration för hälso- och sjukvården samt socialvården, m. m. – vilken låg till grund för nyorganiserandet av socialstyrelsen per den 1 januari 1968 – behandlade föredragande departementschefen frågan om statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården samt socialvården. Han framhöll bl. a. (s. 77), att staten bär ett ansvar för hälso- och sjukvården samt socialvården som inte bara omfattar lagstiftning, anordnande av läkarutbildning m. m. och åtaganden på forskningsområdet utan även ett ansvar – som bärs tillsammans med huvudmännen – för att vården ges ett riktigt medicinskt och socialt innehåll och att vårdresurserna avvägs med hänsyn till såväl samhällsekonomi och arbetskraftsresurser som till önskemål att vården såvitt möjligt skall komma alla landets invånare tillgodo oavsett bostadsort. Det underströks att de uppgifter som följer av statens andel i detta ansvar bör fullgöras så att de enskilda kommunernas självbestämmande inte träds för nära. Departementschefens uttalanden föranledde inte någon erinran av riksdagen (SU 1967:105, rskr 1967:251).

I motionen 1978/79:2626 (m) framförs uppfattningen att riksdagen inte har någon skyldighet att ta ställning till de opreciserade riktlinjer för en framtida verksamhet som presenteras i propositionen.

Liknande tankegångar återfinns i motionerna 1978/79:2629 (s) och 1978/79:2628 (c) där det i kritiska ordalag talas om att propositionen bara innehåller "allmänt hållna funderingar" respektive "allmänna resonemang".

Utskottet vill, i likhet med dåvarande departementschefen i den ovan refererade propositionen 1967:68, understryka att riksdagen och staten har ett övergripande ansvar för sjukvården också utöver lagstiftning, utbildning, forskning m. fl. konkreta insatser. Utskottet menar att det kan vara rimligt att riksdagen i vissa fall fastställer allmänna riktlinjer i centrala frågeställningar också när det konkreta utförandet ankommer på andra huvudmän än staten. Utskottet vill erinra om sitt tidigare ställningstagande till förslag om

föräldrautbildning i propositionen 1978/79:169 (SoU 1978/79:45), vilka ju har karaktären av allmänt hållna riktlinjer för hur föräldrautbildning bör anordnas av huvudmännen.

Med hänvisning till det övergripande ansvar för hälso- och sjukvården som riksdagen således enligt utskottets mening har avstyrker utskottet motionsyrkandet i här aktuell del i motionen 1978/79:2626 (m).

Av det ovan framförda följer vidare att utskottet avstyrker yrkandet 1 i motionen 1978/79:2630 (vpk) vari det yrkas avslag på propositionen med motivering likartad med den i motionen 1978/79:2626 (m) anförda.

Utskottet menar att det i en så central fråga inom hälso- och sjukvården som utformningen av kontinuiteten i kontakterna mellan patienter och läkare och annan vårdpersonal inom primärvården är ytterst angeläget att riksdagen bereds tillfälle att ta ställning till de allmänna riktlinjerna. Utskottet noterar med tillfredsställelse att detta har blivit möjligt genom den här aktuella propositionen.

Riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården

Sjukvårdspolitiken började --- (= utskottet s. 13) --- av primärvården.

Till komplettering av principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet har socialstyrelsen bl. a. gett ut ett principprogram för långtidssjukvården och ett principprogram för medicinsk rehabilitering. Vidare föreligger förslag av socialstyrelsen till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård samt för mödra- och barnhälsovård, vilka skall utgöra underlag för slutliga riktlinjer för dessa områden. Frågor om bl. a. specialistmedverkan i den psykiatriska vården på primärvårdsnivå samt i hälso- och sjukvården för barn och kvinnor kan förväntas bli behandlade i dessa riktlinjer.

Större delen av innehållet i propositionen ägnas åt frågor som behandlas i det planeringsunderlag eller förslag till sådant underlag som nämnts ovan. Sålunda behandlas i propositionen frågor om uppgiftsfördelningen mellan allmänläkare och specialistläkare (avsnitt 2.3), om arbetsuppgifter för distriktssköterskor och övriga personalkategorier m. m. (2.4), om integration av mödra- och barnhälsovård i primärvården m. m. (2.5), om tillgodoseende av psykiatriska vårdbehov inom primärvården (2.6), om tillgodoseende av de äldres vårdbehov (2.7), om metoder för vårdplanering och organisationsmodeller m. m. (2.8), om dimensioneringstal (2.9), om förebyggande vård (2.12), om uppgiftsfördelningen mellan primärvård och företagshälsovård (2.13) samt om samarbete mellan primärvård och skolhälsovård (2.14).

I propositionen har belysts de olika frågeställningar som aktualiseras, när man skall förverkliga en struktur inom sjukvården i vilken primärvården har ett förstahandsansvar för befolkningens hälso- och sjukvård och skall tillgodose krav på helhetssyn, kontinuitet och lättillgänglighet i sjukvården. Genomgången i propositionen av olika problemområden resulterar i vissa

riktlinjer för vårdens uppbyggnad och organisation. Detta är naturligt med hänsyn till att den närmare planeringen för primärvården ankommer på sjukvårdshuvudmännen, som har att ta hänsyn till skiftande regionala och lokala förhållanden.

Utskottet anser att utbyggnaden av primärvården bör ske med utgångspunkt i de riktlinjer som anges i propositionen och vilka bygger på det planeringsunderlag som getts i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet och i skriften Primärvård- innehåll och utveckling. Utskottet vill också erinra om att utskottet i det föregående ställt sig bakom vad som i propositionen anförs om husläkarbegreppet. Det synsätt som kommer till uttryck i flera av motionerna står också i överensstämmelse med innehållet i planeringsunderlaget. I dessa motioner erinras om den utveckling som är på gång i sjukvårdsområdena och framhålls angelägenheten av att denna utveckling fortsätter. Mot denna bakgrund tillstyrker utskottet vad som i ovannämnda avsnitt av propositionen anförs om utformningen av den framtida primärvården.

I fråga om *jouransvar för primärvården – – – (= utskottet s. 14) – – –* med distriktsläkare.

Riktlinjerna i propositionen ligger helt i linje med dessa tankegångar. Genom att utskottet här anslutit sig till dessa riktlinjer kan utskottet inte tillstyrka motionen 1978/79:2626 (m) i denna del.

Frågor om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare m. m.

I ett särskilt avsnitt i propositionen (avsnitt 2.2) behandlas kontinuitetsbegreppet. Kontinuitetsutredningen har framhållit att man – beroende på vilken aspekt man tar till utgångspunt – kan skilja på tre slag av kontinuitet i sjukvården. Det förhållandet att patienten skall få träffa samma vårdgivare vid återbesök som vid det första besöket betecknas som en kortsiktig s. k. vårdepisodkontinuitet. Den andra formen av kontinuitet är en långsiktig kontinuitet som innebär att det skall vara möjligt för den enskilde individen att ha en fast vårdkontakt med bl. a. en läkare, som lär känna sina patienter väl och därigenom får goda möjligheter till en helhetssyn på deras sjukdomar och problem. Det tredje slaget av kontinuitet avser att det inte skall uppstå några "glapp" i vården av en enskild patient även om vården kräver insatser från olika vårdinrättningar och personalkategorier. Det innebär att det skall finnas en sammanhållande länk i en längre vårdkedja.

Det framhålls bl. a. i propositionen att det är angeläget att man skapar ett system för den öppna vården som i möjligaste mån tillgodoser samtliga kontinuitetsbehov.

Om patienten etablerar en fast kontakt med en allmänläkare i primärvården förutsätts det att kontinuitetsbehovet, sett ur olika aspekter, skall bli bäst tillgodosett. Allmänläkaren blir patientens "husläkare". En

organisation av primärvården, där patienten kan knyta en fast kontakt med en allmänläkare, blir ett "husläkarsystem".

I avsnittet om distriktssköterskor och övriga personalkategorier (2.4) i propositionen framhålls även betydelsen av kontinuitet i kontakterna med distriktssköterskor och annan personal vid vårdcentralen liksom i kontakterna med vårdcentralen som helhet.

I motionen 1978/79:2627 (m) erinras det om att det i direktiven för kontinuitetsutredningen förutsatts att olika modeller för bättre läkarkontinuitet i den öppna sjukvården skulle prövas med syfte att nå största möjliga kontinuitet och valfrihet i vården. Motionärerna framhåller att det är omöjligt att binda sig för en enda av olika tänkbara husläkarmodeller och föreslår att *försöksverksamhet med olika modeller för att förbättra kontinuiteten* i kontakterna mellan sjukvårdspersonal och patienter i enlighet med nämnda direktiv kommer till stånd. Försöksverksamheten bör enligt motionärerna omfatta inte bara allmänläkare vid vårdcentraler utan också privatpraktiker, läkare vid länsdelssjukhus och specialister vid sjukhus eller vårdcentraler. Det framhålls att det också är angeläget att studier kommer till stånd om hur patientströmmarna ändras i och med att vårdcentraler byggs ut och om effekterna på den sjukhusanknutna öppna och slutna vården. Vidare bör det enligt motionärerna studeras vilka grupper som har särskilt stort behov av en fast kontakt med en läkare eller ett vårdteam och hur detta bäst skall kunna tillgodoses liksom vilken funktion en eventuell fast anknytning bör ha.

I kontinuitetsutredningens betänkande har i ett särskilt avsnitt redovisats hur man på olika håll i landet sökt bemästra problemen med att skapa kontinuitet i patienternas kontakt med sjukvården vid sjukhusklinikernas mottagningar samt vid vårdcentraler och läkarstationer. Landstingsförbundet framhåller i sitt yttrande över betänkandet bl. a. att detta material kan vara av värde för sjukvårdshuvudmännen i deras arbete med att åstadkomma en bättre kontinuitet inom ramen för befintliga resurser. Landstingsförbundet framhåller vidare att det är angeläget att man fortsätter och vidareutvecklar arbetet på att finna olika organisationsmodeller och planeringssystem som kan bidra till en bättre kontinuitet.

I propositionen (s. 28) framhålls, att det är naturligt att man på olika platser kan utgå från olika modeller för invånarnas läkartillhörighet. Lokala variationer måste förekomma. Grundprincipen är dock enligt propositionen att husläkarrollen bör åvila allmänläkarna vid vårdcentraler eller i förekommande fall privatläkare.

Som nämnts i det föregående ansluter sig utskottet till de riktlinjer som anges i propositionen. Med hänsyn härtill och mot bakgrund av det intresse som finns på huvudmannahåll att söka vägar för att förbättra kontinuiteten inom sjukvården anser utskottet att något riksdagens initiativ med anledning av motionen 1978/79:2627 (m) i här aktuell del inte är nödvändigt.

Angelägenhet av *bättre kontinuitet i primärvården* – – – (= utskottet s. 15 och 16) – – – och behandling.

I propositionen (s. 14 f.) anförs, att det inte behöver föreligga någon motsats mellan att skapa kontinuitet i kontakterna vill vårdcentralens samlade personal och att skapa kontinuitet till allmänläkaren och distriktssköterskan. Vårdcentralen kan enligt propositionen således ses som en kontinuitetsbärare. Detta får dock enligt föredragande statsrådet inte leda till att man anser kontinuiteten vara tillfyllest bara patienten träffar någon av läkarna eller sköterskorna på vårdcentralen. Vårdlagstanken måste ge utrymme för fasta kontakter mellan patient och läkare, dvs. att patienten verkligen upplever att han har en egen läkare och att vården organiseras på sådant sätt att denne läkare har ett övergripande ansvar för sina patienter.

Utskottet ansluter sig till den syn på kontinuitetsfrågan som anges i propositionen. Utskottet kan därför inte tillstyrka motionen 1978/79:2628 (c) i här aktuell del.

Lagstiftning om lagarbete inom sjukvården

I motionen – – – (= utskottet s. 17) – – – hälso- och sjukvården.

Med hänsyn till utredningsförslaget och till utskottets uttalande ovan om kontinuitetsfrågan bör motionen 1978/79::2630 (vpk) inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Utskottet avstyrker motionen i här aktuell del (yrkandet 2).

Läkarval m. m.

I ett avsnitt om registrering (avsnitt 2.10) i propositionen redovisas ställningstaganden till förslag av kontinuitetsutredningen om att beskeden från försäkringskassan skall förses med uppgift om den försäkrades vårdcentralstillhörighet och – i ett senare skede – även med uppgift om vederbörandes husläkare och distriktssköterska. Föredragande statsrådet framhåller först att hon ser husläkarsystemet som ett erbjudande till samtliga invånare inom en vårdcentrals betjäningsområde. Frågan om registrering av invånarna hos viss läkare måste, sägs det vidare, bedömas med hänsyn till resurserna inom primärvården och ett system med registrering bör inte införas förrän personalresurserna är sådana att de räcker till för att ge vård åt samtliga berörda. Det bör emellertid redan nu vara möjligt att registrera patienterna vid viss vårdcentral. Det förordas att sjukvårdshuvudmännen förser patientkort eller annan lämplig informationshandling med uppgifter om till vilken vårdcentral patienterna hör.

I det därpå följande avsnittet (2.11) i propositionen behandlas frågor om remissförfarandet. Det framhålls att det inte bör föreligga något tvång på remiss för vård hos specialistläkare eller andra läkare än husläkare och att – om en patient vill söka sig till en specialistläkare på egen hand – husläkar-

systemet inte kommer att sätta något hinder för detta. Det påpekas emellertid att något fullständigt fritt läkarval i dag inte finns bl. a. på grund av att sjukhusmottagningar, vårdcentraler och läkarstationer har vissa bestämda betjänings- eller upptagningsområden.

I motionen 1978/79:2627 (m) framhålls bl. a. att patienterna själva skall äga välja om de vill ha en fast kontakt med en läkare vid vårdcentral eller med en specialist vid sjukhus och att något remisstvång inte får förekomma. I motionen 1978/79:2626 (m) påpekas bl. a. att en stor del av allmänhetens anspråk på sjukvård avser vård hos specialist och att kontinuitetsbehovet för de verkligt sjuka i hög grad är knutet till den kvalificerade specialistvårdens läkare. I motionen 1978/79:2628 (c) slutligen begärs det att riksdagen skall ge till känna bl. a. att något registreringsförfarande som binder medborgarna vid viss läkare vid vårdcentralen för att åstadkomma långsiktig kontinuitet utan samband med viss vårdepisod inte skall genomföras (yrkandet 4).

Utskottet har i föregående avsnitt om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare anslutit sig till propositionens förslag om husläkarsystem. Därav följer att utskottet även ansluter sig till tanken att registrering hos viss läkare skall vara möjlig. Utskottet förutsätter att sjukvårdshuvudmännen – intill dess denna registrering blir möjlig – ger möjlighet för patient att registrera sig vid viss vårdcentral. Denna registrering är enligt utskottets mening inget hinder för patienten att på egen hand söka vård hos specialistläkare eller annan läkare än husläkare. Utskottet tillstyrker därmed propositionen i här angiven del och avstyrker motionerna 1978/79:2626 (m), 1978/79:2627 (m) och 1978/79:2628 (c) i här berörda delar.

Privatpraktikervård m. m.

Frågor om *privatpraktikervård* behandlas i ett särskilt avsnitt i propositionen (avsnitt 2.15). Som nämnts i den föregående översiktliga redogörelsen för propositionen framhålls det att privatpraktikerna är ett värdefullt komplement till den offentliga vården. Det anförs bl. a. att hos en privatpraktiker patienterna ofta har kunnat få den önskade långsiktiga kontinuitet som leder till ömsesidig personkännedom och ett personligt förtroendeförhållande. I propositionen påpekas det att med hänsyn till åldersstrukturen inom privatpraktikerkåren en nyrekrytering är nödvändig om det skall vara möjligt att bibehålla ungefär den numerär som finns i dag, vilket anses lämpligt. Det förordas att en nyetablering i första hand sker på orter där behovet av ytterligare läkare är störst. Som också nämnts i det föregående förordas att ett närmare samarbete mellan privatpraktikerna och den offentliga vården kommer till stånd.

Utskottet har inte något att erinra mot vad som anförs i propositionen om privatpraktikervård. Utskottet tillstyrker propositionen i denna del.

I två motioner tas frågor om *etableringsvillkor för privatpraktiker* upp. I motionen 1978/79:2627 (m) --- (= utskottet s. 18) --- uttalanden härom.

Socialutskottet anser att man bör anlägga samma synsätt på de här aktuella förslagen i motionerna 1978/79:2626 (m) och 1978/79:2627 (m). Det skulle mot bakgrund av föredragande statsrådets uttalanden om nyrekryteringsbehovet till privatläkarkåren vara följdriktigt om hon toge de initiativ som kan krävas. Utskottet avstyrker således motionerna i här aktuella delar.

Åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården

I det föregående har utskottet i avsnitten Riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården och Frågor om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare m. m. behandlat frågor och vad som bör vara vägledande för utbyggnaden av primärvården. Utskottet behandlar i detta avsnitt frågan om åtgärder för att stimulera utbyggnaden. Utskottet redovisar inledningsvis huvuddragen i propositions- och motionsförslagen, redogör härefter för dessa förslag mera i detalj samt anger avslutningsvis sina överväganden.

I propositionen föreslås att utvecklingen och utbyggnaden av primärvården skall stimulers genom forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården, genom åtgärder för att öka tillgången på läkare och annan personal samt genom ekonomiskt stöd till sjukvårdshuvudmännen. De föreslagna åtgärderna behandlas i avsnitten 2.16 Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården och 2.17 Åtgärder för genomförande av ett husläkarsystem.

I motionen 1978/79:2629 (s) begärs ett åtgärdsprogram som skall tillgodose vissa i motionen framförda krav avseende samtliga tre åtgärdsområden. Krav på en plan för att öka tillgången på läkare och distriktssköterskor och på en jämnare utbyggnad av primärvården framförs i motionen 1978/79:2628 (c). I motionerna 1978/79:2627 (m) och 1978/79:2626 (m) tas främst frågor om läkarutbildningen upp.

I *propositionen* framhålls bl. a. att det inom allmänläkarvården finns ett brett fält för forsknings- och utvecklingsarbete. Ett aktivt forsknings- och utvecklingsarbete är, framhålls det vidare, nödvändigt för att bibehålla och förstärka den kvalitativa rekryteringen till allmänläkarbanan och kan genom framtagning av ett successivt förbättrat vetenskapligt underlag bl. a. bidra till positivare attityder till allmänläkarna och deras verksamhet. Föredragande statsrådet anger en rad områden som angelägna för studier och utvecklingsarbete.

Det är enligt föredragande statsrådet önskvärt att professurer i primärvård/allmänmedicin inrättas. Högskolemyndigheterna bör därför, sägs det, snarast redovisa en såvitt möjligt samlad bedömning av möjligheterna att successivt

utveckla profilen för en tänkt forskningsorganisation inom primärvård/ allmänmedicin.

En rad olika åtgärder, vilka skall syfta till att öka personalresurserna för primärvården och förstärka utbildningen för dem som skall verka där, förutskickas m. m.

Föredragande statsrådet anför sålunda bl. a. att hon kommer att verka för en ökning av antalet FV-block för allmänläkarvård (dvs. tjänstgöringskombinationer på underläkartjänster som leder till allmänläkarkompetens) inom ramen för det arbete som bedrivs i socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Under ett övergångsskede bör viss restriktivitet i fråga om inrättande av specialistläkartjänster inom den öppna vården enligt statsrådet iakttas. Statsrådet anmäler att hon har för avsikt att föreslå regeringen att uppdra åt nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) att i samråd med berörda parter utreda frågan om kompletteringsutbildningar som skall göra det möjligt för specialistläkare att gå över till allmänläkarverksamhet samt att närmare överväga frågan om dispensförfarande vad gäller kraven på behörighet till allmänläkartjänst. Det förordas att en påbörjad översyn i NLV av läkarnas vidareutbildning ges hög prioritet i vad avser allmänläkarnas utbildning och det framhålls därvid att översynen av allmänläkarnas utbildning bör utgå från den roll som allmänläkaren kan förväntas få i det förordade husläkarsystemet.

När det gäller distriktssköterskor m. fl. anmäls det att regeringen i annat sammanhang kommer att föreläggas förslag att uppdra åt universitets- och högskoleämbetet och skolöverstyrelsen att mot bakgrund av kontinuitetsutredningens förslag i samråd med sjukvårdshuvudmännen undersöka möjligheter att utöka utbildningskapaciteten för distriktssköterskor. Därvid bör även beaktas, framhålls det, dels behovet av kompletterande utbildningsinsatser för distriktssköterskor och sjuksköterskor vid barnavårdscentraler med hänsyn till kontinuitetsutredningens förslag till gemensamma arbetsuppgifter för dessa personalkategorier, dels i vilken utsträckning tillgången på undersköterskor kan påverka distriktssköterskebehovet.

Föredragande statsrådet förutsätter att utbildningsmyndigheterna i sitt fortlöpande arbete med läroplaner m. m. skall beakta angelägenheten av att primärvården ges ett större utrymme i såväl läkares som andra personalkategoriers utbildning.

Det förordas slutligen att statsmakterna aktivt stimulerar och underlättar för sjukvårdshuvudmännen att bygga upp husläkarsystemet och primärvården i övrigt. Staten bör, anförs det, vara beredd att ställa vissa ekonomiska resurser till förfogande, vilka främst bör inriktas på generella åtgärder och i första hand avse insatser på utbildningssidan. Det framhålls även att forsknings- och utvecklingsverksamhet bör stimuleras. Försöksverksamhet med olika organisatoriska lösningar för att förbättra kontinuiteten mellan sjukvårdspersonal och patienter framhålls som angelägen. Den närmare utformningen och omfattningen av åtgärderna bör, anförs det

slutligen, bli föremål för överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen efter det att riksdagen tagit ställning till förslaget om ett husläkarsystem.

I *motionen 1978/79:2629* (s) --- (= utskottet s. 19–22) --- antalet intagningsplatser.

Mot bakgrund av det anförda anser utskottet det uppenbart att det är nödvändigt med kraftfulla insatser för att förstärka utvecklingen och utbyggnaden av primärvården för att därigenom bl. a. skapa förutsättningar för en fortsatt uppbyggnad av ett husläkarsystem. Som ovan angivits har föredragande statsrådet anmält en rad åtgärder i detta syfte. Flera av de åtgärder som aviseras i propositionen sammanfaller med krav som framförs i motionerna.

Således har statsrådet aviserat åtgärder för att öka tillgången på allmänläkare och distriktssköterskor, vilket krävs i motionerna 1978/79:2629 (s) och 1978/79:2628 (c) yrkandet 2. Också det i motionen 1978/79:2629 (s) framförda kravet på förstärkning av den högskoleanknutna forskningen inom områdena allmänmedicin/primärvård är tillgodosett genom åtgärder som aviseras i propositionen. Motionerna 1978/79:2629 (s) och 1978/79:2628 (c) utmynnar båda i likartade krav på att regeringen för riksdagen skall redovisa ett åtgärdsprogram eller plan för utbyggnad av primärvården. Då kraven i betydande utsträckning synes bygga på ett förbigående i motionerna av de åtgärder regeringen faktiskt har aviserat och då utskottet förutsätter att regeringen liksom i föreliggande proposition också framledes för riksdagen kommer att redovisa planerade konkreta åtgärder i syfte att bygga ut primärvården finner utskottet det inte nu motiverat att av regeringen begära sådant åtgärdsprogram/plan. Utskottet avstyrker alltså bifall till motionen 1978/79:2628 (c) yrkandena 2 och 3 samt motionen 1978/79:2629 (s).

I motionerna 1978/79:2627 (m) och 1978/79:2626 (m) riktas kritik mot regeringens aviserade åtgärder för utökning av antalet FV-block inom allmänläkarvård. Eftersom en utökning av antalet FV-block för allmänläkarvård är en förutsättning för en utbyggnad av primärvården bl. a. i form av ett husläkarsystem avstyrker utskottet bifall till motionerna i här aktuella delar.

Utskottet tillstyrker bifall till propositionen även i de delar som inte särskilt berörts i det föregående.

dels att utskottets hemställan under momenten 3, 6, 8, 9 och 11 bort ha följande lydelse:

3. att riksdagen godkänner de i propositionen angivna riktlinjerna för den fortsatta utbyggnaden av primärvården,
6. att riksdagen med avslag på motionen 1978/79:2628 yrkandet 1 godkänner de i propositionen angivna riktlinjerna för bättre kontinuitet i primärvården m. m.,

8. att riksdagen med avslag på motionen 1978/79:2626 delvis, motionen 1978/79:2627 delvis och motionen 1978/79:2628 yrkandet 4 godkänner de i propositionen angivna riktlinjerna för läkarval m. m.,
9. att riksdagen godkänner de i propositionen angivna riktlinjerna för privatpraktikervård,
11. att riksdagen med avslag på motionen 1978/79:2626 delvis, motionen 1978/79:2627 delvis, motionen 1978/79:2628 yrkandena 2 och 3 och motionen 1978/79:2629 godkänner de i propositionen angivna riktlinjerna för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården.

dels ock – i enlighet med innehållet i första dels-satsen i denna reservation (s. 31–43) – att motiveringen till utskottets hemställan under samtliga övriga moment (1, 2, 4, 5, 7 och 10) bort vara den som intagits i reservationen.

Innehållsförteckning

	Sid.
Ärendet	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Motionsyrkandena	3
Utvecklingen av den öppna vården utanför sjukhus m. m.	4
Vidtagna förstärkningsåtgärder m. m.	4
Planeringen för 1980-talet m. m.	6
Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet	6
Underlag för lokalt utvecklingsarbete beträffande primärvården m. m.	8
Förslag till underlag för planeringen av vissa vårdsektorer m. m.	9
Utredning om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården	10
Utskottet	10
Översiktlig redovisning av frågor som tas upp i propositionen och motionerna m. m.	10
Riksdagens skyldighet att behandla propositionsförslagen m. m.	12
Riktlinjer för den fortsatta utbyggnaden av primärvården	13
Frågor om kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdgivare m. m.	15
Lagstiftning om lagarbete inom sjukvården	17
Läkarval m. m.	17
Privatpraktikervård m. m.	17
Åtgärder för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården	19
Utskottets hemställan	22
Reservationer	24
Betr. mom. 4, 5, 6, 8, 10 och 11 i hemställan och betr. motiveringarna till mom. 1, 2, 3, 7 och 9 i hemställan av m-ledamöterna	24
Betr. mom. 3, 6, 8, 9 och 11 i hemställan och betr. motiveringarna till mom. 1, 2, 4, 5, 7 och 10 i hemställan av fp-ledamöterna	31