

Nr 15

Socialutskottets betänkande med anledning av motioner om utbyggnad av hälso- och sjukvård, m. m.

Motionsyrkandena

I motionen 1975:347 av fru Hjalmarsson (s) och fru Sundström (s) hemställs att riksdagen hos regeringen begär en utredning om den psykiatriska vårdens innehåll och organisation.

I motionen 1975:766 av fröken Andersson m. fl. (c) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådan lagändring att landstingen får rätt att för s. k. utförsäkrade patienter i långtidsvården ta ut efter betalningsförmåga differentierade avgifter enligt samma principer som gäller för dem som vårdas på ålderdomshem.

I motionen 1975:1245 av herr Gernandt (c) hemställs att riksdagen hos regeringen begär att närmare studier av meditation och autogen träning utförs bl. a. genom försöksverksamhet med kunniga instruktörer vid skolor, fångvårdsanstalter, militärförband etc. i syfte att tillvarata den nytta för enskilda och samhälle som denna teknik kan medföra.

I motionen 1975:1255 av herr Helén m. fl. (fp) hemställs, såvitt nu är i fråga (yrkandena 1 och 3),

a) att riksdagen hos regeringen begär att ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården föreläggs riksdagen i enlighet med de riktlinjer som anges i motionen,

b) att riksdagen ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om angelägenheten av att bygga ut hemsjukvården och tillvarata ideella insatser.

Ett i motionen framställt yrkande om systemet för läkemedelsrabatterning (yrkande 2) kommer att behandlas av utskottet i ett senare betänkande.

I motionen 1975:1272 av herr Molin (fp) hemställs att riksdagen anmodar regeringen att vidta sådana åtgärder att den i läkarfördelningsprogrammet angivna minskningen av antalet specialistunderläkare vid undervisnings-sjukhusen ej kommer till stånd.

I motionen 1975:1290 av herrar Sellgren (fp) och Westberg i Ljusdal (fp) hemställs att riksdagen anhåller att regeringen verkar för de i motionen föreslagna åtgärderna.

I motionen föreslås vissa åtgärder i syfte att underlätta kontakterna mellan patienterna i sjukvården och religiösa samfund m. fl. organisationer.

Planeringen av hälso- och sjukvården m. m.

Fördelningen av uppgifter beträffande hälso- och sjukvårdsplaneringen

Arbetet med hälso- och sjukvårdsplaneringen är fördelat mellan socialdepartementet, socialdepartementets sjukvårdsdelegation, socialstyrelsen, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och de kommunala huvudmännen. I betänkandet SoU 1971:30 har utskottet lämnat en närmare redogörelse för arbetsfördelningen mellan nämnda instanser.

Sjukvårdslagstiftningen innehåller inte någon skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att upprätta sjukvårdsplaner och underställa dem socialstyrelsens granskning, men sjukvårdsstyrelse bör enligt 4 § andra stycket sjukvårdskungörelsen (1972:676) "efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för sjukvården och olika grenar av denna". Till "berörda myndigheter" hör bl. a. socialstyrelsen, som enligt 3 § första stycket i sin instruktion (1967:606) bl. a. har att följa och stödja den regionala och lokala planeringen inom sitt verksamhetsområde.

Riksplaneringen beträffande sjukvården omhänderhas under socialdepartementet av socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39) samt av socialstyrelsen på verksplanet. Sjukvårdsdelegationen – i vilken finns företrädare både för sjukvårdshuvudmännen och för statliga myndigheter som har ansvar för sjukvård, arbetsmarknad, utbildning och samhällsekonomi – har till uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. På socialstyrelsen ankommer att handlägga frågor rörande riksplanering av verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande särskilt av såväl de enskildas behov av vård som behovet av samordning av landets vårdresurser och tillgången på utbildad arbetskraft samt att följa och stödja den regionala och lokala planeringen.

Sjukvårdsdelegationens och socialstyrelsens verksamhet beträffande planeringen innebär emellertid inte någon inskränkning i de kommunala huvudmännens befogenheter i fråga om sjukvårdens planering. Sjukvården är i första hand en kommunal uppgift och det ankommer därför på de kommunala huvudmännen att upprätta och fastställa planer för vårdområdet.

Spri har till uppgift att främja, samordna och medverka i huvudmännens planerings- och rationaliseringsverksamhet inom bl. a. hälso- och sjukvården. Huvudmän för Spri är staten och en stiftelse, i vilken Landstingsförbundet samt Göteborgs och Malmö kommuner ingår som medlemmar.

Planeringssystemet

År 1971 beslutade socialdepartementets sjukvårdsdelegation tillsätta en arbetsgrupp med direktiv att på grundval av en analys rörande de faktorer som är av betydelse för sjukvårdsplaneringen utarbeta och till delegationen

redovisa förslag till ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. Till ledamöter i arbetsgruppen utsågs företrädare för sjukvårdshuvudmännen, Spri, socialstyrelsen och berörda departement. Arbetsgruppen, som antog namnet Ag S-plan, skulle främst dels föreslå hjälpmedel och underlag till sjukvårdshuvudmännen för att dessa skulle kunna förbättra sin planering och bygga upp den så att jämförelser mellan olika sjukvårdsområden och regioner möjliggjordes, dels ge förslaget till sjukvårdsplanerings-system en sådan utformning att en kontinuerlig återföring av information skedde till centrala organ.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation översände sommaren 1972 – som stöd för den fortsatta uppbyggnaden och samordningen av sjukvårdsplaneringen – till sjukvårdshuvudmännen en förberedande studie i en promemoria Information om pågående utredningsarbete för ett system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner, vari redovisades grunderna för ett sådant system. Underlag för detta utgjorde en modell, som redovisats i en av Spri år 1971 framlagd utredning (Spri rapport 14/71) Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering och som innebär tre planeringsnivåer, nämligen (1) utvecklingsskisser på ca 30 års sikt, (2) principplaner på 10–15 års sikt och (3) femåriga finansierings- och verkställighetsplaner.

Planeringssystemet – som omfattar hälso- och sjukvården, tandvården samt omsorgerna om vissa psykiskt utvecklingsstörda – bygger på att principplanerna skall förnyas i princip vart femte år. I förenämnda promemoria angavs bl. a. vissa minimikrav beträffande principplanerna som borde gälla samt att den första omgången principplaner borde föreligga omkring årskiftet 1974-1975 och vara inriktad på förhållandena år 1985.

Sjukvårdshuvudmännen har redan eller kommer – med något undantag – att under innevarande år till socialstyrelsen inge en första omgång principplaner, som är inriktade mot år 1985. Socialstyrelsen skall sammanställa, analysera och redovisa detta material. Principplaneringen skall förnyas i en ytterligare planeringsomgång före år 1980 men då med tidsperspektivet 1990.

I fråga om verkställighetsplanerna innebär planeringssystemet att de skall vara "rullande" och att de årligen skall redovisas i en samordnad s. k. LKELP-/RUPRO-undersökning. Insamling av data från landstingens planer för sammanställning och analys på central nivå har tidigare genomförts av socialstyrelsen i form av RUPRO-undersökningar (*R*ullande *P*ROgnos) och av Landstingsförbundet i form av en LKELP-undersökning (*L*andstings*K*ommunal *E*konomisk *L*ångtids*P*lanering). År 1972 beslutade socialstyrelsen och Landstingsförbundet att RUPRO- och LKELP-undersökningarna skulle kombineras i undersökningar, som skulle genomföras av Landstingsförbundet i samråd med socialstyrelsen.

Det har förutsatts att resultaten av vissa hos de centrala organen bedrivna utvecklingsprojekt skall lämna underlag för planeringsarbetet hos sjukvårdshuvudmännen. Ett flertal sådana utvecklingsprojekt bedrivs hos so-

cialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet och avser målsättningsfrågor, planeringsmetodik, ekonomisk planering och kostnadsredovisning, personalplanering samt vårdstruktur och vårdefterfrågan. Bland dessa projekt kan nämnas följande.

Landstingsförbundets styrelse fattade i augusti 1972 beslut om att utarbeta ett sjukvårdspolitiskt utvecklingsprogram (SPUP), till vilket landstingen skulle kunna relatera sitt långsiktiga planerings- och målsättningsarbete. Genom detta utvecklingsprogram skulle sjukvårdshuvudmännens viljeinriktning och ambitioner dokumenteras vad gäller den framtida utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. En särskild arbetsgrupp inom Landstingsförbundet har som ett led i utredningsarbetet framlagt en skrift, Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik, avsedd att utgöra underlag för en debatt om inriktningen av det fortsatta arbetet. En referensgrupp med företrädare för bl. a. socialstyrelsen och Spri är knuten till arbetsgruppen. Till Landstingsförbundets kongress år 1976 beräknas komma att framläggas skrifter om hälsopolitiken och företagshälsovården, om hälsopolitiken och vården av de äldre samt om hälsopolitiken och forskningen och utvecklingsarbetet. Dessa skrifter avses utgöra underlag för den fortsatta debatten. Vidare beräknar Landstingsförbundet komma att framlägga en skrift om riktlinjer för fortsatt utvecklingsarbete på det vårdpolitiska området.

I ett betänkande benämnt Hälso- och sjukvård inför 80-talet, förslag till ett principprogram, som hösten 1973 framlagts för socialstyrelsens styrelse har gjorts en sammanfattning och sammanvägning av inom socialstyrelsen verkställda utredningar om vårdstrukturen. I betänkandet ges ett konkret förslag till vårdstruktur inom primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Det ger också synpunkter på organisation inom sjukvårdsområde och inom sjukvårdsinrättningar. Till betänkandet har fogats särskilda bilagor om invärtesmedicin, barnmedicin och kirurgi. Primärvården, som skall bedrivas vid lokala öppenvårdsenheter, avses omfatta all hälsovård och i princip all sjukvård som kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem – uppskattningsvis 85 procent av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och den övervägande delen av all långtidssjukvård. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvårdens och regionsjukvårdens resurser.

Utredningsarbetet inom socialstyrelsen om vårdstrukturen har under år 1973 vidare redovisats i betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation och i betänkandet Förlossningsvårdens organisation. År 1974 har framlagts betänkandet Principprogram för långtidssjukvård. Ytterligare betänkanden från utredningsarbetet är att vänta.

Sedan remissbehandlingen av betänkandena – vilken beträffande vissa betänkanden redan är avslutad – ägt rum, kommer socialstyrelsen att på grundval av betänkandena och remissvaren avge en s. k. policy-förklaring om den allmänna inriktningen av sjukvårdens utbyggnad inför 1980-talet. Det är avsett att denna policy-förklaring skall utgöra bakgrund för sjukvårdshuvudmännens arbete med sjukvårdsplaner.

Det kan här även nämnas att med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande år 1974 har tillkallats regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07) med uppdrag att utreda regionsjukvårdens organisation m. m.

Den psykiatriska vårdens innehåll och organisation

Motionen

I motionen 1975:347 av fru Hjalmarsson (s) och fru Sundström (s) påpekas bl. a. att den psykiatriska vårdens innehåll och organisation inte följt samhällets utveckling och omstrukturering och att en av orsakerna till detta är att psykiatrerna – vilka som motionärerna anför räknats som experter och själva fått planera vårdens innehåll – haft och har så olika uppfattning om den psykiatriska vården.

Motionärerna påpekar vidare bl. a. att socialstyrelsens betänkande Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation är en kompromiss för att försöka överbygga de motsättningar som finns mellan psykiatrerna men att man på goda grunder kan anta att förslaget i stället för att överbygga motsättningarna ytterligare skärpt dem.

Motionärerna framhåller slutligen att den psykiatriska vårdens innehåll och organisation är inte endast en medicinsk fråga utan i än större utsträckning en social och samhällelig fråga samt att det är människorna som skall ställa sina krav och redovisa sina behov, och utifrån detta skall innehållet i den psykiatriska vården utformas.

Socialstyrelsens utredningsarbete om den psykiatriska vårdens målsättning och organisation

Socialstyrelsen tillsatte i november 1970 en arbetsgrupp för att utreda den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. I arbetsgruppen, som hade generaldirektören och chefen för socialstyrelsen som ordförande, ingick elva personer som hade läkarutbildning, två personer med administrativ bakgrund samt en politisk förtroendeman. Inom socialstyrelsen fanns då en annan arbetsgrupp med likartade uppgifter, nämligen en arbetsgrupp som samverkat med Västmanlands läns landsting för att utreda den psykiatriska vårdens framtida organisation i detta län. Sedan "Västmanlands-gruppen" avslutat sitt arbete med det år 1970 framlagda betänkandet Plan för utbyggnaden av den psykiatriska vårdorganisationen med tillämpning i första hand på Västmanlands län och detta remissbehandlats preciserades den år 1970 tillsatta arbetsgruppens utredningsdirektiv till att omfatta fyra huvudområden.

Det första området skulle omfatta det psykiatriska sjukdomsbegreppet och sjukdomspanoramats, brister i den dåvarande utformningen av psykiatrisk verksamhet samt målformulering för den psykiatriska vårdorganisationen, häribland frågor om förebyggande vård kontra kurativ vård, den psykiatriska

vårdorganisationens avgränsning mot andra vårdområden, psykiatrins uppgifter i ett samhälleligt perspektiv samt grundläggande principer för vårdorganisatoriska överväganden. För utredning av dessa frågor tillsattes en expertgrupp om sex personer, varav fyra personer var läkare och två personer hade erfarenhet av primärkommunal social verksamhet.

Utredningens andra huvudområde skulle omfatta den psykiatriska vårdorganisationens personalstruktur, arbetslagets sammansättning samt olika personalkategoriernas arbetsuppgifter. Den expertgrupp som fick i uppdrag att utreda dessa frågor bestod av fem personer, varav en förste kurator, en förste skötare, en kliniskläkare, en psykolog och en överläkare.

Den tredje delen av utredningsarbetet skulle röra utbildningsfrågor för den personal som kommer i kontakt med psykiatriska problem, särskilt kraven på utbildning mot bakgrund av olika personalgruppers förväntade uppgifter i en omstrukturerad vårdorganisation. Detta utredningsarbete uppdrogs åt en professor i psykiatri.

Den fjärde delen av utredningsarbetet skulle omfatta vårdorganisationens konkreta utformning, särskilt dimensionering och kostnader. Denna del av utredningsarbetet har inte fullföljts då arbetsgruppen ansåg det lämpligt att koncentrera sig på principer och generella riktlinjer och endast ge vissa konkreta exempel.

I betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation framhålls bl. a. att den kvantitativt största delen av vårdansvaret för psykiska problem och störningar kan hänföras till den icke-specialiserade personalen i primärvården – distriktssköterskor, allmänläkare, socialassistenter osv. För att deras arbetsuppgifter skall kunna fullgöras tillfredsställande måste dock vissa förutsättningar uppfyllas, som nu inte är uppfyllda. De behöver en väsentligt förstärkt psykiatrisk-psykologisk grundutbildning, vidareutbildning och efterutbildning. Deras verksamhet måste också organiseras så att möjlighet till handledning och snabbt tillgängliga konsultationer från psykiatriska specialister ges, och verksamheten bör vidare ha karaktären av samordnad social och medicinsk vård.

Huvudansvaret för öppen och viss halvöppen vård av patienter med psykoser samt vissa neuroser och andra speciella problemgrupper förutsätts på primärvårdsnivå åvila specialiserade psykiatriska primärvårdsteam, vilka bl. a. skall ha tillgång till mindre enheter för dagvård. Det psykiatriska primärvårdsteamet bör i första hand bestå av psykiater, psykolog, kurator och sjuksköterska/sjukskötare. Vid dagvårdsenheten bör finnas en sjuksköterska, en mentalskötare samt en arbetsterapeut. För ett primärvårdsområde med 40 000–50 000 invånare beräknas två till tre vuxenpsykiatriska team och ett barnpsykiatriskt team.

På länssjukvårdsnivå skall bedrivas bl. a. sluten korttidsvård samt högkvalificerad öppen vård.

Betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation har remissbehandlats av socialstyrelsen. Remissyttrandet har avgivits av 41

myndigheter, organisationer m. fl. Bland andra har landsting, organisationer företrädande olika personalgrupper inom sjukvården samt medicinska fakulteter avgivit yttranden.

Betänkandet, remissyttrandena däröver samt den s. k. Västmanlandsplanen är avsedda att vara vägledande för socialstyrelsens ställningstaganden till sjukvårdshuvudmännens planering inom det psykiatriska verksamhetsområdet.

Differentierade vårdavgifter inom långtidssjukvården för utförsäkrade patienter

Motionen

I motionen 1975:766 av fröken Andersson m. fl. (c) framhålls bl. a. att det är angeläget att avgiftssystemet är likartat inom åldringsvården och långtidssjukvården. Motionärerna anför bl. a. att avgörande för var en äldre person får vård och tillsyn bör vara vårdbehovet, och ekonomiskt bör det för den enskilde inte vara någon skillnad om han hänvisas till den ena eller den andra vårdformen.

Bestämmelser om vårdavgift inom sjukvården m. m.

Grundläggande bestämmelser om den av landstingen och av kommunerna som inte tillhör landsting bedrivna vården för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd finns i sjukvårdslagen (1962:242). Om vårdavgift för sjukhusvård gäller enligt 27 § sjukvårdslagen att den som driver sjukhus äger bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas till sjukhuset för där meddelad sjukvård. Beträffande vårdavgift, som det enligt lagen om socialhjälp eller barnvårdslagen åligger kommun att vidkännas, skall emellertid gälla vad i dessa lagar är stadgat.

Den vårdavgift som sjukvårdshuvudmännen numera uttar för sjukhusvård på allmän sal av patient bosatt inom huvudmannens sjukvårdsområde (inomlänspatient) utgör 15 kr. per dag.

Enligt 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring utgår emellertid ersättning för utgifter för sjukhusvård med belopp som motsvarar den för sådan vård vid sjukhuset tillämpade avgiften på allmän sal, vilket innebär att den allmänna försäkringen täcker vårdavgiften.

Vårdavgiften är obetydlig i förhållande till de faktiska kostnaderna för vården, vilket medför att sjukvårdshuvudmännen till huvudsaklig del finansierar sjukhusvården skattevägen.

För vård av patienter från främmande sjukvårdsområden (utomlänspatienter) debiteras dock avgifter som i allmänhet motsvarar de verkliga driftkostnaderna. Vanligen träder emellertid patientens hemlandsting emellan så att patienten inte behöver debiteras högre avgift än 15 kr. per dag, vilken avgift slutligen erläggs av den allmänna försäkringen.

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt lagen om allmän försäkring, får emellertid enligt 4 kap. 4 § i denna lag ersättning för sjukhusvård utgå för högst trehundrasextiofyra dagar. Motsvarande äger tillämpning för tid varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension. Efter utgången av nämnda dagantal betecknas patienten i försäkringshänseende som "utförsäkrad". Sjukvårdshuvudmännen har vid behov brukat medge utförsäkrad patient nedsättning eller befrielse från vårdavgift vid sjukhusvård.

Efter överläggningar mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen träffades i januari i år en överenskommelse om vissa finansieringsfrågor på sjukvårdsområdet, vilken fogats som bilaga vid prop. 1975:36 om ändrade ersättningsregler inom sjukförsäkringen, m. m., vari förslag lagts fram om lagändringar som behövs för genomförande av åtgärder enligt överenskommelsen.

Överenskommelsen innebär bl. a. att sjukhusavgiften höjs från 15 kr. till 20 kr. per vård dag fr. o. m. den 1 januari 1976 och att sjukförsäkringen liksom hittills svarar för denna avgift när det gäller försäkrade patienter. För utförsäkrade patienter kommer sjukvårdshuvudmännen att fastställa vårdavgiften med utgångspunkt i nämnda nivå för ersättningen från sjukförsäkringen. Därvid förutsätts i enlighet med överenskommelsen att huvudmännen liksom hittills vid behov medger avgiftsnedsättning eller avgiftsbefrielse. Propositionen har nyligen behandlats av riksdagen (SfU 1975:16).

Domstolsprövning av fråga om rätt för landsting att ta ut differentierade avgifter för utförsäkrade patienter i långtidssjukvård

Stockholms läns landsting fastställde i oktober 1973 regler för uttagande av differentierade avgifter för utförsäkrade patienter m. fl. i långtidssjukvård, vilka regler grundade sig på en rekommendation av Landstingsförbundet. Enligt reglerna skulle avgiftens storlek i det enskilda fallet bestämmas på grundval av patientens, och i förekommande fall även dennes makes, ekonomiska förhållanden. Genom besvär fördes landstingets beslut under regeringsrättens prövning. Regeringsrätten, som avgjorde målet i mars 1974, beslutade upphäva landstingets beslut med motivering att uttryckligt författningsstöd för differentiering mellan patienter som omfattas av sjukförsäkringen och utförsäkrade patienter saknades.

Bestämmelser om avgift för vård i ålderdomshem

Föreskrifter om ålderdomshem har meddelats i 18–21 §§ lagen (1956:2) om socialhjälp. Enligt 18 § socialhjälpslagen åligger det kommun att anordna och driva hem för åldringar och andra personer, vilka är i behov av vård

eller tillsyn som inte eljest tillgodoses.

Genom en ändring i socialhjälpslagen år 1971 (prop. 1971:121, SoU 1971:41) infördes i lagen bestämmelser för tillämpning fr. o. m. den 1 januari 1972, varigenom kommunerna fick möjlighet att ta ut differentierade avgifter. Enligt dessa bestämmelser (19 a § socialhjälpslagen) utgår för vård i ålderdomshem avgift enligt grunder som beslutas av kommunen. Avgift för vården får dock inte överstiga vad som motsvarar vårdplatsens andel i kostnaden för hemmets anläggning, underhåll och drift. Vidare skall vid bestämmande av avgiften vårdtagaren förbehållas medel för sina personliga behov i enlighet med föreskrifter som meddelas av regeringen.

Genom en samtidigt genomförd ändring av 54 § socialhjälpslagen infördes i detta lagrum en föreskrift om att besvär över socialnämnds beslut i ärende rörande avgift för vård i ålderdomshem får anföras hos länsstyrelsen.

Visst utredningsuppdrag åt socialutredningen

I samband med de överläggningar som föregick den i det föregående nämnda överenskommelsen mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen om vissa finansieringsfrågor på sjukvårdsområdet hade företrädarna för sjukvårdshuvudmännen framhållit behovet av en översyn beträffande avgiftsreglerna vid slutna sjukvård för utförsäkrade patienter. I överenskommelsen intogs en föreskrift om att den med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande år 1967 tillkallade socialutredningen (S 1969:29) skulle få i uppdrag att snarast möjligt utreda frågan om vårdavgifterna för utförsäkrade bl. a. med hänsyn till gällande avgiftsregler vid vård på ålderdomshem.

Regeringen har den 27 februari 1975 gett socialutredningen uppdrag att utreda och snarast lägga fram förslag i frågan.

Närmare studier av meditation och autogen träning

Motionen

I motionen 1975:1245 av herr Gornandt (c) påpekas bl. a. att i den mån grundorsakerna till alltmer tilltagande stressymtom och psykiska störningar är svåra att förändra människornas psykiska tålighet måste stärkas och redan belastade människor ges möjlighet till erforderlig regenerering av nerver, hjärna och organism samt att en av vägarna till detta – åtminstone passande för flertalet människor – synes vara autogen träning och meditation. Motionären, som i motionen behandlar rent fysiologisk (eller teknisk) meditation, påpekar att mätningar och studier visat mycket imponerande försöksresultat inom olika fysiologiska funktionsförlopp och att en ökande mängd människor provat olika meditationsformer och funnit dem värdefulla.

Motionären anför bl. a. att för att hjärnan skall få ordentlig vila räcker

i svåra fall inte nattens sömn, då stressmekanismen inte kopplat av helt och viss blockering inom hjärnbarken kvarstår. För att hjärnan inklusive hjärnbarken skall få fullständig vila måste, anføres det vidare, den vara helt fri från blockeringar, dvs. i ett normaliserat eller harmoniserat tillstånd. Motionären framhåller att det är i många fall bekräftat att meditation och autogen träning verkligen hjälper härvidlag.

Motionären anför vidare att – utöver enskild inläring och utövande – meditation och autogen träning i viss utsträckning har prövats vid olika institutioner och företag och att det vanligen kan redovisas positiva resultat. Några samhällsområden där de lämpligaste av förekommande metoder verkligen bör kunna komma till nytta – om de verkligen förstås och utnyttjas – är enligt motionären följande:

1. i skolorna för att dels ge bättre allmännytta, dels bättre inlärningsförmåga och -resultat, dels ge en grundkunskap som eleverna senare i livet kan utnyttja i besvärliga sinnestillstånd eller i allmänt effekthöjande syfte,
2. i fångvårdsanstalter och liknande där vissa individer helt säkert kommer att vara mottagliga för sådan undervisning vilket med viss sannolikhet kommer att vara till samhällets nytta,
3. i samband med värnpliktsutbildningen, bl. a. för att mildra de psykiska påfrestningar som militärtjänstgöringen kan medföra för många värnpliktiga.

Vissa utredningar m. m.

Under senare tid har utbudits kurser i transcendental meditation. Förespråkare för denna meditationsform hävdar att vid transcendental meditation når kroppen en mycket djup vila medan sinnet, så som det registreras av en elektroencefalograf (EEG), är fullt vakert och mottagligt för stimuli. Det medvetandetillstånd som föreligger karaktäriseras som vilande vakenhets, till skillnad från övriga medvetandetillstånd – vakenhets, drömsömn och drömfri sömn.

Autogen träning är ett slags självhypnos. Denna teknik lanserades för närmare 40 år sedan av berlinläkaren I. H. Schultz.

Med anledning av beslut av 1968 och 1969 års riksdagar över motioner om den psykiska hälso- och sjukvården (ABU 1968:21 och SU 1969:133) uppdrog Kungl. Maj:t i april år 1970 åt socialstyrelsen att utreda den psykiska hälsovården.

Som ett första led i utredningsarbetet beslutade socialstyrelsen att söka kartlägga och sammanfatta den debatt som förts på området. Uppdraget att göra denna kartläggning gavs åt med. lic. och fil. kand. Hans Lohman. I skriften *Psykisk hälsa och mänsklig miljö*, vilken år 1972 utgavs som nr 30 i skriftserien Socialstyrelsen redovisar, har resultatet av denna kartläggning redovisats. I denna skrift behandlas i skilda avsnitt begreppet psykisk hälsa, indikatorer på problematisk psykisk hälsa, forskning angående orsaker till sjukdom och hälsa samt psykisk miljövard – möjligheter och

omöjligheter. Skriften *Psykisk hälsa och mänsklig miljö* samt den debatt den föranleder ligger till grund för det fortsatta utredningsarbetet, vilket beräknas bli slutfört under år 1976.

Socialstyrelsen har i januari 1974 uppdragit åt en medlem av styrelsens vetenskapliga råd att uttala sig om olika frågor beträffande meditation.

Viss enkätundersökning om kausaliteten i vissa sjukdomsfall

Socialstyrelsen gick i februari i år ut med en enkät till överläkarna och de biträdande överläkarna vid samtliga psykiatriska kliniker och öppenvårdsmottagningar i landet med syfte att få en kartläggning av i vilken utsträckning man vid dessa inrättningar under den senaste treårsperioden har kunnat konstatera samband mellan vårdbehov hos patienter och verksamhet som bedrivs av bl. a. olika religiösa rörelser med särskilt intensiva verksamhetsformer, liksom sambandet mellan patienternas vårdbehov och vissa andra verksamheter, t. ex. s. k. transcendental meditation och sensitivitetsträning.

Enkätsvaren skulle avges senast den 1 april i år.

Ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården

Motionen

I motionen 1975:1255 av herr Helén m. fl. (fp) framhålls inledningsvis beträffande frågan om ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården att riktlinjerna för sjukvårdens framtida inriktning bör fastställas av riksdagen och inte bara av socialstyrelsen och att regeringen bör lägga fram ett program för den fortsatta utbyggnaden grundat på de utredningar som socialstyrelsen gjort. I motionen föreslås bl. a. följande som riktlinjer för ett utbyggnadsprogram.

Utbyggnaden av den öppna vården bör fortsätta så att man tillvaratar husläkarsystemets fördelar och minskar trycket på sjukhusen.

Satsningen på öppen vård får inte ske på sådant sätt att man berövar den tunga sjukvården resurser som är nödvändiga för att kunna ta hand om de svårt och långvarigt sjuka.

Sjukvården måste innefatta praktisk samverkan med bl. a. åldringsvård, barna- och ungdomsvård, alkoholistvård, arbetsvård och omsorgsverksamhet.

Vården måste organiseras så att bättre utrymme ges för mänsklig omvårdnad, innebärande bl. a. att patienten måste få tid att tala med läkaren och få komma tillbaka till samma läkare.

Vården av barn på sjukhus måste förbättras genom lekterapi m. m., och föräldrarnas möjlighet att vara tillsammans med sina barn på sjukhuset bör ökas genom bl. a. anordningar på sjukhusen.

Socialstyrelsens betänkande Hälso- och sjukvård inför 80-talet

Ett särskilt kapitel i socialstyrelsens betänkande Hälso- och sjukvård inför 80-talet ägnas åt frågorna om de mål och värderingar som ligger till grund för den föreslagna strukturen för hälso- och sjukvården. Med hänsyn till vad som anförs i motionen 1975:1255 kan nämnas att det i nämnda kapitel framhålls det angelägna i att kunna tillgodose behovet av sjukvård nära bostad och/eller arbetsplats, att handikappade och långvarigt sjuka skall beredas möjlighet att framleva sitt liv under så normala former som möjligt, att de mänskliga kontakterna mellan vårdtagare och vårdgivare underlättas och kontinuiteten i kontakterna dem emellan kan upprätthållas i rimlig utsträckning samt att medicinska och sociala åtgärder samordnas.

Visst pågående utvecklings- och utredningsarbete m. m.

Socialstyrelsen har initierat eller stöder olika projekt som avser forsknings- och utvecklingsarbete samt försöksverksamhet beträffande samverkan mellan hälso-, sjuk- och socialvård. Sådana projekt bedrivs vid vårdcentralen i Dalby samt i Tierps kommun, i Ljusdals kommun och i Linköpings kommun. En försöksverksamhet beträffande dylik samverkan, som bedrivits i Faluns kommun, har avslutats och redovisats.

Den med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande år 1974 tillkallade medicinalansvarskommittén (S 1974:02) skall bl. a. överväga frågan om åtgärder som kan vidtas för att förbättra kontakterna mellan de för sjukvården ansvariga och patienterna. Kommittén skall enligt direktiven för utredningsarbetet därvid söka finna lösningar som bl. a. är utformade på sådant sätt att de mänskliga kontakterna mellan patienten och de för sjukvården ansvariga underlättas och att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare upprätthålls.

Med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande i november 1974 har tillkallats sakkunniga (S 1974:09) med uppdrag att utreda vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede.

Tidigare riksdagsbehandling

Frågan om ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården har med anledning av motionsyrkanden behandlats även vid 1971, 1972, 1973 och 1974 års riksdagar. På förslag av socialutskottet i betänkandena SoU 1971:30, SoU 1972:12, SoU 1973:4 och SoU 1974:8 har riksdagen avslagit motionsyrkandena. Utskottet har i huvudsak hänvisat till pågående arbete hos sjukvårdshuvudmännen med sjukvårdsplaner och till utredningsarbete hos Landstingsförbundet och hos socialstyrelsen m. fl. av betydelse för planeringen av hälso- och sjukvården.

Utbyggande av hemsjukvården och tillvaratagande av ideella insatser

Motionen

I motionen 1975:1255 av herr Helén m. fl. (fp) anförs beträffande frågan om utbyggande av hemsjukvården och tillvaratagande av ideella insatser bl. a. att hemsjukvårdsbidragens storlek varierar mellan de olika landstingen och att bidragsbeloppen ofta är förhållandevis blygsamma. Motionärerna framhåller att då utvecklingen går mot en alltmer omfattande och differentierad hemsjukvård är det angeläget att möjligheterna att stödja denna utveckling utreds och att bidragsfrågorna ses över. Vidare framhålls att över huvud taget frivilliga krafter bör engageras och stimuleras i ökad omfattning och att även ideella organisationer kan göra viktiga insatser i en utbyggd hemsjukvård.

Uppbyggnaden av hemsjukvården m. m.

Vård av långvarigt sjuka människor i hemmen har självfallet förekommit i alla tider, men det var först i slutet av 1940-talet som hemsjukvården började bedrivas i organiserade former med ekonomiskt och annat stöd från sjukvårdshuvudmännen.

Från början var den organiserade hemsjukvården tänkt som ett provisorium, föranlett av bristen på vårdplatser inom den slutna somatiska långtidssjukvården. I avvaktan på slutna vård erhöll anhöriga ett visst ekonomiskt bidrag avsett att täcka de merkostnader som uppstod på grund av vården av en sjuk i hemmet.

Utöver den ekonomiska ersättningen har emellertid successivt olika slag av resurser tillkommit inom hemsjukvården. Den ekonomiska ersättningen har i vissa fall fått karaktär av ersättning för utförd arbetsinsats. Insatser av sjukgymnast, arbetsterapeut, distriktssköterska, timanställda hemsamariter och dito sjukvårdsbiträden m. fl. har tillkommit. Anskaffande och utprovning av samt träning med tekniska hjälpmedel av olika slag utgör i dag en viktig del av hemsjukvårdsinsatserna. Vissa sjukvårdshuvudmän bekostar patienternas fotvård, läkemedel, tandvård m. m. Nya patientkategorier har också tillkommit, såsom psykiskt sjuka och psykiskt utvecklingsstörda.

Enhetliga riktlinjer för hur hemsjukvården skall organiseras och administreras finns inte. I ett avseende har en central rekommendation dock utfärdats. Det gäller en av Landstingsförbundet i februari år 1968 utfärdad rekommendation till landstingen att använda ett vid rekommendationen fogat förslag till principavtal mellan landsting och primärkommun i de fall landstingen önskar anlita den primärkommunala hemsamaritorganisationen för timinsatser inom hemsjukvården. Flertalet landsting har tecknat sådana avtal.

Utredningar

I syfte att fördjupa kunskaperna om nuläget inom hemsjukvården och förutsättningarna för hemsjukvård i framtiden och i syfte att förbättra planeringsunderlaget inom långtidssjukvården har inom Spri gjorts en utredning om hemsjukvården m. m. Utredningsresultatet har år 1974 presenterats i skriften Hemsjukvård – sjukhemsvård (Spri rapport 17/74).

Landstingsförbundet och Spri har i februari i år påbörjat en gemensam utredning om hemsjukvårdens innehåll, resursbehov och organisation. Syftet med utredningsarbetet, vilket beräknas pågå under hela år 1975, är att ge en beskrivning av innehåll i och former för hemsjukvården såsom ett underlag för fortsatt diskussion om hemsjukvården i framtiden.

Tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisningssjukhusen

Motionen

I motionen 1975:1272 av herr Molin (fp) anförs bl. a. att det av socialdepartementets sjukvårdsdelegation fastställda läkarfördelningsprogrammet för åren 1973–1976 innebär en minskning av antalet specialistkompetenta underläkare vid undervisningssjukhusen. Motionären framhåller att, om programmet genomförs, sjukvården vid dessa sjukhus kommer att allvarligt eftersättas, och forskning och undervisning kommer att minska i omfattning genom att de specialistkompetenta läkarna tvingas tjänstgöra utanför sina egna specialiteter, vilket ytterst går ut över patienter som behöver specialistvård.

Motionären framhåller vidare bl. a. att en lösning av detta problem vore att de sjukvårdshuvudmän som i dag har ett antal specialistkompetenta underläkare tilldelades specialisttjänster i sådan omfattning att samtliga underläkartjänster med specialistkompetenta innehavare kunde omvandlas till specialisttjänster samt att ett annat alternativ vore att ytterligare förlänga socialstyrelsens medgivande till sjukvårdshuvudmännen att förordna specialistkompetenta läkare som underläkare i avvaktan på att läkartillgången medger inrättandet av ytterligare specialisttjänster.

Som exempel på förhållandena för sjukvårdshuvudmännen nämns Stockholms läns landsting, vilket för år 1974 begärt att 196 underläkartjänster skulle få omvandlas till avdelningsläkartjänster men vilket erhållit dylikt medgivande endast beträffande 96 tjänster. Motionären anför att för innehavarna av de övriga 100 tjänsterna beslutet innebar stor otrygghet och att de kliniker där de var anställda inte kunde säkerställa den fortsatta verksamheten på samma nivå som tidigare.

Gällande ordning beträffande inrättande av läkartjänster m. m.

Socialutskottet har i betänkandet SoU 1974:27 närmare redogjort för gällande bestämmelser om läkarutbildning och läkartjänster samt för 1969 års

och 1973 års läkarfördelningsprogram m. m. I förevarande betänkande begränsar utskottet redovisningen för gällande ordning beträffande inrättande av läkartjänster m. m. till följande.

Läkarnas grundutbildning omfattar fem och ett halvt år och avslutas med läkarexamen. Grundutbildningen är indelad i ett prekliniskt stadium, som omfattar två år och avslutas med medicine kandidatexamen, ett därpå följande propedeutiskt stadium om ett år samt slutligen ett kliniskt stadium som omfattar två och ett halvt år. Den totala intagningskapaciteten vid de medicinska läroanstalterna i landet uppgår f. n. till mer än 1 000 platser per år. Ungefär 1 000 medicine kandidater påbörjar varje år den kliniska delen av läkarutbildningen. De sjukhus till vilka den kliniska delen av läkarutbildningen är förlagd brukar benämnas undervisningssjukhus.

Den kliniska delen av läkarutbildningen i Stockholmsområdet är i huvudsak förlagd till karolinska sjukhuset, Huddinge, St Görans, Sabbatsbergs och Danderyds sjukhus, Södersjukhuset samt Serafimerlasarettet. I Göteborgsområdet finns de kliniska utbildningsplatserna främst vid Sahlgrenska sjukhuset. Vidare utnyttjas bl. a. Östra sjukhuset i Göteborg för den kliniska läkarutbildningen. Den kliniska läkarutbildningen är i övrigt huvudsakligen förlagd till akademiska sjukhuset i Uppsala, lasarettet i Lund, Malmö allmänna sjukhus, lasarettet i Umeå och regionsjukhuset i Linköping.

Av undervisningssjukhusen är karolinska sjukhuset och akademiska sjukhuset i Uppsala statliga.

Efter grundutbildningen följer som ett första led i läkarnas vidareutbildning allmäntjänstgöring om 21 månader på underläkartjänster i sjukvården under yrkesmässigt ansvar. Vid allmäntjänstgöringens slut erhålls legitimation som läkare. Efter allmäntjänstgöringen följer fortsatt vidareutbildning till allmänläkarkompetens under tre och ett halvt år eller till specialistkompetens under en tid från fyra till fem och ett halvt år. Specialistkompetens kan förvärfvas i ett 40-tal specialiteter. Specialistutbildningen omfattar dels huvudutbildning om tre–fem års tjänstgöring som i allmänhet fullgörs helt inom specialiteten, dels sidoutbildning om ett halvt–ett och ett halvt års tjänstgöring som fullgörs inom verksamhetsområde som är av betydelse för den sökta kompetensen. Även den fortsatta vidareutbildningen fullgörs på underläkartjänster.

Det har förutsatts att praktiskt taget alla nyutbildade läkare skall genomgå vidareutbildningen. Allmänläkarkompetens eller specialistkompetens utgör i princip behörighetskrav för andra läkartjänster än underläkartjänster. Underläkartjänsterna skall vara förbehållna läkare som genomgår vidareutbildning, och antalet sådana tjänster skall vid varje tidpunkt motsvara antalet läkare som efterfrågar vidareutbildning. Tjänsterna skall vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så att de svarar mot det sjukvårdsbehov som kan förutses. Socialstyrelsen beslutar hur många underläkartjänster för allmäntjänstgöring som får finnas inom varje sjukvårdsområde. Inrättande

av underläkartjänster för läkare under allmänläkar- eller specialistutbildning och tjänster för läkare med sådan utbildning (tjänster som avdelningsläkare och högre tjänster) skall ske på grundval av för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som upprättas av socialstyrelsen och fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Läkarfördelningsprogrammet LP 77

Efter samråd med Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund framlade socialstyrelsen i juni 1973 dels förslag till läkarfördelningsprogram för verksamhetsperioden 1973–1977 – benämnt LP 77 – dels förslag om vissa fortsatta kompletterande utredningar i ärendet.

För att få ett underlag för planeringen av förordnanden för läkare under vidareutbildning under femårsperioden 1973–1977 hade socialstyrelsen gjort vissa översiktliga bedömningar om den lämpliga fördelningen av en beräknad tillgång på vidareutbildade läkare, dvs. allmänläkar- och specialistkompetenta läkare, vid en viss tidpunkt, varvid man valt år 1985. Det beräknades att efterfrågan på vidareutbildade läkare inom sjukvården år 1985 skulle avse 14 150 årsarbetande (varav 7 000 inom öppen vård) och att den totala beräknade tillgången på vidareutbildade läkare skulle uppgå till 16 100. I förhållande till år 1972 förväntades att en relativ ökning skulle ske av antalet långvårdsläkare och barnläkare liksom i någon mån även av antalet läkare i allmänläkarvård, inklusive företagshälsovård, och psykiatri samt av sådana som är verksamma inom medicinska serviceområden. En relativ minskning väntades ske av antalet läkare inom medicin samt inom kirurgi.

Förslaget till läkarfördelningsprogram, fördelat på kvoter för olika huvudområden, avsåg att fördela dels de ca 3 650 läkare, som beräknades komma att påbörja fortsatt vidareutbildning under åren 1974–1977, dels de ca 1 000 specialistkompetenta underläkare som fanns i november 1972 och det nettotillskott av ca 1 900 specialistkompetenta läkare som beräknades tillkomma fram t. o. m. år 1977.

Det påpekades att för att täcka behovet av vikarier under läkares semestrar och tjänstledigheter m. m. det fanns ca 500 specialistkompetenta läkare utöver antalet tjänster för sådana. Denna grupp av läkare (ständiga vikarier och motsvarande) hade inte medräknats i det nettotillskott som utgjorde grunden för fördelningsprogrammet utan förutsattes behövas för att upprätthålla produktionen på befintliga, besatta tjänster.

Det förutsattes att antalet specialistkompetenta underläkare (s. k. spular) i princip skulle minska med en tredjedel per år fr. o. m. år 1973 och att specialistkompetenta underläkare således vid utgången av år 1975 skulle vara helt avförda från underläkarkategorin. Socialstyrelsen anförde bl. a. följande.

Den s. k. "spulproblematiken" är, vilket bör understrykas, ett geografiskt och organisatoriskt relativt snävt avgränsat problem. Det övervägande antalet spular återfinns således vid undervisningssjukhusen, där vid vissa kliniker så gott som alla underläkare är specialistkompetenta. I betydande utsträckning bedriver dessa läkare också forskarutbildning. Ett tämligen vanligt förhållande är att underläkarförordnande vid undervisningssjukhuset erhållits först sedan vederbörande genomgått vidareutbildning och vunnit specialistkompetens.

Spularnas insatser är givetvis av utomordentligt stor betydelse för den sjukvårdande verksamhet, som bedrivs vid undervisningssjukhusen. En drastisk lösning av spulfrågan genom att tvinga samtliga dessa läkare att vid en viss tidpunkt flytta till andra sjukvårdsenheter kan knappast vara ett samhällsligt intresse, även om därmed situationen i motsvarande grad skulle förbättras vid dessa senare enheter. Samtidigt torde det inte kunna förnekas, att spulproblemet vid undervisningssjukhusen till viss del utgör ett överflödsproblem.

Spulfrågan rymmer emellertid så många kvalitativa och kvantitativa avvägningsproblem att en detaljerad plan för dess lösning förutsätter en mer ingående analys än som nu hunnits med. En successiv avveckling av spularna i takt med bl. a. inrättandet av nya tjänster för färdigutbildade läkare torde vara den enda möjliga vägen.

Som ovan nämnts har styrelsen medgett generell dispens t. o. m. 1973-12-31 från sjukvårdskungörelsens förbud mot innehav av underläkartjänster för den som är specialist- eller allmänläkarkompetent. Enligt styrelsens mening bör denna dispens förlängas till 1974-10-31. Styrelsen utgår dock från att huvudmännen iakttar stark återhållsamhet med att medge dylika förlängningar i syfte att successivt avveckla spulproblematiken.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade den 29 juni 1973 dels fastställa det av socialstyrelsen föreslagna läkarfördelningsprogrammet avseende läkare under fortsatt vidareutbildning samt vidareutbildade läkare, dels uppdra åt socialstyrelsen att genomföra av socialstyrelsen föreslagna kompletterande utredningar m. m.

Fördelade läkartjänster för vidareutbildade läkare

På grundval av det fastställda läkarfördelningsprogrammet medgav socialstyrelsen genom beslut i januari 1974 inrättande av 885 tjänster för vidareutbildade läkare, varav 555 1/2 tjänster vid de statliga undervisningssjukhusen och i sjukvårdsområden med undervisningssjukhus. Genom därefter vid olika tillfällen fattade beslut har socialstyrelsen medgivit inrättande av ytterligare ca 470 tjänster för vidareutbildade läkare. I totala antalet medgivna tjänster under åren 1974 och 1975 ingår ca 550 tjänster för s. k. ständiga vikarier.

I socialstyrelsens beslut har tjänsterna fördelats på sjukvårdsområden och medicinska verksamhetsområden. Det ankommer på sjukvårdshuvudmännen att vid utnyttjande av socialstyrelsens medgivande bestämma vid vilken sjukvårdsenhet tjänst skall inrättas samt om tjänst skall inrättas som tjänst som överläkare, biträdande överläkare, avdelningsläkare etc.

Läkarfördelningsprogram för perioden 1975-1980 (LP 80) m. m.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation har i mars månad 1973 uppdragit åt socialstyrelsen att till juni 1975 redovisa ett nytt läkarfördelningsprogram för perioden 1975-1980. Arbetet med detta program pågår och kommer att redovisas för socialdepartementets sjukvårdsdelegation i juni i år. Som samrådsparter deltar i arbetet universitetskanslersämbetet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund.

År 1974 påbörjades en undersökning om läkares arbetstider och tjänster under november månad 1974 (LATT 74), vilken utförs av socialstyrelsen i samråd med universitetskanslersämbetet, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund och vilken bl. a. avses ge underlag för arbetet med LP 80. Genom LATT 74 erhålls bl. a. en redovisning av antalet specialistkompetenta läkare i november 1974.

Enligt direktiven för arbetet med LP 80 skall hänsyn tas bl. a. till tillgången på specialistkompetenta läkare vid utarbetandet av förslag om fördelningen av läkartjänster.

Vissa dispenser beträffande förordnanden på underläkartjänster

Socialstyrelsen medgav genom beslut den 2 juli 1973 generell dispens t. o. m. den 31 oktober 1974 från bestämmelsen (19 § sjukvårdskungörelsen) att den som innehar allmänläkar- eller specialistkompetens inte får förordnas på underläkartjänst. Dispensen innebär medgivande att förlänga förordnande som underläkare längst t. o. m. nämnda tidpunkt för läkare som vid bestämmelsens ikraftträdande den 1 januari 1973 innehade specialist- eller allmänläkarkompetens eller som under perioden uppnår sådan kompetens.

I ett cirkulär den 8 januari 1974 till sjukvårdshuvudmännen har socialstyrelsen meddelat föreskrifter om förlängning av förordnanden på underläkartjänster för allmänläkar- eller specialistutbildning dels med hänsyn till allmänt sociala skäl, såsom langvarig sjukdom, dels med hänsyn till kombination med forskarutbildning.

Tidigare riksdagsbehandling

I en enkel fråga (nr 326) år 1973 ställdes till socialministern frågan om han ansåg det lämpligt att det i anslutning till sjukvårdsdelegationens läkarfördelningsprogram skedde en kraftig minskning av antalet specialistunderläkare vid undervisningssjukhusen.

I ett den 29 november 1973 avgivet svar (prot. 142 s. 18-20) påpekade socialministern bl. a. att undervisningssjukhusens speciella behov av specialistutbildade läkare skulle beaktas vid socialstyrelsens arbete med "nedbrytning" av läkarfördelningsprogrammets rikssiffror till delprogram på re-

gional nivå samt att socialstyrelsen hade i uppdrag att fortlöpande följa utvecklingen på läkarområdet och genomföra en rullande översyn av läkarfördelningsprogrammet.

I en motion till 1974 års riksdag anfördes bl. a. att LP 77 innebar att bortåt 1 300 specialistkompetenta läkare under de närmaste två åren skulle få lämna tjänsterna inom sina specialiteter – bli "utspärrade" – för att övergå till annan läkarverksamhet. Motionärerna påpekade olika nackdelar härav för bl. a. undervisningen och forskningen och begärde dels en snabbutredning som skulle syfta till att minska LP 77:s skadeverkningar, dels att riksdagen i avvaktan härpå skulle uttala att någon utspärrning av specialistkompetenta underläkare inte borde ske.

På förslag av socialutskottet i betänkandet SoU 1974:27 avslög riksdagen motionen. Utskottet, som inhämtade yttranden över motionen från socialstyrelsen, universitetskanslersämbetet, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund, anförde bl. a. följande (s. 23).

De problem rörande den s. k. utspärrningen, som uppmärksammats i motionen är således föremål för prövning. Utskottet vill i anslutning härtill nämna att universitetskanslersämbetet sedan hösten 1973 är representerat i den samrådsgrupp hos socialstyrelsen som i enlighet med det sagda arbetar med läkarfördelningsprogrammet. Det finns på grund härav anledning räkna med att de omständigheter av betydelse för forskning och utbildning vid utbildningsklinikerna som är relevanta i sammanhanget kommer att bli föremål för närmare överväganden. Utskottet vill i detta sammanhang även framhålla att socialstyrelsen genom beslut tidigare i år på grundval av LP 77 medgivit inrättande av ca 1 100 tjänster – fördelade på sjukvårdsområden och medicinska verksamhetsområden – för vidareutbildade läkare och att i nämnda antal ca 500 tjänster ingår för s. k. ständiga vikarier. Dessa tjänster avser i första hand undervisningssjukhusen. Socialstyrelsen framhåller i sitt remissyttrande att avsikten är att denna s. k. normaliseringsprocess skall fullföljas vid kommande tilldelningar av tjänster.

Uppgifter för frivilligorganisationer beträffande andlig vård m. m. inom sjukvården

Motionen

I motionen 1975:1290 av herrar Sellgren (fp) och Westberg i Ljusdal (fp) påpekas bl. a. att den tekniska utvecklingen inom sjukvården medfört stora fördelar för patienterna men att patienternas och deras anhörigas individuella behov av bistånd i vad avser livsåskådningsfrågor av mer personlig art och behov av tröst och hjälp från medmänniska till medmänniska inte i tillräcklig grad kan beaktas inom sjukvårdsorganisationen. Motionärerna som framhåller den möjlighet till psykiskt stöd som kan lämnas på frivillig väg av ideella organisationer, t. ex. de religiösa samfundet, anser att samhället bör bereda de vårdbehövande en möjlighet att på ett enkelt sätt komma i förbindelse med medlemmar i sådana organisationer. Motionärerna anför att

detta skulle kunna ordnas på det sättet att organisationer som vill utöva denna omsorg inom patientvården får anmäla sitt intresse härav och att en förteckning på dessa erbjudanden och telefonnummer för akuta kontakter med organisationerna i fråga borde tillhandahållas de vårdbehövande och deras anhöriga, t. ex. vid sjukhusens akutmottagningar.

Sjukhuskuratorernas uppgifter

Den första sjukhuskuratorstjänsten tillkom år 1914 inom mentalsjukvården med uppgift att fungera som "ombudsman" för patienterna. Enligt en normalinstruktion för kuratorer inom hälso- och sjukvård som Svenska landstingsförbundet rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att tillämpa skall kurator vid sjukhus, vårdinstitution eller öppen mottagning handha det sociala arbete som krävs för god patientvård och för främjande av patientens rehabilitering. Kurators arbetsuppgifter skall omfatta bl. a. råd och bistånd i personliga, sociala och ekonomiska angelägenheter, vilka har anknytning till och är av betydelse för den sjukdom eller skada, för vilken patienten vårdas.

Den andliga vården vid sjukhusen

I enlighet med beslut av 1958 års riksdag (prop. 1958 A:67 och 1958 B:21, SU 1958 B:121) har sedan år 1962 prästerskapet i det territoriella pastorat, inom vilket ett sjukhus är beläget, ansvaret för den andliga vården vid sjukhuset. Den andliga vården vid sjukhusen är en del av prästernas ordinarie arbetsuppgifter. Vid bestämmandet av den församlingsprästerliga organisationen i ett pastorat tas hänsyn till antalet vårdplatser vid sjukhus inom pastoratet.

Även de frikyrkliga samfundet skall enligt nämnda riksdagsbeslut beredas möjlighet att utöva andlig vård vid sjukhusen. Den frikyrkliga insatsen skall dock ske i helt fria former utan annan reglering från samhällets sida än vad som kan finnas påkallat av hänsyn till sjukvården. Vikten av en samordning mellan den andliga vård som svenska kyrkan svarar för och de fria kristna samfundens verksamhet har emellertid framhållits bl. a. i uttalanden av Svenska ekumeniska nämnden och Sveriges frikyrkoråd.

Patientbroschyr

Landstingsförbundet utsände år 1972 till landstingen ett förslag till patientbroschyr avsett att tjäna som underlag för arbete i landstingen med broschyrer innehållande information för patienter.

Det föreslås bl. a. att information skall lämnas om kurator, om präst och om hur kontakt kan förmedlas med olika trossamfund.

Utredning

Med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande år 1974 har tillkallats utredningen (U 1974:10) rörande den andliga vården vid sjukhusen och vid kriminalvårdens anstalter. I direktiven för utredningsarbetet framhålls bl. a. att patienterna i största möjliga utsträckning skall åtnjuta samma religiösa och kulturella förmåner som erbjuds utanför sjukhusen, att den andliga vården måste vara beroende av patienternas frivilliga deltagande och att den största vikt bör läggas vid den enskilda själavården.

Utredningen har bl. a. att överväga olika organisationsformer. Enligt direktiven skall hänsyn tas såväl till behovet av ekumenisk samverkan som till behovet av samarbete med huvudmännen för och personalen vid ifrågavarande inrättningar. Utredningen bör pröva hur den andliga vården skall samordnas med den övriga verksamheten och därvid bl. a. ta ställning till vem som skall vara huvudman för den andliga vården.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp vissa allmänna frågor rörande hälso- och sjukvården. Således tas upp olika spörsmål som rör utbyggnaden av hälsovården och sjukvården, nämligen frågan om ett program för utbyggnaden på dessa områden, frågan om den psykiatriska vårdens innehåll och organisation samt frågan om utbyggnad av hemsjukvården m. m. Vidare behandlas frågor om studier av meditation och autogen träning i syfte att undersöka dessa metoders användbarhet för psykisk hälsovård, om tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisningsjukhusen, om bistånd av personlig art genom bl. a. religiösa samfund för patienter inom sjukvården samt om differentiering av vårdavgifterna för s. k. utförsäkrade patienter inom långtidssjukvården.

Frågor om utbyggnaden av hälsovården och sjukvården

Som bakgrund till utskottets överväganden rörande vissa av de i motionerna upptagna frågorna må redovisas följande i fråga om hälso- och sjukvårdsplaneringen.

Uppgifter beträffande riksplaneringen av hälso- och sjukvården åvilar socialdepartementet, socialdepartementets sjukvårdsdelegation, i vilken bl. a. sjukvårdshuvudmännen är representerade, samt socialstyrelsen. Med hänsyn till att sjukvården i första hand är en kommunal uppgift är också den planering som sker hos de kommunala huvudmännen av stor betydelse. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), som är förankrat hos både staten och sjukvårdshuvudmännen, skall bl. a. främja, samordna och medverka i huvudmännens planeringsverksamhet.

Det planeringssystem, som tillämpas på hälso- och sjukvårdsområdet, grundar sig på en av Spri år 1971 framlagd utredning (Spri rapport 14/71)

Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering och innebär tre planeringsnivåer, nämligen utvecklingsskisser på ca 30 års sikt, principplaner på 10–15 års sikt samt femåriga finansierings- och verkställighetsplaner. Sjukvårdshuvudmännen kommer – med något undantag – att före utgången av år 1975 för samråd till socialstyrelsen inge principplaner, som avser utbyggnaden av hälso- och sjukvården m. m. mot år 1985. Avsikten är att principplaneringen därefter skall förnyas en gång under innevarande decennium och då med tidsperspektivet 1990. Hos socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet bedrivs olika utredningar som skall lämna underlag för planeringsarbetet hos sjukvårdshuvudmännen. I ett föregående avsnitt i detta betänkande (s. 3–4) har lämnats närmare uppgifter om detta utredningsarbete. Arbetet omfattar bl. a. ett utredningsprojekt – sjukvårdspolitiskt utvecklingsprogram (SPUP) – hos Landstingsförbundet och utredningar inom socialstyrelsen om strukturen inom sjukvården.

Inom ramen för socialstyrelsens utredningsarbete om vårdstrukturen framlades hösten 1973 för socialstyrelsens styrelse ett betänkande benämnt Hälso- och sjukvård inför 80-talet, vilket utgör en sammanfattning och sammanvägning av inom socialstyrelsen framtagna utredningar om vårdstrukturen. Samma år framlades vidare bl. a. betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation.

I betänkandet Hälso- och sjukvård inför 80-talet ges ett konkret förslag till vårdstruktur inom primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Den övervägande delen av vården skall lämnas på primärnivå. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvårdens och regionsjukvårdens resurser.

Ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården. I motionen 1975:1255 av herr Helén (fp) begärs att ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och föreläggas riksdagen. Motionärerna framhåller att riktlinjerna för sjukvårdens föreläggas riksdagen. Motionären framhåller att riktlinjerna för sjukvårdens framtida inriktning bör fastställas av riksdagen och inte bara av socialstyrelsen. I motionen anges vissa riktlinjer för utbyggnadsprogrammet. Bland annat påpekas att utbyggnaden av den öppna vården bör fortsätta så att man tillvaratar husläkarsystemets fördelar och minskar trycket på sjukhusen, att satsningen på öppen vård dock inte får ske på sådant sätt att man berövar den tunga sjukvården resurser som är nödvändiga för att kunna ta hand om de svårt och långvarigt sjuka, att sjukvården måste innefatta samverkan med olika grenar av social omvårdnad, att bättre utrymme måste ges för mänsklig omvårdnad innebärande bl. a. att patienterna måste få tid att tala med läkaren och få komma tillbaka till samma läkare samt att omvårdnaden om barn måste förbättras.

Frågan om ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården har utskottet med anledning av motionsyrkandens behandlat även vid riksdagarna 1971, 1972, 1973 och 1974. Utskottet har i sina av

riksdagen godkända betänkanden i ämnet avstyrkt yrkandena med hänvisning till att den utrednings- och planeringsverksamhet m. m. beträffande utbyggnaden av hälso- och sjukvården, som bedrivs hos socialdepartementets sjukvårdsdelegation, socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och sjukvårdshuvudmännen, tillgodoser kravet på ett utbyggnadsprogram. Det nu aktuella yrkandet i motionen 1975:1255 föranleder inte något annat ställningstagande från utskottet sida.

Utskottet vill med anledning av motionärernas förslag om vissa riktlinjer för utbyggnaden av hälso- och sjukvården framhålla följande. Såsom ovan angivits skall betänkandet Hälso- och sjukvård inför 80-talet jämte därutöver avgivna remissyttranden utgöra en av grundvalarna för det fortsatta arbetet hos socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen med planeringen av hälso- och sjukvården. I betänkandet har angivits att de framförda förslagen bl. a. syftar till att tillgodose behovet av sjukvård nära bostad och/eller arbetsplats, att bl. a. långvarigt sjuka skall beredas möjlighet att framleva sitt liv under så normala former som möjligt, att underlätta de mänskliga kontakterna mellan vårdtagare och vårdgivare, att i rimlig utsträckning upprätthålla kontinuiteten i kontakterna dem emellan samt att samordna medicinska och sociala åtgärder.

Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet bifall till motionen 1975:1255 i här aktuell del.

Den psykiatriska vårdens innehåll och organisation. I motionen 1975:347 av fru Hjalmarsson (s) och fru Sundström (s) anføres bl. a. att den psykiatriska vårdens innehåll och organisation inte följt samhällets utveckling och omstrukturering och att en av orsakerna till detta är att psykiaterna – som haft och har olika uppfattningar om den psykiatriska vården – själva fått planera vårdens innehåll. Motionärerna anför vidare att socialstyrelsens betänkande om den psykiatriska vårdens innehåll och organisation i stället för att överbrygga motsättningarna torde ha ytterligare skärpt dem. Med framhållande av att den psykiatriska vården skall utformas utifrån människornas krav och behov begär motionärerna en utredning om den psykiatriska vårdens innehåll och organisation.

Den arbetsgrupp som socialstyrelsen år 1970 tillsatte för att utreda den psykiatriska vårdens målsättning och organisation omfattade 14 personer varav elva personer hade läkarutbildning. Utredningsarbetet organiserades emellertid så att särskilda experter fick i uppdrag att utreda olika huvudområden. Sålunda utreddes bl. a. frågorna om det psykiatriska sjukdomsbegreppet, brister i utformningen av psykiatrisk verksamhet och målformulering för den psykiatriska vårdorganisationen av en expertgrupp var ingick fyra läkare och två personer med erfarenhet av primärkommunal social verksamhet, frågor om personalorganisationen för psykiatrisk vård av en expertgrupp om fem personer vilka representerade olika personalkategorier som är knutna till psykiatrisk vård samt utbildningsfrågor av en professor i psykiatri. Betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning

och organisation är en sammanställning av de olika delutredningarna. Remissyttranden över betänkandet har inhämtats från tillhoppa 41 instanser. Bland andra har landsting, organisationer företrädande olika personalgrupper inom sjukvården samt medicinska fakulteter avgivit yttranden.

Betänkandet jämte remissyttrandena samt en tidigare utredning inom socialstyrelsen om en plan för utbyggnaden av den psykiatriska vårdorganisationen med tillämpning i första hand på Västmanlands län är avsedda att vara vägledande för socialstyrelsens ställningstaganden till sjukvårdshuvudmännens planering inom det psykiatriska verksamhetsområdet.

Såväl genom sammansättningen av de särskilda expertgrupper som utarbetat betänkandet om den psykiatriska vårdens målsättning och organisation som genom den omfattande remissbehandlingen av betänkandet ges en allsidig belysning av problemställningar av betydelse vid socialstyrelsens fortsatta överväganden rörande den psykiatriska vården. Att mot denna bakgrund omedelbart tillsätta en ny utredning på området är enligt utskottets mening inte motiverat. Utskottet kan därför inte biträda motionsyrkandet.

U t b y g g n a d a v h e m s j u k v å r d e n m. m. I motionen 1975:1255 av herr Helén m. fl. (fp) föreslås att möjligheterna att stödja utvecklingen av hemsjukvården så att den blir alltmer omfattande och differentierad skall utredas och att en översyn skall göras av hemsjukvårdsbidragen mot bakgrund av att bidragen är förhållandevis blygsamma och att deras storlek varierar mellan de olika landstingen. Motionärerna framhåller att det är angeläget att frivilliga krafter engageras och stimuleras i ökad omfattning och att även ideella organisationer kan göra viktiga insatser i en utbyggd hemsjukvård.

Hemsjukvården var till en början tänkt som ett provisorium föranlett av bristen på vårdplatser inom långtidssjukvården. I avvaktan på vårdplats erhöll anhöriga till patienten ett visst ekonomiskt bidrag avsett att täcka de merkostnader som uppstod på grund av vården av den sjuke i hemmet. Utöver den ekonomiska ersättningen har emellertid successivt olika slag av resurser tillkommit inom hemsjukvården. Några riktlinjer för hur hemsjukvården skall organiseras och administreras finns inte med undantag för en rekommendation av Landstingsförbundet om användande av ett principavtal i de fall landsting önskar använda primärkommuns hemsamaritorganisation för insatser inom hemsjukvården.

Spri presenterade förra året en utredningsrapport (Spri rapport 17/74) Hemsjukvård-sjukhemsvård, vari redovisades en kartläggning av hemsjukvården och olika faktorer som påverkade möjligheterna att vårda sjuka människor i hemmet.

I februari i år har Landstingsförbundet och Spri påbörjat en gemensam utredning om hemsjukvårdens innehåll, resursbehov och organisation. Det material som framkommer genom denna utredning är avsett att vara vägledande vid landstingens överväganden om hemsjukvården i framtiden. Utredningsarbetet omfattar även bidragsfrågor.

Med hänsyn till den utredningsverksamhet som sålunda pågår om hem-sjukvården påkallar motionen 1975:1255 i här aktuell del inte någon åtgärd av riksdagen.

Studier av meditation och autogen träning

I motionen 1975:1245 av herr Gernandt (c) begärs att närmare studier skall företas av meditation och autogen träning – bl. a. genom försöksverksamhet vid skolor, fångvårdsanstalter och militärförband – i syfte att tillvarata den nytta för enskilda och samhälle som dessa tekniker kan medföra. I motionen framhålls att meditation och autogen träning kan ge människorna vila från stress och därigenom stärka deras motståndskraft mot psykiska påfrestningar.

Någon närmare begreppsbestämning i fråga om de metoder som motionen avser lämnas inte i denna. I korthet torde meditationsformen transcendental meditation – vilken varit föremål för viss debatt under den senaste tiden – kunna karaktäriseras på det sättet att genom denna metod kroppen når en mycket djup vila medan sinnet är fullt vaket och mottagligt för stimuli. Medvetandetillståndet karaktäriseras som vilande vakenhet. Autogen träning är en form av självhypnos, som lanserades av berlinläkaren I. H. Schultz för närmare 40 år sedan.

Socialstyrelsen har i början av år 1974 gett en medlem av styrelsens vetenskapliga råd i uppdrag att uttala sig om olika frågor beträffande meditation. Med hänsyn härtill och till att olika frågor om den psykiska hälsovården för närvarande utreds av socialstyrelsen med anledning av ett uppdrag av Kungl. Maj:t år 1970 bör enligt utskottets mening motionen 1975:1245 inte föranleda någon åtgärd av riksdagen.

Tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisningssjukhusen

I motionen 1975:1272 av herr Molin (fp) begärs att åtgärder vidtas så att den minskning av antalet specialistkompetenta underläkare vid undervisningssjukhusen, som förutsatts i det av socialdepartementets sjukvårdsdelegation i juni 1973 fastställda läkarfördelningsprogrammet för åren 1973–1977, inte kommer till stånd. Motionären framhåller att nackdelar kommer att uppstå för sjukvården, forskningen och läkarna om denna minskning genomförs.

Läkarnas grundutbildning omfattar fem och ett halvt år och avslutas med läkarexamen. De avslutande två och ett halvt åren av grundutbildningen, det kliniska stadiet, äger rum vid särskilda undervisningssjukhus. Dessa sjukhus är i Stockholmsområdet karolinska sjukhuset, Huddinge, S:t Görans, Sabbatsbergs och Danderyds sjukhus, i Göteborgsområdet Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset. Övriga undervisningssjukhus är akademiska sjukhuset i Uppsala, lasarettet i Lund, Malmö allmänna sjukhus, lasarettet

i Umeå och regionsjukhuset i Linköping.

Efter grundutbildningen följer som ett första led i läkarnas vidareutbildning allmäntjänstgöring om 21 månader på underläkartjänster i sjukvården under yrkesmässigt ansvar. Efter allmäntjänstgöringens slut, då legitimation som läkare erhålls, följer fortsatt vidareutbildning under tre och ett halvt år till allmänläkarkompetens eller under en tid av mellan fyra och fem och ett halvt år till specialistkompetens. Även den fortsatta vidareutbildningen fullgörs på underläkartjänster. Allmänläkarkompetens eller specialistkompetens utgör i princip behörighetskrav för högre läkartjänster än underläkartjänster. Underläkartjänsterna skall vara förbehållna läkare som genomgår vidareutbildning, och antalet sådana tjänster skall vid varje tidpunkt motsvara antalet läkare som efterfrågar vidareutbildning samt vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så att de svarar mot det sjukvårdsbehov som kan förutses. Socialstyrelsen beslutar hur många underläkartjänster för allmäntjänstgöring som får finnas inom varje sjukvårdsområde. Inrättande av underläkartjänster för läkare under allmänläkar- eller specialistutbildning och tjänster för läkare med sådan utbildning (tjänster som avdelningsläkare och högre tjänster) skall ske på grundval av för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som upprättas av socialstyrelsen och fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Specialistkompetenta läkare kunde enligt tidigare ordning inneha underläkartjänster. Framför allt vid undervisningssjukhus var det mycket vanligt att innehavarna av underläkartjänster hade specialistkompetens. Läkare med allmänläkar- eller specialistkompetens får emellertid – med bortseende från en möjlighet till dispens av allmänt sociala skäl eller för forskning – inte längre förordnas på underläkartjänster, och det har förutsatts att vid utgången av år 1975 specialistkompetenta läkare i princip inte längre skall finnas kvar på sådana tjänster.

Gällande läkarfördelningsprogram (LP 77) – som avser verksamhetsperioden 1973–1977 – framlades av socialstyrelsen i juni 1973 efter samråd med Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund och fastställdes samma månad av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att till juni 1975 redovisa ett nytt läkarfördelningsprogram för perioden 1975–1980 (LP 80). I arbetet med LP 80 deltar som samrådspart – förutom de nämnda parterna – även universitetskanslersämbetet.

På grundval av LP 77 har socialstyrelsen genom olika beslut hittills medgivit sjukvårdshuvudmännen att inrätta ca 1 350 tjänster för vidareutbildade läkare.

Utskottet vill i likhet med föregående år (SoU 1974:27) framhålla att det förhållandet att specialistkompetenta läkare i fortsättningen inte kan få förordnanden som underläkare vid bl. a. undervisningssjukhusen är en följd av de beslut statsmakterna fattat rörande läkarutbildningen och användningen av läkarresurserna, vilka går ut på att läkarresurserna skall kanaliseras till

de områden där de bäst behövs. Utskottet anser inte att det är motiverat att ompröva dessa beslut. Det finns emellertid anledning framhålla att undervisningssjukhusens behov av vidareutbildade läkare på olika sätt beaktas i arbetet med läkarfördelningen. Av de hittills fördelade tjänsterna har en särskild s. k. pott om ca 550 tjänster avsetts för läkare som i mer eller mindre oavbruten följd vikarierat på olika tjänster (s. k. ständiga vikarier). Tjänsterna har främst tilldelats sjukvårdsområden med undervisningssjukhus. Dessa sjukvårdsområden har även tilldelats tjänster i övrigt. I arbetet med att upprätta förslag till läkarfördelningsprogrammet för perioden 1975–1980 (LP 80) deltar, som nämnts i det föregående, även universitetskanslersämbetet som samrådspart, vilket ger anledning räkna med att frågor av betydelse för forskning och utbildning vid undervisningssjukhus blir föremål för närmare överväganden. Vidare tjänar som grundmaterial för LP 80 bl. a. resultatet av en undersökning om läkares arbetstider och tjänster under november månad 1974 (LATT 74), vilken bl. a. innehåller en redovisning av antalet specialistkompetenta läkare vid undervisningssjukhusen. Här bör även framhållas att förlängning av förordnanden på underläkartjänster för vidareutbildade läkare kan ske med hänsyn till kombination med forskning.

Under hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motionen 1975:1272.

Bistånd av personlig art genom bl. a. religiösa samfund för patienter inom sjukvården

I motionen 1975:1290 av herrar Sellgren (fp) och Westberg i Ljusdal (fp) framhålls bl. a. att patienternas och deras anhörigas individuella behov av bistånd, tröst och hjälp av mer personlig art inte i tillräcklig grad kan beaktas inom sjukvårdsorganisationen. Motionärerna föreslår att ideella organisationer – t. ex. religiösa samfund – som vill utöva denna omsorg inom patientvården skall få anmäla sitt intresse härav och att en förteckning på dessa erbjudanden och telefonnummer för akuta kontakter med organisationerna skall tillhandahållas de vårdbehövande och deras anhöriga t. ex. vid sjukhusens akutmottagningar.

Vid sjukhusen finns kuratorer, som har till uppgift att bistå patienterna i bl. a. personliga angelägenheter. Enligt gällande ordning svarar prästerskapet i de territoriella pastorat, inom vilka sjukhus är belägna, för den andliga vården vid sjukhusen. De frikyrkliga samfunden skall beredas möjlighet att utöva andlig vård vid dessa. Landstingsförbundet har föreslagit landstingen att i en patientbroschyr bl. a. ge information om kurator, präst och om hur kontakt kan förmedlas med olika trossamfund.

Med hänsyn dels till att det främst måste ankomma på de lokalt ansvariga organen att i samarbete med olika organisationer underlätta kontakterna mellan patienterna inom sjukvården och organisationerna, dels till att frågan om organisationen m. m. av den andliga vården vid sjukhusen för närvarande är föremål för utredning genom den år 1974 tillkallade utredningen

(U 1975:10) rörande den andliga vården vid sjukhusen och vid kriminalvårdens anstalter bör motionen 1975:1290 inte föranleda något initiativ av riksdagen.

Differentiering av vårdavgifterna för s. k. utförsäkrade patienter inom långtids-sjukvården

I motionen 1975:766 av fröken Andersson m. fl. (c) begärs förslag till sådan lagändring att landstingen får rätt att för s. k. utförsäkrade patienter i långtidsvården ta ut efter betalningsförmåga differentierade avgifter enligt samma principer som gäller beträffande avgifter för personer som vistas på ålderdomshem.

Genom en ändring i lagen (1956:2) om socialhjälp år 1971 infördes i denna lag bestämmelser, varigenom kommunerna har möjlighet att ta ut differentierade avgifter för vård i ålderdomshem. Sjukvårdslagen (1962:242) inrymmer däremot inte någon motsvarande möjlighet för sjukvårdshuvudmännen då det gäller vård på sjukhus.

Den vårdavgift sjukvårdshuvudmännen tar ut av patient som är bosatt inom huvudmannens sjukvårdsområde täcks av ersättningen för sjukhusvård enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. För den som fyllt 67 år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt lagen om allmän försäkring får ersättning för sjukhusvård utgå för högst 365 dagar. Vederbörande är därefter "utförsäkrad". Sjukvårdshuvudmännen brukar vid behov medge utförsäkrad patient nedsättning eller befrielse från avgift vid sjukhusvård.

I den överenskommelse om vissa finansieringsfrågor på sjukvårdsområdet som i januari i år träffades mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen (se prop. 1975:36 och SFU 1975:16) intogs på initiativ av företrädarna för sjukvårdshuvudmännen en föreskrift om att socialutredningen (S 1969:29) skulle få i uppdrag att snarast möjligt utreda frågan om vårdavgifterna i sluten sjukvård för utförsäkrade patienter bl. a. med hänsyn till gällande avgiftsregler vid vård på ålderdomshem. Regeringen har därefter – i februari månad – gett socialutredningen i uppdrag att utreda och snarast lägga fram förslag i frågan. Med hänsyn härtill påkallar motionen 1975:766 inte någon riksdagens åtgärd.

Utskottet hemställer

1. beträffande ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården att riksdagen avslår motionen 1975:1255 yrkande 1,
2. beträffande den psykiatriska vårdens innehåll och organisation att riksdagen avslår motionen 1975:347,
3. beträffande utbyggnad av hemsjukvården m. m. att riksdagen avslår motionen 1975:1255 yrkande 3,

4. beträffande studier av meditation och autogen träning att riksdagen avslår motionen 1975:1245,
5. beträffande tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisningssjukhusen att riksdagen avslår motionen 1975:1272,
6. beträffande bistånd av personlig art genom bl. a. religiösa samfund för patienter inom sjukvården att riksdagen avslår motionen 1975:1290,
7. beträffande differentiering av vårdavgifterna för s. k. utförsäkrade patienter inom långtidssjukvården att riksdagen avslår motionen 1975:766.

Stockholm den 13 maj 1975

På socialutskottets vägnar
GÖRAN KARLSSON

Närvarande: herrar Karlsson i Huskvarna (s), Svensson i Kungälv (s)*, Carlshamre (m), Dahlberg (s)*, Larsson i Öskevik (c), fru Skantz (s), herrar Romanus (fp), Johnsson i Blentarp (s)*, Andreasson i Östra Ljungby (c)*, Nordberg (s)*, Åkerlind (m), Nilsson i Växjö (s), fröken Andersson (c), fru Marklund (vpk)* och fru Wigenfeldt (c).

*Ej närvarande vid betänkandets justering.

Reservationer

1. beträffande ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården (punkt 1 i hemställan) av herr Romanus (fp) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande som börjar på s. 22 med "Frågan om" och slutar på s. 23 med "aktuell del" bort ha följande lydelse:

Utskottet delar motionärernas uppfattning att riktlinjerna för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården bör läggas fast av riksdagen och inte endast av socialstyrelsen. På grundval av socialstyrelsens utredning Hälso- och sjukvård inför 80-talet och de remissyttranden som har avgivits över denna bör regeringen lägga fram ett förslag till program för den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården för riksdagen. Utskottet ansluter sig till de principer för sjukvårdens utveckling som har angivits i motionen 1975:1255 och som bl. a. innebär att man bygger ut den öppna vården på ett sådant sätt att husläkarsystemets fördelar med en bättre vårdkontinuitet och en bättre kännedom hos läkaren om patientens sociala situation tas till vara.

dels att utskottets hemställan under 1 bort ha följande lydelse:

1. beträffande ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården att riksdagen med bifall till motionen 1975:1255 yrkande 1 hos regeringen anhåller att ett program för den fortsatta utbyggnaden av hälsovården och sjukvården föreläggs riksdagen i enlighet med de riktlinjer som anges i motionen,

2. beträffande tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisnings-sjukhusen (punkt 5 i hemställan) av herr Romanus (fp) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande som börjar på s. 26 med "Utskottet vill" och slutar på s. 27 med "motionen 1975:1272" bort ha följande lydelse:

Som framhålls i motionen finns en allvarlig risk för att den minskning av antalet specialisttjänster som det nu gällande läkarfördelningsprogrammet innebär kommer att leda till svåra problem såväl beträffande den kvalificerade sjukvården som för forskning och utbildning vid undervisnings-sjukhusen. Det är angeläget att denna risk undanröjs. Därför bör det läkarfördelningsprogram för perioden 1975–1980 (LP 80), som socialstyrelsen skall redovisa till juni 1975, utformas så att den nämnda minskningen av antalet specialisttjänster vid undervisningssjukhusen inte kommer till stånd.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionen 1975:1272 bör ges regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under 5 bort ha följande lydelse:

5. beträffande tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisningssjukhusen att riksdagen med anledning av motionen 1975:1272 ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

3. beträffande bistånd av personlig art genom bl. a. religiösa samfund för patienter inom sjukvården (punkt 6 i hemställan) av herr Romanus (fp) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande som börjar på s. 27 med "Med hänsyn" och slutar på s. 28 med "av riksdagen" bort ha följande lydelse:

Utskottet vill erinra om att frågor rörande den andliga vården vid sjukhusen är föremål för utredning genom den år 1974 tillkallade utredningen (U 1975:10) rörande den andliga vården vid sjukhusen och vid kriminalvårdens anstalter.

Beträffande den vidare frågan om frivilliga insatser i sjukvården över huvud taget vill utskottet anföra följande.

På skilda håll utomlands har man goda erfarenheter av frivilliga krafters insatser som s. k. patientvänner eller patientbesökare. Med tanke på den hårda arbetsbelastningen för personalen i svensk sjukvård är det angeläget att viljan till frivilliga insatser från olika ideella organisationers och enskildas

sida tas till vara. Det är en viktig uppgift för sjukvårdshuvudmännen att i samråd med de anställdas organisationer finna former för sådan kontaktverksamhet, som särskilt för de långvarigt sjuka kan ha stor betydelse. Denna måste givetvis ske i former som inte av patienten på något sätt kan uppfattas som påträngande.

Vad utskottet sålunda anført med anledning av motionen 1975:1290 bör ges regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under 6 bort ha följande lydelse:

6. beträffande bistånd av personlig art genom bl. a. religiösa samfund för patienter inom sjukvården att riksdagen med anledning av motionen 1975:1290 ger regeringen till känna vad utskottet anført,

Särskilt yttrande

beträffande tjänster för specialistkompetenta läkare vid undervisningssjukhusen (punkt 5 i hemställan) av herrar Carlshamre (m) och Åkerlind (m) som anför:

Den omständigheten att specialistkompetenta läkare i allmänhet inte kan få förordnanden som underläkare är en följd av de beslut som tidigare fattats rörande läkarutbildningen och användningen av läkarresurserna. Dessa avser bl. a. en stark satsning på allmänläkarvård.

Det måste emellertid beaktas att läkare under utbildningen till allmänläkarkompetens om tre och ett halvt år tjänstgör jämförelsevis korta tider inom olika specialiteter. Om det blir alltför många läkare under utbildning till allmänläkarkompetens som har förordnanden under korta tider vid en klinik, uppkommer svårigheter att tillgodose behovet av mer erfarna eller specialistkompetenta läkare vid kliniken. En sådan utveckling är naturligtvis inte önskvärd. Det kan leda till att den kvalificerade sjukvården fungerar sämre och att undervisningen blir lidande. De som till sist drabbas av sådant är patienterna. Läkarresurserna skall naturligtvis kanaliseras till de områden där de bäst behövs. Vi vill därför starkt understryka utskottets mening att "undervisningssjukhusens behov av vidareutbildade läkare på olika sätt beaktas i arbetet med läkarfördelningen". Vi förutsätter att undervisningssjukhusens behov verkligen beaktas i det nya läkarfördelningsprogram för perioden 1975-1980 som socialstyrelsen har i uppdrag att lägga fram inom kort.

