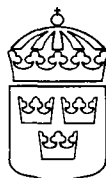


Socialutskottets betänkande

1989/90:SoU24

Ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården



1989/90
SoU24

Sammanfattning

I betänkandet behandlas prop. 1989/90:81 om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m. samt de motioner som väckts med anledning av propositionen. I betänkandet behandlas också vissa motioner som väckts under den allmänna motionstiden 1989 som har anknytning till ledningsansvaret. Betänkandet behandlar slutligen ett antal motioner från allmänna motionstiden 1990 om olika behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården.

I syfte att få frågan om det samlade ledningsansvaret ytterligare belyst har utskottet hållit en utfrågning med företrädare för socialdepartementet, socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Landstingsförbundet, SACO och TCO.

Vad gäller regeringens förslag att införa ett samlat ledningsansvar delar utskottet regeringens uppfattning att man vid sådana enheter där patientsäkerheten kräver det bör införa ett samlat ledningsansvar för en läkare med specialistkompetens och insikter i administrativa och ekonomiska frågor. Utskottet anser det också nödvändigt att det samlade ledningsansvaret regleras i lag. Vilka enheter som bör omfattas av ett samlat ledningsansvar anges i generella termer i lagen. Propositionen föreslår ett bemyndigande för regeringen eller socialstyrelsen att meddela mera detaljerade bestämmelser om detta. Utskottet anser att det — utan nackdelar för patientsäkerheten — bör kunna ankomma på sjukvårdshuvudmännen att själva inom den angivna ramen bestämma vilka enheter som omfattas av ledningsansvar och vilka enheter som lämnas utanför. Utskottet anser därför att det av regeringen föreslagna bemyndigandet bör utgå.

Utskottets m-ledamöter reserverar sig mot utskottets förslag. Enligt reservanterna bör det nuvarande medicinska ledningsansvaret finnas kvar. Därför bör förslaget om ett samlat ledningsansvar avstyrkas i sin helhet.

Utskottet tillstyrker regeringens förslag i övrigt. Utskottets m-, fp- och c-ledamöter reserverar sig i fråga om lagreglering av rätten att flytta till sjukhem och servicehus, m- och fp-ledamöterna i fråga om patientens rätt att välja patientansvarig läkare.

Ytterligare nio reservationer har avgetts (m, fp, c, mp), i huvudsak till förmån för egna motionsyrkanden. Ett särskilt yttrande (m och fp) har också avgetts.

1989/90:SoU24

Propositionen

I proposition 1989/90:81 om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m. har regeringen föreslagit

1. att riksdagen antar förslagen till
 - a. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 - b. lag om ändring i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall,
 - c. lag om ändring i transplantationslagen (1975:190),
 - d. lag om ändring i passlagen (1978:302),
 - e. lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus,
 - f. lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
 - g. lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)
2. att riksdagen bereds tillfälle att ta del av vad i propositionen anförts om rätten att flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller till serviceboende i annan kommun än hemkommunen (avsnitt 3.2).

Motionerna

Motioner väckta med anledning av propositionen

1989/90:So11 av Karin Israelsson m.fl. (c) vari yrkas

1. att riksdagen beslutar avslå proposition 1989/90:81 om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården,
2. därest yrkande 1 ej vinner riksdagens bifall, att riksdagen beslutar att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om sammanfattande helhetsomdöme,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ett samlat ledningsansvar,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ledningsansvarig person,
5. att riksdagen begär att regeringen ger tillsynsutredningen tilläggsdirektiv i enlighet med vad i motionen anförts,
6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om delegeringens betydelse,
7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om verksamhetsområdets omfattning,
8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om jourverksamhetens uppläggnings,

9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om patientansvarig läkare,

10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om lagreglering av flyttningsmöjligheter.

1989/90:So12 av Sten Svensson m.fl. (m) vari yrkas

1. att riksdagen avslår regeringens förslag om förändrad lydelse av hälso- och sjukvårdslagens 14 §,

2. att riksdagen hos regeringen begär utredning om sjukvårdsadministrativ utbildning i enlighet med vad i motionen anförts,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om patientansvarig läkare,

4. att riksdagen beslutar om utvidgade flyttningsmöjligheter för äldre och handikappade i behov av servicehus m.m. i enlighet med vad i motionen anförts,

5. att riksdagen beslutar ändra hälso- och sjukvårdslagens 4 § så att en vårdgaranti med syfte att garantera varje patient vård i god tid i enlighet med vad i motionen anförts införs.

1989/90:So13 av Barbro Westerholm och Ingrid Ronne-Björkqvist (båda fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om läkares utbildning och erfarenhet av administrativt arbete och ledningsuppgifter,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om enheter som bör kunna ledas av andra befattningshavare än läkare.

1989/90:So14 av Lars Werner m.fl. (vpk) vari yrkas

1. att riksdagen avslår regeringens proposition 1989/90:81 om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården m.m.,

2. att riksdagen hos regeringen begär att tillsynsutredningen (TUR) gör en översyn av läkarnas yrkesansvar i syfte att få konkretare underlag och klarare regler för detta ansvar.

1989/90:So15 av Daniel Tarschys m.fl. (fp) vari yrkas att riksdagen avslår propositionens förslag om samlat ledningsansvar.

1989/90:So16 av Daniel Tarschys m.fl. (fp) vari yrkas

1. att riksdagen med ändring i regeringens förslag beslutar om sådan lydelse av hälso- och sjukvårdslagen i berörda delar att kontinuitet och valfrihet för patienten i kontakterna med läkare tryggas i enlighet med vad i motionen anförts,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utvidgade vårdmöjligheter för utomlänspatienter.

1989/90:So17 av Margitta Edgren och Lola Björkqvist (båda fp)

att riksdagen hos regeringen begär tilläggsdirektiv till utredningen som arbetar med tillsynslagen i enlighet med vad i motionen anförts.

1. att riksdagen avslår förslaget i proposition 1989/90:81 att ledningen av viss medicinsk verksamhet skall lagregleras samt begär att regeringen omarbetar förslaget,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att huvudmannen själv skall ha möjlighet att avgöra vilken kompetens som bäst behövs hos den som skall leda olika delar av verksamheten,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att beteckningen huvudläkare bör utgå,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att patientansvarig läkare bör utses men att dessa ej måste vara knutna till "enhet som leds av chefsöverläkare",

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att enskilda får flytta från en långvårdsklinik till en annan i annat landsting samt att detta bör lösas på ett för patient och huvudmän acceptabelt sätt,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att landstingskommun med överkapacitet skall kunna få sälja hälso- och sjukvård till annan landstingskommun,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att översyn och omarbetning av förslaget i förevarande proposition bör ske skyndsamt.

Motioner väckta under allmänna motionstiden 1989

1988/89:So407 av Siw Persson (fp) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär att en utredning tillsätts för att se över psykologers ansvarsförhållanden inom främst barn- och ungdomspsykiatri samt allmänpsykiatri och föreslå de förändringar som är nödvändiga i hälso- och sjukvårdslagen för att garantera psykolog ett självständigt lednings- och behandlingsansvar beträffande psykologisk diagnostik och behandling oavsett medicinskt ledningsansvar.

1988/89:So413 av Gudrun Schyman och Rolf L Nilson (båda vpk) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär att en utredning tillsätts för att se över psykologers och psykoterapeuters ansvarsförhållanden inom främst barn- och ungdomspsykiatri samt allmänpsykiatri enligt vad som anförts i motionen.

1988/89:So428 av Gullan Lindblad och förste vice talman Ingegerd Troedsson (båda m) vari yrkas att riksdagen hos regeringen anholder om utredning och förslag beträffande psykologers ansvarsförhållanden inom främst barn- och ungdomspsykiatri samt allmänpsykiatri i enlighet med vad som anförts i motionen.

1988/89:So546 av Bengt Westerberg m.fl. (fp) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ansvarsfrågor och ledning i hälso- och sjukvården.

1989/90:So402 av Bengt Silfverstrand och Birthe Sörestedt (båda s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om legitimation av naprapater.

1989/90:So404 av Martin Olsson och Birger Andersson (båda c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om underlag för och beslut om legitimation av Doctors of Naprapathy.

1989/90:So424 av Gullan Lindblad (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att dietister med kvalificerad högskoleutbildning bör erhålla legitimation som skydd för sin yrkestitel.

1989/90:So426 av Mona Saint Cyr (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om titelskydd, remissrätt och sjukskrivningsrätt för legitimerade kiropraktorer samt initiativ till en integrering av dessa frågor i utredningen om en nordisk kiropraktorutbildning.

1989/90:So478 av Ove Karlsson m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om legitimation av naprapater.

1989/90:So485 av Karin Falkmer och Birgit Henriksson (båda m) vari yrkas att riksdagen beslutar om sådana ändringar i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvård m.m. att Doctor of Naprapathy skall kunna få legitimation för yrket.

1989/90:So497 av Per Stenmarck m.fl. (m, fp, c, vpk, mp) vari yrkas

1. att riksdagen beslutar om sådana ändringar i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvård m.m. att Doctor of Naprapathy skall kunna få legitimation för yrket,

2. att yrkesbeteckningen legitimerad naprapat skall få straffrättsligt skydd.

1989/90:So523 av Karin Falkmer (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om legitimering av dietister.

Utskottet

Bakgrund

Inom den offentliga hälso- och sjukvården har överläkare på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus ansvaret för ledningen av den medicinska verksamheten inom sina resp. verksamhetsområden. Bestämmelser om detta ledningsansvar finns i 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Några lagbestämmelser om den administrativa ledningen av verksamheten finns däremot inte.

I tidigare sjukvårdslagstiftning gjordes det inte någon skillnad mellan den medicinska och administrativa ledningen. Före år 1971 avsåg ledningsansvaret ett samlat ansvar på kliniknivå för verksamhetsområdet. Då fanns också bara en överläkare på varje klinik. 1971 ändrades lagen så att det kunde finnas flera överläkare på varje klinik. En av överläkarna skulle då utses till klinikchef och ha det samlade ansvaret. I samband med att provinsialläkarväsendet år 1973 omvandlades till en distriktsläkarorganisation infördes bestämmelser om ett medicinskt ledningsansvar också inom den öppna vården.

Hälso- och sjukvårdsutredningen diskuterade det medicinska ledningsansvaret i sitt betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården. Utredningen fann att det förelåg övervägande skäl att behålla det medicinska ledningsansvaret som ett i lag inskrivet åliggande för läkare i överordnad ställning. När det gällde det administrativa ledningsansvaret föreslog utredningen att dittillsvarande detaljreglering på området skulle utmönstras ur lagstiftningen.

I proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m., anförde föredragande statsrådet, mot bakgrund av vissa kritiska remissyttranden, att hon inte ansåg att ett slopande av regleringen vad gäller det administrativa ledningsansvaret skulle medföra några risker i ansvarshänseende eller andra svårigheter av praktisk natur. Föredraganden delade hälso- och sjukvårdsutredningens uppfattning att det borde ankomma på huvudmännen att utifrån lokala förutsättningar avgöra hur det administrativa ledningsansvaret bör vara fördelat.

I den nämnda propositionen behandlades också frågan om det medicinska ledningsansvaret måste vara förbehållet läkare. I propositionen avvisades de yrkanden som framförts av vissa remissinstanser om att även andra än läkare skulle kunna ha medicinskt ledningsansvar. Däremot ansågs det inte nödvändigt att all medicinsk verksamhet skulle omfattas av det medicinska ledningsansvaret. I de enskilda fall när vårdmässiga och organisatoriska skäl talar för det föreslogs (s. 81 ff.) att dispens skulle kunna ges från lagens bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret. Det ansågs även troligt att utvecklingen inom hälso- och sjukvården skulle komma att förstärka behovet av alternativa lösningar när det gällde ledningen av verksamheten. I propositionen framhölls att ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården var komplicerade och att vissa ytterligare klarlägganden kunde behövas. Det aviserades att vissa frågor som rörde ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården därför skulle ses över av en särskild utredning.

Socialutskottet anslöt sig till förslaget i propositionen att det medicinska ledningsansvaret i princip skall ligga på en läkare (SoU 1981/82:51). Utskottet kom vid sina överväganden fram till att det medicinska ledningsansvaret borde ges det innehåll som föreslagits i propositionen. Det medicinska ledningsansvaret skulle således omfatta främst diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet. Utskottet förnekade inte att avgörandet av vad som skulle omfattas av det nämnda ledningsansvaret rymmer svåra gränsdragningsfrågor. Utskottet hänvisade till att 1981 års behörighetskommitté skulle få i uppdrag att

se över vissa frågor som rörde ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården. I avvaktan på utredningens översyn vad gällde ansvars- och arbetsfördelningen mellan läkare och vissa andra yrkesgrupper godtog utskottet den i propositionen föreslagna regleringen i 14 § HSL. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1981/82:381).

Efter en ändring i 14 § HSL (prop. 1982/83:116, SoU 31, rskr. 335) öppnades möjlighet för sjukvårdshuvudmännen att låta verksamhet vid lokala sjukhem omfattas av distriktsläkarens medicinska ledningsansvar.

Ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården har setts över av flera utredningar. Här kan nämnas dels utredningen ÖVA vilken hösten 1984 överlämnade betänkandet (DsS 1984:12) Vissa ansvarsfrågor i hälso- och sjukvård. Frågan om det medicinska ledningsansvaret har därefter setts över inom socialdepartementet. Resultatet av översynen redovisades våren 1987 i promemorian (DsS 1987:4) Ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården. Det är främst på grundval av sistnämnda översyn som propositionen har utarbetats.

Några motioner i betänkandet tar upp tillsynslagen och tillsynsutredningen.

Lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen, *tillsynslagen*, innehåller bestämmelser om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdens personal. Enligt 1 § tillsynslagen omfattas tre grupper av tillsynen. Den första gruppen är personal vid sjukhus eller andra inrättningar för öppen och sluten vård av patienter som drivs av det allmänna, av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd. Den andra gruppen omfattar de legitimerade yrkesutövare som i annat fall meddelar vård till patienter utanför de nämnda inrättningarna samt den personal som biträder sådana yrkesutövare i vården. Till den tredje gruppen hör den personal som arbetar inom detaljhandeln med läkemedel. Socialstyrelsen har av regeringen be- myndigats föreskriva att andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården skall omfattas av lagen. Denna möjlighet har dock inte utnyttjats.

Tillsynslagen avser den individuellt inriktade vården till förebyggande, uppspårande, utredning eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd. Däremot omfattas inte t.ex. vårdutbildad personal i administrativa funktioner av tillsynslagen, trots att dessa personers bedömningar kan ha stor betydelse för den enskilde. Inte heller omfattas förtroendeläkare vid de allmänna försäkringskassorna och läkare, tandläkare och sjuksköterskor i administrativa funktioner vid myndigheter och organisationer. I regel omfattas inte heller den verksamhet som bedrivs av vårdutbildad personal vid rättsläkarstationer eller rättskemiska laboratorier.

Regeringen beslutade i mars 1987 att en särskild utredare skulle tillkallas med uppgift att se över bestämmelserna om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.m. samt lägga fram förslag till de förändringar som bedömdes lämpliga. Den särskilda utredaren, som antagit namnet *tillsynsutredningen*, skall enligt sina direktiv (dir. 1987:21 och

tilläggsdirektiv 1989:17) bl.a. överväga tillsynslagens personkrets och socialstyrelsens tillsynsverksamhet. Vad gäller den personkrets som skall omfattas av tillsynslagen skall utredningen enligt tilläggsdirektiven i sina överväganden också beakta om kommande förslag till ändrat huvudmannaskap för äldreomsorgen kan ge anledning till särskilda bestämmelser om tillsyn.

Propositionens förslag i huvuddrag

I propositionen föreslås en ny utformning av ledningen av den medicinska vårdverksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården. Liksom hittills skall det enligt förslaget vara en uppgift för sjukvårdshuvudmännen att fritt organisera hälso- och sjukvården på det sätt de finner ändamålsenligt. När det däremot gäller ledningen av viss medicinsk verksamhet föreslås en lagändring. Om det behövs med hänsyn till patienternas säkerhet i vården skall det vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling finnas en särskild läkare som svarar för *den samlade ledningen av verksamheten*. Landstingskommunen bestämmer enhetens verksamhetsområde. Socialstyrelsen föreslås bestämma vilka enheter som skall omfattas av kravet på ledningsansvarig läkare.

Den ledningsansvarige läkaren föreslås få benämningen chefsöverläkare. Dennes ledningsuppgifter skall avse både de administrativa och de medicinska uppgifterna vid enheten. Chefsöverläkaren skall enligt förslaget ha en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Det förutsätts att han har insikter i administrativa och ekonomiska frågor samt besitter de personliga egenskaper som utmärker en god ledare.

Chefsöverläkaren föreslås kunna delegera enskilda ledningsuppgifter till kompetenta och erfarna medarbetare vid enheten. Därvid är han skyldig att följa den av sjukvårdshuvudmannen bestämda organisationen, vilket anses innebära att ledningsuppgifterna inte kan läggas på någon annan befattningshavare än den som sjukvårdshuvudmannen tillsatt under chefsöverläkaren.

I propositionen läggs också fram förslag om *patientansvarig läkare*. Förslaget innebär att det vid enheter som leds av chefsöverläkare för varje patient skall utses en läkare som patientansvarig. Varje sådan läkare skall enligt förslaget vara legitimerad. Han föreslås bl.a. svara för att patienten undersöks så att en säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som dennes tillstånd kräver. Den patientansvarige läkaren skall samordna undersöknings- och behandlingsåtgärder, se till att patienten informeras om sitt hälso-tillstånd och tänkbara behandlingsåtgärder samt se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen. Chefsöverläkaren skall utse patientansvarig läkare.

Förslaget om införandet av ett samlat ledningsansvar förutsätter ändringar i främst 14 § HSL. Det föreslås att regler om patientansvarig läkare tas in i 13 § HSL. I övrigt föreslås följdändringar i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), transplantationslagen (1975:190), passlagen (1978:302), lagen (1985:12)

om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och smittskyddslagen (1988:1472). Dessa lagändringar som avser det samlade ledningsansvaret föreslås träda i kraft den 1 juli 1991.

Propositionen behandlar även frågan om *ökade möjligheter för enskilda att flytta* till långvårdsklinik i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i en annan kommun än hemkommunen. Bl.a. redovisas de rekommendationer som Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utfärdat i syfte att öka möjligheterna för enskilda att flytta. I propositionen anföras att utfallet av rekommendationerna bör följas upp och om de inte får avsedd effekt skall särskild lagstiftning övervägas. För att landstingskommunerna skall få befogenhet att erbjuda utomlänspatienter vård på lika villkor som inomlänspatienterna behövs dock redan nu, enligt propositionen, en viss komplettering i 4 § HSL. Riksdagen bereds i övrigt tillfälle att ta del av vad som anföras i propositionen om rätten att flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller till serviceboende i annan kommun än hemkommunen (avsnitt 3.2). Ändringen i 4 § HSL och en redaktionell ändring i 15 § samma lag föreslås träda i kraft den 1 juli 1990.

De av regeringen framlagda lagförslagen fogas till betänkandet som *bilaga 1*.

Det samlade ledningsansvaret

Propositionen

I propositionen konstateras att det är en uppgift för sjukvårdshuvudmannen att organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten inom landstingsområdet. Verksamhetens indelning i enheter med skilda verksamheter förbehålls således sjukvårdshuvudmännen. Beträffande enheter för diagnostik eller vård och behandling föreslår propositionen dock att det alltid skall finnas en särskild chefsöverläkare som svarar för den samlade ledningen av verksamheten om verksamheten vid enheten kan vara förenad med särskilda risker för patienternas säkerhet i vården. En sådan verksamhet behöver inte vara geografiskt begränsad till t.ex. ett sjukhus eller en vårdcentral utan kan omfatta verksamhet både inom och utom sjukhus och verksamhet vid flera vårdinrättningar.

Inom de ramar för verksamheten som sjukvårdshuvudmannen bestämmer skall chefsöverläkaren se till att verksamheten vid de enheter som uppfyller de krav som lagstiftningen och sjukvårdshuvudmannen har ställt upp. Chefsöverläkaren skall se till att patienterna får en säker och god vård samt ha ett övergripande ansvar för att enheten når bästa möjliga resultat. Han skall, förutom ansvaret för ledningen av den medicinska verksamheten, också ansvara för enhetens budget och resursernas användning och ha ett samlat resultatansvar för verksamheten. Han skall fördela och vid behov omfördela resurserna. Chefsöverläkaren skall också ha ansvaret för personalfrågor, utbildning och information inom området.

De föreslagna bestämmelserna om en ledningsansvarig chefsöverläkare medför att reglerna om det medicinska ledningsansvaret för överläkare och distriktsläkare upphör att gälla. De uppgifter som i dag ingår i det medicinska ledningsansvaret flyttas över på chefsöverläkaren.

Det förhållandet att chefsöverläkarens ledningsansvar skall avse också de administrativa funktionerna anses, enligt vad som framhålls i propositionen, inte alls innebära att det skulle saknas behov av annan administrativ personal. I propositionen erinras om att en sjukvårdsdirektör i princip har direktivrätt gentemot chefsöverläkaren och att chefsöverläkaren även i övrigt är skyldig att följa sjukvårdshuvudmannens föreskrifter om verksamheten. När det däremot gäller medicinska frågor som direkt berör patienternas säkerhet i vården är det, anför det i propositionen, nödvändigt att chefsöverläkaren självständigt fattar besluten. Chefsöverläkarens ledningsansvar föreslås vara oinskränkt i frågor som gäller diagnostik eller vård och behandling av patienter.

I propositionen erinras om att HSL bygger på principen att huvudmännen för hälso- och sjukvården skall vara fria att organisera och bedriva verksamheten efter lokala förutsättningar och på det sätt som de själva anser vara bäst för att uppfylla kraven i HSL och för att sträva mot de mål för verksamheten som ställs upp i denna lag. Vissa undantag från principen anses dock nödvändiga. Propositionen erinrar om att det vid tillkomsten av HSL bedömdes nödvändigt med regler för ledningen av den medicinska verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården. Syftet var att patienterna skulle tillförsäkras en säker och ändamålsenlig vård. Inom hälso- och sjukvården bedrivs en omfattande verksamhet av omedelbar betydelse för patientens liv och hälsa. I propositionen framhålls att ledningen av en sådan verksamhet förutsätter en hög medicinsk kompetens hos den ledningsansvarige och att det finns entydiga och enhetliga ansvarsförhållanden. Socialministern betonar att hon i likhet med flertalet av de remissinstanser som yttrat sig över förslagen i departementspromemorian delar uppfattningen att det finns behov av att i lag ha bestämmelser om den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kan vara förenad med särskilda risker för patienternas säkerhet i vården. Hon delar också uppfattningen att ledningen av sådan verksamhet bör ligga på en läkare. Bestämmelserna bör ingå i HSL.

I propositionen redovisas att uppdelningen i ett medicinskt och ett administrativt ledningsansvar och avsaknaden av en lagreglering av vem som skall utöva den administrativa ledningen ansetts vara mindre ändamålsenlig och kritiserats från flera håll. Socialministern hänvisar till bl.a. Landstingsförbundet som ansett att ett sammanhållet ledningsansvar är nödvändigt för att verksamheten skall kunna bedrivas effektivt. Hon framhåller att de medicinska delarna av verksamheten är så nära sammankopplade med de resursmässiga, organisatoriska och personella i den moderna hälso- och sjukvården att ledningen av dem inte bör ligga på olika händer. Socialministern säger sig ha förståelse för bl.a. personalorganisationernas invändningar mot att endast läkare skulle kunna komma i fråga för ledningsansvar och att även verksam-

heter där läkarens roll är av mindre betydelse för verksamheten skulle omfattas av ledningsansvaret. Dessa invändningar är emellertid enligt hennes mening inte relevanta beträffande frågan om de medicinska och administrativa ledningsfunktionerna skall föras samman eller ej. Däremot anser hon att invändningarna har relevans beträffande vilka verksamheter som skall omfattas av lagbestämmelserna. I departementspromemorian föreslogs att lagbestämmelserna skulle gälla alla enheter för diagnostik eller vård och behandling. I propositionen stannar socialministern för att föreslå att bestämmelserna om ett samlat ledningsansvar skall begränsas till de enheter där hänsynen till patienternas säkerhet i vården kräver att verksamheten leds av en läkare. Beträffande andra enheter bör det enligt förslaget överlätas till sjukvårdshuvudmännen att själva bestämma adekvat kompetens hos den som skall leda verksamheten. Socialministern nämner här avdelningar för sjukhusfysik och annan teknisk verksamhet, sjukgymnastik och arbetsterapi. Vidare nämns kuratorsverksamhet, logopedverksamhet, hemsjukvård och verksamhet vid sjukhem. Också inom psykiatrin anses det kunna finnas enheter som inte nödvändigtvis måste ha en läkare i ledningen för verksamheten.

Motionerna

Yrkanden om avslag på propositionen, ny utredning m.m.

I fem motioner som väckts med anledning av propositionen (m, fp, c, vpk och mp) yrkas avslag på propositionens förslag om ett samlat ledningsansvar.

I *motion 1989/90:So12 av Sten Svensson m.fl. (m)* hemställs sålunda att riksdagen avslår regeringens förslag om förändrad lydelse av hälso- och sjukvårdslagens 14 § (*yrkande 1*). Motionärerna anser inte att de skäl som åberopas i propositionen för att begränsa landstingens nuvarande frihet att organisera det administrativa ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården är tillräckligt starka. Den nuvarande ordningen anses tillfredsställande. Den administrativa ledningen av en klinik eller vårdcentral bör organiseras av varje enskilt landsting och bestämmas med utgångspunkt i de lokala förutsättningarna. Motionärerna anser det inte vara till fördel för patientens säkerhet att ett administrativt ledningsansvar läggs till det medicinska. Motionärerna påtalar att det saknas en bred uppslutning bland dem som berörs av förslaget. Motionärerna avvisar även ändringen av titulaturen från överläkare till chefsöverläkare och övriga föreslagna konsekvensändringar vad gäller det samlade ledningsansvaret.

Även i *motion 1989/90:So15 av Daniel Tarschys m.fl. (fp)* yrkas avslag på förslaget om ett samlat ledningsansvar. Motionärerna hänvisar bl.a. till att de landsting som önskar tillämpa den i propositionen föreslagna ordningen kan göra det redan i dag. Motionärerna anser inte att socialstyrelsen har någon överlägsen förmåga att bedöma vilken ledningsorganisation som är mest ändamålsenlig i det enskilda fallet. Enligt motionärernas uppfattning är det inte heller självklart att den

medicinskt mest kompetente alltid är bäst skickad att bära det administrativa ansvaret. Motionärerna hänvisar till att utbildningsnivån under senare år höjts för all hälso- och sjukvårdspersonal och att det på många områden i stor utsträckning tillämpas lag- och teamarbete. Särskild inom de delar av sjukvården som rymmer stora moment av omvårdnad anser man att sjuksköterskor är väl skickade att utöva ett administrativt ledningsansvar.

I *motion 1989/90:So11 av Karin Israelsson m.fl. (c)* yrkas dels avslag på propositionen (*yrkande 1*), dels ett tillkännagivande till regeringen om vad som anförs i motionen som sammanfattande helhetsomdöme (*yrkande 2*). Motionärerna ifrågasätter behovet av lagstiftning på området och anser det viktigt att finna lösningar som tillgodoser de behov av nyordning som behövs för hälso- och sjukvården. Det behövs en helt ny organisation som bättre motsvarar patientens krav på flexibilitet, närhet och effektivitet. Motion *So11 (c)* innehåller också en begäran om ett tillkännagivande till regeringen om vad som anförs i motionen om ett samlat ledningsansvar (*yrkande 3 delvis*). Motionärerna efterlyser bl.a. en bättre utbildning i administrativa frågor. För att ett samlat ledningsansvar skall kunna fungera krävs att läkare och övrig sjukvårdspersonal befrias från en mängd onödiga administrativa uppgifter, anförs det också i motionen. Klinikchefen bör med sådana ändringar som nämns i motionen mycket väl kunna ta det administrativa ledningsansvaret.

Även *motionerna 1989/90:So14 av Lars Werner m.fl. (vpk)* och *1989/90:So18 av Anita Stenberg m.fl. (mp)* innehåller avslagsyrkanden (*yrkande 1* i resp. motion). I vpk-motionen anförs att en lagstiftning som ger läkarna, utom undantagsvis, hela ledningsansvaret motverkar möjligheterna att ge detta ansvar till den mest kompetente. En sådan lag minskar även landstingskommunernas möjlighet att organisera ledningsfrågorna efter de lokala förutsättningarna. Lagförslaget motverkar också decentraliseringssträvandena att hälsovårdsorganisationen skall ligga så nära patienten som möjligt och att denne skall ha möjligheter att påverka den vård som ges. I mp-motionen begärs en omarbetning av förslaget och ett tillkännagivande till regeringen om att huvudmannen själv skall ha möjlighet att avgöra vilken kompetens som bäst behövs hos den som skall leda olika delar av verksamheten (*So18 yrkande 2*). Benämningen huvudläkare på den ledningsansvarige läkaren bör utgå, yrkas det också (*yrkande 3*).

I flera motioner framförs uppfattningen att frågan om ledningsansvaret bör utredas vidare. I *motion 1989/90:So11 (c)* anförs bl.a. att ansvaret och befogenheterna hos de olika yrkeskåren inom sjukvården behöver definieras ytterligare. Innan detta är genomfört anser man det närmast ogörligt att ta ställning till vem som i alla lägen har bäst kompetens. Tillsynsutredningen (S 1987:03) bör enligt motionärerna få tilläggsdirektiv att belysa dessa frågor. Motionen innehåller en begäran om tillkännagivande till regeringen om vad som anförs i denna del (*yrkande 5*). Även i *motionerna 1989/90:So14 (vpk) yrkande 2* och *1989/90:So17 av Margitta Edgren och Lola Björkquist (båda fp)* finns

motsvarande yrkanden. I *motion 1989/90:So18 (mp)* begärs ett tillkännagivande till regeringen om att en översyn och omarbetning av förslaget i propositionen bör ske skyndsamt (*yrkande 7*).

Motioner om en utredning av psykologers ansvarsförhållanden behandlas under nästa avsnitt.

Annan ledningsansvarig person

I ett flertal motioner framförs uppfattningen att även andra personal-kategorier än läkare bör kunna ha ledningsansvar.

I *motion 1989/90:So11 (c)* hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts i detta hänseende (*yrkande 4*). Motionärerna hänvisar till att många sjukvårdsutbildade besitter en hög medicinsk kompetens genom bl.a. utbildning och lång erfarenhet av arbetet. Denna kompetens bör tas till vara bättre. Detta skulle enligt motionärerna kunna ske genom att till posten som klinikchef i högre utsträckning utsågs exempelvis vidareutbildade sjuk-sköterskor. För ett samlat ansvar krävs också kunskaper i omvårdnads-frågor.

Liknande synpunkter framförs i *motion 1989/90:So13 av Barbro Westerholm och Ingrid Ronne-Björkqvist (båda fp)* i vilken också begärs ett tillkännagivande om vad som anförts i motionen om enheter som bör kunna ledas av andra befattningshavare (*yrkande 2*). Motionärerna anför att en sjuksköterska ofta kan vara lämplig att ha det administrativa ledningsansvaret eftersom arbetsuppgifterna där främst gäller omvårdnad. På geriatriska kliniker och habiliteringskliniker kan det vara lämpligt att en sjukgymnast eller arbetsterapeut har det administrativa ledningsansvaret. Motionärerna framhåller vikten av att det öppnas nya karriärvägar för hälso- och sjukvårdspersonal med olika utbildningar. Därmed underlättas rekryteringen och risken minskar att bra yrkesfolk lämnar hälso- och sjukvården. Motsvarande synpunkter framförs också i *motion 1988/89:So546 av Bengt Westerberg m.fl. (fp)* (*yrkande 2*).

I några motioner från allmänna motionstiden 1989 tas frågan om psykologernas ansvarsförhållanden upp. I *motion 1988/89:So428 av Gullan Lindblad och förste vice talman Ingegerd Troedsson (båda m)* hemställs att riksdagen hos regeringen anholder om utredning och förslag beträffande psykologers ansvarsförhållanden inom främst barn- och ungdomspsykiatri samt allmänpsykiatri i enlighet med vad som anförts i motionen. Motionärerna anför bl.a. att det inom hälso- och sjukvården finns behov av och används kunskaper från andra fristående verksamheter än den strikt medicinsk-biologiska. Det påtalas i motionen att det i dag finns vetenskapliga företrädare och tillämpare inom den psykologiska disciplinen som också har en legitimation som markerar den kompetens som de besitter inom bl.a. hälso- och sjukvården. Motionärerna anser det inte relevant att dessa yrkesutövare skall vara underställda andra yrkesutövare med kompetens inom andra verksamhetsfält. Motionärerna framhåller vikten av kontinuitet i vården. En sådan skulle lättare kunna upprätthållas om den som fått

ansvaret för en behandling också får det fulla patientansvaret. Motionärerna anser att en psykolog borde kunna tilldelas de befogenheter som ett odelat patientansvar innebär. Ett speciellt psykologiskt patientansvar jämställt och utbytbart mot det medicinska ledningsansvaret borde kunna åläggas gruppen legitimerade psykologer. Motionärerna anser att psykologernas ansvarsförhållanden bör utredas. Det kan lämpligen göras inom tillsynsutredningens ram.

Likalydande yrkanden finns i *motionerna 1988/89:So413 av Gudrun Schyman och Rolf L Nilson (båda vpk) och 1988/89:So407 av Siw Persson (fp)*. Motiveringen i motionerna är densamma.

Delegering av arbetsuppgifter

Enligt propositionen skall chefsöverläkaren kunna uppdra åt kompetenta och erfarna befattningshavare vid enheten att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Det konstateras att chefsöverläkaren kommer att ställas inför många svåra avgöranden där det gäller att samtidigt tillgodose delvis motstridiga intressen, såsom kraven på god kvalitet, patientsäkerhet, effektivitet och ekonomi. För att han skall kunna klara sina omfattande och mångskiftande uppgifter anses det inte sällan bli nödvändigt för honom att delegera enskilda ledningsuppgifter till sina medarbetare. Delegeringen av ledningsuppgifter utvecklas särskilt på s. 30 ff. i propositionen.

I propositionen anförs att det i ledningsansvaret natur ligger att det inte är möjligt för chefsöverläkaren att överlåta det samlade ledningsansvaret till någon annan genom delegering eller på något annat sätt. En sådan överlåtelse anses förutsätta ett uttryckligt lagstöd. Chefsöverläkarens ledningsansvar för verksamheten vid enheten anses odelbart. Ansvarets odelbarhet anses vidare innebära att det inte är tillåtet att genom delegering överföra det samlade ledningsansvaret för en viss del, sektor eller liknande av enheten på någon annan. En annan sak anses dock överlåtelse av enskilda ledningsuppgifter vara. Att chefsöverläkaren kan lägga sådana uppgifter på någon annan anses vara lämpligt i många fall och i vissa fall nödvändigt.

Chefsöverläkaren avgör själv om och till vem en viss ledningsuppgift skall delegeras. Att han vid dessa bedömningar måste beakta förhållanden såsom verksamhetens organisation anses vara en självklarhet. Ledningsuppgifter anses därför kunna delegeras endast till personer som har sådana befattningar i organisationen att de praktiskt har möjlighet att utföra dem. Chefsöverläkaren anses vara tvungen att följa den gällande organisationen när han delegerar ledningsuppgifter.

I departementspromemorian ansågs delegeringsrätten vara av sådan beskaffenhet att den borde omgärdas av särskilda föreskrifter i HSL. Socialministern anför med anledning härav i propositionen att det är angeläget att förutsättningarna för en flexibel organisation inte begränsas i onödan och att särskilda bestämmelser som begränsar chefsöverläkarens handlingsutrymme vid delegering av ledningsuppgifter kan avvaras.

I *motion 1989/90:So11 (c)* anförS bl.a. att det förhållandet att chefsöverläkaren skall ha ett samlat ledningsansvar innebär att överläkarnas och distriktsöverläkarnas lagreglerade ställning som ytterst ansvariga för den medicinska verksamheten upphör. Motionärerna framhåller den allmänmedicinska verksamhetens särart och distriktsläkarens självständiga ställning i sitt arbete. Detta fordrar fortsatt medicinskt ledningsansvar för varje distriktsläkare. Om detta inte kan genomföras får chefsöverläkarens ledningsansvar kombineras med långtgående delegering till primärvårdens specialistkompetenta patientansvariga läkare. Motionärerna begär ett tillkännagivande till regeringen om detta (*yrkande 3 delvis*).

I *samma motion* begärs också ett tillkännagivande om delegeringens betydelse (*yrkande 6*). Motionärerna anknuter till propositionens uttalanden om chefsöverläkarens möjligheter att delegera enskilda ledningsuppgifter och framhåller att det är viktigt att delegering av chefsöverläkarens administrativa uppgifter sker även till andra yrkesgrupper än läkare. Enligt motionärerna föreligger det en risk att det inte blir så många uppgifter kvar att delegera om ledningsuppgifter avseende diagnostik samt vård och behandling skall förbehållas specialistkompetenta läkare. Därför kan också delegeringens praktiska betydelse ifrågasättas.

Utskottets bedömning

Frågan om ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården har övervägts vid åtskilliga tillfällen under senare år. Före år 1971 hade överläkaren vid varje klinik ett samlat ledningsansvar för den medicinska verksamheten. År 1971 infördes dock en möjlighet för sjukvårdshuvudmannen att ha flera överläkare på en och samma klinik, varje överläkare med ett självständigt medicinskt ledningsansvar för det verksamhetsområde inom kliniken/enheten som sjukvårdshuvudmannen bestämt. När det fanns mer än en överläkare på kliniken skulle det administrativa ledningsansvaret anföras åt en av överläkarna (klinikchefen) som en särskild tilläggfunktion. Införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) år 1983 innebar att endast det medicinska ledningsansvaret lagfästes. Syftet var att ge sjukvårdshuvudmännen bättre möjligheter att anpassa organisationen till lokala behov och förutsättningar. I propositionen och under riksdagsbehandlingen förutsattes dock att ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården skulle utredas vidare. År 1984 lade den s.k. ÖVA-utredningen fram sitt förslag.

Förslaget fick dock ett blandat mottagande. Efter en ytterligare utredning inom socialdepartementet, ny remissbehandling och beredning i regeringskansliet har regeringen nu lagt fram förslag om ett lagreglerat samlat ledningsansvar för läkare vid vissa enheter inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Den nuvarande regleringen av det medicinska ledningsansvaret har utsatts för stark kritik, särskilt från sjukvårdshuvudmännen och vissa fackliga organisationer. I kritiken framhålls främst att bestämmelserna innebär hinder för en flexibel organisation och en rationellt bedriven

verksamhet. Bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret synes också kunna innebära ett hinder för den organisatoriska utvecklingen av verksamheten. Utvecklingen som rör exempelvis akutverksamhet, gemensamma vårdavdelningar och central intagning till sjukhem försvåras. Gränsen mellan administrativt och medicinskt ledningsansvar tycks vara svår att dra. Likaså synes gränsen mellan överläkarens resp. distriktläkarens medicinska ledningsansvar och övrig personals yrkesansvar i vissa avseenden vara oklar.

I syfte att få frågorna kring ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården ytterligare belysta har utskottet hållit en utfrågning med företrädare för socialdepartementet, socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Landstingsförbundet, SACO och TCO. Utskottet kan konstatera att det vid utfrågningen rörde stor enighet om behovet av ett samlat ledningsansvar för den offentliga hälso- och sjukvården för att patienternas säkerhet i vården skall kunna garanteras och för att hälso- och sjukvårdens resurser skall användas effektivt. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har påtalat att den hittillsvarande regleringen av ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården inte sällan medfört problem när det gällt att fastställa ansvaret för felaktiga åtgärder som vidtagits i vården. I praktiken har det rått oklarhet om vad som ingått i det medicinska ledningsansvaret.

Landstingsförbundet och TCO har vid utfrågningen ifrågasatt om det är nödvändigt att lagstifta om ett samlat ledningsansvar. Landstingsförbundet har dock förklarat att förbundet hellre ser ett lagreglerat samlat ledningsansvar än nuvarande reglering. Från TCO har framförts kritik mot att det samlade ledningsansvaret endast skall kunna anförtrors läkare. Enligt TCO finns det fler personalkategorier som bör kunna komma ifråga för ett samlat ledningsansvar. Det väsentliga måste vara att se till att den som anförtrors ett sådant ledningsansvar har den nödvändiga kompetensen för uppgiften. Inom SACO är man enig om att ett samlat ledningsansvar bör lagregleras. Man är också enig om att det samlade ledningsansvaret bör anförtrors en chefsöverläkare när det gäller verksamhet inom den somatiska vården som har stor betydelse för patientsäkerheten. Läkarförbundet anser att samma synsätt bör tillämpas även inom psykiatrin. Psykologförbundet har inställningen att det inom psykiatriens enheter för diagnos och vård och behandling bör vara möjligt att anförtra legitimerade psykologer ett samlat ledningsansvar.

Landstingsförbundet liksom vissa motionärer har ifrågasatt om det bör uppdras åt regeringen eller socialstyrelsen att föreskriva vid vilka enheter det skall finnas chefsöverläkare.

Utskottet delar grundsynen i propositionen att den offentliga hälso- och sjukvården i allt väsentligt måste bedrivas enligt samma organisatoriska principer som annan verksamhet i samhället. Sjukvårdshuvudmännen måste enligt utskottet i princip ha frihet att organisera verksamheten på det sätt som de själva finner mest rationellt med hänsyn bl.a. till lokala förutsättningar och behov samt till utvecklingen på området. Hälso- och sjukvården består av många olika verksamhetsgre-

nar med stora skillnader i storlek och inriktning. Hälso- och sjukvården är en dynamisk verksamhet som undergår stora förändringar. Inskränkningar i sjukvårdshuvudmännens frihet att organisera verksamheten bör göras endast i den mån särskilda skäl kräver det. Samtidigt måste också konstateras att hälso- och sjukvården är en speciell verksamhet. Hänsynen till patienternas säkerhet kan motivera inskränkningarna i sjukvårdshuvudmännens frihet. Inskränkande bestämmelser måste självklart utformas så att de inte motverkar en rationell verksamhet.

I propositionen föreslås nu att ett lagreglerat ledningsansvar för vissa läkare bibehålls men att det begränsas till enheter för diagnos eller vård och behandling och under förutsättning att ett ledningsansvar för läkare behövs med hänsyn till patientsäkerheten.

Frågan är då om ledningsansvaret bör lagregleras och om det i så fall endast bör läggas på vissa läkare.

Utskottet konstaterar att ledningsansvaret i propositionen begränsats till sådana enheter där patientsäkerheten kräver ett samlat ledningsansvar för en läkare med specialistkompetens och insikter i administrativa och ekonomiska frågor. Hänsynen till patienternas säkerhet i vården och till att ansvaret för felaktiga åtgärder i vården måste kunna klarläggas motiverar, enligt utskottet, den inskränkning i sjukvårdshuvudmännens frihet som föreslås i propositionen. Utskottet kan inte finna att bestämmelsen så som den utformats i regeringens förslag strider mot kravet på att hälso- och sjukvården liksom all annan verksamhet skall ledas av den som just i detta sammanhang är mest kompetent för uppgiften. Utskottet konstaterar vidare att en stor del av den offentliga hälso- och sjukvården enligt förslaget inte kommer att omfattas av något lagreglerat ledningsansvar. Under utfrågningen har nämnts att hälften av alla slutenvårdsplatser kan förväntas falla utanför det lagreglerade området. Inom den i detta avseende sålunda oreglerade delen av hälso- och sjukvården kan alltså andra personalkategorier, t.ex. sjuksköterskor och psykologer, komma ifråga för ett samlat ledningsansvar. Att i författning föreskriva att hälso- och sjukvården skall ledas av den för uppgiften mest kompetente ger knappast någon ledning för den som skall tillämpa bestämmelsen. En sådan bestämmelse har därför inte heller någon större betydelse för patientsäkerheten. Syftet med bestämmelser om t.ex. ledningsansvar och om behörighet är naturligtvis att på ett mera preciserat sätt garantera att den mest kompetente får ansvaret för verksamheten. Att det överlag krävs hög kompetens hos dem som arbetar i och leder hälso- och sjukvården följer redan av flera paragrafer i HSL, bl.a. 2 a § om kraven på hälso- och sjukvården.

Vad särskilt gäller andra personalkategoriernas möjligheter att leda verksamhet inom hälso- och sjukvården anför i propositionen att det finns många områden inom sjukvården där även andra kompetenta personer än läkare bör kunna svara för ledningen av arbetet. Propositionen nämner avdelningar för sjukhusfysik och annan teknisk verksamhet, sjukgymnastik och arbetsterapi, kuratorsverksamhet, logoped-

verksamhet, hemsjukvård och verksamhet vid sjukhem. Det nämns också särskilt att det även inom psykiatrin kan finnas enheter som inte nödvändigtvis måste ha en läkare i ledningen för verksamheten.

Utskottet delar den grundläggande inställningen som finns i flertalet av de nu aktuella motionerna att det är viktigt med en personalpolitik som kan skapa utrymme för eget ansvar och engagemang i vårdarbetet och att möjligheterna för bl.a. sjuksköterskor och psykologer att få ansvar utöver yrkesansvaret och leda verksamhet bör tas till vara. Utskottet ser inte någon egentlig motsättning mellan vad som anförs i propositionen och motionerna i dessa delar.

Socialutskottet har vid flera tillfällen, framför allt i samband med behandlingen av personalförsörjningsfrågorna inom vården, framhållit betydelsen av att det riktas en större uppmärksamhet mot frågor om ändrad arbetsorganisation och ett förändrat arbetsinnehåll för vårdpersonalen. Utskottet har också framhållit att det behövs en personalpolitik som kan skapa mer utrymme för eget ansvar och engagemang i vårdarbetet.

Vid utfrågningen rådde — som redan framhållits — stor enighet om att ledningsansvaret av patientsäkerhetsskäl och effektivitetsskäl bör vara samlat, dvs. avse såväl det medicinska som det administrativa ansvaret. Även i propositionen och vid den remissbehandling som föregick propositionen har detta framförts. Utskottet instämmer i förslaget att ledningsansvaret bör vara samlat. Det är angeläget att sjukvårdshuvudmannen är mycket tydlig när det gäller att bestämma vilka uppgifter en chefsöverläkare skall ha. En skriftlig handling bör upprättas med angivande av dessa uppgifter. Ledning vid angivande av uppgifterna ges i propositionen, bl.a. i uppräkningsdelen av de viktigaste uppgifterna för sådana läkare (prop. s. 48). Utskottet återkommer inom kort till frågan om delegering av enskilda ledningsuppgifter.

I propositionens förslag till ny lydelse av 14 § första stycket HSL anges i generella termer vilka enheter som bör omfattas av ett samlat ledningsansvar för vissa läkare. Frågan är då om regeringen eller socialstyrelsen bör kunna meddela mera detaljerade bestämmelser om detta. I 14 § tredje stycket föreslås ett bemyndigande att meddela sådana bestämmelser. Värde härav ifrågasätts i motion So15 (fp). Det har också ifrågasatts av landstingsförbundet vid utfrågningen.

Som tidigare framhållits bör huvudmännen ha stor frihet att organisera hälso- och sjukvården eftersom det ger de bästa förutsättningarna för en god vård. Det bör finnas särskilda skäl, t.ex. hänsyn till patientsäkerheten, för att inskränka denna frihet. I detta sammanhang måste emellertid beaktas att viktiga uppgifter i annan lagstiftning av patientsäkerhetsskäl eller rättssäkerhetsskäl lagts på de ledningsansvariga läkarna. Det gäller t.ex. LSPV och transplantationslagen.

Utskottet anser att det — utan nackdelar för patientsäkerheten — bör kunna ankomma på sjukvårdshuvudmännen att själva bestämma vilka enheter som enligt första stycket omfattas av ledningsansvar och vilka enheter som lämnas utanför. Därvid förutsätter emellertid utskottet att sjukvårdshuvudmännen beaktar även bestämmelserna i annan

lagstiftning om uppgifter för ledningsansvariga läkare. Till ledning för huvudmännen bör socialstyrelsen meddela allmänna råd. Styrelsen bör också i sin tillsyn följa utvecklingen och, om det behövs, föreslå ändringar.

I propositionen anförs att vid en lagreglering av ett samlat ledningsansvar vid vissa enheter inom hälso- och sjukvården, på samma sätt som för närvarande är fallet beträffande det medicinska ledningsansvaret, ledningsfrågor som gäller t.ex. vem som är ledningsansvarig vid en sådan enhet och ledningsansvarets omfattning och innehåll inte omfattas av bestämmelserna i lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL). Det betonas i propositionen att det enbart är i sådant avseende där det finns författningsföreskrifter som hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation undantas från det förhandlingsbara området enligt MBL. För övriga frågor gäller liksom hittills, under förutsättning att frågorna berör förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare, MBLs regelsystem fullt ut. Som exempel på sistnämnda slag av frågor nämner propositionen verksamhetsplanering, upprättande av budget, rekryteringsprinciper, tjänstetillsättningar, utbildningsfrågor samt organisationsförändringar som inte griper in på den lagreglerade ledningsfunktionen. Den av utskottet föreslagna ändringen av propositionens förslag till lagreglering av ledningsansvaret bör, enligt utskottet, inte innebära någon ändring när det gäller tillämpligheten av MBL.

När det gäller frågan om delegering av enskilda ledningsuppgifter har utskottet inte något att erinra mot förslaget i propositionen. Genom delegering kan naturligtvis även andra personalkategorier än läkare få viktiga ledningsuppgifter. Förslagen i propositionen innebär att delegering av ledningsansvar kommer att ske i betydligt större utsträckning än tidigare. Detta ökar ytterligare kraven på att delegeringen sker på ett riktigt sätt. Utskottet vill kraftigt stryka under vad som sägs i propositionen, nämligen att delegering måste ske på ett klart och entydigt sätt. Det får inte föreligga någon oklarhet beträffande den uppgift som delegeras eller innebörden av delegeringen. Det är därför nödvändigt att utforma sådana rutiner för delegeringsförfarandet att missförstånd så långt det är möjligt förhindras. Landstingsförbundet bör överväga att efter samråd med socialstyrelsen i syfte att åstadkomma viss enhetlighet utarbeta underlag för sjukvårdshuvudmännen i fråga om delegering av ledningsansvaret.

Sammanfattningsvis godtar utskottet författningsförslaget i propositionen så vitt avser 14 § första och andra styckena HSL. Tredje stycket i samma paragraf bör emellertid utgå av skäl som nyss sagts. Med hänsyn härtill bör också orden "med det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer" i första stycket kunna utgå. Detta innebär ingen saklig ändring. Landstingskommunen beslutar själv om enhetsfördelningen. Detta framgår som lagrådet framhållit redan av avfattningen av 3-9 § HSL. Behovet av ett påpekande om landstingens bestämmanderätt minskar dessutom när tredje stycket utgår.

Utskottet har utarbetat ett nytt förslag till lydelse av 14 § HSL. Detta fogas till betänkandet som *bilaga 2*. Utskottet föreslår att riksdagen, med anledning av propositionen och motionerna So11 (c) yrkandena 1-6, So12 (m) yrkande 1, So13 (fp) yrkande 2, So14 (vpk) yrkandena 1 och 2, So15 (fp), So17 (fp), So18 (mp) yrkandena 1-3 och 7, 1988/89:So407 (fp), 1988/89:So413 (vpk), 1988/89:So428 (m) samt 1988/89:So546 (fp) yrkande 2, antar det av utskottet framlagda förslaget till lydelse av 14 § HSL.

Behovet av sjukvårdsadministrativ utbildning

Motion 1989/90:So13 (fp) tar särskilt upp behovet av utbildning och erfarenhet av administrativt arbete och ledningsuppgifter för läkare och begär ett tillkännagivande om detta (*yrkande 1*). Motionärerna betonar att de läkare som skall inneha ett samlat ledningsansvar måste ha tillräcklig kompetens för uppgiften såväl medicinskt som administrativt. För att läkare med god kompetens och goda ledaregenskaper skall kunna rekryteras krävs att läkare tidigt under utbildning/karriärgång erhåller särskild utbildning och får erfarenhet av administrativt arbete.

I *motion 1988/89:So12 (m)* framhålls att den administrativa ledningen av en klinik eller en vårdcentral är av alldeles speciell natur och kräver kunskaper över ett brett fält. Enligt motionärerna är det en brist att det i Sverige i dag inte finns någon högkvalificerad utbildning av sjukvårdsadministratörer. I USA förekommer en sådan fyraårig utbildning innefattande ekonomi, administration och sjukvård. En sådan modell vore värd att studera även för svensk del. Den skulle kunna organiseras som en komplettering till annan utbildning, eller utgöra en enhetlig studiegång. Motionärerna anser att förutsättningarna för en sådan utbildning bör utredas och begär ett tillkännagivande om detta (*yrkande 2*).

När det gäller den ledningsansvarige läkarens kompetens anförs i propositionen att chefsöverläkaren skall ha en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Det förutsätts att han har insikter i administrativa och ekonomiska frågor samt besitter de personliga egenskaper som utmärker en god ledare. Det konstateras i propositionen att enheterna där det blir fråga om att ha ett samlat ledningsansvar behöver ha en viss storlek, normalt motsvarande ungefär en klinik på ett sjukhus. Med gällande bestämmelser beträffande medicinska specialiteter innebär detta att enheterna ofta kommer att inrymma flera specialiteter. Det anses orimligt att begära att chefsöverläkaren skall ha specialistkompetens inom alla specialiteter inom enheten utan det måste krävas att chefsöverläkaren har en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten. Specialistkompetensen måste vara av väsentlig betydelse för enhetens verksamhet. Vilken specialistkompetens som kan godtas för en viss enhet anses vara en fråga för sjukvårdshuvudmannen i det enskilda fallet.

När det gäller chefsöverläkarens kompetens i övrigt framhålls i propositionen att han måste ha sådana insikter och erfarenheter att han rätt kan bedöma hur olika ledningsuppgifter bör utföras och hur patienterna bör fördelas på läkarna vid enheten. Han måste även ha förmåga att överblicka olika tänkbara alternativ i fråga om vård och behandling som ligger utanför hans egen specialitet samt sätta sig in i konsekvenserna av dessa alternativ. Det anses också nödvändigt att chefsöverläkaren har administrativa och ekonomiska insikter. Härutöver tillkommer krav på personliga egenskaper som är utmärkande för en god ledare.

Vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg bedrivs bl.a. utbildning som leder fram till en Master of Public Health-examen. Utbildningen är tvärvetenskaplig och tvärfacklig. Utbildningen omfattar fyra huvudkurser om vardera två månader. Huvudkurserna är epidemiologi och biostatistik, samhällsmedicin, hälso- och sjukvårdsadministration samt miljömedicin. Vissa av huvudkurserna kan bytas ut mot alternativa huvudkurser. Den samlade studietiden för examen är åtta månader. Härtill kommer ett examensarbete i form av en vetenskaplig avhandling som beräknas kräva cirka ett års arbete. Fortsatta studier till doktorsexamen är också möjliga. Enstaka kurser kan genomgåas utan examen.

Särskild utbildning i sjukvårdsadministration anordnas också som lokala linjer inom den statliga högskolan och vid vissa kommunala vårdhögskolor. Lokala linjer finns bl.a. i Uppsala och Örebro. Utbildningen, som omfattar 60 poäng, vänder sig till medicinskt utbildad personal som läkare, sjuksköterskor m.fl. men också till förvaltningspersonal.

Hösten 1989 anordnades en s.k. NLV-kurs inom ramen för läkarnas specialistutbildning med inriktning på ekonomi och sjukvårdsadministration. Ytterligare sådana kurser planeras och kommer att genomföras under det närmaste året.

Landstingsförbundet anordnade tidigare s.k. FAL-kurser med utbildning i sjukvårdsadministrativa frågor som fort- och vidareutbildning för läkare. Sådana FAL-kurser finns i viss mån fortfarande kvar under landstingskommunalt huvudmannaskap men i mindre omfattning. Det pågår också ett arbete att öka inslagen av sjukvårdsadministration i läkarutbildningen.

Det kan i sammanhanget också nämnas att en institution för medicinsk ekonomi är under uppbyggnad vid Huddinge sjukhus.

Utskottet gör följande bedömning.

Utskottet delar uppfattningen att det är angeläget att de läkare som skall ha ett samlat ledningsansvar har hög kompetens både när det gäller det medicinska och det administrativa området. Detta framhålls också särskilt i propositionen. Utskottet ser inte någon egentlig motsättning mellan vad som anförs i propositionen och i motion So13 (fp) i detta hänseende. Det är givetvis angeläget att läkarna under sin utbildning eller karriärgång får utbildning i sjukvårdsadministrativa

frågor och tillräcklig erfarenhet av sådana arbetsuppgifter. Utskottet förutsätter att behovet av särskild utbildning för läkare i administrativa frågor också beaktas under den översyn av läkarnas specialistutbildning som för närvarande pågår. Något tillkännagivande till regeringen i enlighet med vad som yrkas i motion So13 (fp) är dock enligt utskottet inte påkallat. Yrkande 1 i motionen avstyrks därför.

Vad sedan gäller frågan om införande av en särskild sjukvårdsadministrativ utbildning konstaterar utskottet att en sådan utbildning redan finns bl.a. vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Sjukvårdsadministrativ utbildning förekommer också som lokala linjer och som fristående kurser vid högskolan. Utbildning kan också anordnas som särskild uppdragsutbildning.

Utskottet instämmer i motionärernas grundsyn att det behövs en god kompetens i sjukvårdsadministrativa frågor inom hälso- och sjukvården. Som framgått i det föregående finns redan utbildning på området och ytterligare utbildning planeras. Utskottet anser det inte påkallat med någon utredning i enlighet med vad som begärs i motion So12 (m). Därför avstyrker utskottet yrkande 2 i motionen.

Indelning i verksamhetsområden

I *motion 1989/90:So11 (c)* begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad som anförs i motionen om omfattningen av en chefsöverläkares verksamhetsområde (*yrkande 7*). Motionärerna anför att man med verksamhetsområde i propositionen torde avse specialitet. Med detta anses följa att chefsöverläkaren måste vara specialistkompetent och att en enhet bör omfatta en klinik. Enligt motionärerna är det dock inte klarlagt hur det verksamhetsområde som chefsöverläkaren skall ansvara för definieras, t.ex. när det gäller gemensamma avdelningar, storkliniker etc. Motionärerna anser det angeläget att sjukvårdshuvudmännen klart definierar de olika verksamhetsområdena.

Som framgått av den tidigare redovisningen skall chefsöverläkarens ledningsansvar omfatta den totala verksamheten vid enheten. Hur stor en enhet skall vara anses huvudmannen böra avgöra med hänsyn till lokala förutsättningar, verksamhetens art och inriktning m.m. Allmänt har det i propositionen bedömts lämpligt att enheten har en storlek som motsvarar ungefär den nuvarande klinikens. Beträffande den öppna vården har det i propositionen inte ansetts möjligt att ange något riktmärke för enheternas storlek. Där har lokala förutsättningar och önskemål ansetts böra vara avgörande. Det anförs vidare att utvecklingen mot gemensamma avdelningar och patienthotell liksom primärvårdens utbyggnad och struktur kan bli av betydelse för den organisatoriska indelningen. Enheten anses inte behöva vara geografiskt begränsad till t.ex. ett sjukhus eller en vårdcentral utan kunna omfatta verksamhet både inom och utom ett sjukhus och verksamhet vid flera vårdinrättningar. Det framhålls i propositionen att verksamhetsområde inte betyder detsamma som specialitet. Enhetens verksamhetsområde kan således inrymma en eller flera specialiteter.

I propositionen framhålls att huvudmannen bör bestämma verksamhetsområdet för den enhet som chefsöverläkarens ledning skall avse. I propositionen har förutsatts att en enhet normalt kommer att ha en storlek som motsvarar ungefär den nuvarande klinikens. Det har framhållits att en enhet kan inrymma mer än en specialitet. För den öppna vården har det ansetts svårare att ange något riktmärke. I förslaget framhålls vidare att utvecklingen mot gemensamma avdelningar, patienthotell och primärvårdens utbyggnad kan bli av betydelse för den organisatoriska indelningen. Utskottet har ingen erinran mot det anförda. Motion So11 (c) yrkande 7 avstyrks därför.

Jourverksamhet

I propositionen anføres att en av många uppgifter för chefsöverläkaren är att organisera jourverksamheten, dvs. den nödvändiga hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs utom ordinarie arbetstid. Det anses vara en uppgift för chefsöverläkaren att efter huvudmannens riktlinjer se till att jourverksamheten organiseras på ett sådant sätt att den motsvarar HSLs krav. Chefsöverläkaren anses svara för kvaliteten och säkerheten i jourverksamheten inom sin enhet. Chefsöverläkaren skall se till att de läkare som ansvarar för jourverksamheten har tillräcklig kompetens för uppgiften. Utgångspunkten är att enhetens verksamhet skall vara så organiserad och ha en sådan inriktning att patienternas säkerhet kan tillgodoses på ett betryggande sätt dygnet om. Detta anses dock inte innebära att den läkare som är ansvarig för den s.k. bakjouren måste var specialistkompetent inom mer än en av de specialiteter som jourverksamheten omfattar. Däremot anses vårdkvaliteten och patienternas säkerhet i vården förutsätta att den jouransvarige läkaren allmänt sett har tillräckliga förutsättningar för uppgiften. Enligt propositionen anses ingenting hindra att berörda chefsöverläkare, inom ramen för vad sjukvårdshuvudmannen har bestämt om jourverksamheten, anordnar s.k. samjour även i bakjourledet mellan olika specialiteter och verksamhetsområden eller mellan olika sjukhus och vårdcentraler under förutsättning att kvaliteten och säkerheten i vården kan garanteras.

Hur jourverksamheten närmare skall organiseras skall enligt förslaget vara en fråga för sjukvårdshuvudmannen och de berörda chefsöverläkarna. Det påtalas i propositionen att förutsättningarna kan vara helt olika mellan stora och små sjukhus.

När det gäller den s.k. primärjouren, anføres i propositionen, att det för patientens säkerhet i vården är viktigt att den läkare som har sådan jour har legitimation för läkaryrket. Detta innebär att läkare under allmäntjänstgöring, s.k. AT-läkare, inte självständigt bör upprätthålla bakjour. Det påpekas dock att det i avvaktan på en jämnare fördelning av läkare inom landet torde vara nödvändigt att ännu en tid godta att erfarna AT-läkare i vissa fall svarar för primärjourerna.

I motion 1988/89:So11 (c) instämmer motionärerna i uppfattningen att endast den läkare som erhållit legitimation skall ha primärjour. Motio-

närerna anser det dessutom önskvärt att all legitimerad läkarpersonal deltar i jourverksamheten under hela sin aktiva läkartid. I dag är de högre läkartjänsterna endast förknippade med bakjourer i hemmen, dvs. de kallas in endast vid särskilt behov. Ett system för bättre samordning av läkares jourverksamhet framhålls också som nödvändigt om en god vård skall kunna bedrivas. På större sjukhus med olika jourer för olika medicinska specialiteter måste samarbete mellan jourgrupperna bedrivas mer effektivt för att en avlastning skall ske. Motionärerna begär ett tillkännagivande till regeringen om vad som anförs om jourverksamheten i motionen (*yrkande 8*).

Utskottet gör följande bedömning.

Utskottet har ingen erinran mot uttalandena i propositionen i denna del. Utskottet kan inte finna att det föreligger någon egentlig motsättning mellan vad som sägs i propositionen och i motionen. Den närmare organisationen av jourverksamheten är enligt utskottet en fråga för sjukvårdshuvudmannen och de berörda chefsöverläkarna. Något tillkännagivande till regeringen är enligt utskottet inte påkallat. Motion Sol1 (c) yrkande 8 avstyrks därför.

Patientansvarig läkare

Propositionen

I proposition 1989/90:81 läggs också fram förslag om patientansvarig läkare. Enligt förslaget skall det vid de enheter inom hälso- och sjukvården som leds av en chefsöverläkare för varje patient finnas en ansvarig läkare. En sådan skall vara legitimerad. Chefsöverläkaren skall utse patientansvarig läkare.

Förslaget om patientansvarig läkare anses innebära betydande förbättringar vad gäller kontinuiteten i vården men också att ansvaret för patienten blir mera entydigt än vad som är fallet i dag. Det sistnämnda anses särskilt viktigt vid stora sjukhus. I propositionen anförs vidare att skyldigheten att utse patientansvarig läkare i vart fall tills vidare bör begränsas till enheter som förestås av en chefsöverläkare. Om verksamheten med patientansvariga läkare faller väl ut kan det senare bli aktuellt med en utvidgning också till andra enheter. I det sammanhanget anses det bli naturligt att ta upp frågan om möjlighet att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Socialministern framhåller att vad som sagts självfallet inte hindrar sjukvårdshuvudmannen från att organisera vården på ett sådant sätt att även andra personalkategorier kan få uppgifter i verksamheten som direkt syftar till att förbättra kontinuiteten.

När det gäller den patientansvarige läkares uppgifter anförs i propositionen att denne skall svara för att patienten undersöks så att en säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som hans tillstånd fordrar. I förekommande fall skall han samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Han skall informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som står till buds och vilken av dessa han

anser vara bäst lämpad för patienten. Om även andra läkare deltar i olika skeden av undersöknings- och behandlingsarbetet skall det vara den patientansvarige läkaren som har huvudansvaret för att patienten informeras om åtgärderna och situationen i övrigt samt för samordningen av behandlingsåtgärderna. En viktig uppgift för den patientansvarige läkaren är att se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

Som framgått i det föregående skall uppgiften att utse patientansvarig läkare ligga på chefsöverläkaren. Denna uppgift bör, liksom andra enskilda ledningsuppgifter, enligt förslaget kunna delegeras till någon annan. Delegering bör dock endast ske till en läkare med lämplig specialistkompetens och med tillräcklig erfarenhet inom enhetens verksamhetsområde.

Fördelningen av patienter på olika läkare skall enligt propositionen kunna inrymma betydande variationer främst med hänsyn till de skilda förutsättningar som gäller för de verksamheter där patientansvariga läkare skall utses. Ofta torde det bli fråga om att utse patientansvarig läkare efter någon form av schablon. I propositionen framhålls att man så långt möjligt bör undvika att flytta över patientansvaret för en patient på någon annan läkare. Det framhålls särskilt att man så långt det är praktiskt möjligt bör sörja för att den patientansvarige läkaren har patientens fulla förtroende.

Den patientansvarige läkaren skall enligt förslaget vara legitimerad. Socialministern anför att hon är medveten om att läkarbristen i vissa delar av landet kan innebära problem när det gäller att utse läkare med tillräcklig kompetens. Hon anser dock att patienternas säkerhet i vården är så betydelsefull att hon inte är beredd att godta att läkare som ännu inte fått legitimation utses som patientansvarig läkare. Detta bör dock inte alls hindra att läkare under utbildning kan ha en aktiv roll i vården.

Motionerna

I *motion 1989/90:So12 (m)* uttalar motionärerna att förslaget om en patientansvarig läkare är positivt eftersom det ökar den enskilda patientens trygghet. Motionärerna hänvisar till att man tidigare har avvisat tanken på en chefsöverläkare. I konsekvens härmed anser man att det bör vara överläkaren vid kliniken som skall utse den patientansvarige läkaren. Motionen innehåller en begäran om ett tillkännagivande om detta (*yrkande 3*).

Inte heller i *motion 1989/90:So16 av Daniel Tarschys m.fl.* finns några egentliga invändningar mot förslaget om patientansvarig läkare. Däremot saknar motionärerna en markering av den enskildes rätt att själv välja sin egen läkare. Valfriheten är viktig för att säkerställa en förtroendefull relation mellan läkare och patient. Inom den slutna vården anses det i många fall finnas praktiska svårigheter att förverkliga detta mål. Motionärerna framhåller att den enskilde så långt som det är möjligt skall kunna påverka valet av patientansvarig läkare. Inom den öppna vården bör valfriheten för patienten vara regel, inte

undantag. Principen bör komma till uttryck i HSL. Motionärerna hemställer att riksdagen med ändring i regeringens förslag beslutar om sådan lydelse av HSL i berörda delar att kontinuitet och valfrihet för patienten i kontakterna med läkare tryggas i enlighet med vad som anförs i motionen (*yrkande 1*).

I *motion 1989/90:So11 (c)* erinrar motionärerna om att man i annat sammanhang klart slagit fast behovet av en god och nära relation mellan patient och läkare och att det inte är någon ny tanke att varje patient skall ges bättre läkarkontakt. Motionärerna menar dock att man bör satsa på den redan befintliga sjukhusorganisationen med avdelningsläkare och på att utöka denna organisation. Avdelningsläkaren bör därför vara patientansvarig. I anslutning till propositionens förslag framhåller motionärerna att man vid de byten av patientansvarig läkare som ibland blir ofrånkomliga måste se till att patienten inte lider några men av bytet. Motionärerna betonar också att inte bara den nära kontakten med läkaren är betydelsefull för patienten utan samma krav måste ställas på all vårdpersonal som patienten kommer i kontakt med. Motionärerna begär ett tillkännagivande till regeringen i dessa delar (*yrkande 9*).

I *motion 1989/90:So18 (mp)* begärs ett tillkännagivande till regeringen om att patientansvarig läkare bör utses men att dessa inte måste vara knutna till enheter som leds av chefsöverläkare (*yrkande 4*).

Tidigare utskottsbehandling

Utskottet har vid flera tillfällen tidigare behandlat frågor om kontinuitet i vården och patienternas rätt till friare val inom hälso- och sjukvården.

I betänkandet *SoU 1984/85:28* framhöll utskottet bl.a. att det utvecklingsarbete som inriktas mot att skapa kontinuitet i kontakterna mellan vårdgivare och den enskilda patienten är viktigt. Även samverkan mellan primärvård och andra vårdgivare framhölls.

I betänkandet *SoU 1987/88:27 (s. 7 f.)* behandlade utskottet ett motionsyrkande om införandet av ett husläkarsystem. Utskottet erinrade därvid om de tidigare nämnda uttalandena. Utskottet konstaterade att det fanns anledning att på nytt understryka vikten av utvecklingsarbete som syftar till att förbättra kontinuiteten i kontakterna mellan å ena sidan läkare och annan vårdpersonal och å andra sidan den enskilda patienten. Utskottet var dock inte berett att ställa sig bakom motionärernas krav på husläkarsystem.

I betänkandet *1988/89:SoU15* hänvisade utskottet inledningsvis till en undersökning som Landstingsförbundet genomfört om hur sjukvårdshuvudmännen tillämpar upptagningsområden för den öppna resp. slutna vården vilken pekat på att det finns en stor variation mellan sjukvårdshuvudmännen, men att invånarna får allt större frihet att välja vårdcentral och/eller sjukhus. Utskottet gjorde i övrigt följande bedömning (s. 12 f.).

Utskottet konstaterar — — — att det för hälso- och sjukvården gäller en rad olika krav, där respekten för patientens självbestämmande är

ett. Ett annat väsentligt krav är kontinuitet i vården. Det måste anses självklart att inte något av dessa krav på hälso- och sjukvården får försummas och att avvägningar måste göras när olika krav kommer i konflikt med varandra.

När det gäller frågorna om självbestämmande och särskilt möjligheterna att välja läkare har utskottet i det föregående kunnat konstatera att upp emot hälften av sjukvårdshuvudmännen inte tillämpar strikta upptagningsområden utan tillåter invånarna att vända sig till den sjukvårdsinrättning inom landstinget som de önskar. Utskottet vill dock uttala att det är angeläget att patienterna får kännedom om den möjlighet de har att välja t.ex. vårdcentral.

Därutöver hänvisade utskottet till att utskottet tidigare avstyrkt motionskrav på införandet av ett husläkarsystem.

Utskottets bedömning

Utskottet ser positivt på förslaget att det för varje patient skall utses en särskild patientansvarig legitimerad läkare. Hälso- och sjukvården skall enligt 2 a § HSL främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Utskottet har i olika sammanhang framhållit att kontinuiteten i vården måste förstärkas. Förslaget främjar enligt utskottet kontinuiteten. Förslaget om en patientsansvarig läkare kan också förväntas stärka patienternas ställning i vården. Det kan förväntas bli särskilt värdefullt för patienter med långa vårdtider eller ofta återkommande vårdbehov och för handikappade.

I motion So11 (c) sägs bl.a. att systemet med patientansvarig läkare bör bygga på den befintliga organisationen och att avdelningsläkaren bör vara den som skall utses till patientansvarig läkare. Utskottet ser ingen motsättning mellan vad som anförs i propositionen och motionen i denna del. Naturligtvis skall de patientansvariga läkarna utses bland de befintliga specialistkompetenta läkarna, bland dem avdelningsläkarna. Förslaget i propositionen innebär inte i sig något krav på organisatoriska förändringar av vårdarbetet.

I motion So18 (mp) framhålls att patientansvarig läkare bör utses men att dessa inte böra vara förbehållna endast vissa enheter.

I motion 11 (c) framhålls också betydelsen av en nära patientkontakt även för andra personalkategorier.

Utskottet instämmer i grundtanken att det är viktigt med en nära kontakt mellan patienter och personal. Att en lagreglering föreslås endast för läkare hänger samman med att det är för denna personalkategori som kontinuiteten främst varit ett problem. Utskottet vill framhålla att sjukvårdshuvudmännen naturligtvis bör organisera vården på ett sådant sätt att även andra personalkategorier får kontinuitet i kontakterna med patienterna. Patientansvarig läkare skall enligt förslaget utses på sådana enheter som leds av en chefsöverläkare. I propositionen sägs att om verksamheten med patientsvarig läkare faller väl ut en utvidgning till andra enheter kan övervägas senare. I det sammanhanget blir det naturligt att ta upp frågan om möjlighet bör införas att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Något

behov av ett tillkännagivande till regeringen i denna fråga föreligger inte. Motionerna Sol1 (c) yrkande 9 och Sol8 (mp) yrkande 4 i motsvarande del avstyrks.

I motion Sol12 (m) yrkas avslag på förslaget om chefsöverläkare. Mot denna bakgrund anser motionärerna att det är överläkaren som bör utse den patientansvarige läkaren. I motion Sol8 (mp) yrkas också avslag på förslaget om det samlade ledningsansvaret. Motionärerna anser ändå att patientansvarig läkare bör utses. I det föregående har utskottet ställt sig bakom förslaget om att ett samlat ledningsansvar skall införas och läggas på chefsöverläkaren. Utskottet anser i likhet med propositionen att det bör ankomma på chefsöverläkaren att utse patientansvarig läkare. Med det anförda avstyrker utskottet motion Sol12 (m) yrkande 3. Utskottet avstyrker även motion Sol8 (mp) i motsvarande del.

I motion Sol16 (fp) framhålls att patienterna måste ha rätt att påverka valet av patientansvarig läkare och att det så långt det är praktiskt möjligt bör sörjas för att den patientansvarige läkaren har patientens fulla förtroende. Uttalandena i propositionen överensstämmer således väl med grundtanken i motionen. Utskottet instämmer också i att kontakten mellan den läkare som utses att vara patientansvarig och patienten måste vara god. Ett gott samarbete dem emellan är en förutsättning för en god vård. Utskottet har vid flera tillfällen tidigare framhållit betydelsen av valfrihet och kontinuitet i vården. Att vården och behandlingen i största möjliga utsträckning måste ske i samråd med patienten följer av 2 a § HSL. Utskottet anser inte att det är möjligt att i lag ge patienten en ovillkorlig rätt att själv välja patientansvarig läkare, men utskottet förutsätter att sjukvårdshuvudmannen och chefsöverläkaren så långt det är möjligt tillmötesgår en patients önskemål när det gäller patientansvarig läkare. Utskottet avstyrker motion Sol16 (fp) yrkande 1.

Utskottet tillstyrker med det anförda regeringens förslag till ny lydelse av 13 § HSL.

Lagstadgade flyttningsmöjligheter

Bakgrund

I november 1988 antog *Landsstingsförbundets styrelse* en rekommendation till landstingen och medlemskommunerna att både som hemlandsting och vårdlandsting medverka när en långtidssjuk patient önskar somatisk eller psykiatrisk långtidsvård i ett främmande landsting och att fr.o.m. den 1 januari 1989 tillämpa riksavtalet med vissa ändringar. Dessa innebär att sjukvårdshuvudmännen åtar sig att ta emot långtidssjuka patienter inom såväl somatisk som psykiatriskt vård utan krav på remiss eller särskilda motiv för önskan att flytta. Inom långtidsvården blir utomlänspatienter likställda med inomlänspatienter. Rekommendationen innebär vidare att hemlandstinget behåller betalningsansvaret för patienten under ett år. Därefter anses vårdlands-

tinget som nytt hemlandsting med den följden att betalningsansvaret övergår till den nya landstingskommunen. Rekommendationen innehåller också vissa övergångsbestämmelser.

Landstingsförbundets styrelse har under hösten 1989 även antagit en rekommendation som gäller psykiskt utvecklingsstörda. I denna ingår även rekommendationer när det gäller de psykiskt utvecklingsstörda s möjligheter att flytta till annat landsting.

Svenska kommunförbundets styrelse beslutade i maj 1989 att rekommendera kommunerna följande att gälla fr.o.m. den 1 juli 1989:

- att positivt verka för att äldre personer och personer med handikapp ges möjlighet att erhålla bostad i servicehus med helinackordering eller servicebostad i annan kommun än hemkommunen samt att kommunen därvid ägnar särskild uppmärksamhet åt personer med anknytning till kommunen,
- att både som hemkommun och inflyttningskommun medverka och ge den hjälp som kan behövas när äldre personer och personer med handikapp vill flytta från sin bostad i hemkommunen till servicehus med helinackordering eller servicebostad i annan kommun (inflyttningskommun),
- att slopa de hinder som kan finnas för flyttning från en kommun till en annan i dessa fall, t.ex. krav på mantalsskrivning eller kyrkoskrivning i kommunen som villkor för att kunna tilldelas bostad i servicehus med helinackordering eller servicebostad,
- att krav på betalning kommunerna emellan — med stöd av nya avtal eller överenskommelser — för kostnader för platser i servicehus med helinackordering eller servicebostad inte bör förekomma i dessa ärenden.

Rekommendationen innehåller även vissa övergångsregler.

I *äldredelegationens* uppdrag har ingått att ange former för hur äldre och handikappade personer som har behov av särskilda boende- och vårdformer skall kunna flytta till annan kommun eller landstingskommun. I äldredelegationens rapport (Ds 1989:27) finns ett särskilt avsnitt om utvidgade flyttningssmöjligheter. Delegationen anser att man i första hand bör pröva möjligheten att genom centrala överenskommelser lösa frågan om rätt för enskilda att flytta till långvårdsplats i annan landstingskommun eller särskild boendeform för service och omvårdnad i annan kommun. Eftersom det kan finnas en viss risk för att rekommendationer inte visar sig vara tillräckliga anser delegationen det viktigt att utfallet av rekommendationerna följs upp. Äldredelegationen föreslår att socialstyrelsen ges i uppdrag att i samarbete med kommunförbunden göra en sådan uppföljning.

I proposition 1989/90:81 föreslås att det i 4 § hälso- och sjukvårdslagen skall införas en bestämmelse som ger landstingskommun eller motsvarande vidgad befogenhet att ta emot personer bosatta i annat landsting för vård. En sådan bestämmelse behövs för att en sjukvårdshuvudman skall anses ha befogenhet att kunna erbjuda utomlänspatienter vård och behandling på samma villkor som inomlänspatienter. Den av Landstingsförbundet utfärdade rekommendationen om utökade flyttningssmöjligheter kan då följas av sjukvårdshuvudmännen utan att det föreligger någon risk för att ett beslut om en överflyttning skall kunna ogiltigförklaras på grund av bristande lagstöd.

Propositionen innehåller däremot inte något förslag om att rätten för den enskilde att flytta till särskild boendeform i annan kommun skall lagfästas. Socialministern anför i propositionen att hon anser att de av Landstingsförbundet och kommunförbundet utfärdade rekommendationerna väl svarar mot de önskemål som riksdagen uppställt vad gäller möjligheterna för enskilda att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller serviceboende i annan kommun än hemkommunen. Socialministern framhåller att det är synnerligen viktigt att det blir en allmän uppslutning kring rekommendationerna. Om det skulle visa sig att enskildas möjligheter att kunna flytta inte vidgas på avsett sätt anser hon att särskild lagstiftning bör övervägas. Hon aviserar ett uppdrag till socialstyrelsen att följa upp rekommendationerna.

Motionerna

Flera motioner innehåller krav på att en rätt för äldre och handikappade att flytta till långvårdsplats i annat landsting eller till servicehus i annan kommun redan nu bör skrivas in i lagen. Därutöver finns yrkanden som går ut på att vidga de regler som gäller för utomlänspatienter.

I *motion 1989/90:So12 (m)* hemställs dels att riksdagen skall besluta om utvidgade flyttningssmöjligheter för äldre och handikappade i behov av servicehus m.m. i enlighet med vad som anförs i motionen (*yrkande 4*), dels att riksdagen skall ändra 4 § HSL så att en vårdgaranti införs i enlighet med vad som anförs i motionen, med syfte att garantera varje patient vård i god tid (*yrkande 5*). Motionärerna anser inte att det räcker med rekommendationer utan att rätten för äldre och handikappade att flytta bör skrivas in i lagen. Om det egna landstinget inte kan tillgodose invånarnas behov, skall invånarna kunna vända sig till något annat landsting eller till en enskild vårdgivare, i första hand inom landets gränser men som sista utväg även utomlands, för att få sitt vårdbehov tillgodosett. Detta skall enligt motionärerna ske utan merkostnader för patienten i fråga. Detta är också en väg att minska vårdköerna.

I *motion 1989/90:So16 (fp)* anförs att det är tillfredsställande att rekommendationer om rätten för äldre och handikappade att flytta från kommunen nu utfärdats av kommun- och landstingsförbunden. I

likhet med regeringen anser motionärerna att den praktiska tillämpningen av rekommendationerna måste följas noga. Om rekommendationerna inte följs blir det nödvändigt med lagstiftning. När det gäller förslaget om ändring i HSL i syfte att underlätta behandling av utomlänspatienter tillstyrker motionärerna förslaget men anser att nuvarande riksavtal inte ger tillräcklig rörelsefrihet inom landet för personer i behov av sjukvård. Patienter som står under längre tids behandling måste ges vidgade möjligheter att vistas utomläns, t.ex. under semesterperioder. Motionärerna påpekar att en utveckling av sådan service i första hand ankommer på sjukvårdshuvudmännen. Att undanröja systembrister inom sjukvården är emellertid också ett ansvar för statsmakterna. Regeringen bör därför ta de initiativ som kan vara erforderliga i anslutning till den lagändring som nu beslutas. I motionen begärs ett tillkännagivande om vad som anförts om utvidgade vårdmöjligheter för utomlänspatienter (*yrkande 2*).

I *motion 1989/90:So11 (c)* begärs ett tillkännagivande om vad som anförts i motionen om lagreglering av flyttningsmöjligheter (*yrkande 10*). Motionärerna hänvisar till att man i olika sammanhang pläderat för patientens valfrihet och att denna i hög grad går ut på en rätt att välja vårdform. Motionärerna anser att rättigheten, även om den är självklar, måste lagregleras.

I *motion 1989/90:So18 (mp)* begärs tillkännagivanden till regeringen om dels att enskilda skall få flytta från en långvårdsklinik till en annan i annat landsting samt att detta bör lösas på ett för patient och huvudmän acceptabelt sätt (*yrkande 5*), dels att landstingskommun med överkapacitet skall kunna få sälja hälso- och sjukvård till annan landstingskommun (*yrkande 6*).

Tidigare utskottsbehandling

Utskottet har vid flera tillfällen behandlat frågor om gamlas rätt att flytta och få rätt till vård och omsorg i annan kommun eller annat landsting. Här kan hänvisas till betänkandena SoU 1984/85:2, 1987/88:6 och 1988/89:SoU6.

Vid sin senaste behandling av frågan om gamla och sjukas flyttningsmöjligheter i höstas (*1989/90:SoU13*) erinrade utskottet om de uttalanden som utskottet tidigare gjort om att det måste tas krafttag för att lösa problemen när det gäller att göra det möjligt för gamla och handikappade att få flytta till en lämplig boende- eller vårdform i en annan kommun eller annat landsting och att praktiska svårigheter som kan möta i detta arbete inte får hindra initiativ i frågan. Utskottet ansåg dock att Landstingsförbundets och kommunförbundets nya rekommendationer måste uppfattas så att landstingen och kommunerna avser att aktivt medverka till att gamla får möjlighet att flytta till vård och omsorg i annan kommun eller annat landsting. Utskottet delade äldredelegationens uppfattning att utfallet av rekommendationerna måste följas upp. Mot denna bakgrund ansåg utskottet det inte nödvändigt med något tillkännagivande från riksdagens sida i frågan. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1989/90:61).

Utskottet har också behandlat frågan om vårdgaranti i tidigare sammanhang. I betänkandet *SoU 1986/87:37* uttalade utskottet (s. 7) att det i och för sig är mycket angeläget att åtgärder vidtas på många håll för att råda bot på de långa väntetider som i vissa fall råder inom vården. Utskottet var dock inte berett att göra avsteg från den grundläggande principen i hälso- och sjukvårdslagen att det är landstinget där patienten är bosatt som skall svara för och tillhandahålla den vård som patienten behöver. Utskottet var inte berett att medverka till införandet av en allmän och lagfäst regel för patienter att på det egna landstingets bekostnad få vård hos ett annat landsting eller hos privat vårdgivare. Det då aktuella motionsyrkandet avstyrktes.

I betänkandet *SoU 1987/88:22* behandlade utskottet åter ett motionsyrkande om vårdgaranti. Utskottet erinrade därvid om sitt tidigare uttalande. Utskottet uttalade vidare att det i och för sig är önskvärt att en patient som inte i rimlig tid kan få vård inom det egna landstinget kan erbjudas möjlighet till vård inom ett annat landsting eller på annat sätt. I det sammanhanget hänvisade utskottet till det avtal som träffats inom ramen för den då senaste Dagmaröverenskommelsen om ökad samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen beträffande vissa typer av operationer. Utskottet ansåg det dock inte aktuellt att generellt göra avsteg från den grundläggande principen att det är landstinget där en patient är bosatt som i första hand skall svara för och tillhandahålla den vård som patienten behöver. Därmed avstyrkte utskottet det då aktuella motionsyrkandet.

I betänkandet *1988/89:SoU15* erinrade utskottet om de tidigare uttalandena och fann inte skäl till något ändrat ställningstagande. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1989/90:213).

Utskottets bedömning

I propositionen föreslås inte någon lagstiftning om rätt för enskilda att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting eller servicebostad i annan kommun. De rekommendationer som utfärdats av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet bör enligt propositionen kunna vara tillräckliga för att tillgodose enskildas önskemål om att kunna flytta. Rekommendationerna skall dock enligt förslaget följas upp av socialstyrelsen. Ett uppdrag till socialstyrelsen om detta aviseras i propositionen. Om det skulle visa sig att landsting och kommuner inte följer rekommendationerna anses i propositionen särskild lagstiftning böra övervägas. De i propositionen gjorda uttalandena överensstämmer väl med vad utskottet anförde vid sin senaste behandling av frågan i höstas, i betänkandet 1989/90:So13. Utskottet vidhåller sin tidigare uppfattning och är inte berett att nu ställa sig bakom de krav på omedelbar lagstiftning som finns i motionerna So12 (m) yrkande 4 och So11 (c) yrkande 10. Motionsyrkandena avstyrks.

I motion So18 (mp) begärs att enskilda bör få flytta från en långsvårds klinik till en annan i ett annat landsting och att denna fråga måste lösas ekonomiskt. Utskottet hänvisar till de rekommendationer som utfärdats av de båda kommunförbunden. Rekommendationerna

innehåller även förslag om hur de ekonomiska relationerna skall lösas mellan landstingen resp. kommunerna. Förslaget att ändra 4 § HSL innebär att möjlighet öppnas för landstingen att följa rekommendationerna. Denna möjlighet finns redan för kommunerna enligt socialtjänstlagen (1980:620). Motionen får anses tillgodosedd. Yrkande 5 i motion So18 (mp) avstyrks därför.

I samma motion hemställs också att landstingskommuner med överkapacitet skall få sälja hälso- och sjukvård till andra landstingskommuner. Utskottet konstaterar att det i dag inte föreligger några lagliga hinder för ett landsting med överkapacitet att sälja vård till ett annat landsting. Ett system för att tillvarata överkapacitet inom särskilt belastade vårdområden där köer uppstått som ögonsjukvård, höftledskirurgi m.m. har utarbetats inom ramen för överenskomsterna om ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen, de s.k. Dagmaröverenskomsterna. Även i detta avseende kan motion So18 (mp) anses tillgodosedd. Yrkande 6 i motionen avstyrks.

Vad gäller kraven i motion So16 (fp) på utvidgade vårdmöjligheter för utomlänspatienter vill utskottet erinra om de möjligheter som redan finns enligt det nuvarande riksavtalet. Hur servicen gentemot utomlänspatienter skall utvecklas är enligt utskottet en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Avsikten med det nu föreslagna tillägget till 4 § HSL är inte att ta ställning i frågan om en eventuell möjlighet för enskilda att kunna söka vård inom annat landsting utan endast att ge landstingen befogenhet att kunna följa den av Landstingsförbundet utfärdade rekommendationen. Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motion So16 (fp) yrkande 2.

I motion So12 (m) yrkas att en vårdgaranti skall skrivas in i 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Utskottet har vid åtskilliga tillfällen avslagit liknande motionsyrkanden. Utskottet finner inte nu något skäl till ändrat ställningstagande. Det finns dock anledning att erinra om de uttalanden som utskottet gjort bl.a. i detta betänkande om betydelsen av en ökad valfrihet för patienterna. Utskottet avstyrker motion So12 (m) yrkande 5.

Utskottet tillstyrker regeringens förslag till 4 § andra stycket HSL.

Lagförslagen i övrigt

Utskottet har i det föregående tillstyrkt att ett samlat ledningsansvar skrivs in i 14 § första och andra styckena HSL med viss redaktionell ändring. Utskottet har föreslagit att 14 § tredje stycket upphävs. Vidare har utskottet tillstyrkt regeringens förslag till ändringar i 13 § HSL och 4 § samma lag. I propositionen föreslås också en följdändring i 15 § HSL till lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Utskottet har ingen erinran mot detta förslag.

I propositionen föreslås riksdagen också anta av regeringen framlagda förslag till ändringar i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), transplantationslagen (1975:190), passlagen (1978:302), lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och

smittskyddslagen (1988:1472). Enligt dessa lagar har de nuvarande överläkarna vissa uppgifter. Lagändringarna innebär följdändringar till de föreslagna ändringarna i 14 § HSL om ledningsansvaret i hälso- och sjukvården. I samband med behandlingen av frågan om det samlade ledningsansvaret har utskottet förordat att sjukvårdshuvudmännen får bestämma vilka enheter som enligt 14 § första stycket HSL omfattas av ett samlat ledningsansvar, för chefsöverläkare. Utskottet har därvid förutsatt att sjukvårdshuvudmännen beaktar de bestämmelser som finns i annan lagstiftning om uppgifter för ledningsansvariga läkare. Viktiga uppgifter har av patientsäkerhetsskäl eller rättssäkerhetsskäl lagts på de ledningsansvariga läkarna i lagar som t.ex. LSPV och transplantationslagen. Vidare sägs att socialstyrelsen bör meddela allmänna råd samt följa utvecklingen och, om det behövs, föreslå ändringar. Med hänvisning till det anförda tillstyrker utskottet de ovan nämnda lagförslagen.

Behörighetsregler för vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården m.m.

Kiropraktorer

I motion 1989/90:So426 av Mona Saint Cyr (m) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om titelskydd, remissrätt och sjukskrivningsrätt för legitimerade kiropraktorer samt initiativ till en integrering av dessa frågor i utredningen om en nordisk kiropraktorutbildning. Kiropraktorerna bör, anser motionären, även förfoga över instrumenten sjukskrivning och remissrätt. Motionären anför vidare att den nu införda legitimationen för vissa kiropraktorer gjort att Sverige närmat sig förhållandena i Danmark och Norge. Det är enligt motionären angeläget att en gemensam nordisk hantering av hela kiropraktorfrågan kan komma till stånd. Sverige bör ta initiativet till en sådan.

Riksdagen beslutade våren 1989 på förslag av regeringen (prop. 1988/89:96) om införandet av legitimation för gruppen Doctors of Chiropractic (1988/89:SoU23, rskr. 295, SFS 1988/89:407). Bestämmelser härom finns numera i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen). Förutsättning för legitimation är att sökanden har examen som Doctor of Chiropractic vid godkänd utländsk högskola eller annan utländsk utbildning. Som villkor för legitimation gäller dessutom att sökanden skall ha fullgjort praktisk tjänstgöring i svensk hälso- och sjukvård motsvarande ett års heltidstjänstgöring. Vidare anges som villkor att sökanden har för yrket behövliga kunskaper i svenska författningar samt nödvändiga kunskaper i svenska, danska eller norska språket. Legitimation som kiropraktor får också meddelas den som visar att han på annat sätt än som ovan angetts har förvärvat motsvarande kompetens. Legitimation får dock inte meddelas om det föreligger sådana omständigheter att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad. Bestämmelsen finns i 5 § behörighetslagen.

Genom ett tillägg till 9 § andra punkten behörighetslagen har uppgiften att en kiropraktor är legitimerad fått straffrättsligt skydd. De nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 juli 1989.

Vid sin behandling av lagförslaget prövade utskottet även motionsyrkanden om *kiropraktors rätt att utfärda sjukintyg* med samma verkan som läkarintyg inom den allmänna försäkringen. I proposition 1988/89:96 hänvisade föredragande statsrådet till alternativmedicinkommittén och uttalade att han delade kommitténs uppfattning att frågan är för tidigt väckt. Socialförsäkringsutskottet, som av socialutskottet beretts tillfälle att yttra sig över propositionen och vissa motionsyrkanden, ansåg också att frågan om kiropraktors rätt att utfärda sjukintyg var för tidigt väckt. Socialutskottet hade samma uppfattning och avstyrkte därför då aktuella motionsyrkanden.

Frågan om *remissrätt* för kiropraktorer har visst samband med frågan om kiropraktornas inordnande i sjukförsäkringssystemet. Alternativmedicinkommittén föreslog att kiropraktorerna skulle anslutas till den allmänna försäkringen genom upprättande av vårdavtal med sjukvårdshuvudman. När det gällde remissrätten konstaterade kommittén att kiropraktornas differentialdiagnostiska kunskaper gör dem fullt skickade att arbeta självständigt med ett eget medicinskt yrkesansvar. Detta ansågs också vara innebörden av legitimationsförslaget. Om läkarremiss skulle behövas av administrativa eller försäkringsmässiga skäl ansågs detta böra regleras i vårdavtalet. Kommittén ansåg bindande remisskrav i princip onödiga. Det anfördes dock att ett ömsesidigt remissförfarande i praktiken ändå kommer att bli en vanlig samarbetsform för läkare och kiropraktorer. I proposition 1989/90:96 ansågs sjukvårdshuvudmannens övergripande ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen kombinerat med vårdavtalsmöjligheten utgöra tillräckliga förutsättningar för att så långt som möjligt möta efterfrågan på vård och behandling inom den sektor — ortopedin — där kiropraktorerna är verksamma. I ett yttrande till socialutskottet över propositionen och då aktuella motioner (1988/89:SfU4y) hänvisade socialförsäkringsutskottet också till möjligheterna att teckna vårdavtal. Utskottet ansåg sig inte kunna tillstyrka att de legitimerade kiropraktorerna skulle få ansluta sig till sjukförsäkringen. Socialutskottet hade samma uppfattning som propositionen och socialförsäkringsutskottet. Frågan om remissrätt behandlades dock inte särskilt vare sig i propositionen eller under riksdagsbehandlingen.

När det gäller *tittelskyddet* kan följande sägas:

Behörighetslagen innehåller bl.a. bestämmelser om kompetensbevis (t.ex. legitimation), behörighetskrav för att utöva yrke och skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning. I 9 § 1 p. behörighetslagen ges ett skydd för yrkestitlarna barnmorska, läkare och tandläkare. För övriga legitimerade yrkesutövare — t.ex. kiropraktor, psykolog och psykoterapeut — gäller enligt 9 § 2 p. ett skydd för uppgiften att yrkesutövaren är legitimerad. Ansvarsbestämmelsen finns i 10 §.

I proposition 1983/84:179, med förslag till behörighetslagen, angavs (prop. s. 24 f.) beträffande 9 § 1 p. att regleringen av rätten att använda

yrkestiteln läkare tillkom därför att behov förelåg att ge allmänheten ett skydd mot mindre kompetenta yrkesutövare. Under den tid som förflutit sedan bestämmelsens tillkomst, har det tid efter annan visat sig att yrkesutövare med otillräcklig kompetens sökt ge sken av kompetens genom att använda titeln doktor eller läkare utan tydlig ursprungsbe-teckning eller en benämning där sådan titel ingår, anföras det. För att få en konsekvent och enhetlig reglering har skyddet utsträckts till att avse även barnmorska och tandläkare. Bestämmelsen i 9 § 2 p. hör sam-man med legitimationens syfte att ge allmänheten en garanti för att yrkesutövaren uppfyller kraven på duglighet och allmän lämplighet.

Utskottet behandlade i höstas (1989/90:SoU11) vissa motionsyrkanden om skyddet för yrkestitlarna psykolog och psykoterapeut. Före behand-lingen hade utskottet inhämtat yttranden över motionerna från olika myndigheter och organisationer. Därvid redovisades utförligt gällande bestämmelser i behörighetslagen. Utskottet konstaterade att det enligt gällande bestämmelser inte förelåg något hinder för den som saknar utbildning att kalla sig t.ex. psykolog eller psykoterapeut. Detta inne-bar, enligt utskottets uppfattning, en betydande risk att människor med psykiska problem kan utsättas för utredning och behandling av perso-ner utan tillräcklig utbildning och erfarenhet. Utskottet anförde vidare att en enskild person, som söker hjälp för psykiska besvär, ofta inte har tillräcklig kunskap om vilka krav som bör ställas på en psykolog eller psykoterapeut. Utskottet ansåg att det fanns skäl att ge även själva yrkesbeteckningarna psykolog och psykoterapeut ett straffrättsligt skydd. Vad utskottet anfört beslutade riksdagen sedermera att som sin mening ge regeringen till känna (rskr. 1989/90:37).

Regeringen har genom beslut den 15 februari 1990 uppdragit åt socialstyrelsen att bl.a. överväga en lämplig utformning av ett straff-rättsligt skydd för yrkesbeteckningarna psykolog och psykoterapeut och i anslutning till detta belysa konsekvenserna av ett införande av en sådan lagreglering av nämnda yrkesbeteckningar. Uppdraget skall redo-visas till regeringen senast den 31 december 1990.

Frågan om en *nordisk utbildning m.m. av kiropraktorer* behandlades våren 1989 i Nordiska rådet. Rådet antog vid den 37:e sessionen i Stockholm en rekommendation angående utbildning och legitimation av kiropraktorer vari rådet rekommenderade Nordiska ministerrådet att snarast genomföra en utredning om möjligheterna till en för de nordiska länderna gemensam utbildning för kiropraktorer, liksom till likalydande rättsregler rörande kiropraktors legitimation och yrkes-utövning. Ministerrådet har givit den arbetsgrupp som följer tillämp-ningen av överenskommelsen om gemensam arbetsmarknad för hälso-och sjukvårdspersonal i uppdrag att sammankalla experter i de natio-nella förvaltningar som handlägger ärenden i samband med etablering av enskilda utbildningar på social- och hälsovårdsområdet. Första uppgift för dessa experter skall vara att göra en bedömning av de enskilda ländernas behov av kiropraktorer och utbildning av kiroprak-torer.

Utskottet gör följande bedömning.

Vad först gäller rätten att utfärda sjukintyg erinrar utskottet om sina uttalanden förra året i samband med behandlingen av frågan om legitimation för vissa kiropraktorer. De nya bestämmelserna har varit i kraft i mindre än ett år. Utskottet finner ingen anledning att nu ändra sin inställning i denna fråga.

Vad sedan gäller frågan om remissrätt vill utskottet erinra om de uttalanden som förra året gjordes om möjligheterna att träffa vårdavtal och om att frågan om läkarremiss bör behandlas i sådana avtal. Utskottet hänvisar också till alternativmedicinkommitténs ställningstagande i frågan.

När det sedan gäller titelskyddet kan utskottet konstatera att en följd av att legitimation införts för vissa kiropraktorer är att uppgiften att en kiropraktor är legitimerad skyddas enligt 9 § 2 p. behörighetslagen. Detta skydd hör samman med legitimationens syfte att ge allmänheten en garanti för att yrkesutövaren uppfyller kraven på duglighet och allmän lämplighet. Utskottet anser inte att det finns skäl att, på det sätt som görs i 9 § 1 p. när det gäller yrkestitlarna barnmorska, läkare och tandläkare, skydda själva titeln kiropraktor.

Vad slutligen gäller motionärens önskemål om åtgärder för att få till stånd en integrering av frågorna om rätten att utfärda sjukintyg, remissrätten och titelskyddet i den nordiska utredningen om en nordisk kiropraktorutbildning kan utskottet konstatera att arbete nu inletts för att utröna möjligheterna till en gemensam nordisk kiropraktorutbildning. Nordiska ministerrådet har uppdragit åt den arbetsgrupp som följer tillämpningen av överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för hälso- och sjukvårdspersonal att bl.a. sammankalla experter i de nationella förvaltningarna. Utskottet är inte berett att nu ställa sig bakom något initiativ i denna fråga.

Med det anförda avstyrker utskottet motion So426 (m).

Naprapater

I motion 1989/90:So497 av Per Stenmarck m.fl. (m, fp, c, vpk, mp) hemställs dels att riksdagen skall besluta om sådana ändringar i behörighetslagen att Doctors of Naprapathy skall kunna få legitimation för yrket (*yrkande 1*) och att yrkesbeteckningen legitimerad naprapat skall få straffrättsligt skydd (*yrkande 2*). Motionärerna framåller att naprapatin i dag är en väl etablerad vårdform i Sverige. Sedan 1970 finns möjlighet till utbildning till naprapat vid Naprapathic School i Stockholm. Myndigheterna har enligt motionärerna möjlighet att följa utbildningsverksamheten på nära håll och utöva kontroll. En opartisk utredning har nyligen visat att de krav som legat till grund för den legitimation som numera getts Doctors of Chiropractic är väl uppfyllda även av naprapater.

Liknande motionsyrkanden finns också i motionerna 1989/90:So404 av Martin Olsson och Birger Andersson (båda c) och 1989/90:So485 av Karin Falkmer och Birgit Henriksson (båda m). Motionerna 1989/90:So402 av Bengt Silfverstrand och Birthe Sörestedt (båda s) och

1989/90:So478 av Ove Karlsson m.fl. (s) innehåller yrkanden om legitimation för naprapater utan specificering till gruppen Doctors of Naprapathy.

1989/90:SoU24

Frågan om legitimation av naprapater har behandlats av utskottet vid flera tillfällen tidigare. Vid den senaste behandlingen — i samband med behandlingen av propositionen om legitimation för vissa kiropraktorer (1988/89:SoU23) — hänvisade utskottet till alternativmedicinkommitténs pågående arbete med bl.a. frågor om naprapaternas ställning. Utskottet ansåg det positivt att yrkesgruppen naprapater kommer att få en noggrann genomlysning. Utskottet instämde i bedömningen att det inom naprapatin bedrivs ett seriöst arbete. Utskottet uttalade att regeringen, så snart det föreligger ett tillräckligt underlag för ett ställningstagande beträffande naprapaterna, bör pröva frågan om deras legitimation. Vad utskottet anförde om naprapaternas ställning beslutade riksdagen sedermera att som sin mening ge regeringen till känna (rskr. 1988/89:295).

Alternativmedicinkommittén överlämnade i oktober 1989 sitt slutbetänkande Alternativmedicin 1 — Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60) till regeringen. I betänkandet behandlas bl.a. frågan om legitimation för naprapater och andra grupper. Kommittén understryker att lagstiftningens kriterier för legitimation av nya grupper är uttalat restriktiva. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Dessutom skall legitimationen fylla ett väsentligt informationsbehov, som en sorts "varudeklaration", gentemot allmänheten, myndigheterna och sjukvårdshuvudmännen. Legitimationen anses också böra förebehållas grupper, som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Slutligen bör krävas att gruppen byggt upp ett förtroende samt vunnit ett visst mått av kliniskt och vetenskapligt erkännande. Alternativmedicinkommittén anser att naprapaternas förutsättningar på flera av dessa punkter skiljer sig från kiropraktorernas. Kommittén påpekar vidare att naprapaterna internationellt är en nästan okänd grupp och följaktligen inte heller kommit i fråga för legitimation i något annat land. Därför anser kommittén att det f.n. inte föreligger förutsättningar för legitimation för naprapater. Då emellertid naprapaterna har en lång utbildning och deras kunskaper och kompetens är allmänt vitsordade förordar kommittén att regeringen prövar frågan om deras legitimation när naprapaterna kan uppvisa studier som konfirmerar effekten av deras metoder.

Alternativmedicinkommitténs förslag remissbehandlas för närvarande.

Frågan om en gemensam nordisk utbildning m.m. för naprapater har också behandlats i Nordiska rådet. Ett medlemsförslag härom avstyrktes dock vid den 38:e sessionen i mars 1990 främst med hänvisning till att remissinstanserna, däribland alternativmedicinkommittén, varit kritiska mot förslaget.

Utskottet gör nu följande bedömning.

Utskottet erinrar om vad utskottet uttalade förra året om att regeringen, så snart det föreligger ett tillräckligt underlag för ett ställningstagande beträffande naprapaterna, bör pröva frågan om deras legitimation. Utskottet kan vidare konstatera att alternativmedicinkommittén nu lagt fram sitt slutbetänkande i vilket bl.a. frågan om legitimation av naprapater behandlas. Remissbehandlingen och beredningen av förslagen i regeringskansliet bör enligt utskottet avvaktas. Med det anförda avstyrker utskottet motionerna So497 (m, fp, c, vpk, mp), So404 (c), So485 (m), So402 (s) och So478 (s).

Dietister

I *motion 1989/90:So424 av Gullan Lindblad (m)* hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att dietister med kvalificerad högskoleutbildning bör erhålla legitimation som skydd för sin yrkestitel. Även *motion 1989/90:So523 av Karin Falkmer (m)* innehåller ett liknande yrkande.

Utskottet behandlade i det tidigare nämnda betänkandet 1989/90:SoU11 även frågan om legitimation för dietister. Därvid redovisades utförligt gällande bestämmelser om kompetensbevis (t.ex. legitimation), behörighetskrav för att utöva yrke och skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning. Inför behandlingen hade utskottet inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Dietisternas Riksförbund. Remissyttrandena refereras utförligt i utskottsbetänkandet.

Utskottet gjorde följande bedömning (s. 5 f.)

Utskottet delar den inställning som kommer till uttryck i propositionen om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. att man överhuvudtaget bör vara försiktig, när det gäller att statligt reglera områden där flertalet yrkesutövare är anställda av sjukvårdshuvudmännen. Legitimationen — och möjligheten till återkallelse av denna — har, enligt utskottets mening, ett särskilt värde som information till patienter som vänder sig till enskilt verksamma yrkesutövare. Utskottet anser att betydande restriktivitet bör iakttas, när det gäller att införa legitimation för nya yrkesgrupper.

Utskottet är således av den uppfattningen att dietisterna, vilka huvudsakligen är verksamma inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården, inte bör komma i fråga för legitimation.

Med hänvisning till vad som anförts avstyrkte utskottet den då aktuella motionen. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1989/90:37).

Utskottet vidhåller sin tidigare uppfattning och avstyrker därför motionerna So424 (m) och So523 (m).

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *ett samlat ledningsansvar m.m.*

att riksdagen med anledning av propositionen och motionerna 1989/90:So11 yrkandena 1—6, 1989/90:So12 yrkande 1,

1989/90:So13 yrkande 2, 1989/90:So14 yrkandena 1 och 2, 1989/90:So15, 1989/90:So17, 1989/90:So18 yrkandena 1—3 och 7, 1988/89:So407, 1988/89:So413, 1988/89:So428 samt 1988/89:So546 yrkande 2 antar av utskottet framlagt och i *bilaga 2* upptaget förslag till 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
res. 1 (m)

2. beträffande *chefsöverläkarnas kompetens i administrativa frågor*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So13 yrkande 1,

3. beträffande *särskild utbildning i sjukvårdsadministration*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So12 yrkande 2,

res. 2 (m)

4. beträffande *indelning i verksamhetsområden*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So11 yrkande 7,

5. beträffande *jourverksamhet*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So11 yrkande 8,

6. beträffande *annan patientansvarig person m.m.*

att riksdagen avslår motionerna 1989/90:So11 yrkande 9 och 1989/90:So18 yrkande 4 delvis,

res. 3 (mp)

7. beträffande *uppgiften att utse patientansvarig läkare*

att riksdagen avslår motionerna 1989/90:So12 yrkande 3 och 1989/90:So18 yrkande 4 delvis,

res. 4 (m) - villk. 1

res. 5 (mp) - villk. 3

8. beträffande *patientens rätt att välja patientansvarig läkare*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So16 yrkande 1,

res. 6 (m, fp)

9. beträffande *förslaget till ändring av 13 § hälso- och sjukvårdslagen*

att riksdagen antar i propositionen framlagt förslag till 13 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

10. beträffande *lagreglering av rätten att flytta till sjukhem och servicehus*

att riksdagen avslår motionerna 1989/90:So12 yrkande 4 och 1989/90:So11 yrkande 10,

res. 7 (m, fp, c)

11. beträffande *ekonomiska konsekvenser av rätten att flytta*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So18 yrkande 5,

res. 8 (mp)

12. beträffande *landstingens rätt att sälja vård till andra landsting*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So18 yrkande 6,

13. beträffande *utvidgade möjligheter till vård utanför det egna landstinget*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So16 yrkande 2,

res. 9 (fp)

14. beträffande *införande av en vårdgaranti*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So12 yrkande 5,

res. 10 (m)

15. *beträffande förslaget till ändring av 4 § hälso- och sjukvårdslagen*

att riksdagen antar i propositionen framlagt förslag till 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

16. *beträffande förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen i övrigt*

att riksdagen antar i propositionen framlagt förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), i den mån förslaget inte behandlats under tidigare moment,

17. *beträffande övriga lagförslag*

att riksdagen antar i propositionen framlagda förslag till lag om ändring i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, lag om ändring i transplantationslagen (1975:190), lag om ändring i passlagen (1978:302), lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472),

18. att riksdagen beslutar att vad som anförs i propositionen om rätten att flytta till långvårdsplats i annat landsting än hemlandstinget eller till serviceboende i annan kommun än hemkommunen, i den mån denna fråga inte behandlats under föregående moment, inte skall föranleda något riksdagens uttalande,

19. *beträffande kiropraktorer*

att riksdagen avslår motion 1989/90:So426,

20. *beträffande legitimation för naprapater m.m.*

att riksdagen avslår motionerna 1989/90:So497, 1989/90:So404, 1989/90:So485, 1989/90:So402 och 1989/90:So478,

res. 11 (m, fp, c, mp)

21. *beträffande legitimation för dietister*

att riksdagen avslår motionerna 1989/90:So424 och 1989/90:So523.

res. 12 (m, fp, c)

Stockholm den 17 maj 1990

På socialutskottets vägnar

Bo Holmberg

Närvarande: Bo Holmberg (s), Anita Persson (s), Sten Svensson (m), Ulla Tillander (c), Ingrid Andersson (s), Per Stenmarck (m), Johnny Ahlqvist (s), Rinaldo Karlsson (s), Ingegerd Anderlund (s), Ingrid Hemmingsson (m), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp), Rosa Östh (c), Gudrun Schyman (vpk), Anita Stenberg (mp), Jan Andersson (s), Maj-Inger Klingvall (s) och Ulla Orring (fp).

Reservationer

1. Ett samlat ledningsansvar m.m. (mom. 1)

Sten Svensson, Per Stenmarck och Ingrid Hemmingsson (alla m) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 16. börjar med "Utskottet delar" och på s. 20 slutar med "14 § HSL." bort ha följande lydelse:

Regeringen har föreslagit att det administrativa ledningsansvaret skall regleras i hälso- och sjukvårdslagen och att detta ansvar kombinerat med det medicinska ledningsansvaret skall benämnas samlat ledningsansvar. Den person som enligt förslaget får detta samlade ansvar skall benämnas chefsöverläkare. I bl.a. motion So12 (m) framhålls att organisationen av hälso- och sjukvården i första hand är och bör förbli en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Hälso- och sjukvårdslagen bör enligt utskottets mening i princip endast utgöra en ram för landstingens verksamhet. Utskottet anser inte att de skäl som anges i propositionen för att genom lagstiftning begränsa landstingens nuvarande frihet att organisera det administrativa ledningsansvaret är tillräckliga. Det bör ankomma på varje enskilt landsting att organisera den administrativa ledningen av en klinik eller en vårdcentral. Det är viktigt att sådana frågor kan bestämmas med utgångspunkt i de lokala förutsättningarna. I dag finns i 14 § HSL en regel om att det skall finnas en överläkare resp. distriktsläkare som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten. Utskottet anser att detta medicinska ledningsansvar bör behållas. Utskottets ställningstagande innebär inte i och för sig något hinder för sjukvårdshuvudmannen att till det medicinska ledningsansvaret för en överläkare foga ett administrativt ansvar. Sjukvårdshuvudmannen kan dock, där detta anses lämpligare, välja att ge någon annan person, t.ex. en sjuksköterska eller legitimerad psykolog, det administrativa ansvaret.

Med hänvisning till vad utskottet sålunda anfört avstyrker utskottet regeringens förslag till ändring av 14 § HSL.

dels att utskottet under mom. 1 bort hemställa

1. beträffande *ett samlat ledningsansvar m.m.*

att riksdagen med bifall till motionerna 1989/90:So12 yrkande 1, 1989/90:So15, 1989/90:So11 yrkande 1, 1989/90:So14 yrkande 1 och 1989/90:So18 yrkande 1 delvis och med anledning av motionerna 1989/90:So11 yrkandena 2—6, 1989/90:So14 yrkande 2, 1989/90:So17, 1989/90:So18 yrkandena 1 delvis, 2, 3 och 7, 1989/90:So13 yrkande 2, 1988/89:So546 yrkande 2, 1988/89:So428, 1988/89:So413 och 1989/90:So407 avslår i propositionen framlagt förslag till 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

2. Särskild utbildning i sjukvårdsadministration (mom. 3)

1989/90:SoU24

Sten Svensson, Per Stenmarck och Ingrid Hemmingsson (alla m) anser
dels att den del av utskottets yttrande som på s. 22 börjar med "Vad
sedan" och slutar med "yrkande 2 i motionen." bort ha följande
lydelse:

Vad sedan gäller frågan om införande av en högre sjukvårdsadmini-
strativ utbildning kan utskottet konstatera att någon egentlig sådan,
utöver möjligen den utbildning som bedrivs vid Nordiska hälsovårds-
högskolan, inte finns i Sverige. Utskottet delar motionärernas uppfatt-
ning att det behövs en högkvalificerad utbildning av sjukvårdsadmini-
stratörer och att en utredning bör tillsättas för att utreda förutsättning-
arna för en sådan. Vad utskottet anfört bör riksdagen med anledning
av motion So12 yrkande 2 som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 3 bort hemställa

3. beträffande *särskild utbildning i sjukvårdsadministration*
att riksdagen med anledning av motion 1989/90:So12 yrkande 2
som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

3. Annan patientansvarig person m.m. (mom. 6)

Anita Stenberg (mp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 27 börjar med
"Utskottet instämmer" och på s. 28 slutar med "motsvarande del
avstyrks." bort ha följande lydelse:

Enligt utskottet är det angeläget att kontakten mellan patient och
läkare kan förbättras. Utskottet ser därför mycket positivt på förslaget
att införa ett system med patientansvarig läkare. Detta bör dock enligt
utskottets mening inte begränsas till enheter där det finns en chefs-
överläkare utan införas även vid övriga enheter inom den offentliga
hälso- och sjukvården. Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med
anledning av motion So18 (mp) yrkande 4 delvis som sin mening ge
regeringen till känna.

Vad sedan gäller förslaget i motion So11 (c) att det skall finnas
patientansvariga även bland andra personalkategorier kan utskottet
instämma i grundtanken att det är viktigt med en god kontakt mellan
patienterna och alla som arbetar inom vården. Att en lagreglering
föreslås endast för läkare hänger samman med att det är för denna
personalkategori som kontinuiteten främst varit ett problem. Utskottet
vill framhålla att sjukvårdshuvudmännen naturligtvis bör organisera
vården på ett sådant sätt att även andra personalkategorier får konti-
nuitet i kontakterna med patienterna. Om erfarenheterna med patient-
ansvariga läkare så som utskottet föreslagit faller väl ut kan det bli
aktuellt att ta upp frågan om möjlighet bör införas att utse även andra
yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Något behov av ett till-
kännagivande till regeringen med anledning av motionen föreligger
inte. Motion So11 (c) yrkande 9 avstyrks.

dels att utskottet under mom. 6 bort hemställa

1989/90:SoU24

6. beträffande *annan patientansvarig person m.m.*

att riksdagen med bifall till motion So18 yrkande 4 delvis och med avslag på motion 1989/90:So11 yrkande 9 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

4. Uppgiften att utse patientansvarig läkare (mom. 7)

Under förutsättning av bifall till reservation 1

Sten Svensson, Per Stenmarck och Ingrid Hemmingsson (alla m) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 28 börjar med "I det föregående" och slutar med "motsvarande del." bort ha följande lydelse:

Utskottet anser det angeläget att kontinuiteten mellan patient och läkare kan förbättras. Därför ser utskottet positivt på förslaget att införa ett system med patientansvarig läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården. Utskottet har i det föregående avstyrkt förslaget att införa ett samlat ledningsansvar under ledning av en chefsöverläkare. I stället bör enligt utskottet nuvarande system med överläkare med medicinskt ledningsansvar behållas. Utskottet anser att uppgiften att utse patientansvarig läkare bör ligga på överläkaren. Regeringen bör utarbeta förslag som möjliggör detta och snarast återkomma till riksdagen i frågan. Vad utskottet anfört bör riksdagen med bifall till motion So12 (m) yrkande 3 och med anledning av motion So18 (mp) yrkande 4 delvis som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 7 bort hemställa

7. beträffande *uppgiften att utse patientansvarig läkare*

att riksdagen med bifall till motion 1989/90:So12 yrkande 3 och med anledning av motion 1989/90:So18 yrkande 4 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

5. Uppgiften att utse patientansvarig läkare (mp) (mom. 7)

Under förutsättning av bifall till reservation nr 3

Anita Stenberg (mp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 28 börjar med "I det föregående" och slutar med "i motsvarande del." bort ha följande lydelse:

Utskottet har i det föregående uttalat att patientansvarig läkare bör utses även vid enheter där det inte finns chefsöverläkare. Regeringen bör utarbeta förslag som möjliggör detta och snarast återkomma till riksdagen i frågan. Vad utskottet anfört med anledning av motionerna So18 (mp) yrkande 4 delvis och So12 (m) yrkande 3 bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

7. beträffande *uppgiften att utse patientansvarig läkare*
att riksdagen med anledning av motionerna 1989/90:So18 yrkan-
de 4 delvis och motion 1989/90:So12 yrkande 3 som sin mening
ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

6. Patientens rätt att välja patientansvarig läkare (mom. 8)

Sten Svensson (m), Per Stenmarck (m), Ingrid Hemmingsson (m),
Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) och Ulla Orring (fp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 28 börjar med
"Uttalandena i" och slutar med "yrkande 1." bort ha följande lydelse:

Utskottet delar denna uppfattning. Valfriheten är viktig för att
säkerställa en förtroendefull relation mellan läkare och patient. Inom
den slutna vården kan det i många fall finnas praktiska svårigheter att
förverkliga detta mål, men det är enligt utskottet ändå angeläget att
den enskilde så långt som möjligt skall kunna påverka valet av
patientansvarig läkare. Inom den öppna vården bör valfriheten för
patienten vara regel, inte undantag. Utskottet anser i likhet med
motionärerna att det i HSL behöver göras en markering av den
enskildes rätt att själv välja sin läkare. Regeringen bör utarbeta ett
förslag som möjliggör detta och snarast återkomma till riksdagen i
frågan. Vad utskottet anfört bör riksdagen med anledning av motion
So16 (fp) yrkande 1 som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 8 bort hemställa

8. beträffande *patientens rätt att välja patientansvarig läkare*
att riksdagen med anledning av motion 1989/90:So16 yrkande 1
som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

7. Lagreglering av rätten att flytta till sjukhem och servicehus (mom. 10)

Sten Svensson (m), Ulla Tillander (c), Per Stenmarck (m), Ingrid
Hemmingsson (m), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp), Rosa Östh (c) och
Ulla Orring (fp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 32 börjar med "De i"
och slutar med "Motionsyrkandena avstyrks." bort ha följande lydelse:

Utskottet anser i likhet med motionärerna att det är nödvändigt att
lagstifta om rätten för enskilda att flytta till långvårdsplats i annat
landsting eller servicebostad i annan kommun. Regeringen bör utarbe-
ta och snarast återkomma till riksdagen med ett lagförslag med denna
innebörd. Vad utskottet anfört bör riksdagen med anledning av motio-
nerna So12 (m) yrkande 4 och So11 (c) yrkande 10 som sin mening ge
regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 10 bort hemställa

10. beträffande *lagreglering av rätten att flytta till sjukhem och
servicehus*

att riksdagen med anledning av motionerna 1989/90:So12 yrkan-
de 4 och 1989/90:So11 yrkande 10 som sin mening ger regering-
en till känna vad utskottet anfört,

1989/90:SoU24

8. Ekonomiska konsekvenser av rätten att flytta (mom. 11)

Anita Stenberg (mp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 32 börjar med
"Utskottet hänvisar" och på s. 33 slutar med "avstyrks därför." bort ha
följande lydelse:

Utskottet kan konstatera att det i de rekommendationer som utfär-
dats av de båda kommunförbunden ingår uttalanden om hur de
ekonomiska relationerna skall lösas mellan landstingen resp. kommu-
nerna. Rekommendationerna skall enligt propositionen följas upp
noga. Det är därvid enligt utskottet angeläget att också följa upp de
ekonomiska effekterna av att patienter flyttar från ett landsting till ett
annat resp. en kommun till en annan. Om resultatet blir en hård
belastning för vissa landsting eller kommuner är det angeläget att
regeringen överväger särskilda åtgärder. Vad utskottet nu anfört bör
riksdagen med anledning av motion So18 (mp) yrkande 5 som sin
mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 11 bort hemställa

11. beträffande *ekonomiska konsekvenser av rätten att flytta*
att riksdagen med anledning av motion 1989/90:So18 yrkande 5
som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

9. Utvidgade möjligheter till vård utanför det egna landstinget (mom. 13)

Ingrid Ronne-Björkqvist och Ulla Orring (båda fp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 33 börjar med "Vad
gäller" och slutar med "yrkande 2." bort ha följande lydelse:

Utskottet anser i likhet med vad som anförs i motion So16 (fp) att
det nuvarande riksavtalet inte ger tillräcklig rörelsefrihet inom landet
för personer som har behov av sjukvård. Utskottet anser också att
patienter som står under behandling under längre tider måste ges
vidgade möjligheter att vistas utanför sitt hemlän. En utveckling av
denna service ankommer i och för sig i första hand på sjukvårdshu-
vudmännen. Staten har emellertid ett övergripande ansvar när det
gäller systembrister inom sjukvården. Regeringen bör överväga vilka
möjligheter som finns för att möjligheterna till vård utanför det egna
landstinget skall kunna utvidgas och återkomma med förslag till riks-
dagen om detta. Vad utskottet anfört bör riksdagen med anledning av
motion So16 (fp) yrkande 2 som sin mening ge regeringen till känna.

13. *beträffande utvidgade möjligheter till vård utanför det egna landstinget*

att riksdagen med anledning av motion 1989/90:So16 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

10. Införande av en vårdgaranti (mom. 14)

Sten Svensson, Per Stenmarck och Ingrid Hemmingsson (alla m) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 33 börjar med "Utskottet har" och slutar med "yrkande 5." bort ha följande lydelse:

Utskottet delar motionärernas uppfattning att det måste finnas garantier för att invånare i ett landsting får den vård som de behöver. Patienterna måste också kunna få vård inom en rimlig tid. Om en sjukvårdshuvudman inte kan uppfylla dessa krav bör sjukvårdshuvudmannen vara skyldig att kontakta ett annat landsting eller enskilda vårdgivare. Om det saknas resurser inom Sverige bör patienterna på samma villkor som i övrigt kunna få vård i något annat land. En vårdgaranti av denna art förutsätter vissa ändringar i HSL. Regeringen bör utarbeta förslag till en sådan vårdgaranti och snarast återkomma till riksdagen.

Vad utskottet anfört bör riksdagen med anledning av motion So12 (m) yrkande 5 som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 14 bort hemställa

14. *beträffande införande av en vårdgaranti*

att riksdagen med anledning av motion 1989/90:So12 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

11. Legitimation för naprapater m.m. (mom. 20)

Sten Svensson (m), Ulla Tillander (c), Per Stenmarck (m), Ingrid Hemmingsson (m), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp), Rosa Östh (c), Anita Stenberg (mp) och Ulla Orring (fp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 39 börjar med "Utskottet erinrar" och slutar med "So478 (s)." bort ha följande lydelse:

Utskottet delar motionärernas uppfattning att det inom naprapatin bedrivs ett seriöst arbete. Det finns i dag en svensk utbildning som leder fram till examen för Doctor of Naprapathy. Utskottet anser att gruppen Doctors of Naprapathy bör få legitimation för yrket. Regeringen bör snarast återkomma till riksdagen med ett förslag om detta.

Vad utskottet anfört bör riksdagen med anledning av motionerna So497 (m, fp, c, vpk, mp), So404 (c), So485 (m), So402 (s) och So478 (s) som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 20 bort hemställa

1989/90:SoU24

20. beträffande *legitimation för naprapater m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1989/90:So497, 1989/90:So404, 1989/90:So485, 1989/90:So402 och 1989/90:So478 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

12. Legitimation för dietister (mom. 21)

Sten Svensson (m), Ulla Tillander (c), Per Stenmarck (m), Ingrid Hemmingsson (m), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp), Rosa Östh (c) och Ulla Orring (fp) anser

dels att den del av utskottets yttrande som på s. 39 börjar med "Utskottet vidhåller" och slutar med "So523 (m)." bort ha följande lydelse:

Utskottet är visserligen av den uppfattningen att staten bör vara restriktiv, när det gäller att reglera områden inom vilka flertalet yrkesutövare är anställda av de offentliga sjukvårdshuvudmännen. Legitimation bör vidare förbehållas yrkesgrupper som har en självständig yrkesfunktion och kvalificerade arbetsuppgifter. Legitimationen tjänar i dessa fall som ett skydd och som en upplysning till allmänheten om den kompetens en yrkesgrupp besitter.

Dietisterna är, enligt utskottets mening, en seriöst arbetande grupp inom hälso- och sjukvården med ansvar för kostbehandling av sjuka människor. Vissa yrkesutövare, som också ägnar sig åt olika former av kostrådgivning, saknar emellertid tillräcklig utbildning och erfarenhet. Informationen till allmänheten om dietisters speciella yrkeskunskap och erfarenhet kan förbättras om de kan erhålla kompetensbevis. Utskottet anser därför att det finns skäl att möjliggöra för dietister med godkänd yrkesutbildning att erhålla legitimation.

Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med anledning av motionerna So424 (m) och So523 (m) som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 21 bort hemställa

21. beträffande *legitimation för dietister*

att riksdagen med anledning av motionerna 1989/90:So424 och 1989/90:So523 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Särskilt yttrande

1. Kiropraktorer (mom. 19)

Sten Svensson (m), Per Stenmarck (m), Ingrid Hemmingsson (m), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) och Ulla Orring (fp) anför:

Vi vill erinra om att vi i tidigare sammanhang, bl.a. i betänkandet 1988/89:SoU23, framhållit att en kiropraktor bör erhålla ersättning från sjukförsäkringen när han behandlar patienter som kommer till honom efter remiss av en läkare.

I proposition 1989/90:81 framlagda lagförslag

1989/90:SoU24
Bilaga 1

1 Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Härigenom föreskrivs att 4 och 13–15 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

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

En landstingskommun får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i en annan landstingskommun, om landstingskommunerna kommer överens om det.

13 §

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

I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård. Vid en enhet som avses i 14 § skall för varje patient utses en patientansvarig legitimerad läkare.

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

14 §¹

En särskild läkare skall finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer. En sådan läkare benämns överläkare i fråga om verksamhet på sjukhus och distriktsläkare i fråga om verksamhet utanför sjukhus. En överläkares 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.

Landstingskommunen kan förordna en annan läkare att fullgöra

Vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling med det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstingskommunen kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enhe-

¹ Senaste lydelse 1983:335.

viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden enligt första stycket.

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

ten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen bestämmer vid vilka enheter det skall finnas chefsöverläkare.

15 §

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

Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. skall förordnas för viss tid.

Denna lag träder i kraft i fråga om 4 och 15 §§ den 1 juli 1990 och i övrigt den 1 juli 1991.

Lag om ändring i lagen (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Vård enligt denna lag bereds på sjukhus som drivs av staten, landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun. Vård får efter regeringens bestämmande beredas även på annan vårdinstitution. Vad i denna lag sägs om sjukhus gäller även sådana institutioner.

Vad som sägs om överläkare i denna lag gäller även biträdande överläkare som anförtratts särskild sjukavdelning. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får uppdra åt annan läkare att fullgöra uppgifter som enligt denna lag ankommer på överläkare.

Med överläkare förstås i denna lag chefsöverläkare som avses i 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Denne får uppdra åt erfarna läkare med specialistkompetens inom psykiatrin att fullgöra uppgifter som enligt denna lag ankommer på överläkare.

För behandling av vissa frågor enligt denna lag finnas utskrivningsnämnder med de verksamhetsområden regeringen bestämmer och en för riket gemensam psykiatrisk nämnd.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

¹ Lagen omtryckt 1982:782.

3 Förslag till

1989/90:SoU24

Lag om ändring i transplantationslagen (1975:190)

Bilaga 1

Härigenom föreskrivs att i 3 § transplantationslagen (1975:190)¹ ordet "överläkare" skall bytas ut mot "chefsöverläkare".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

¹ Senaste lydelse av 3 § 1982:769.

4 Förslag till

1989/90:SoU24

Lag om ändring i passlagen (1978:302)

Bilaga 1

Härigenom föreskrivs att i 20, 22, 24, 28 och 34 §§ passlagen (1978:302)¹ ordet "överläkare" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "chefsöverläkare" i motsvarande form.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

¹ Senaste lydelse av
22 § 1986:243
28 § 1986:1177
34 § 1983:246.

5 Förslag till

1989/90:SoU24

Lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus

Bilaga 1

Härigenom föreskrivs att i 3 och 4 §§ lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus ordet "Överläkaren" skall bytas ut mot "Chefsöverläkaren".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

6 Förslag till

1989/90:SoU24

Lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Bilaga 1

Härigenom föreskrivs att i 24 och 45 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ordet "överläkaren" skall bytas ut mot "chefsöverläkaren".

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

Härigenom föreskrivs att i 46–48, 50, 52 och 62 §§ smittskyddslagen (1988:1472) ordet "överläkare" i olika böjningsformer skall bytas ut mot "chefsöverläkare" i motsvarande form.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

Vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter landstingskommunen kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enheten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Propositionen	2
Motionerna	2
Motioner väckta med anledning av propositionen	2
Motioner väckta under allmänna motionstiden 1989	4
Motioner väckta under allmänna motionstiden 1990	5
Utskottet	5
Bakgrund	5
Propositionens förslag i huvuddrag	8
Det samlade ledningsansvaret	9
Propositionen	9
Motionerna	11
Yrkanden om avslag på propositionen, ny utredning m.m.	11
Annan ledningsansvarig person	13
Delegering av arbetsuppgifter	14
Utskottets bedömning	15
Behovet av sjukvårdsadministrativ utbildning	20
Indelning i verksamhetsområden	22
Jourverksamhet	23
Patientansvarig läkare	24
Propositionen	24
Motionerna	25
Tidigare utskottsbehandling	26
Utskottets bedömning	27
Lagstadgade flyttningsmöjligheter	28
Bakgrund	28
Propositionen	30
Motionerna	30
Tidigare utskottsbehandling	31
Utskottets bedömning	32
Lagförslagen i övrigt	33
Behörighetsregler för vissa grupper inom hälso- och sjukvården m.m.	34
Kiropraktorer	34
Naprater	37
Dietister	39
Hemställen	40
Reservationer	42
Särskilt yttrande	49
Bilaga 1 I propositionen framlagda lagförslag	50
Bilaga 2 Av utskottet framlagt lagförslag	58

