Socialutskottets betänkande 1983/84:21

om utbyggnad av vissa medicinska verksamhetsområden, m. m.

Sammanfattning

I betänkandet behandlas motionsförslag om utbyggnad av vissa medicinska verksamhetsområden, m. m., nämligen motionsförslag om försök med primärkommunalt ansvar för primärvården, om användande av benämningen hälsocentral, om organisationen av mödra- och barnhälsovården, om specialistutbildad personal för hälsovården för mödrar och barn inom primärvården, om ökad satsning på psykosocialt stöd inom hälsovården för mödrar, om smärtlindring vid förlossning, om utbyggnad av yrkesmedicinska och miljömedicinska enheter, om uppföljning av den öppna psykiatriska vården och fördelning av läkare till denna vård, om ledningsorganisationen inom den psykiatriska vården, om vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m. samt om utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga.

Samtliga motionsförslag avstyrks.

Vid betänkandet har fogats fem reservationer (s. 44–47).

M-ledamöterna har avgett reservation mot utskottets beslut beträffande motionsförslaget om försök med primärkommunalt ansvar för primärvården (nr 1).

Vpk-ledamoten har avgett reservation mot utskottets beslut beträffande motionsförslagen om organisationen av mödra- och barnhälsovården (nr 2), om ökad satsning på psykosocialt stöd inom hälsovården för mödrar (nr 3), om smärtlindring vid förlossning (nr 4) samt om utbyggnad av yrkesmedicinska och miljömedicinska enheter (nr 5).

Motionsyrkanden

I motion 1983/84:405 av Inga Lantz (vpk) och Marie-Ann Johansson (vpk) hemställs att riksdagen uttalar sig för att barnhälsovården bör bedrivas vid barnavårdscentralerna av läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens.

I motion 1983/84:782 av Gullan Lindblad (m) och Siri Häggmark (m) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att specialistläkare inom gynekologi/obstetrik och barnsjukdomar samt övrig specialutbildad vårdpersonal, t. ex. barnsjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer, skall ha sin givna plats inom primärvården.

I motion 1983/84:1067 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 3), att riksdagen hos regeringen begär anvisningar som bättre tillgodoser möjligheterna för en förändrad ledningsorganisation inom den psykiatriska vården.

I motion 1983/84:1069 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 16), att riksdagen hemställer hos regeringen om förslag som innebär att yrkes- och miljömedicinska enheter vid region- och länssjukhus fastställs i lag och att ersättningen till landstingen kopplas till inrättandet av sådana enheter.

I motion 1983/84:1214 av Siri Häggmark (m) och Gullan Lindblad (m) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att all sjukvårdspersonal ges erforderlig utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga.

I motion 1983/84:1219 av Inga Lantz m. fl. (vpk) hemställs

1. att riksdagen hos regeringen hemställer om lagförslag, innebärande att riksdagens beslut från 1971 förverkligas, så att alla kvinnor som vill ha en effektiv smärtlindring också skall garanteras det,
2. att riksdagen måtte besluta att mödrahälsovården fortsättningsvis bör behålla sin organisatoriska form,
3. att riksdagen måtte uttala sig för att mödrahälsovården bör ges ökad beredskap för att ge kvinnor psykisk och social hjälp,
4. att riksdagen måtte uttala sig för att psykolog- och kuratorstjänster bör inrättas på varje mödravårdscentral.

I motion 1983/84:1623 av Lars Hjertén (m) och Ivar Virgin (m) hemställs att riksdagen begär förslag om att regeringen i samverkan med något landsting, t. ex. Skaraborgs län, inrättar en "frizon" vars uppgift blir att pröva ett primärkommunalt ansvar för primärvården.

I motion 1983/84:2076 av Jan-Erik Wikström m. fl. (fp) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 2), att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts beträffande den slutna långtidssjukvården.

I motion 1983/84:2249 av Karin Israelsson (c) och Kersti Johansson (c) hemställs att riksdagen beslutar uttala sig för att forskning bör ske och statistik bör insamlas rörande öppenvård inom psykiatrin för att följa den utveckling mot öppnare vårdformer som där är på gång.

I motion 1983/84:2250 av Kersti Johansson m. fl. (c) hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna att åtgärder bör vidtas för att åstadkomma en läkarutbildning och en läkarfördelning på det psykiatriska området som möjliggör en satsning på öppen, decentraliserad psykiatrisk vård.

I motion 1983/84:2255 av Kerstin Nilsson (s) hemställs att riksdagen som

sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att primärvårdsinrättningar framgent bör kallas hälsocentraler.

Om hälso- och sjukvårdens struktur m. m.

En allmän bakgrund till de frågor som behandlas i motionerna finns i de i utskottets betänkande SoU 1983/84:6 lämnade kortfattade redogörelserna för det ansvar för hälso- och sjukvården som ålagts landstingskommunerna och de kommuner som inte ingår i en landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) i den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), för de riktlinjer i fråga om statlig planering och samordning av hälso- och sjukvården som godkänts av riksdagen samtidigt med att hälso- och sjukvårdslagen antogs, för uppgifterna för socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, för socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80), vilket presenterades år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1) samt för det arbete med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90-projektet) som pågår.

Enligt principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Bl. a. hälsokontroller, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning skall ingå i primärvårdens uppgifter.

För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvården vid regionsjukhus. Så snart man inom länssjukvården och regionsjukvården anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Försök med primärkommunalt ansvar för primärvården

Innehållet i primärvården

Med primärvård avses i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (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 skall motsvara de tidigare läkardistrikten.

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

Primärvården förutsätts skola nära samarbeta med socialtjänsten.

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

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

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

Motion

I *motion 1983/84:1623* av Lars Hjertén (m) och Ivar Virgin (m) anförs bl. a. att när landstingen tidigare koncentrerade sin verksamhet på att bygga och driva sjukhus med olika specialiteter det var lätt att dra en gräns mellan landstingets kompetensområde (hälso- och sjukvård) och primärkommunens kompetensområde (social omvårdnad och äldreomsorg). När landstingen nu i allt större utsträckning satsar på en utbyggnad av primärvården har enligt motionärerna gränsdragningen blivit svårare. Motionärerna framhåller att man i Jämtlands län och i Skaraborgs län dragit konsekvenserna av denna utveckling och inrättat speciella landstingsnämnder med primärkommunerna som verksamhetsområden, vilka nämnder har ett intimt samarbete med den primärkommunala socialtjänsten. Praktisk samverkan förekommer t. ex. i hemsjukvården, där såväl primärkommunal som landstingskommunal personal arbetar.

Motionärerna påpekar att man i Norge genomfört en lagstiftning enligt vilken kommunerna fått ansvaret för primärvården medan landstingens motsvarighet, fylkena, ansvarar för specialistvård, tandvård och ambulansväsen.

Tiden är enligt motionärerna nu mogen att pröva nya vägar även i vårt land. Att försöksvis låta några kommuner eller ett helt landsting utgöra en "frizon", där man under några år prövar ett kommunalt huvudmannaskap för primärvården, skulle enligt motionärerna ge den erfarenhet som behövs, innan man går vidare.

Som redovisats i det föregående begär motionärerna att regeringen i samverkan med något landsting, t. ex. Skaraborgs län, skall inrätta en "frizon" vars uppgift skall bli att pröva ett primärkommunalt ansvar för primärvården.

Överväganden om uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting

Den år 1970 tillkallade länsberedningen (C 1970:28) hade i uppdrag att i anslutning till vissa tidigare verkställda utredningar göra en sammanfattande bedömning rörande den regionala samhällsförvaltningens uppgifter och organisation. Därvid skulle beredningen bl. a. överväga uppgiftsfördelningen inom den kommunala sektorn mellan kommuner och landstingskommuner. Till slutförande av sitt uppdrag avgav länsberedningen i oktober 1974 till chefen för det dåvarande kommundepartementet betänkandet (SOU 1974:84) Stat och kommun i samverkan, vilket innehöll huvudsakligen principiella ställningstaganden till de frågor som beredningen haft att behandla. När det gäller ansvarsfördelningen mellan landstingskommuner och kommuner ansåg beredningen bl. a. att den sociala omvårdnaden inte borde föras över på landstingskommunerna. Beredningen ansåg emellertid att möjlighet borde införas för kommunerna och landstingskommunerna i ett län att genom avtal, som skulle prövas och fastställas av regeringen, överenskomma om att hela ansvaret för vissa väl avgränsade uppgifter skulle föras över från kommunerna till landstingskommunerna eller tvärtom.

Efter remissbehandling redovisade regeringen i proposition 1975/76:168 sina ställningstaganden till länsberedningens förslag. Föredragande departementschefen uttalade (s. 60) bl. a. att för att göra överlåtelse av en obligatorisk uppgift möjlig krävdes lagstiftning men att det – när det gällde frivilliga uppgifter – redan enligt gällande regler i stor utsträckning var möjligt för kommuner och landstingskommuner att avtala om överlåtelse. Föredragande departementschefens uttalande föranledde inte någon erinran av riksdagen (KU 1975/76:55, rskr 1975/76:370).

Gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Enligt *socialtjänstlagen (1980:620)* har kommunen det yttersta ansvaret för den enskildes sociala situation. Detta yttersta ansvar innebär bl. a. att kommunen skall ge den enskilde det stöd och den hjälp han behöver i den mån inte åtgärderna ankommer på annan huvudman, förmedla insatser från andra organ samt vidta tillfälliga åtgärder i avvaktan på att ansvarig huvudman kan träda in. I propositionen om socialtjänsten (prop. 1979/80:1 Del A. s. 148) framhölls bl. a. att principen om ett yttersta ansvar för kommunerna inte innebär någon ändring i fördelningen av de uppgifter som ligger hos kommunerna resp. landstingskommunerna. Det underströks (s. 147) att det i allmänhet inte möter några svårigheter att avgöra om ett

vårdbehov skall tillgodoses av landstingskommunen inom sjukvårdens ram eller av den kommunala socialtjänsten och att detta även gäller i flertalet fall av sammansatt vårdbehov. Man utgick i propositionen (s. 148) från att de tveksamheter som kan komma upp i fråga om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och sjukvården smidigast får sin lösning genom överenskommelser mellan huvudmännen.

Inte heller *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),* som den 1 januari 1983 ersatte sjukvårdslagen (1962:242) innebär någon förändring av gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården, som sjukvårdshuvudmännen svarar för, och socialtjänsten, för vilken kommunerna svarar (prop. 1981/82:97 s. 44).

Utredning om samverkan inom den kommunala sektorn

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen år 1983 har tillkallats stat-kommunberedningen (C 1983:02) för att utreda frågan om ökad samverkan mellan stat och kommun samt förenkling av statliga regler m. m. Enligt direktiven (dir. 1983:30) för beredningens arbete skall en av huvuduppgifterna för beredningen vara att pröva behovet av och formerna för samverkan inom den kommunala sektorn. Beredningens arbete skall pågå till den 30 juni 1985.

Lokala landstingskommunala organ för hälso- och sjukvård

Enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen utövas ledningen av den landstingskommunala hälso- och sjukvården av en hälso- och sjukvårdsnämnd. Enligt 11 § får emellertid ett eller flera särskilda organ tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer.

I proposition 1981/82:97 (s. 127 och 128) anförs bl. a. att 11 § öppnar möjlighet för landstingskommunerna att inrätta särskilda organ – både med och utan anknytning till förvaltning av sjukhus – och att det inte är nödvändigt att det särskilda organets verksamhetsområde blir begränsat till en del av landstingskommunen. På detta sätt, sägs det, får landstingskommunen full frihet både att inrätta direktioner av nuvarande typ och med nuvarande ansvarsområden och att tillsätta nya förtroendemannaorgan för exempelvis primärvården, endera inom landstingskommunen som helhet eller för geografiskt avgränsade områden. Särskilda organ som inrättas med stöd av 11 § blir att betrakta som nämnder i kommunallagens mening, vilket bl. a. innebär att de kan avge förslag direkt till landstinget. Med bestämmelsen att ett särskilt organ skall leda hälso- och sjukvården under hälso- och sjukvårdsnämnden avses enligt propositionen att hälso- och sjukvårdsnämnden i sin egenskap av det för hela landstingskommunen övergripande

förtroendemannaorganet har en viss direktivrätt gentemot ett särskilt organ och därjämte en viss samordningsfunktion.

Det kan här nämnas att den år 1977 tillkallade kommunaldemokratiska kommittén (Kn 1977:07) (KDK), vars uppdrag upphört år 1983, i sitt år 1983 avgivna betänkande (Ds C 1983:3) Lokala organ i landstingskommunerna (kommitténs betänkande IX) bl. a. föreslagit ändringar i lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna, vilka innebär att landstingskommunerna får befogenhet att inrätta lokala organ utöver de möjligheter härför som hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning f. n. erbjuder. Syftet med lagen om vissa lokala organ i kommunerna är att möjliggöra en försöksverksamhet med decentraliserat förtroendemannainflytande på viss kommunal verksamhet. Försöksverksamheten skall i ett senare skede utvärderas. Ovannämnda betänkande är föremål för beredning i regeringskansliet.

I detta sammanhang kan vidare nämnas att regeringen nyligen i proposition 1983/84:152 om försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse föreslagit att en försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse skall genomföras i några kommuner och landstingskommuner. I propositionen föreslås en lag som medger en friare nämndorganisation i försökskommunerna både i fråga om de centrala nämnderna och lokala organ. Förslagen i propositionen bygger på förslag av den ovannämnda stat-kommunberedningen i ett i år avgivet betänkande, (Ds C 1984:1) Försök med ökad kommunal självstyrelse.

Primärvårdsnämnder i vissa landstingskommuner

Inom Skaraborgs läns landstingskommuns område utgör varje kommun ett primärvårdsområde. I varje primärvårdsområde finns en primärvårdsnämnd som leder primärvården under landstingets förvaltningsutskott (om landstingskommun inte tillsatt särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdragit åt en annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd är enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd).

Även i Jämtlands läns landstingskommun finns en kommunbaserad primärvård under ledning av en lokal politisk nämnd. Inom varje primärvårdsområde, som är lika med kommunområde, har resurser i form av hälsocentraler, lokala sjukhem m. m. byggts upp.

Tidigare riksdagsbehandling av fråga om gemensamt huvudmannaskap för vissa delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten

I betänkandena SoU 1976/77:2, SoU 1981/82:2 och SoU 1982/83:9 har utskottet behandlat motionsförslag som syftat till ett gemensamt huvudmannaskap för äldreomsorger och långtidssjukvård – i det förstnämnda

betänkandet efter remissbehandling av då aktuellt motionsförslag. På förslag av utskottet har motionsförslagen avslagits. Utskottet har bl. a. ansett att en ändrad uppgiftsfördelning skulle medföra nya gränsdragnings- och samordningsproblem. Samtidigt har utskottet understrukit betydelsen av samverkan mellan huvudmännen.

Användande av benämningen hälsocentral

Bakgrund

Under 1950-talet inrättades ett mindre antal två- och flerläkarstationer för dåtidens provinsialläkare (vilka numera motsvaras av distriktsläkare för allmänmedicin). Utbyggnaden av sådana läkarstationer fortsatte och genom att även andra enheter samlokaliserades med läkarmottagningarna kom dessa enheter att benämnas vårdcentraler eller hälsocentraler.

Motion

I *motion 1983/84:2255* av Kerstin Nilsson (s) anförs bl. a. att intentionerna i den nya hälso- och sjukvårdslagen och andra omständigheter gör att vårdcentraler framgent bör kallas hälsocentraler. Genom en sådan ändrad benämning framhålls enligt motionärerna den tidsenliga preventiva verksamheten i stället för den reparativa vid våra primära sjukvårdsinrättningar, och detta kan få betydelse för såväl vårdsökande/patienter som personal/läkare. Motionären begär, som nämnts ovan, att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna att primärvårdsinrättningar framgent bör kallas hälsocentraler.

Hälso- och sjukvårdslagen

Termerna vårdcentral och hälsocentral finns inte i hälso- och sjukvårdslagen. Inte heller fanns de i sjukvårdslagen.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) – vars förslag i betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till hälso- och sjukvårdslag – låg till grund för förslag i proposition 1981/82:97 ansåg att organisatoriska begrepp m. m. skulle tillåtas variera mellan landstingskommunerna. HSU förutsatte att den enhetlighet som krävs skulle kunna uppnås utan särskild lagreglering. Föredragande statsrådet ansåg i proposition 1981/82:97 att organisationen av hälso- och sjukvården inte bör regleras i lag i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att garantera patienternas rättssäkerhet och en god och säker vård i hela landet.

Organisationen av hälsovården för mödrar och barn

Organisationen med särskilda mödra- och barnavårdscentraler

Grundläggande för organisationen av hälsovården för mödrar och barn har varit ett *normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 1969:39)*, vilket socialstyrelsen fastställde år 1969.

Enligt normalreglementet skulle mödrahälsovården ha till uppgift att genom hälsovårdande verksamhet i såväl fysiskt som psykiskt hänseende förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstillstånd hos blivande och nyblivna mödrar. Barnhälsovården skulle ha motsvarande uppgift beträffande barn upp till skolåldern.

Mödrahälsovården och barnhälsovården skulle enligt normalreglementet meddelas vid lokala centraler (mödravårdscentraler resp. barnavårdscentraler), som skulle vara av två typer och i huvudsak vara organiserade sålunda.

Central av typ I skulle vara knuten till kvinnoklinik vid sjukhus resp. till barnklinik vid sjukhus och förestås av överläkare eller biträdande överläkare vid kliniken eller av annan läkare med specialistkompetens i kvinnosjukdomar och förlossningar (gynekologi och obstetrik) resp. i barnaålderns invärtes sjukdomar (pediatrik).

Central av typ II skulle förestås av distriktsläkare för allmänläkarvård (specialiteten benämns numera allmänmedicin) eller av annan läkare som var behörig att utöva läkaryrket och förläggas till föreståndarens mottagningslokaler eller till annan för ändamålet lämplig lokal.

Mödravårdscentral av typ II och barnavårdscentral av typ II fick, där så var lämpligt, kombineras med varandra.

Fördelningen av barn på de två typerna av barnavårdscentraler har varit ungefär lika.

Normalreglementet för mödra- och barnhälsovården ersattes år 1981 av *socialstyrelsens allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården*. Dessa allmänna råd är avsedda att vara ett underlag för planering och drift av sjukvårdshuvudmännens verksamhet.

Den del av hälsovården för mödrar och barn, som inte behöver länssjukvårdens resurser, bör enligt de allmänna råden förläggas till primärvården (vårdcentraler). Den klinikanslutna organisationen för mödra- och barnhälsovården – dvs. organisationen med mödravårdscentraler och barnavårdscentraler av typ I – bör därför på sikt förändras.

Enligt socialstyrelsens kungörelse (MF 1975:121) med behörighetsbestämmelser rörande vissa sjuksköterskeljänster krävs för innehav av tjänst som sjuksköterska för barnhälsovård vid barnavårdscentral vidareutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller för öppen hälso- och sjukvård.

I den nya studieordningen för vårdutbildningar inom högskolan som genomförts fr. o. m. den 1 juli 1982, ersätts den tidigare sjuksköterskeutbildningen jämte viss vidareutbildning i huvudsak av en utbildning för specialom-

rådet allmän hälso- och sjukvård (80 poäng) inom hälso- och sjukvårdslinjen. Till detta specialområde är bl. a. anknuten en påbyggnadsutbildning i hälso- och sjukvård för barn och ungdom (40 poäng).

1981 års behörighetskommitté (S 1980:11), som haft i uppdrag att göra en översyn av gällande legitimations- och andra behörighetsbestämmelser för personal inom hälso- och sjukvården m. m., har i betänkandet (SOU 1983:33) Kompetens inom hälso- och sjukvården (s. 197–199) ansett sig inte ha underlag för ett mera definitivt ställningstagande i fråga om krav på påbyggnadsutbildning för innehav av bl. a. tjänst för sjuksköterska inom barnhälsovård utan föreslagit att socialstyrelsen skall bemyndigas att besluta om föreskrifter i fråga om vissa verksamhetsområden och funktioner.

Förslag i betänkandet ligger till grund för förslag i proposition 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. I propositionen anförs bl. a. att många av de bestämmelser om behörighet m. m. som socialstyrelsen har meddelat måste ses över och att detta särskilt gäller de bestämmelser som avser sjuksköterskor.

Motioner

I *motion 1983/84:1219* av Inga Lantz m. fl. (vpk) anförs som motivering till yrkande 2 – att riksdagen måtte besluta att mödrahälsovården fortsättningsvis bör behålla sin organisatoriska form – bl. a. att det finns risk för att mödra- och barnhälsovården genomgår en kvalitativ försämring om dessa verksamheter förs över till primärvården. Mödra- och barnhälsovården bör enligt motionärerna också i fortsättningen ha den särställning inom hälsovården som dessa verksamheter har i dag, och den personal som arbetar i dessa verksamheter bör ha specialistkompetens.

I *motion 1983/84:405* av Inga Lantz (vpk) och Marie-Ann Johansson (vpk), vari det begärs att riksdagen skall uttala sig för att barnhälsovården bör bedrivas vid barnavårdscentralerna av läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens, framhålls också risken för kvalitetsförsämring om verksamheten integreras i primärvården. Motionärerna anför bl. a. att allmänläkarnas utbildning i barnmedicin är otillräcklig. Ett slopande av behörighetskravet för sjuksköterskor inom barnhälsovården skulle enligt motionärerna ytterligare kvalitetsmässigt försämra barnhälsovården. Så länge som primärvården saknar specialistkompetens på barnhälsovårdsområdet bör den föreslagna omorganisationen av barnavårdscentralerna anstå, framhåller motionärerna.

I *motion 1983/84:782* av Gullan Lindblad (m) och Siri Häggmark (m) anförs som motivering till förslaget om specialutbildad vårdpersonal för mödra- och barnhälsovården inom primärvården bl. a. att då tillgången på specialutbildad personal framdeles synes bli mycket god det bör vara naturligt att utnyttja befintlig kompetens inom såväl läkarkåren som bland

övriga personalgrupper – t. ex. barnsjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer – inom primärvårdens ram.

Närmare om socialstyrelsens allmänna råd om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården

Socialstyrelsen presenterade år 1979 ett förslag till ett principprogram för mödra- och barnhälsovården (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) med riktlinjer för mödra- och barnhälsovårdens framtida innehåll och organisation.

Efter remissbehandling av förslaget till principprogram beslutade socialstyrelsen den 16 juni 1981 ge ut *Allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården*. Dessa allmänna råd, som i huvudsak ansluter sig till vad som föreslagits i förslaget till principprogram, är avsedda att vara ett underlag för planering och drift av sjukvårdshuvudmännens verksamhet. De allmänna råden och förslagen om det medicinska innehållet i förslaget till principprogram ersätter ovannämnda normalreglemente.

Den del av hälsovården för mödrar och barn som inte behöver länssjukvårdens resurser bör enligt de allmänna råden förläggas till primärvården (vårdcentraler). Den klinikanslutna organisationen för mödra- och barnhälsovården bör därför på sikt förändras. Ansvaret för de länssjukvårdsanknutna funktionerna skall åvila klinikchef eller annan utsedd läkare i överordnad ställning. Motsvarande ansvar för de primärvårdsanknutna funktionerna skall åvila distriktsläkare eller – efter delegation av denne – gynekolog resp. barnläkare verksam inom primärvården eller allmänläkare med vidgad erfarenhet inom resp. område.

Socialstyrelsen anger målen för verksamheten både i ett socialpolitiskt/familjepolitiskt och i ett hälsopolitiskt/medicinskt perspektiv. Huvudmålen i hälsovårdsprogrammet för mödrar och barn skall vara (1) att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos blivande och nyblivna mödrar och barn, (2) att söka minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn samt (3) att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn. Mödra- och barnhälsovårdens verksamhetsgrenar skall omfatta familjeplanering/rådgivning om födelsekontroll, hälsoupplysning, föräldrautbildning, hälsoövervakning, gynekologisk hälsoundersökning och hälsovård i förskolan.

Verksamheten skall syfta till att både den fysiska och den psykiska hälsan hos föräldrar och barn skall förbättras. Hälsoövervakningen skall även omfatta barnfamiljernas psykosociala förhållanden, och även psykosocialt stöd skall ges.

Riktlinjer beträffande anknytning av barnläkare och gynekologer/obstetriker till primärvården

I fråga om behovet av vissa kategorier läkare inom primärvården påpekas i socialstyrelsens ovannämnda allmänna råd om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården att den intensifierade och riktade hälsoövervakningen förutsätter att antalet vidareutbildade läkare ökar inom pediatrik (barnaålderns invärtes sjukdomar) och gynekologi/obstetrik (kvinnosjukdomar/förlossningar) inom primärvården. Det anförs bl. a. att på sikt den medicinska kompetensen inom ett primärvårdsområde bör tillgodoses på ettdera av följande två sätt, nämligen (1) med distriktsläkare inom allmänmedicin och distriktsläkare med fullgjord vidareutbildning inom gynekologi/obstetrik resp. pediatrik och (2) med distriktsläkare inom allmänmedicin med vidgad erfarenhet inom gynekologi/obstetrik resp. pediatrik. Det förutsätts för båda alternativen att barnmorska, distriktssköterska och t. v. barnsköterska skall finnas. Socialstyrelsen anför i anslutning härtill följande.

Båda modellerna kräver samverkan med länssjukvården. Behovet av konsultationer varierar beroende på den samlade kompetensen inom primärvårdsområdet. Socialstyrelsen förordar, mot bakgrund av de mångskiftande uppgifter den framtida primärvårdsorganisationen avses få, den förstnämnda modellen.

Under ett övergångsskede kommer det att finnas primärvårdsområden där man av olika skäl rekryterat allmänläkare utan tillräcklig utbildning inom hälso- och sjukvård för mödrar och barn. Behovet av konsultationer och tillgång till länssjukvårdens kompetens och resurser ökar i sådana områden. Där är det då extra viktigt att samma läkare tjänstgör som konsult under en längre sammanhängande tid.

I utpräglade glesbygdsområden kommer det dessutom att finnas behov av en distriktssköterska som också är utbildad barnmorska.

Avsedd utredning om distriktsbarnläkare och distriktsgynekologer

I socialstyrelsens verksamhetsplan för innevarande budgetår anförs bl. a. att socialstyrelsen bör konkretisera arbetsuppgifterna för distriktsläkare inom barnhälsovård/barnsjukvård och distriktsläkare inom mödrahälsovård och öppen gynekologisk vård med hänsyn till att det råder ovisshet bland sjukvårdshuvudmännen och inom läkarkåren om vilka roller dessa distriktsläkare skall kunna tilldelas och till att sjukvårdshuvudmännen inte inrättat tjänster för sådana distriktsläkare i den takt som skulle ha varit möjlig mot bakgrund av läkartillgången. Avsikten är enligt verksamhetsplanen att ett utredningsarbete skall sättas i gång under innevarande budgetår med sikte på att en rapport skall kunna framläggas under nästa budgetår.

Tidigare riksdagsbehandling

I en under *1981/82 års riksmöte* väckt motion begärdes bl. a. att primärvårdens behov av specialister i pediatrik och i gynekologi och obstetrik skulle tillgodoses vid fördelningen av läkare.

På förslag av socialutskottet i det av riksdagen godkända betänkande SoU 1981/82:35 avslogs yrkandet.

Utskottet erinrade om att det i socialstyrelsens ovannämnda allmänna råd om hälsovården för mödrar och barn inom primärvården förutsätts att för denna hälsovård skall svara antingen specialister i pediatrik och i gynekologi/obstetrik eller läkare i allmänmedicin med vidgad erfarenhet inom nämnda specialistområden.

Utskottet nämnde vidare att utskottet vid ett sammanträde i anslutning till behandlingen av ärendet anordnat en utfrågning med företrädare för socialstyrelsen. Dessa hade hänvisat till vad som anförts i de allmänna råden för mödra- och barnhälsovården om behovet i primärvården av här aktuella specialister. Det framkom att enligt socialstyrelsens beräkningar det i mitten av 1980-talet kommer att finnas ca 400–450 läkare med specialistkompetens i barnmedicin, som inte behövs för barnklinikernas slutna och öppna sjukvård och som sålunda är disponibla för tjänstgöring i primärvården, samt att då också ca 300–350 läkare med specialistkompetens i gynekologi/obstetrik torde vara disponibla för tjänstgöring i primärvården.

I två under *1982/83 års riksmöte* väckta motioner begärdes – i likhet med vad som begärs i vissa av de nu aktuella motionerna – att organisationen för mödra- och barnhälsovården inte skall ändras.

På förslag av utskottet i betänkande SoU 1982/83:36 avslog riksdagen motionsyrkandena.

Utskottet motiverade sitt ställningstagande på i huvudsak samma sätt som i 1981/82 års betänkande. Utskottet påpekade emellertid att utskottet under hand inhämtat att det inte förekommit någon skillnad i kvaliteten på vården mellan klinikanslutna barnavårdscentraler (typ I) och barnavårdscentraler med distriktsläkare som föreståndare (typ II), som kunnat märkas hos barnen.

Ökad satsning på psykosocialt stöd inom hälsovården för mödrar

Motion

I motion 1983/84:1219 av Inga Lantz m. fl. (vpk) anförs som motivering till yrkandena 3 och 4 i motionen – om ökad beredskap för att ge kvinnor psykisk och social hjälp och om psykolog- och kuratorstjänster inom mödrahälsovården – bl. a. att mödrahälsovården kan bli bättre än den är i dag genom att den somatiska vården kompletteras med en psykosocial vård.

Socialstyrelsens allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården

Som redovisats ovan skall enligt socialstyrelsens allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården verksamheten syfta till att både den fysiska och den psykiska hälsan hos föräldrar och barn skall förbättras. Hälsoövervakningen skall även omfatta barnfamiljernas psykosociala förhållanden, och även psykosocialt stöd skall ges.

Fysisk och psykologisk förberedelse för förlossningen skall enligt de allmänna råden ske i gruppsamtal, som under senare delen av graviditeten skall kombineras med s. k. vigörgymnastik, psykoprofylax eller andra förberedelsemetoder.

I de allmänna råden framhålls bl. a. att blivande föräldrars och barnfamiljers behov av psykologiskt och socialt stöd måste beaktas i högre grad än hittills. Det påpekas att personalen behöver hjälp av personer med psykoterapeutisk och gruppdynamisk kompetens för fortbildning och fortlöpande handledning samt för vissa individuella kontakter och stödåtgärder för vissa föräldrar och barn. Denna kompetens bör enligt de allmänna råden tillgodoses genom konsultinsatser från länssjukvården resp. socialtjänsten.

Föräldrautbildning i anslutning till barns födelse m. m.

Riksdagen (prop. 1978/79:168, SoU 1978/79:45, rskr 1978/79:385) godkände år 1979 allmänna riktlinjer för en allmän föräldrautbildning. Dessa riktlinjer innebär bl. a. att en allmän föräldrautbildning i anslutning till barns födelse med början år 1980 successivt skall byggas ut i landstingskommunernas regi som en del av den normala verksamheten inom mödra- och barnhälsovården samt BB. Föräldrautbildningen skall bl. a. förmedla kunskap i frågor om hur det fysiska och psykiska tillståndet påverkas under graviditet, förlossning och tiden närmast efter förlossning, fostrets utveckling, förebyggande hälsovård och det stöd som samhället kan erbjuda blivande och nyblivna föräldrar.

Tidigare riksdagsbehandling

Socialutskottet har under de sju senaste riksmötena i betänkandena SoU 1976/77:6, SoU 1977/78:13, SoU 1978/79:8, SoU 1979/80:6, SoU 1980/81:11, SoU 1981/82:35 och SoU 1982/83:36 behandlat motionsyrkanden som haft samma syfte som yrkandena 3 och 4 i motion 1983/84:1219 (vpk). Utskottet har vid den tidigare riksdagsbehandlingen föreslagit att de då aktuella motionsyrkandena skulle avslås, och riksdagen har beslutat i enlighet härmed.

Utskottet har i huvudsak hänvisat till socialstyrelsens utredningsarbete om mödra- och barnhälsovårdens innehåll och organisation och de sedermera

utgivna allmänna råden om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården samt till utredningsarbete och sedermera beslut av riksdagen beträffande föräldrautbildning vid mödra- och barnavårdscentraler m. m.

I de två senaste betänkandena har utskottet även framhållit att riksdagen under 1979/80 års riksmöte – i anslutning till beslutet om en ny studieorganisation för vårdutbildningar inom den kommunala högskolan (prop. 1978/79:197, UbU 1979/80:7, rskr 1979/80:100) – beslutat om en ny studieorganisation för bl. a. utbildningen av barnmorskor, vilken skapar förutsättningar för vissa moderniseringar av utbildningsinnehållet m. m.

Utskottet har framhållit angelägenheten av att den väntade vidgningen av mödrahälsovårdens innehåll kommer till stånd så snart som möjligt.

Smärtlindring vid förlossning

Motion

I motion 1983/84:1219 av Inga Lantz m. fl. (vpk) anförs som motivering till yrkande 1 – om att alla kvinnor som vill ha effektiv smärtlindring vid förlossning skall garanteras sådan smärtlindring – att riksdagen nu måste förverkliga sitt beslut från år 1971, som säger att alla kvinnor som så önskar skall ha rätt till en effektiv smärtlindring vid förlossning. Det framstår enligt motionärerna som allt tydligare att lagstiftning är nödvändig för att garantera kvinnor en effektiv smärtlindring.

Bakgrund

De metoder för smärtlindring som särskilt varit aktuella i diskussionen om smärtlindring vid förlossning är (1) pudendusblockaden, som avser bedövning av en nerv i bäckenbotten, (2) paracervikalblockaden, som avser bedövning av området kring livmoderhalsen samt (3) epiduralanestesin (ryggbedövning).

På förslag av socialutskottet i betänkande SoU 1971:40 uttalade riksdagen år 1971 att smärtlindring vid förlossning är ett rimligt krav som varje kvinna som så önskar skall få uppfyllt. Motioner om smärtlindring vid förlossning har därefter behandlats av utskottet så gott som årligen (SoU 1974:38, SoU 1975/76:14, SoU 1976/77:6, SoU 1977/78:13, SoU 1978/79:8, SoU 1979/80:6, SoU 1980/81:11, SoU 1981/82:35 samt SoU 1982/83:36).

Mot bakgrund av bl. a. uttalanden av utskottet i betänkande SoU 1976/77:6 uppdrog regeringen genom beslut den 10 mars 1977 åt socialstyrelsen att kontinuerligt inhämta, sammanställa och redovisa uppgifter om utvecklingen och planerna inom de olika sjukvårdsområdena i fråga om resurser för smärtlindring vid förlossning, att följa forskningen inom området och fortlöpande informera sjukvårdshuvudmännen om nya rön och hur de kan förverkligas i det praktiska sjukvårdsarbetet samt att jämväl i övrigt

beakta vad utskottet anfört i nämnda betänkande.

I betänkande SoU 1980/81:11 underströk utskottet betydelsen av att socialstyrelsen noggrant följer och stimulerar utvecklingen på området, och utskottet framhöll vikten av att sjukvårdshuvudmännen informeras om utvecklingen på olika håll i landet. Riksdagen beslutade ge regeringen till känna vad utskottet anfört, och regeringen överlämnade genom beslut den 12 mars 1981 riksdagsskrivelsen i ärendet till socialstyrelsen för att beaktas vid fullgörandet av det år 1977 lämnade uppdraget.

I utskottets senast angivna betänkande – SoU 1982/83:36, i vilket en närmare redogörelse lämnats om utskottets behandling av motionerna under årens lopp om smärtlindring vid förlossning, m. m. – konstaterade utskottet att mycket gjorts för utbyggnad av verksamheten med smärtlindring vid förlossning. Utskottet utgick från att denna verksamhet även framgent skall prioriteras av sjukvårdshuvudmännen så att det år 1971 uppställda målet nås så snart som möjligt.

Utvecklingen av verksamheten med smärtlindring vid förlossning

I följande tabell redovisas uppgifter om användningen av vissa smärtlindringsmetoder jämte s. k. infiltrationsanestesi, som används då vävnadsbristningar uppkommit i samband med framfödandet av barnet. Redovisningen är grundad på uppgifter i socialstyrelsens medicinska födelseregister och visar i procenttal andelen kvinnor, hos vilka nämnda metoder kommit till användning, av totalantalet förlösta kvinnor under nedan angivna år.

Metoder	1973	1975	1977	1980	1981
Pudendusblockad	34	48	58	62	62,2
Paracervikalblockad		4	5,5	8,3	8,7
Epiduralanestesi	1	2	5	10,2	12
Infiltrationsanestesi	12	14	16	15,5	16

Yrkesmedicin

Bakgrund

Överväganden om yrkesmedicin har redovisats i olika sammanhang under årens lopp, senast i 1976 års företagshälsovårdsutrednings (A 1976:01) delbetänkande (SOU 1980:22) Utbyggnad av yrkesmedicin.

I nämnda betänkande beskrivs yrkesmedicinens uppgifter m. m. sålunda.

Yrkesmedicinens huvuduppgift är att förebygga. Yrkesmedicinen skall upptäcka och förebygga ohälsa orsakad av kemiska, fysikaliska eller andra risker eller belastningar i arbetsmiljön. Detta kan ske genom projekt som studerar arbetsmiljöns effekter på hälsan för större grupper. Men det kan också ske genom utredning, framför allt medicinskt och yrkeshygieniskt, av arbetsmiljöbetingad ohälsa i enskilda fall. Yrkesmedicinen skall inte ersätta

företagshälsovården eller andra delar av arbetarskyddet utan skall i stället komplettera dessa med specialiserat kunnande på hälso- och sjukvårdsområdet. En av yrkesmedicinens viktigast uppgifter är i själva verket att fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården. Vid de yrkesmedicinska sjukhusenheterna måste finnas såväl yrkesmedicinsk som teknisk- hygienisk expertis som t. ex. företagshälsovården kan vända sig till när det gäller mätningar, analyser av prover, medicinska gruppundersökningar, utredningar av misstänkta yrkessjukdomar etc.

Den sjukhusanknutna yrkesmedicinen har i Sverige utvecklats från internmedicinen. Denna utveckling började under andra världskriget.

Regionvårdsutredningen framhöll i sitt betänkande (SOU 1958:26) Regionsjukvård, riksplan för samarbete inom specialiserad sjukvård, betydelsen av att yrkesmedicinen byggdes ut inom länssjukvården. Särskilt svårutredda fall skulle däremot enligt utredningen hänvisas till yrkesmedicinska kliniker vid regionsjukhusen.

Utredningen angående yrkesmedicinens organisation m. m. föreslog i sitt betänkande (SOU 1963:46) Yrkesmedicinska sjukhusenheter, behov och organisation att utbyggnaden av yrkesmedicinen, bl. a. med hänsyn till svårigheterna att rekrytera personal, tills vidare skulle koncentreras till regionsjukhusen.

Regionsjukvårdsutredningen anförde i betänkande (SOU 1978:70) Regionsjukvården bl. a. att utbyggnaden av yrkesmedicinen i huvudsak måste ske på regionnivå med hänsyn till den begränsade läkartillgången.

1976 års företagshälsovårdsutredning förordade en parallell utbyggnad av yrkesmedicinen på både läns- och regionsjukvårdsnivå. Utredningen angav att målsättningen för utbyggnaden bör vara att det år 1985 skall finnas fungerande regionkliniker i samtliga sjukvårdsregioner. Vidare bör yrkesmedicinska länskliniker finnas i drift eller under planering i samtliga sjukvårdsområden utom Gotland. Inriktningen bör vara att den yrkesmedicinska verksamheten skall vara fullt utbyggd före år 1990. Efter remissbehandling av betänkandet lät regeringen i proposition 1980/81:100 bil. 15 riksdagen ta del av vissa synpunkter på yrkesmedicinsk verksamhet. Vid remissbehandlingen av betänkandet hade sjukvårdshuvudmännen gett uttryck åt en positiv inställning till utbyggnaden av yrkesmedicinen. Föredragande statsrådet anförde för sin del bl. a. följande (s. 107).

Jag noterar den vilja och stora beredskap för en länsutbyggnad som huvudmännen har givit uttryck för i sina yttranden och anser att den länsvisa verksamheten måste utgå från resp. sjukvårdshuvudmans egna bedömningar. Dessa är givetvis beroende bl. a. på de samhällsekonomiska förutsättningarna och av resp. landstings egna resurser samt av de behov som föreligger med hänsyn till näringslivets struktur, befolkningsunderlag, avstånd etc.

Motion

I motion 1983/84:1069 av Lars Werner m. fl. (vpk) anförs bl. a. att yrkesmedicinska kliniker nu finns i alla sjukvårdsregioner men att de inte har uppnått avsedd storlek i flertalet fall. Än mindre sker, anförs det vidare, uppbyggnad på länsplanet utom i några fall. I förhandlingarna med Landstingsförbundet om ersättning för vissa vårdkostnader bör enligt motionärerna krav på motprestationer i form av utbyggnad av yrkesmedicinska kliniker resas. Det anförda utmynnar i motionärernas begäran i här aktuell del av yrkande 16 i motionen att yrkesmedicinska enheter vid region- och länssjukhus skall fastställas i lag och att ersättningen till landstingen skall kopplas till inrättandet av sådana enheter.

Ersättningen till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen

Enligt 2 kap. 6 § femte stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) skall bidrag enligt grunder som regeringen fastställer utgå dels till förebyggande hälsovård och primärvård, inräknat långtidssjukvård, dels till öppen psykiatrisk vård. Bidragen utgår för vård som anordnas av landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun.

Inom ramen för de bestämmelser som finns i AFL bestäms ersättningsbeloppen efter förhandlingar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen. F. n. gäller en överenskommelse för år 1984, vilken redovisades för riksdagen i proposition 1982/83:174.

I proposition 1983/84:190 har nyligen föreslagits vissa ändringar i bl. a. 2 kap. 6 § AFL. Enligt det nya förslaget (i 2 kap. 2 § AFL) skall ersättning utges enligt grunder som regeringen fastställer för "öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun liksom för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade". Lagförslaget går tillbaka på en ny överenskommelse mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen angående dels ändrade regler för olika ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, dels ersättningsbelopp för åren 1985 och 1986. Överenskommelsen innebär bl. a. att det allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården och de olika försäkringsersättningar som utgår för åtgärder inom hälsovården och den öppna sjukvården omvandlas till en allmän ersättning för hälso- och sjukvård som ombesörjs av landstingskommun etc. Denna skall grundas på en fördelning per invånare inom sjukvårdsområdet.

Proposition 1983/84:190 har ännu inte riksdagsbehandlats.

Tidigare riksdagsbehandling

Under förra riksmötet avstyrkte utskottet i betänkande SoU 1982/83:29 ett motionsyrkande som var likartat med det här aktuella. Riksdagen följde

utskottet. Utskottet anförde bl. a. att utskottet vid tidigare behandling av motsvarande motionsyrkanden – senast i betänkande SoU 1981/82:42 (s. 26) – framhållit att det inte kan komma i fråga att lagstiftningsvägen ålägga sjukvårdshuvudmännen att bygga ut yrkesmedicinen i viss omfattning. Utskottet vidhöll denna uppfattning.

Miljömedicin

Bakgrund

Inom Landstingsförbundet har frågan om miljömedicinsk/samhällsmedicinsk verksamhet beretts i olika sammanhang och redovisats i olika skrifter m. m., för vilka redogörelser lämnats i utskottets betänkande SoU 1983/84:10 (s. 6 och 7). I en rapport kallad Landstingen och hälsopolitiken – underlag för samhällsmedicinsk verksamhet, vilken Landstingsförbundet våren 1981 överlämnade till sjukvårdshuvudmännen som information och arbetsunderlag, förordades upprättandet av en samhällsmedicinsk funktion, antingen i form av en särskild enhet eller fördelad på befintliga organ. Denna skulle ha till uppgift att observera, dokumentera, initiera och påverka frågor som rörde ett offensivt hälsoarbete. Arbetet borde enligt rapporten till stor del bestå av lokalt förankrat kartläggnings- och utvecklingsarbete. Analyserna av den kunskap man erhöll borde kunna leda fram till fördjupade hälsoupplysningsinsatser, nya preventiva inslag i vårdprogram och resursomfördelning inom befintliga verksamheter samt ge underlag för beslut i skilda sammanhang.

I en senare under år 1981 utarbetad debattskrift Hälsopolitiken i landstingen – behov av hälsopolitiskt programarbete, vilken förelades Landstingsförbundets kongress samma år, framhölls bl. a. att organisationen för hälsopolitiskt programarbete borde byggas upp successivt och ta på sig uppgifter efter hand, då det måste få ta en viss tid att bygga upp kompetensen på området.

Motion

I motion 1983/84:1069 av Lars Werner m. fl. (vpk) anförs bl. a. att flertalet landsting saknar full ersättning för de tidigare, i sig otillräckliga länsläkarna och att medborgarna därmed står utan tillfredsställande utredningsresurser för epidemier, katastrofer av förorenat vatten, matförgiftningar eller dålig bostadshygien. Landstingen måste enligt motionärerna lagstiftningsmässigt tvingas införa miljömedicinska enheter och ta sitt miljömedicinska ansvar. Vidare bör enligt motionärerna i förhandlingarna med Landstingsförbundet om ersättning för vissa vårdkostnader krav på motprestationen i form av utbyggda miljömedicinska enheter resas. Det anförda utmynnar i motionärernas begäran i här aktuell del av yrkande 16 i motionen att miljömedicinska enheter skall fastställas i lag och att ersättningen till landstingen skall kopplas till inrättandet av sådana enheter.

Tidigare riksdagsbehandling

I två i utskottets betänkande SoU 1983/84:10 behandlade motioner framfördes yrkanden som syftade till att uppbyggnaden av miljömedicinska/samhällsmedicinska enheter hos sjukvårdshuvudmännen skulle påskyndas. Utskottet redovisade olika åtgärder som socialstyrelsen vidtagit för att stimulera uppbyggnaden m. m. och ansåg att dessa tillgodosåg syftet med motionerna.

Uppföljning av den öppna psykiatriska vården och fördelning av läkare till denna vård

Bakgrund

Sedan mitten av 1970-talet har den psykiatriska vården utvecklats innehållsmässigt och vårdorganisatoriskt. Såväl medicinsk som psykologisk och social kompetens har i ökad utsträckning kommit till användning i behandlingsarbetet. En helhetssyn på patientens problem eftersträvas.

Det sker en snabb förändring med inriktning mot öppna och halvöppna vårdformer inom psykiatrin. Antalet vårdplatser har minskat med ca 35 % under de senaste decennierna. En fortsatt minskning med ca 1 000 vårdplatser per år väntas. Fortfarande bedrivs dock huvuddelen av den psykiatriska vården vid de f. d. mentalsjukhusen och mer än en fjärdedel av vårdplatserna finns vid äldre ofta avsides belägna sjukhem.

Socialstyrelsen redovisade år 1980 i skriften *Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård* (Socialstyrelsen anser 1980:2) den huvudsakliga inriktning för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt samt angav mera konkret riktlinjer inför 1980-talet. Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården föreslås bl. a. vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö samt ökad samverkan med socialtjänsten. Primärvården förutsätts i enlighet med HS 80 ha ett ansvar för den primära psykiatriska hälso- och sjukvården. Länssjukvården skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. psykiatrisk dygnet-runt-vård. Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen som innebär att en klinik eller del därav skall ha ett sammanhållet ansvar för hela den psykiatriska verksamheten på denna nivå inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden. Behovet av psykiatrisk regionsjukvård förutsätts bli mycket begränsat. Antalet vårdplatser vid de f. d. mentalsjukhusen som behöver utnyttjas förutsätts komma att minska i avsevärd grad.

De förändringar av vården av psykiskt sjuka personer man genom ovannämnda riktlinjer, m. m. vill åstadkomma kan i korthet sammanfattas sålunda.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten skall ha en offensiv inriktning, dvs. på olika sätt – bl. a. genom samverkan med samhällsorgan, organisationer m. fl. – söka förebygga ohälsa och sociala missförhållanden. Vården skall erbjudas i människornas närmiljö. Inom den psykiatriska vården skall finnas behandlingsmöjligheter som så litet som möjligt gör det nödvändigt att den enskilde patienten rycks loss ur sitt vanliga sociala grupp- och samhällssammanhang. Den öppna vården måste byggas ut och antalet slutna vårdplatser minskas.

Motioner

I *motion 1983/84:2249* av Karin Israelsson (c) och Kersti Johansson (c) anförs som motivering till yrkandet i motionen – att forskning bör ske och statistik insamlas rörande öppenvård inom psykiatrin för att följa den utveckling mot öppnare vårdformer som där är på gång – bl. a. att statistik saknas över antalet besök hos andra yrkeskategorier än läkare, vilka deltar i öppenvården i alltmer ökad utsträckning. Motionärerna anför vidare bl. a. att kunskapen om hur tidigare institutionaliserade och numera utskrivna patienter lever är bristfällig. Enligt motionärerna finns det uppgifter om att patienter lämnas utan sysselsättning och utan social stimulans, varför ett stort behov finns att närmare studera dessa förhållanden, bl. a. för att ha som underlag för framtida stödinsatser. Statistik från den öppna och den halvöppna vården är i dag bristfällig och saknas nästan helt framhåller motionärerna.

I *motion 1983/84:2250* av Kersti Johansson m. fl. (c) anförs som motivering till yrkandet i motionen – om åtgärder för en läkarutbildning och en läkarfördelning på det psykiatriska området som möjliggör en satsning på öppen, decentraliserad psykiatrisk vård – bl. a. att bristen på psykiatrer är så allvarlig inom större delen av vårt land att en modern psykiatrisk vård ej går att genomföra på ett godtagbart sätt. Socialstyrelsen måste, framhåller motionärerna, i läkarfördelningsprogram och i arbetet med fördelning av utbildningsblock aktivt verka för att bristen på psykiatrer i öppen vård och på orter utanför universitetsorter avhjälps.

Statistik och forskning om den öppna psykiatriska vården

I utskottets betänkande SoU 1983/84:19 (s. 3 och 4) finns en kort redogörelse för landstingens patientdatabaser. När det gäller öppen vård avses uppgifter tillföras patientdatabaserna i enlighet med nedan nämnda rekommendation.

En arbetsgrupp bestående av företrädare för socialstyrelsen, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Svensk förening för allmän medicin och Svenska distriktsläkarföreningen – basdatagruppen – har nämligen i en i fjol avgiven rapport (Spri rapport 142) Basdata om kontakter i primärvården gett rekommendationer om vissa uppgifter som bör registreras i primärvården. Rekommendationerna omfattar dels data om patienternas kontakter med primärvården som alltid bör registreras (minidata), dels uppgifter som tillfälligt eller kontinuerligt kan registreras som tilläggsuppgifter till minidata (tilläggsdata).

En överläggning i augusti 1982 hos dåvarande hälsovårdsministern Karin Ahrland om utveckling av psykiatrin mot öppnare vårdformer m. m. utmynnade i att socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet i ett intensifierat samarbete skulle medverka till informations- och erfarenhetsöverföring till kommuner och landstingskommuner om utvecklingen mot öppnare vårdformer inom psykiatrin m. m. samt inventera och rapportera dagsläget.

Resultat av detta samarbete presenteras i en rapport, Psykiatri i samverkan, som beräknas komma att utges under försommaren 1984. Som bilaga till denna rapport avses fogas en beskrivning landstingsvis av nuläge och planerad utveckling av den psykiatriska vården.

Delegationen för social forskning stöder f. n. bl. a. följande forskningsprojekt, nämligen ett av professor Carlo Perris lett projekt om avinstitutionalisering och eftervård av långtidsvårdade psykiatriska patienter, ett av docent Lars Kebbon lett projekt om ekologisk analys av psykisk hälsovård samt ett av professor Carl-Gerhard Gottfries lett projekt om utformning av och arbetssätt för ett öppet psykiatriskt team i decentraliserad öppen vård.

Medicinska forskningsrådet stöder f. n. bl. a. ett av Perris lett och ett av professor Olle Hagnell lett forskningsprojekt om öppen psykiatrisk vård.

I proposition 1983/84:107 (bil. 3) om forskning framhålls bl. a. att det är av intresse att utifrån sociala och medicinska utgångspunkter analysera förutsättningarna för öppna vårdformer.

I här aktuell del av propositionen framhålls bl. a. uppgifterna för statens institut för psykosocial miljömedicin.

Åtgärder för att förbättra rekryteringen av psykiatrer, m. m.

Socialdepartementets dåvarande sjukvårdsdelegation uppdrog i juni 1978 och i december 1979 åt socialstyrelsen att undersöka vilka rekryteringsfrämjande åtgärder som kan vidtas för rekrytering av psykiatrer. Med anledning av uppdraget tillsatte socialstyrelsen en särskild arbetsgrupp, *arbetsgruppen för rekrytering av psykiatrer,* som redovisade sitt arbete genom att till sjukvårdsdelegationen dels år 1980 avge delrapporten Rekryteringsläget inom psykiatrin. Utgångspunkter samt vissa åtgärder för att förbättra

rekryteringen av psykiatrer, dels år 1981 avge slutrapporten Rekrytering av läkare till den psykiatriska vården.

Arbetsgruppen framhåller i slutrapporten som en särskilt viktig åtgärd att en förnyelse av vårdorganisationen genomförs så att läkarnas yrkeskompetens tas till vara och utvecklas i samarbete med andra yrkeskategorier.

Det kan här nämnas att det f. n. pågår en utredning inom socialstyrelsen varvid man bl. a. skall analysera personal- och utbildningsbehov för den framtida psykiatrin beträffande annan personal än läkarpersonal.

Läkarfördelningen i vad avser psykiatri m. m.

I utskottets betänkande SoU 1983/84:19 (s. 14–17) finns en närmare redogörelse för medel varmed man försöker styra fördelningen av läkare geografiskt och beträffande medicinska verksamhetsområden.

Verksamhetsområdena allmänmedicin (för primärvården, som bl. a. skall ha ett ansvar för den primära psykiatriska hälso- och sjukvården) och psykiatri har under en följd av år prioriterats vid läkarfördelningen.

Antalet s. k. tjänstgöringsblock för utbildning till specialist i allmänmedicin och psykiatri har under senare år utgjort mellan 390 och 400 per år för specialistutbildning i allmänmedicin och mellan 80 och 93 per år för specialistutbildning i psykiatri.

Antalet tjänster som skall få inrättas för läkare med specialistutbildning har under senare år uppgått till mellan 150 och 325 per år när det gäller öppen somatisk vård och till mellan 15 och 45 per år när det gäller psykiatrisk vård.

Ledningsorganisationen inom den psykiatriska vården

Motion

I *motion 1983/84:1067* av Lars Werner m. fl. (vpk) anförs som motivering till yrkande 3 – om anvisningar som bättre tillgodoser möjligheterna för en förbättrad ledningsorganisation inom den psykiatriska vården – bl. a. att man bör stimulera verksamhet som innebär att de breda grupperna vårdpersonal får ett större inflytande över verksamhetens innehåll.

Flyttning av medicinskt ledningsansvar samt delegering av arbetsuppgifter inom psykiatrisk verksamhet

Enligt 14 § första stycket *hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) skall det inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården finnas en särskild läkare som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares åligganden kan

omfatta även verksamhet utanför sjukhuset och en distriktsläkares åligganden även verksamhet på sjukhus. Vid utövandet av denna ledning skall läkaren i frågor som inte rör vården av enskilda patienter följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Detta s. k. medicinska ledningsansvar innebär i korthet att överläkare resp. distriktsläkare inom sitt verksamhetsområde har ett ansvar inte bara för sitt eget yrkesmässiga handlande utan också för att den underställda personalen fullgör sina medicinska åligganden. Det medicinska ledningsansvaret omfattar förutom diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet också in- och utskrivning av patienter, prioritering mellan patienter och ansvar för remitterade patienter. Vidare ingår ansvar för att journaler förs om patienternas vård och behandling, att medicinsk-teknisk utrustning används på ett sätt som från sjukvårdssynpunkt bäst gagnar patienterna och att en riktig och säker medicinering sker.

I den mån fråga inte är om diagnos, vård och behandling av en enskild patient kan huvudmannen utfärda för läkaren bindande föreskrifter. Dessa bör utgå från huvudmannens ansvar för resursfrågor och organisatoriska frågor.

Enligt 14 § andra stycket HSL kan landstingskommunen förordna annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden. Enligt 14 § tredje stycket HSL får regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen för särskilt fall medge undantag från bestämmelsen i 14 § första stycket. Socialstyrelsen har i sin instruktion fått bemyndigande att meddela sådan dispens.

I *proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m. m.* anförde föredragande statsrådet (s. 81–83) bl. a. att hon var medveten om att förhållandena inom vissa verksamhetsområden, bl. a. inom delar av den psykiatriska vården, är sådana att det redan i dag kan övervägas att lägga delar av ledningsansvaret på någon annan än läkare och att det förefaller troligt att utvecklingen inom hälso- och sjukvården kommer att förstärka behovet av alternativa lösningar när det gäller ledningen av verksamheten. I propositionen förutskickades att en översyn skulle ske av vissa frågor om ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården.

Uppdrag att göra den förutskickade översynen har getts åt den år 1983 tillkallade *utredningen (S 1983:01) om översyn av vissa ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården.* I direktiven för utredningsarbetet (dir. 1983:35) anförs bl. a. att mest framträdande torde behovet av en översyn av ansvarsfördelningen vara när det gäller ansvarsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor och mellan sjuksköterskor, undersköterskor, medicinsktekniska assistenter, skötare och vårdbiträden. Det påpekas i direktiven bl. a. att när det gäller psykiatrisk verksamhet det kan behöva övervägas hur ledningsansvaret kan påverkas av att verksamheten sektoriseras.

Utredningen beräknas avsluta sitt arbete inom kort.

För *delegering av arbetsuppgifter* inom hälso- och sjukvården gäller principer som har redovisats i socialstyrelsens kungörelse (SOSFS-M-1980:100) med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård m. m. och socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS-M-1983:7) om delegering av arbetsuppgifter inom psykiatrisk verksamhet.

Vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m.

Motion

I motion 1983/84:2076 av Jan-Erik Wikström m. fl. (fp) anförs bl. a. att det utmärkande för dagens långtidssjukvård är att den helt präglas av sjukhusmiljön, att patienten kan ha ett fåtal personliga saker med sig och att patienten ofta delar rum med annan patient.

Motionärerna framhåller att det borde vara en självklar rättighet för patienten att få ett eget rum, att få ha med sig en del av sina egna möbler och att få ha sina egna kläder, om vårdbehovet är sådant att patienten kommer att tillbringa resten av sitt liv inom långtidssjukvården.

Motionärerna framhåller vidare att man bör hejda fortsatt utbyggnad av den slutna långtidssjukvården i dess traditionella form till förmån för olika alternativ av öppen vård, uppsökande verksamhet m. m.

Som redovisats i det föregående begär motionärerna i här aktuellt yrkande i motionen (yrkande 2) att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad som anförts i motionen beträffande den slutna långtidssjukvården.

Vissa uppgifter om långtidssjukvården

Sluten somatisk långtidssjukvård bedrivs företrädesvis vid sjukhem, men också vid sjukhus och vid långvårdskliniker knutna till sjukhus. Sluten psykiatrisk långtidssjukvård bedrivs huvudsakligen vid de f. d. mentalsjukhusen.

Socialstyrelsen genomförde hösten 1975 en enkätundersökning vid långvårdskliniker och sjukhem för att skaffa sig kunskaper om långvårdspatienternas situation, omvårdnadsbehov, kontakter med yttervärlden och möjligheter till stimulerande aktiviteter m. m. Resultat från enkätundersökningen har bl. a. redovisats i skriften *Långvårdsenkäten (Socialstyrelsen redovisar 1977:8)*.

Enkätundersökningen visade bl. a. att de flesta patienterna inom långtidssjukvården är mycket gamla. Ca 86 % av patienterna var 70 år och äldre, ca 55 % 80 år och äldre och ca 12 % äldre än 90 år. Mindre än 2 % av patienterna var under 50 år.

Socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) beslutade 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 följde ett utredningsarbete som syftade till att ge de lokala huvudmännen ett så konkret underlag som möjligt för planeringen i första hand till mitten av 1980-talet. Resultatet av detta utredningsarbete presenterades år 1978 i sex skrifter, nämligen (1) Primärvård – innehåll och utveckling, (2) Sjukvård i hemmet – social hemtjänst, (3) Boende, service och vård för äldre, (4) Långtidsvård i samverkan, (5) Omhändertagande av åldersdementa samt (6) Dagsjukvård inom primärvården. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet utsände dessa skrifter till kommunerna och landstingskommunerna för att användas som underlag för huvudmännens planering.

I skriften Boende, service och vård för äldre beskrivs tänkbara och önskvärda utvecklingslinjer för ordinärt boende, serviceboende, ålderdomshem och lokala sjukhem med därtill knutna verksamheter. Som grund för de utvecklingslinjer som anges i skriften har uppställts följande mål.

1. Det grundläggande målet bör vara att successivt vidga möjligheterna till ordinärt boende.
2. Ett viktigt mål är att relativt sett minska behovet av flyttningar från den invanda fysiska och sociala närmiljön.
3. Ett annat viktigt mål är att främja social kontakt och ömsesidigt stöd.
4. När behov av särskilda boende- och vårdformer uppkommit bör målet vara att utforma dem så att de så långt möjligt tillvaratar kvaliteterna i det ordinära boendet.
5. Ett väsentligt mål är att renodla huvudmännens uppgifter och utveckla en praktiskt utformad samverkan mellan socialvård samt hälso- och sjukvård.

Med utgångspunkt i förslag i nämnda skrifter har sedan år 1980 som en försöksverksamhet bedrivits ett lokalt utvecklingsarbete i Olofströms kommun av kommunen och Blekinge läns landstingskommun med medverkan av Spri, vilket syftat till att utveckla former för service och vård för de äldre i samverkan mellan primärvården och primärkommunala organ. Därvid har klart dokumenterats att flera sjuka kan vårdas hemma, att en placering på sjukhem inte behöver vara definitiv för en långtidssjuk person, att köerna till sluten vård kan elimineras och att det finns bättre alternativ än en fortsatt utökning av institutionsplatser.

I ovannämnda skrift Boende, service och vård för äldre framhålls bl. a. att vårdavdelningen kan delas in i flera bostadsdelar som vardera rymmer de

lokaler som patienterna brukar i det dagliga livet och som ger möjlighet till sådana aktiviteter som privatpersonen normalt utför i sitt hem. De mer medicinska delarna av vårdavdelningen, som behandlingsrum, sjuksköterskeexpedition samt lokaler som riktar sig direkt till personalen och vissa andra utrymmen, kan brytas ut ur bostadsdelarna och bilda en särskild del av vårdavdelningen.

Spri har i rapporten (1979: 12) Lokala sjukhem – underlag för planering och projektering tillsammans med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, fackliga organisationer m. fl. skisserat hur ett lokalt sjukhem kan utformas för att tillgodose krav på mänsklig vård och omvårdnad i nära kontakt med patientens normala miljö och de vårdinsatser som kan klaras där av en samverkande sjukvård och socialvård/tjänst. Det framhålls bl. a. att långtidssjukvård är mera en fråga om boende än om ren sjukvård och det föreslås att vårdavdelningarna delas upp i mindre delar – bostadsdelar – med en utformning och ett innehåll som man vanligen förknippar med hem och boende.

Ovannämnda rapport har år 1980 följts av Spri rapport (1980:35) Lokala sjukhem. Åtta förslag till en bättre vård och arbetsmiljö inom långtidssjukvården, i vilken presenteras inköpta och bearbetade förslag från en arkitekttävling som Spri anordnade åren 1979–1980. I dessa förslag har man försökt göra vårdmiljön så hemliknande som möjligt.

Det förekommer att man inrättar lägenheter i det vanliga bostadsbeståndet för långtidssjukvård. Inom Spri förbereds en kartläggning av olika sätt att göra vårdmiljön för långtidssjuka hemliknande m. m.

Utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga

SLS-utredningen

Den med stöd av ett regeringens bemyndigande år 1974 tillkallade utredningen (S 1974:09) beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS-utredningen) – som hade i uppdrag att utreda vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede – avlämnade i oktober 1977 sitt huvudbetänkande I livets slutskede (SOU 1979:59) samt i december 1980 delbetänkandet Transplantationskirurgiska frågor (SOU 1980:48). Dessutom har utredningen publicerat sju rapporter Vårdpersonal. Utbildning och attityder (SOU 1977:81), Att dö på sjukhus (SOU 1977:82), Patienter (SOU 1977:85), Läkaren och den svårt sjuke patienten (SOU 1978:82), Anhöriga (SOU 1979:20), Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner (SOU 1979:21) samt Barn och döden (SOU 1979:22).

Motion

I motion 1983/84:1214 av Siri Häggmark (m) och Gullan Lindblad (m) anförs bl. a. att SLS-utredningen med sitt förslag till normer för vård av döende kom att inspirera till olika typer av konkret verksamhet inom utbildning, omvårdnadsforskning, socialvård och praktisk sjukvård runt om i Sverige men att detta inte är tillräckligt. Många anställda inom sjukvården känner sig, påpekar motionärerna, osäkra på hur de skall uppträda inför döende patienter och deras anhöriga. En av orsakerna är enligt motionärerna att vårdpersonalen saknar lämplig utbildning för att ta sig an den svåra uppgiften. Det bör därför satsas på utbildning och information inom detta område. Som redovisats i det föregående begär motionärerna att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att all sjukvårdspersonal ges erforderlig utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga.

Skrivelse 1982/83:31 om vård i livets slutskede, m. m.

I skrivelse 1982/83:31 redovisade regeringen för riksdagen de åtgärder som regeringen vidtagit med anledning av SLS-utredningens betänkanden och rapporter. Vidare redogjordes för utbildningsväsendets möjligheter att ge undervisning som förbättrar kunskapen och insikten om livets slutskede och därmed sammanhängande frågor.

I bilaga B vid protokollet vid regeringssammanträdet i ärendet, vilken avsåg utbildningsdepartementets verksamhetsområde, anförde dåvarande statsrådet Wikström bl. a. att det var mycket väsentligt att den utveckling av kursplanerna beträffande psykologisk omvårdnad av döende som pågick i gymnasieskolans vårdutbildningar fortsatte. I fråga om den grundläggande läkarutbildningen förutsatte statsrådet Wikström att undervisning om psykologisk vård av döende skulle omfattas av resultatet av en översyn av den grundläggande högskoleutbildningen för läkare som universitets- och högskoleämbetet företog.

Utbildningsutskottet hade inte något att erinra mot vad som anmäldes i bilagan (UbU 1982/83:3).

I bilaga A vid protokollet vid regeringssammanträdet, vilken avsåg socialdepartementets verksamhetsområde, anförde dåvarande statsrådet Ahrland bl. a. att det ankom på huvudmännen för hälso- och sjukvården att anordna fortbildning om vården av svårt sjuka och döende för hälso- och sjukvårdspersonalen och att regeringen uppdragit åt socialstyrelsen att så snart som möjligt låta utforma och genomföra kurser om vården i livets slutskede m. m. för läkare under fortsatt vidareutbildning.

Socialutskottet (SoU 1982/83:7) framhöll bl. a. betydelsen av förbättrad utbildning i vård av döende.

Vissa uppdrag till socialstyrelsen m. m.

Med hänvisning till förslag av SLS-utredningen i betänkande (SOU 1979:59) I livets slutskede har regeringen genom tre beslut den 22 juli 1982 uppdragit åt socialstyrelsen dels att utarbeta ett underlag till vårdprogram för vård av döende inom ramen för landstingens totala ansvar, dels att genomföra utbildning av handledare för undervisning av hälso- och sjukvårdspersonal rörande främst de psykologiska aspekterna vid vård i livets slutskede, dels att utforma och genomföra kurser om vården i livets slutskede m. m. för läkare under fortsatt vidareutbildning.

I syfte att få underlag för sitt utvecklingsarbete när det gäller vård i livets slutskede anordnar socialstyrelsen i juni 1984 ett symposium om vård i livets slutskede.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande framförs förslag om försök med primärkommunalt ansvar för primärvården, om användande av benämningen hälsocentral, om organisationen av mödra- och barnhälsovården, om specialistutbildad personal för hälsovården för mödrar och barn inom primärvården, om ökad satsning på psykosocialt stöd inom hälsovården för mödrar, om smärtlindring vid förlossning, om utbyggnad av yrkesmedicinska och miljömedicinska enheter, om uppföljning av den öppna psykiatriska vården och fördelning av läkare till denna vård, om ledningsorganisationen inom den psykiatriska vården, om vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m. samt om utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga.

I föregående avsnitt i betänkandet har lämnats närmare redogörelser för motionsförslagen och för tidigare riksdagsbehandling av likartade motionsförslag. Vidare har lämnats vissa bakgrundsuppgifter m. m.

Som allmän bakgrund till behandlingen av motionsförslagen vill utskottet i korthet redogöra för den struktur för hälso- och sjukvården, som socialstyrelsen föreslagit i sitt år 1975 presenterade principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (Socialstyrelsen anser 1976:1).

Enligt principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Bl. a. hälsokontroller, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning skall ingå i primärvårdens uppgifter. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvården vid regionsjukhus. Så snart man inom länssjukvården och

regionsjukvården anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Försök med primärkommunalt ansvar för primärvården

Enligt socialtjänstlagen (1980:620) har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. För att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten skall det i varje kommun finnas en socialnämnd. Socialnämnden skall bl. a. verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. För äldre människor med behov av särskilt stöd skall kommunen inrätta bostäder med gemensam service (servicehus).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall varje landstingskommun – varmed i lagen jämställs kommun som inte ingår i en landstingskommun – erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan vård.

I *motion 1983/84:1623 av Lars Hjertén (m) och Ivar Virgin (m)* påpekas bl. a. att när nu landstingskommunerna i allt större utsträckning satsar på en utbyggnad av primärvården gränsdragningen mellan kommunernas kompetensområde beträffande social omvårdnad och äldreomsorg och landstingskommunernas kompetensområde beträffande hälso- och sjukvård har blivit allt svårare. Med hänsyn till att man i Norge har genomfört en lagstiftning enligt vilken kommunerna fått ansvaret för primärvården medan landstingskommunernas motsvarighet, fylkena, ansvarar för specialistvård, tandvård och ambulansväsende är enligt motionärerna tiden nu mogen att pröva nya vägar även i vårt land. Att försöksvis låta några kommuner eller en hel landstingskommun utgöra en "frizon", där man under några år prövar ett kommunalt huvudmannaskap för primärvården, skulle, framhåller motionärerna, ge den erfarenhet som behövs innan man går vidare. Motionärerna begär att regeringen i samverkan med någon landstingskommun – t. ex. Skaraborgs läns landstingskommun – skall inrätta en "frizon", vars uppgift skall bli att pröva ett primärkommunalt ansvar för primärvården.

Frågor om fördelningen av uppgifter mellan kommuner och landstingskommuner och om gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har behandlats i olika sammanhang. Den dåvarande länsberedningen (C 1970:28) anså i betänkande (SOU 1974:84) Stat och kommun i samverkan bl. a. att den sociala omvårdnanden inte borde föras över på landstingskommunerna. I propositionen om socialtjänsten (prop. 1979/80:1) underströks det att det i allmänhet inte möter några svårigheter att avgöra om ett vårdbehov skall tillgodoses av landstingskommunen inom sjukvårdens

ram eller av den kommunala socialtjänsten och att detta även gäller i flertalet fall av sammansatt vårdbehov. Man utgick i propositionen från att de tveksamheter som kan komma upp i ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och sjukvården smidigast får sin lösning genom överenskommelser mellan huvudmännen. I propositionen om hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97) frångick man inte den principiella lösning av gränsdragningsproblemen som skisserats i propositionen om socialtjänsten.

Primärvården utgör tillsammans med länssjukvården och regionsjukvården en enhetlig organisation för hälso- och sjukvården i vårt land. Primärvården har förstahandsansvaret men skall kunna repliera på länssjukvården och regionsjukvården. Denna enhetlighet i organisationen av hälso- och sjukvården är nödvändig för en effektiv användning av resurserna för hälso- och sjukvården och till fördel för den enskilde patienten, som kan få behov av olika slag av hälso- och sjukvård tillgodosedda inom samma organisation. Utskottet motsätter sig därför tanken på att skilja ut primärvården från denna organisation och överföra den till annan huvudman.

När det gäller uppgiftsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten vill utskottet erinra om att utskottet – bl. a. i betänkandet SoU 1982/83:9 – avstyrkt motionsförslag om gemensamt huvudmannaskap för äldreomsorger och långtidssjukvård m. m. med hänsyn till att en ändrad uppgiftsfördelning skulle medföra nya gränsdragnings- och samordningsproblem. Samtidigt har utskottet understrukit betydelsen av samverkan mellan de olika huvudmännen.

Angelägenheten av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten framhålls bl. a. i principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet, i propositionen om socialtjänsten och i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen. Behovet av samverkan och samordning kan tillgodoses på olika sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen (11 §) inrymmer möjlighet för landstingskommunerna att tillsätta ett eller flera särskilda organ för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården t. ex. inom olika geografiskt avgränsade områden. Inom Skaraborgs läns och Jämtlands läns landstingskommuner har man sålunda organiserat en kommunbaserad primärvård som leds av lokala nämnder. Genom en sådan lokal organisation av primärvården underlättas samarbetet med socialtjänsten.

Även för delar av en kommun finns möjligheter att skapa för hälso- och sjukvården och socialtjänsten parallella organisationer, då kommunfullmäktige enligt socialtjänstlagen får besluta att inrätta sociala distriktsnämnder för olika geografiska distrikt i kommunen. Lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna ger dessutom numera kommunerna stor frihet att själva besluta om organisation och verksamhetsformer på bl. a. socialtjänstområdet. Regeringen har vidare i den nyligen avgivna propositionen 1983/84:152 om försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse föreslagit att en

sådan försöksverksamhet skall genomföras i några kommuner och landstingskommuner.

Det kan vidare nämnas att den år 1983 tillkallade stat-kommunberedningen (C 1983:02) bl. a. skall pröva behovet av och formerna för samverkan inom den kommunala sektorn.

Länsberedningen framhöll i ovannämnda betänkande (SOU 1974:84) att samarbete och samordning mellan sjukvård och socialvård i görligaste mån bör ordnas så att resp. huvudman för sjuk- och socialvården tillhandahåller erforderliga tjänster inom sitt område åt den andre huvudmannen.

Samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i form av "köp" av tjänster m. m. rekommenderas också i de skrifter som publicerats med anledning av ett år 1976 av socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) inlett utvecklingsarbete främst inriktat på primärvård, äldreomsorger samt samverkan mellan landstingskommuner och kommuner.

Strävanden efter samarbete mellan landstingskommuner och kommuner har lett till att ett stort antal samarbetsavtal numera träffats mellan dessa huvudmän avseende bl. a. hemsjukvård och social hemtjänst.

Utskottet konstaterar att initiativ nu tagits i många olika sammanhang för att finna nya arbetsformer och lösningar för samverkan mellan kommuner och landstingskommuner. Man kan skönja former för ett bättre fungerande praktiskt samarbete. Utskottet anser mot denna bakgrund att resultaten av det inledda utvecklingsarbetet bör avvaktas. I den mån behov av försöksverksamhet av det slag som föreslås i motionen skulle uppkomma bör det ankomma på sjukvårdshuvudmännen att hos regeringen aktualisera frågan om lagstiftningsåtgärder.

Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motion 1983/84:1623 (m).

Användande av benämningen hälsocentral

Under 1950-talet inrättades ett mindre antal två- och flerläkarstationer för dåtidens provinsialläkare. Utbyggnaden av sådana läkarstationer fortsatte och genom att även andra enheter samlokaliserades med läkarstationerna kom dessa enheter att benämnas vårdcentraler eller hälsocentraler.

I *motion 1983/84:2255 av Kerstin Nilsson (s)* begärs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna att primärvårdsinrättningar bör kallas hälsocentraler. Genom en sådan benämning framhålls enligt motionären den preventiva verksamheten i stället för den reparativa, vilket kan få betydelse för såväl vårdsökande/patienter som personal/läkare.

Termerna vårdcentral och hälsocentral finns inte i hälso- och sjukvårdslagen.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) ansåg i betänkandet (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården – vilket låg till grund för förslag i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen – bl. a. att organisatoriska begrepp m. m. skulle tillåtas variera mellan landstingskommunerna. Föredragande statsrådet ansåg i nämnda proposition att organisationen av hälso- och sjukvården inte bör regleras i lag i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att garantera patienternas rättssäkerhet och en god och säker vård i hela landet.

Landstingskommunerna har således frihet att besluta om benämningen på de enheter som vanligen kallas vårdcentraler eller hälsocentraler. Med hänsyn härtill bör motion 1983/84:2255 (s) inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Motionen avstyrks således.

Organisationen av hälsovården för mödrar och barn

Grundläggande för organisationen av hälsovården för mödrar och barn har varit ett av socialstyrelsen år 1969 fastställt normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 1969:39).

Mödrahälsovården och barnhälsovården skulle enligt normalreglementet meddelas vid lokala centraler (mödravårdscentraler resp. barnavårdscentraler), som skulle vara av två typer, nämligen central av typ I, som skulle vara knuten till kvinnoklinik resp. barnklinik vid sjukhus och förestås av specialist, samt central av typ II, som skulle förestås av distriktsläkare för allmänläkarvård (som var den tidigare benämningen på allmänmedicin) och vara förlagd till föreståndarens mottagningslokal eller till annan för ändamålet lämplig lokal. Mödravårdscentral av typ II och barnavårdscentral av typ II fick kombineras med varandra.

Normalreglementet för mödra- och barnhälsovården ersattes år 1981 av socialstyrelsens allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. Dessa allmänna råd är avsedda att vara ett underlag för planering och drift av sjukvårdshuvudmännens verksamhet. Den del av hälsovården för mödrar och barn som inte behöver länssjukvårdens resurser bör enligt de allmänna råden förläggas till primärvården (vårdcentraler). Den klinikanslutna organisationen för mödra- och barnhälsovården – dvs. organisationen med mödravårdscentraler och barnavårdscentraler av typ I – bör därför på sikt försvinna.

Enligt socialstyrelsens kungörelse (MF 1975:121) med behörighetsbestämmelser rörande vissa sjuksköterskетjänster krävs för innehav av tjänst som sjuksköterska för barnhälsovård vid barnavårdscentral grundutbildning som sjuksköterska samt vidareutbildning (enligt tidigare studieordning) i hälso- och sjukvård för barn eller för öppen hälso- och sjukvård. Denna utbildning motsvaras i nu gällande studieordning av utbildning för specialområdet allmän hälso- och sjukvård (80 poäng) inom hälso- och sjukvårdslinjen i den kommunala högskolan samt påbyggnadsutbildning i hälso- och sjukvård för

barn och ungdom (40 poäng). 1981 års behörighetskommitté (S 1980:11) har i sitt i fjol avgivna betänkande (SOU 1983:33) Kompetens inom hälso- och sjukvården ansett sig inte ha underlag för ett mera definitivt ställningstagande i fråga om krav på påbyggnadsutbildning för innehav av bl. a. tjänst som sjuksköterska inom barnhälsovård. Kommittén har föreslagit att socialstyrelsen skall bemyndigas att besluta om föreskrifter i fråga om vissa verksamhetsområden och funktioner. Lagförslag av kommittén m. m. ligger till grund för förslag i proposition 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m.

I tre motioner befarar man att tillgången på specialister i gynekologi/obstetrik (kvinnosjukdomar/förlossningar) för mödrahälsovården och i pediatrik (barnaålderns invärtes sjukdomar) för barnhälsovården kommer att bli sämre då hälsovården för mödrar och barn integreras i primärvården. Mot denna bakgrund begärs i *motion 1983/84:1219 av Inga Lantz m. fl. (vpk)* i här aktuell del (*yrkande 2*) att mödrahälsovården fortsättningsvis skall behålla sin organisatoriska form, i *motion 1983/84:405 av Inga Lantz (vpk) och Marie-Ann Johansson (vpk)* att barnhälsovården skall bedrivas vid barnavårdscentralerna av läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens samt i *motion 1983/84:782 av Gullan Lindblad (m) och Siri Häggmark (m)* att specialistläkare inom gynekologi/obstetrik och pediatrik samt övrig specialutbildad vårdpersonal – t. ex. barnsjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer – skall ha sin givna plats inom primärvården.

Utskottet har under de senaste riksmötena behandlat motionsförslag som varit likartade med de här aktuella motionsförslagen, senast i betänkandet SoU 1982/83:36. Liksom utskottet gjorde i nämnda betänkande vill utskottet framhålla att det i socialstyrelsens ovannämnda allmänna råd om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården förutsätts att antingen specialister i gynekologi/obstetrik och i pediatrik eller läkare i allmänmedicin med vidgad erfarenhet inom nämnda specialistområden skall svara för denna hälsovård. Enligt socialstyrelsens beräkningar torde i mitten av 1980-talet ca 300–350 specialister i gynekologi/obstetrik och ca 400–450 specialister i pediatrik vara disponibla för tjänstgöring i primärvården. Utskottet framhöll i nämnda betänkande vidare att fördelningen av barn på de två typerna av barnavårdscentraler varit ungefär lika och att det enligt vad utskottet inhämtat inte förekommit någon skillnad i kvaliteten på vården som kunnat märkas hos barnen mellan de klinikanslutna barnavårdscentralerna (typ I) och barnavårdscentralerna med distriktsläkare som föreståndare (typ II).

I de allmänna råden förutsätts vidare att barnmorskor i stor utsträckning skall ha hand om hälsovården för blivande mödrar. I områden där det inte finns tillräckligt underlag för en barnmorska, t. ex. i glesbygder, bör enligt de allmänna råden distriktssköterskorna få möjlighet att vidareutbilda sig i gynekologi/obstetrik. Det påpekas att eftersom det f. n. ofta finns gott om barnsjuksköterskor främst inom storstadsområdena, det är lämpligt att de

t. v. utför den allra största delen av arbetet inom hälso- och sjukvården för förskolebarn. Socialstyrelsen framhåller dock att hälso- och sjukvård för barn i princip skall bedrivas av distriktssköterskor. Behovet av medverkan av psykologer och socionomer (kuratorer) bör enligt de allmänna råden tillgodoses genom konsultationer från länssjukvården och socialtjänsten.

Med hänsyn till den lämnade redovisningen och till att behovet av läkare för primärvården prioriteras vid läkarfördelningen finns enligt utskottets mening inte anledning att befara att en integrering av hälsovården för mödrar och barn i primärvården medför en kvalitetsförsämring av vården.

Utskottet avstyrker därför motion 1983/84:405 (vpk), motion 1983/84:782 (m) samt motion 1983/84:1219 (vpk) i här aktuell del (yrkande 2).

Psykosocialt stöd inom mödrahälsovården

I *motion 1983/84:1219 av Inga Lantz m.fl. (vpk)* anförs bl. a. att mödrahälsovården kan bli bättre än den är i dag genom att den somatiska vården kompletteras med en psykosocial vård. Motionärerna begär i här aktuella delar av motionen att riksdagen skall uttala sig för dels att mödrahälsovården bör ges ökad beredskap för att ge kvinnor psykisk och social hjälp (*yrkande 3*), dels att psykolog- och kuratorstjänster bör inrättas på varje mödravårdscentral (*yrkande 4*).

Utskottet har under de sju senaste riksmötena haft att behandla motionsförslag om ökad satsning på psykosocialt stöd inom mödrahälsovården. På förslag av utskottet (senast i SoU 1982/83:36) har riksdagen avslagit motionsyrkandena. Utskottet har främst hänvisat till socialstyrelsens allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården och till de av riksdagen år 1979 godkända allmänna riktlinjerna för en allmän föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovården m. m.

Verksamheten inom hälsovården för mödrar och barn skall enligt de allmänna råden syfta till att både den fysiska och den psykiska hälsan hos föräldrar och barn skall förbättras. Hälsoövervakningen skall även omfatta barnfamiljernas psykosociala förhållanden och även psykosocialt stöd skall ges.

Enligt de allmänna riktlinjerna för en allmän föräldrautbildning skall föräldrautbildningen bl. a. förmedla kunskap i frågor om det stöd som samhället kan erbjuda blivande och nyblivna föräldrar.

Med hänsyn till det anförda kan utskottet inte dela motionärernas åsikt om behovet av vissa specialisttjänster. Det psykosociala stödet bör i första hand ges genom den barnmorska eller annan personal som svarar för övriga förebyggande insatser. Utskottet vill emellertid liksom tidigare framhålla angelägenheten av en fortsatt utveckling av mödrahälsovårdens innehåll. Det ankommer på socialstyrelsen att bevaka denna fråga.

Motion 1983/84:1219 (vpk) i här aktuella delar (yrkandena 3 och 4) bör således inte föranleda någon åtgärd av riksdagen och avstyrks.

Smärtlindring vid förlossning

I samband med riksdagsbehandlingen år 1971 av motioner om smärtlindring vid förlossning uttalade riksdagen (rskr 1971:272) på förslag av socialutskottet i betänkandet SoU 1971:40 bl. a. att smärtlindring vid förlossning är ett rimligt krav som varje kvinna som så önskar skall få uppfyllt. I betänkandet diskuterades relativt ingående de problem som lade hinder i vägen för att man skulle nå det uppställda målet och de åtgärder som från samhällets sida borde vidtas härvidlag.

I *motion 1983/84:1219 av Inga Lantz m. fl. (vpk)* begärs, såvitt här är i fråga (*yrkande 1*), att riksdagen hos regeringen hemställer om lagförslag, innebärande att riksdagens beslut från år 1971 förverkligas, så att alla kvinnor som vill ha en effektiv smärtlindring vid förlossning också skall garanteras det.

Fr. o. m. år 1974 har så gott som årligen väckts motioner rörande förlossningsvården, i vilka med vissa inbördes avvikelser yrkanden framställts vilka tagit sikte på frågan hur 1971 års uttalande skall förverkligas. Utskottet har i vissa fall gjort uttalanden som föranlett åtgärder av regeringen.

Mot bakgrund av bl. a. uttalanden av utskottet under 1976/77 års riksmöte (SoU 1976/77:6) uppdrog regeringen genom beslut den 10 mars 1977 åt socialstyrelsen att kontinuerligt inhämta, sammanställa och redovisa uppgifter om utvecklingen och planerna inom de olika sjukvårdsområdena i fråga om resurser för smärtlindring vid förlossning, att följa forskningen inom området och fortlöpande informera sjukvårdshuvudmännen om nya rön och hur de kan förverkligas i det praktiska sjukvårdsarbetet samt att jämväl i övrigt beakta vad utskottet anfört i betänkandet SoU 1976/77:6.

Under 1980/81 års riksmöte (SoU 1980/81:11) underströk utskottet betydelsen av att socialstyrelsen noggrant följer och stimulerar utvecklingen på området och framhöll vikten av att sjukvårdshuvudmännen informeras om utvecklingen på olika håll i landet. Riksdagen beslutade ge regeringen till känna vad utskottet anfört, och regeringen överlämnade genom beslut den 12 mars 1981 riksdagsskrivelsen i ärendet till socialstyrelsen för att beaktas vid fullgörandet av det år 1977 lämnade uppdraget.

Användningen av de i diskussionen om smärtlindring vid förlossning aktuella smärtlindringsmetoderna (pudendusblockad, paracervikalblockad och epiduralanestesi) har som framgår av uppgifterna i en på s. 16 presenterad tabell stadigt ökat så att dessa metoder år 1981 kom till användning hos ca 83 % av totalantalet förlösta kvinnor. Härtill kom smärtlindring genom infiltrationsanestesi hos 16 % av totalantalet förlösta kvinnor.

I sammanhanget bör framhållas att man av olika skäl – komplikationer i samband med förlossningen, personliga önskemål m. m. – aldrig kan räkna med att komma upp i en täckning på 100 %. Vidare bör erinras om att alla

blivande mödrar erbjuds att lära sig en andningsteknik, som minskar påfrestningarna vid förlossningen.

Mycket har sålunda gjorts för utbyggnad av verksamheten med smärtlindring vid förlossning. Utskottet utgår från att denna verksamhet även framgent skall prioriteras av sjukvårdshuvudmännen så att alla kvinnor som så önskar får smärtlindring. Utskottet förutsätter vidare att blivande mödrar under graviditetstiden informeras om möjligheterna till smärtlindring vid förlossning. Det uppdrag som socialstyrelsen fått med anledning av uttalanden av utskottet under 1976/77 års och 1980/81 års riksmöten torde utgöra en tillräcklig grund för att utvecklingen på området skall föras vidare.

Utskottet, som inte kan ställa sig bakom motionärernas krav om lagstiftning på området, avstyrker således motion 1983/84:1219 (vpk) yrkande 1.

Utbyggnad av yrkes- och miljömedicin

Yrkesmedicinens huvuduppgift är att förebygga ohälsa orsakad av kemiska, fysikaliska eller andra risker eller belastningar i arbetsmiljön. Detta sker främst genom projekt som studerar arbetsmiljöns effekter på hälsan för större grupper och genom utredningar – framför allt medicinska och yrkeshygieniska – av ohälsa i enskilda fall som betingas av arbetsmiljön.

1976 års företagshälsovårdsutredning (A 1976:01) förordade i sitt delbetänkande (SOU 1980:22) Utbyggnad av yrkesmedicin att yrkesmedicinen skall byggas ut parallellt på regionnivå och länsnivå. Målsättningen för utbyggnaden bör enligt utredningen vara att det år 1985 skall finnas fungerande regionkliniker i samtliga sjukvårdsregioner samt länskliniker i drift eller under planering i samtliga sjukvårdsområden utom Gotland.

I *motion 1983/84:1069 av Lars Werner m.fl. (vpk)* begärs, såvitt här är i fråga (*yrkande 16 delvis*), att yrkesmedicinska enheter vid region- och länssjukhus fastställs i lag och att ersättningen till landstingen från sjukförsäkringen kopplas till inrättandet av sådana enheter.

Vid tidigare behandling av liknande motionsyrkanden – senast i socialutskottets betänkande SoU 1982/83:29 (s. 7 och 8) – har utskottet framhållit att det inte kan komma i fråga att lagstiftningsvägen ålägga sjukvårdshuvudmännen att bygga ut yrkesmedicinen i viss omfattning. Utskottet vidhåller denna uppfattning.

Ersättningen till sjukvårdshuvudmännen är – inom de ramar som angivits av riksdagen – en förhandlingsfråga mellan regeringen och Landstingsförbundet (se ovan s. 18). Utvecklingen har gått mot alltmer schabloniserade ersättningsformer. I proposition 1983/84:190 redovisas en ny överenskommelse om bl. a. ändrade regler för vissa ersättningar. Bidrag till förebyggande hälsovård och primärvård m. m. avses därvid komma att ingå i en allmän ersättning för hälso- och sjukvård, vilken grundas på antalet invånare inom sjukvårdsområdet. Uppställande av villkor om utbyggnad av vissa enheter

e. d. låter sig inte väl förenas med ett sådant ersättningssystem. I sammanhanget kan vidare nämnas att formerna för samhällets ersättning till företagshälsovården har setts över av en arbetsgrupp inom arbetsmarknadsdepartementet med representanter för LO, TCO, SAF och de båda kommunförbunden. Dessa frågor bereds f. n. inom regeringskansliet tillsammans med företagshälsovårdsutredningens slutbetänkande. Enligt vad utskottet erfarit kan vissa av dessa förslag komma att beröra de yrkesmedicinska enheterna, om än mera indirekt.

Utskottet avstyrker sålunda motionsyrkandet i här aktuell del.

I en rapport kallad Landstingen och hälsopolitiken – underlag för samhällsmedicinsk verksamhet, vilken Landstingsförbundet våren 1981 överlämnade till sjukvårdshuvudmännen som information och arbetsunderlag, förordades att sjukvårdshuvudmännen skulle upprätta samhällsmedicinska funktioner, antingen i form av särskilda enheter eller fördelade på befintliga organ. Dessa skulle ha till uppgift att observera, dokumentera, initiera och påverka frågor som rör offensivt hälsoarbete.

I samma *motion 1983/84:1069 (vpk)* påpekas bl. a. att flertalet landsting saknar full ersättning för den tidigare, i sig otillräckliga länsläkarorganisationen. Motionärerna begär att även miljömedicinska enheter skall fastställas i lag och att ersättningen till landstingen från sjukförsäkringen skall kopplas till inrättandet av sådana enheter (*yrkande 16 i återstående del*).

Socialstyrelsen har – såsom utskottet redovisat i betänkandet SoU 1983/84:10 – vidtagit olika åtgärder för att stimulera utbyggnaden av miljömedicin i landstingen. Enligt utskottets mening finns inte skäl att överväga någon särskild lagstiftning på området. Beträffande ersättningen till sjukvårdshuvudmännen kan vidare nämnas att i den ovannämnda överenskommelsen beräknats en särskild ersättning om 48 kr. per invånare och år för att underlätta utvecklingen av förebyggande åtgärder. Speciell uppmärksamhet anges böra ges åt uppbyggnaden av samhällsmedicinska enheter (motsvarande). Med hänvisning härtill och till vad utskottet ovan anfört angående uppställande av vissa villkor för ersättning m. m. avstyrker utskottet motionsyrkandet även i denna del.

Utvecklingen av den öppna psykiatriska vården

Socialstyrelsen presenterade år 1980 skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser 1980:2).

Primärvården förutsätts – i enlighet med socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet – ha ett ansvar för den primära psykiatriska hälso- och sjukvården. Länssjukvården skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och sådan kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. psykiatrisk dygnet-runt-vård.

Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen som innebär att en klinik eller del därav skall ha ett sammanhållet ansvar för hela den psykiatriska verksamheten på denna nivå inom ett geografiskt begränsat område. Behovet av psykiatrisk regionsjukvård förutsätts bli mycket begränsat.

Det sker numera en snabb förändring med inriktning mot öppna och halvöppna vårdformer inom psykiatrin. Antalet vårdplatser har minskat med ca 35 % under de senaste decennierna. En fortsatt minskning med 1 000 vårdplatser per år väntas. Fortfarande bedrivs dock huvuddelen av den psykiatriska vården vid de f. d. mentalsjukhusen.

I *motion 1983/84:2249 av Karin Israelsson (c) och Kersti Johansson (c)* begärs att riksdagen skall uttala sig för att forskning bör ske och statistik insamlas rörande öppenvård inom psykiatrin för att följa den utveckling mot öppnare vårdformer som där är på gång. Motionärerna anför bl. a. att kunskapen är bristfällig om hur tidigare institutionaliserade och numera utskrivna patienter lever. Det finns enligt motionärerna ett stort behov av att studera förhållandena för patienterna i den öppna psykiatriska vården bl. a. för att man skall få underlag för framtida stödinsatser.

I *motion 1983/84:2250 av Kersti Johansson m. fl. (c)* begärs åtgärder för en läkarutbildning och en läkarfördelning på det psykiatriska området som möjliggör en satsning på öppen, decentraliserad psykiatrisk vård. Motionärerna framhåller bl. a. att bristen på psykiatrer är så allvarlig inom större delen av vårt land att en modern psykiatrisk vård inte går att genomföra på ett godtagbart sätt.

I ett avsnitt i det föregående om statistik och forskning om den öppna psykiatriska vården har redovisats (1) förslag om att i landstingens patientdatabaser skall ingå uppgifter från primärvården, (2) ett samarbete mellan socialstyrelsen, Spri, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet som syftar till informations- och erfarenhetsöverföring till kommuner och landstingskommuner om utvecklingen mot öppnare vårdformer inom psykiatrin samt (3) vissa forskningsprojekt rörande den öppna psykiatriska vården som stöds av delegationen för social forskning och medicinska forskningsrådet.

Utskottet delar motionärernas uppfattning om angelägenheten av att följa upp utvecklingen mot öppnare vårdformer inom psykiatrin. Med hänsyn till den lämnade redovisningen och till att det i den under innevarande vårsession aktuella propositionen om forskning (prop. 1983/84:107 bil. 3) bl. a. framhålls att det är av intresse att utifrån sociala och medicinska utgångspunkter analysera förutsättningarna för öppna vårdformer torde dock motion 1983/84:2249 (c) inte påkalla något initiativ av riksdagen. Motionen avstyrks således.

I utskottets nyligen avgivna betänkande SoU 1983/84:19 (s. 14 och 15) har vidare lämnats en redogörelse för hur man genom läkarfördelningsprogram

och läkarplaneringsramar försöker styra läkare som skall genomgå specialistutbildning och läkare med fullgjord specialistutbildning till geografiska och verksamhetsmässiga bristområden. Inom systemet för styrning av läkararbetskraften har under en följd av år prioriterats verksamhetsområdena allmänmedicin (för primärvården, som bl. a. skall ha förstahandsansvaret för psykiatrisk hälso- och sjukvård) och psykiatri. Frågor om vilka åtgärder man bör vidta för att rekrytera psykiatrer till tjänster inom psykiatrin har utretts av en särskild arbetsgrupp – arbetsgruppen för rekrytering av psykiatrer – inom socialstyrelsen. Gruppen har redovisat sitt arbete dels år 1980 i delrapporten Rekryteringsläget inom psykiatrin, dels år 1981 i slutrapporten Rekrytering av läkare till den psykiatriska vården. I slutrapporten framhålls bl. a. att en förnyelse av vårdorganisationen så att läkarnas yrkeskompetens tas till vara och utvecklas i samarbete med andra yrkeskategorier är en särskilt viktig rekryteringsbefrämjande åtgärd.

Med hänsyn till det nu anförda torde inte heller motion 1983/84:2250 (c) böra föranleda något initiativ av riksdagen. Även denna motion avstyrks.

Ledningsorganisationen inom den psykiatriska vården

Ledningsansvar avser ansvar för att underställd personal fullgör sina åligganden. Man skiljer inom hälso- och sjukvården mellan administrativt ledningsansvar, som omfattar verksamhet som inte hör till den medicinska verksamheten, och medicinskt ledningsansvar, som omfattar diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet m. m.

Med utgångspunkt i att det ankommer på landstingskommunerna att bestämma hur det administrativa ledningsansvaret skall vara fördelat har det administrativa ledningsansvaret inte närmare reglerats i hälso- och sjukvårdslagen.

Bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret finns i 14 § hälso- och sjukvårdslagen. Det medicinska ledningsansvaret åvilar överläkare eller distriktsläkare. Landstingskommunen kan emellertid förordna annan läkare att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden. Möjlighet finns för regeringen och socialstyrelsen att medge dispens från bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar.

I *motion 1983/84:1067 av Lars Werner m. fl. (vpk)* anförs bl. a. att man bör stimulera verksamhet som innebär att de breda grupperna vårdpersonal får ett större inflytande över verksamhetens innehåll. Motionärerna begär i här aktuell del av motionen (*yrkande 3*) anvisningar som bättre tillgodoser möjligheterna för en förändrad ledningsorganisation inom den psykiatriska vården.

I propositionen om hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97) anförde föredragande statsrådet bl. a. att förhållandena i vissa verksamhetsområden – bl. a. inom delar av den psykiatriska vården – är sådana att det redan i dag

kan övervägas att lägga delar av ledningsansvaret på någon annan än läkare. Föredragande statsrådet förutskickade emellertid att en översyn skulle göras av vissa frågor om ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården. Det förutskickade översynsuppdraget gavs sedermera till den år 1983 tillkallade utredningen (S 1983:01) om översyn av vissa ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården. I direktiven för utredningsarbetet (dir. 1983:35) påpekas bl. a. att när det gäller psykiatrisk verksamhet kan det behöva övervägas hur ledningsansvaret kan påverkas av att verksamheten sektoriseras. Utredningen beräknas avsluta sitt arbete inom kort.

Den pågående översynen tillgodoser enligt utskottets mening syftet med motion 1983/84:1067 (vpk) i här aktuell del (yrkande 3). Motionen avstyrks i denna del.

Vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m.

Sluten somatisk långtidssjukvård bedrivs företrädesvis vid sjukhem, men också vid sjukhus och vid långvårdskliniker knutna till sjukhus. Sluten psykiatrisk långtidssjukvård bedrivs huvudsakligen vid de f. d. mentalsjukhusen. De flesta patienterna inom långtidssjukvården är äldre.

I *motion 1983/84:2076 av Jan-Erik Wikström m. fl. (fp)* anförs bl. a. att man bör hejda fortsatt utbyggnad av den slutna långtidssjukvården i dess traditionella form till förmån för olika alternativ av öppen vård, uppsökande verksamhet m. m. För de patienter som har sådant vårdbehov att de kommer att tillbringa resten av livet inom långtidssjukvård bör det enligt motionärerna vara en självklar rättighet att få eget rum, att få ha med sig en del av de egna möblerna samt att få använda sina egna kläder. Motionärerna begär i här aktuellt yrkande (*yrkande 2*) att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad som anförts i motionen om den slutna långtidssjukvården.

Inom det ovan (s. 32) nämnda utvecklingsarbetet om primärvård, äldreomsorger samt samverkan mellan landstingskommuner och kommuner som socialstyrelsen, Spri, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet gemensamt utfört har tagits fram ett antal skrifter vilka sänts ut till kommuner och landstingskommuner för att användas som underlag för huvudmännens planering. I en av dessa skrifter – Boende, service och vård för de äldre – beskrivs tänkbara och önskvärda utvecklingslinjer för ordinärt boende, serviceboende, servicehus och lokala sjukhem med därtill knutna verksamheter. Som grundläggande mål för utvecklingen anges en vidgning av möjligheterna till ordinärt boende för de äldre. När behovet av särskilda boende- och vårdformer uppkommit bör målet vara att utforma dem så att de så långt som möjligt tillvaratar kvaliteterna i det ordinära boendet.

I rapporten (1979:12) Lokala sjukhem – underlag för planering och projektering har Spri beskrivit den långtidssjukes situation och de krav som

denna och vårdarbetet ställer på den fysiska miljön. I rapporten har bl. a. framhållits att långtidssjukvård mera är en fråga om boende än om ren sjukvård och det föreslås att vårdavdelningarna delas upp i mindre delar – bostadsdelar – med en utformning och ett innehåll som man vanligen förknippar med hem och boende.

Rapporten har legat till grund för en arkitekttävling som Spri anordnat. I rapporten (1980:35) Lokala sjukhem. Åtta förslag till en bättre vård och arbetsmiljö inom långtidsvården har Spri presenterat inköpta och bearbetade förslag från arkitekttävlingen. I dessa förslag har man försökt göra vårdmiljön så hemliknande som möjligt.

Som exempel på strävanden att försöka åstadkomma en hemliknande miljö inom långtidssjukvården kan nämnas ett i början av mars i år invigt servicehus i Kåge i Västerbottens län. Anläggningen är ett kombinerat servicehus och sjukhem med 30 bostadslägenheter om två rum och kök för pensionärspar samt 29 lägenheter om ett rum, kök och sovalkov för ensamstående pensionärer. När behovet av sjukvård ökar hos i anläggningen boende finns personella och materiella möjligheter att lämna en avancerad hemsjukvård.

Utskottet delar den grundsyn som kommer till uttryck i motionen. Med hänsyn till den lämnade redovisningen torde dock något riksdagens initiativ med anledning av motion 1983/84:2076 (fp) inte vara erforderligt. Motionen avstyrks därför i här aktuell del (yrkande 2).

Utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga

Den år 1974 tillkallade utredningen (S 1974:09) beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS-utredningen) avlämnade förutom sitt huvudbetänkande (SOU 1979:59) I livets slutskede ett delbetänkande samt sju rapporter. Utredningens förslag behandlades i stort i regeringens skrivelse 1982/83:31, vari redovisades de åtgärder som regeringen vidtagit med anledning av SLS-utredningens betänkanden och rapporter. I skrivelsen redogjordes också för utbildningsväsendets möjligheter att ge undervisning som förbättrar kunskapen och insikten om livets slutskede och därmed sammanhängande frågor. I ett föregående avsnitt i detta betänkande (s. 28) har redovisats vissa uttalanden i skrivelsen av dels dåvarande statsrådet Ahrland beträffande fortbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal om vården av svårt sjuka och döende och beträffande kurser om vården i livets slutskede m. m. för läkare under fortsatt vidareutbildning, dels dåvarande statsrådet Wikström beträffande undervisning om vård av döende i vårdutbildningar.

I *motion 1983/84:1214 av Siri Häggmark (m) och Gullan Lindblad (m)* anförs bl. a. att många anställda inom sjukvården känner sig osäkra på hur de skall uppträda inför döende patienter och deras anhöriga. En av orsakerna härtill är enligt motionärerna att vårdpersonalen saknar lämplig utbildning

för att ta sig an den svåra uppgiften, varför man bör satsa på utbildning och information inom detta område. Motionärerna begär att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att all sjukvårdspersonal ges erforderlig utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga.

Med hänvisning till förslag i SLS-utredningens huvudbetänkande har regeringen genom tre beslut den 22 juli 1982 uppdragit åt socialstyrelsen att dels utarbeta ett underlag till vårdprogram för vård av döende inom ramen för landstingens totala resurser, vilket bl. a. bör omfatta personlig omvårdnad, psykologisk omvårdnad, etiska och religiösa frågor, smärtbehandling samt vård i hemmet, dels genomföra utbildning av handledare för undervisning av hälso- och sjukvårdspersonal rörande främst de psykologiska aspekterna vid vård i livets slutskede, dels utforma och genomföra kurser om vården i livets slutskede m. m. för läkare under fortsatt vidareutbildning.

I syfte att få underlag för sitt utvecklingsarbete när det gäller vård i livets slutskede kommer socialstyrelsen att i juni i år anordna ett symposium om vård i livets slutskede.

Utskottet, som utgår från att även frågor om omhändertagande av döendes anhöriga kommer att behandlas inom ramen för socialstyrelsens nämnda uppdrag, anser att dessa uppdrag tillgodoser syftet med motion 1983/84:1214 (m). Motionen bör därför inte föranleda något initiativ av riksdagen. Motionen avstyrks således.

Utskottets hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *primärkommunalt ansvar för primärvården*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:1623,
2. beträffande *benämningen hälsocentral*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:2255,
3. beträffande *organisationen av mödra- och barnhälsovården*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:405 och motion 1983/84:1219 yrkande 2,
4. beträffande *specialistutbildad personal för hälsovården för mödrar och barn inom primärvården*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:782,
5. beträffande *psykosocialt stöd inom mödrahälsovården*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:1219 yrkandena 3 och 4,
6. beträffande *smärtlindring vid förlossning*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:1219 yrkande 1,
7. beträffande *utbyggnad av yrkes- och miljömedicin*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:1069 yrkande 16,

8. beträffande *uppföljning av öppenvården inom psykiatrin*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:2249,
9. beträffande *utbildning och fördelning av läkare för psykiatrin*
   att riksdagen avslår motion 1983/84:2250,
10. beträffande *ledningsorganisationen inom psykiatrin*
    att riksdagen avslår motion 1983/84:1067 yrkande 3,
11. beträffande *vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m.*
    att riksdagen avslår motion 1983/84:2076 yrkande 2,
12. beträffande *omhändertagande av döende och deras anhöriga*
    att riksdagen avslår motion 1983/84:1214.

Stockholm den 26 april 1984

På socialutskottets vägnar
INGEMAR ELIASSON

Närvarande: Ingemar Eliasson (fp), John Johnsson (s), Rune Gustavsson (c), Kjell Nilsson (s), Blenda Littmarck (m), Stig Alftin (s), Lilly Bergander (s), Ulla Tillander (c), Maria Lagergren (s), Ingvar Eriksson (m), Inga Lantz (vpk), Göran Ericsson (m), Gunnar Ström (s), Aina Westin (s) och Bo Arvidson (m).

Reservationer

Primärkommunalt ansvar för primärvården (mom. 1 i hemställan)

1. av Blenda Littmarck, Ingvar Eriksson, Göran Ericsson och Bo Arvidson (samtliga m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande som börjar på s. 31 med "Primärvården utgör" och slutar på s. 32 med "motion 1983/84:1623 (m)" bort ha följande lydelse:

Angelägenheten av – – – (=utskottet) – – – kommunala sektorn.

Behovet av ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och den verksamhet som numera innefattas i socialtjänsten har uppmärksammats sedan länge, och anvisningar har under årens lopp getts i olika former – i rekommendationer, skrifter m. m. – som syftat till att förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten på det lokala planet. Likväl kvarstår problemet med att ansvaret för att den enskilde får det bistånd, den omsorg och den vård som behövs är delat. Gränsdragningen mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar för den enskilde upplevs ofta som ett stort dilemma för honom/henne, och det förekommer att den som befinner sig i gränszonen mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar inte får det bistånd m. m. som behövs på grund av osäkerhet hos de

lokala organen om hos vilket organ ansvaret i en konkret situation ligger.

Tiden är som det framhålls i motion 1983/84:1623 (m) nu mogen att pröva nya vägar i vårt land när det gäller organisationen av vård m. m. på det lokala planet. Man bör pröva om inte ett hos kommunen samlat ansvar för primärvården och socialtjänsten kan vara en ordning som leder till en effektivisering och förbättring av den lokala samhällsservicen för den enskilde. Som föreslås i motionen bör därför inom ett landstingsområde – t. ex. inom Skaraborgs län – prövas en ordning där kommun har ansvaret för primärvården.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1983/84:1623 (m) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 1 bort hemställa:

1. beträffande *primärkommunalt ansvar för primärvården*
   att riksdagen med anledning av motion 1983/84:1623 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Organisationen av mödra- och barnhälsovården (mom. 3 i hemställan)

2. av Inga Lantz (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande som börjar på s. 34 med "Utskottet har" och slutar på s. 35 med "del (yrkande 2)" bort ha följande lydelse:

Tanken att föra över mödra- och barnhälsovården till primärvården bör enligt utskottets mening inte förverkligas. Då finns som framhålls i motion 1983/84:405 (vpk) och 1983/84:1219 (vpk) risker för att mödra- och barnhälsovården försämras. Den har, organiserad enligt normalreglementet, fungerat alldeles utmärkt under tiotals år.

I överensstämmelse med vad som begärs i motion 1983/84:405 (vpk) och motion 1983/84:1219 (vpk) yrkande 2 bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna att mödrahälsovården fortsättningsvis skall behålla den organisatoriska form den haft sedan lång tid tillbaka och att barnhälsovården bör bedrivas vid barnavårdscentralerna av läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens.

Ett sådant tillkännagivande innebär bl. a. att vikten av medverkan av specialistutbildad personal i hälsovården för mödrar och barn understryks och tillgodoser därigenom syftet med motion 1983/84:782 (m). Denna motion bör därför inte föranleda någon åtgärd av riksdagen utan avstyrks.

dels att utskottet under mom. 3 bort hemställa:

3. beträffande *organisationen av mödra- och barnhälsovården*
   att riksdagen med bifall till motion 1983/84:405 och motion 1983/84:1219 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Psykosocialt stöd inom mödrahälsovården (mom. 5 i hemställan)
3. av Inga Lantz (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande på s. 35 som börjar med "Verksamheten inom" och slutar med "och avstyrks" bort ha följande lydelse:

Som framhålls i motion 1983/84:1219 (vpk) kan mödrahälsovården bli bättre än den är i dag genom att den somatiska vården kompletteras med en psykosocial vård.

I överensstämmelse med vad som begärs i yrkandena 3 och 4 i motionen bör därför riksdagen som sin mening ge regeringen till känna att mödrahälsovården bör ges ökad beredskap att ge kvinnor psykisk och social hjälp samt att psykolog- och kuratorstjänster bör inrättas på varje mödravårdscentral.

dels att utskottet under mom. 5 bort hemställa:

5. beträffande *psykosocialt stöd inom mödrahälsovården*
att riksdagen med bifall till motion 1983/84:1219 yrkandena 3 och 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Smärtlindring vid förlossning (mom. 6 i hemställan)
4. av Inga Lantz (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande som börjar på s. 36 med "Fr. o. m. år" och slutar på s. 37 med "motion 1983/84:1219 (vpk) yrkande 1" bort ha följande lydelse:

I en tabell på s. 16 i betänkandet redovisas utvecklingen i fråga om användningen av olika metoder för smärtlindring vid förlossning. Att märka är att pudendusblockaden och infiltrationsanestesin är smärtlindringsmetoder som kommer till användning först i slutskedet av förlossningen. Möjligheterna för kvinnorna att få en effektiv smärtlindring på tidigare stadier av förlossningen är fortfarande mycket små.

Nu måste kraftfulla åtgärder – lagstiftning – vidtas för att riksdagens uttalande år 1971 snarast skall förverkligas.

I överensstämmelse med vad som begärs i yrkande 1 i motion 1983/84:1219 (vpk) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna att förslag till lagstiftning bör föreläggas riksdagen innebärande att alla kvinnor som vill ha en effektiv smärtlindring vid förlossning skall garanteras sådan.

dels att utskottet under mom. 6 bort hemställa:

6. beträffande *smärtlindring vid förlossning*
att riksdagen med bifall till motion 1983/84:1219 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna av utskottet anfört,

Utbyggnad av yrkes- och miljömedicin (mom. 7 i hemställan)

5. av Inga Lantz som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande på s. 37 som börjar med "Vid tidigare" och slutar på s. 38 med "denna del" bort ha följande lydelse:

I en – – – (=utskottet) – – – *återstående del).*

Krafttag måste tas för att en utbyggnad av yrkesmedicinska och miljömedicinska enheter skall komma till stånd.

I överensstämmelse med vad som begärs i yrkande 16 i motion 1983/84:1069 (vpk) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna att förslag till lagstiftning rörande utbyggnad av yrkesmedicinska och miljömedicinska enheter föreläggs riksdagen och att ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen kopplas till inrättandet av sådana enheter.

dels att utskottet under mom. 7 bort hemställa:

7. beträffande *utbyggnad av yrkes- och miljömedicin*
   att riksdagen med bifall till motion 1983/84:1069 yrkande 16 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1
Motionsyrkanden 1
Om hälso- och sjukvårdens struktur m. m. 3
Försök med primärkommunalt ansvar för primärvården 3
Användande av benämningen hälsocentral 8
Organisationen av hälsovården för mödrar och barn 9
Ökad satsning på psykosocialt stöd inom hälsovården för mödrar 13
Smärtlindring vid förlossning 15
Yrkesmedicin 16
Miljömedicin 19
Uppföljning av den öppna psykiatriska vården och fördelning av läkare till denna vård 20
Ledningsorganisationen inom den psykiatriska vården 23
Vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m. 25
Utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga 27
Utskottet 29
- Försök med primärkommunalt ansvar för primärvården 30
- Användande av benämningen hälsocentral 32
- Organisationen av hälsovården för mödrar och barn 33
- Psykosocialt stöd inom mödrahälsovården 35
- Smärtlindring vid förlossning 36
- Utbyggnad av yrkes- och miljömedicin 37
- Utvecklingen av den öppna psykiatriska vården 38
- Ledningsorganisationen inom den psykiatriska vården 40
- Vårdmiljön inom långtidssjukvården m. m. 41
- Utbildning i vård och omhändertagande av döende och deras anhöriga 42
- Utskottets hemställan 43

Reservationer 44

minab/gotab 78268 Stockholm 1984