

Nr 7

Socialutskottets betänkande med anledning av motioner angående vissa medicinska specialiteter m. m.

Motionsyrkandena

I motionen 1975:348 av fru Hjalmarsson (s) och fru Sundström (s) hemställs att riksdagen hos regeringen anhåller om en utredning för förbättring av den psykiatriska specialistutbildningen för läkare.

I motionen 1975:472 av herr Bladh m. fl. (s) hemställs att riksdagen hos regeringen begär

- a) en kartläggning av vårdbehovet för njursjuka,
- b) en plan för en fortsatt utbyggnad av dialysverksamheten i landet och för en ökning av transplantationsverksamheten,
- c) förslag till ett för hela landet enhetligt bidragssystem, som innebär att samhället bär alla de merkostnader som den njursjuka åsamkas.

I motionen 1975:772 av herr Fälldin m. fl. (c) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkandet 3), att riksdagen beslutar att hos regeringen begära att regionsjukvårdsutredningen får i uppdrag att pröva frågan om yrkesmedicinens roll inom regionsjukvården.

Övriga i motionen framställda yrkanden, nämligen ett yrkande om psykosociala arbetsmiljöproblem (yrkande 1) och ett yrkande om statsbidragsregler för företagshälsovård (yrkande 2), har behandlats av socialutskottet i betänkandet SoU 1975:4.

I motionen 1975:1234 av fru Anér (fp) hemställs att riksdagen begär att regeringen vidtar åtgärder i syfte att öka läkarresurserna för behandling av allergiska yrkessjukdomar.

I motionen 1975:1257 av herr Hermansson m. fl. (vpk) hemställs, såvitt nu är i fråga (yrkandena 2 d och 3 d),

- a) att riksdagen hemställer hos regeringen om förslag om att de landsting som ansvarar för regionsjukhusen ges i uppdrag att före 1976 års utgång upprätta yrkesmedicinska kliniker med såväl teknisk som medicinsk del och som fristående kliniker,
- b) att riksdagen anhåller om att socialstyrelsen ges i uppdrag att omedelbart inrätta fem FV-block för att specialistutbilda yrkesmedicinare.

Övriga yrkanden i motionen, nämligen yrkandena 1, 2 a-c, 3 a-c och 4-7 vilka avser olika arbetsmiljöfrågor, har behandlats av socialutskottet i betänkandet SoU 1975:4.

I motionen 1975:1282 av fröken Pehrsson m. fl. (c) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag till en ökad och snabbare utbyggnad av specialistutbildningen i reumatologi.

Sjukvårdsorganisationen

Landstingskommun och kommun som ej tillhör landstingskommun har enligt 3 § sjukvårdslagen (1962:242) att ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd. För den öppna läkarvården är landstingskommun (varmed här och i det följande även avses kommun som ej tillhör landstingskommun) indelad i läkardistrikt med distriktsläkare i varje distrikt. Sluten vård bedrivs vid sjukhus. Sjukhus som är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art benämns lasarett, sjukhus för mindre krävande vård benämns sjukstuga och sjukhus som till huvudsaklig del är inrättat för långtidsvård m. m. benämns sjukhem. Vid sjukhus kan även öppen vård bedrivas.

Vårdorganisationen i läkardistrikt

Antalet läkardistrikt i landet är för närvarande ca 370 med sammanlagt ca 1 250 läkartjänster. Antalet läkarstationer med en läkare uppgår till ca 350, antalet läkarstationer med två läkare till ca 115, antalet läkarstationer med tre läkare till ca 85 och antalet läkarstationer eller större vårdcentraler med fyra eller flera än fyra läkare till ca 95. Förutom läkare med allmänläkar-kompetens kan även läkare med specialistkompetens vara anställda som distriktsläkare.

Lasarettorganisationen

Då den nuvarande sjukhusorganisationen började växa fram dominerades den av odelade lasarett – dvs. lasarett med endast en överläkare – och sjukstugor. Genom de medicinska framstegen blev en allt längre gående specialisering bland läkarna erforderlig vilket ledde till att de odelade lasarett kom att delas, dvs. flera överläkartjänster inrättades.

De minsta delade lasarett brukar kallas normallasarett. Ett sådant har i allmänhet fyra överläkare, specialiserade i medicin, kirurgi, röntgendiagnostik och anestesilogi. Vid många normallasarett finns härjämte konsultläkare anställda för vissa specialiteter. Konsultläkare är inte heltidsanställda och har inga egna kliniker utan biträder på de befintliga.

Inom varje sjukvårdsområde (landstingskommun respektive kommun som ej tillhör landstingskommun) har vid minst ett lasarett inrättats ett ytterligare antal kliniker för olika specialiteter, såsom för kvinnosjukdomar, förlossningar, medicinska barnsjukdomar, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, ortopedi, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri m. fl. Ett sådant lasarett brukar kallas centrallasarett.

För den högspecialiserade vården är riket indelat i sju s. k. sjukvårdsregioner (prop. 1960:159, SU 1960:189). Dessa sjukvårdsregioner är Stockholmsregionen, Uppsalaregionen, Linköpingsregionen, Lund-Malmöregionen, Göteborgsregionen, Örebroregionen och Umeåregionen. Vid ett eller i förekommande fall flera lasarett inom varje region, regionsjukhus, samverkar sjukvårdshuvudmännen beträffande de s. k. regionspecialiteterna vilka är neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi, viss kardiologi, plastikkirurgi, urologi, barnkirurgi, radioterapi, dermatologi och reumatologi. Benämningarna på sjukvårdsregionerna anger de orter, där regionsjukhusen är belägna. Statsmakterna har inte ansett det föreliggande skäl att genom lagstiftning reglera regionsjukvården utan denna avsågs skola komma till stånd genom frivilligt samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen. Ej heller har statsmakterna velat binda huvudmännens val av samarbetsformer för ändamålet, varför full frihet råder härvidlag.

Utöver ovannämnda kategorier lasarett finns lasarett för uteslutande psykiatrisk vård.

Antalet odelade lasarett är för närvarande ca fyra, antalet normallasarett ca 65, antalet centrallasarett ca 22, antalet regionsjukhus nio och antalet lasarett för uteslutande psykiatrisk vård ca 25.

Sjukvårdsplaneringen

Planeringssystemet m. m.

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

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

Planeringssystemet – som omfattar hälso- och sjukvården, tandvården samt omsorgerna om vissa psykiskt utvecklingsstörda – bygger på att principplanerna skall förnyas i princip vart femte år.

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

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

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

För att ge underlag för sjukvårdshuvudmännens fortsatta planeringsarbete bedrivs inom socialstyrelsen studier kring vårdorganisationens struktur. I ett betänkande benämnt Hälso- och sjukvård inför 80-talet, förslag till ett principprogram, som hösten 1973 framlagts för socialstyrelsens styrelse har gjorts en sammanfattning och sammanvägning av inom socialstyrelsen då bedrivna utredningar om vårdstrukturen. I betänkandet ges ett konkret förslag till vårdstruktur inom primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Det ger också synpunkter på organisation inom sjukvårdsområde och inom sjukvårdsinrättningar. Till betänkandet har fogats särskilda bilagor om in- värtresmedicin, barnmedicin och kirurgi.

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

Sedan remissbehandlingen av betänkandena – vilken beträffande vissa betänkanden redan är avslutad – ägt rum, kommer socialstyrelsen att på grundval av betänkandena och remissvaren avge en s. k. policy-förklaring om den allmänna inriktningen av sjukvårdens utbyggnad inför 1980-talet.

Det är avsett att denna policy-förklaring skall utgöra bakgrund för sjukvårdshuvudmännens arbete med sjukvårdsplaner.

Hälso- och sjukvård inför 80-talet

Den i socialstyrelsens betänkande Hälso- och sjukvård inför 80-talet föreslagna vårdstrukturen inom primärvård, länssjukvård och regionsjukvård innebär i korthet följande.

Primärvården med både läkare med allmänläkarkompetens och läkare med specialistkompetens skall ansvara primärt för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningssområde. Tillfälligt, när primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder som erfordras beträffande viss patient, skall ansvaret för denna patient kunna övergå till läns- eller regionsjukvården, men så snart man där anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, skall ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Länssjukvårdens ansvarsområde skall vara patienter med livshotande tillstånd och sjukdomstillstånd vilka kräver tillgång till personella och tekniska resurser som av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde.

Regionsjukvården skall ansvara för det fåtal patienter som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt specialiserade läkare samt kanske också särskild utrustning som är dyrbar eller svårskött. Regionsjukvården skall även ta hand om sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att erfarenhet om dess behandling inte finns på länsnivå.

Läkarutbildning och läkartjänster

Läkarutbildning

Läkares grundutbildning omfattar fem och ett halvt år.

Efter grundutbildningen följer vidareutbildning, som omfattar dels en allmäntjänstgöring om 21 månader, dels utbildning för allmänläkarkompetens eller specialistutbildning.

Allmän behörighet att utöva läkaryrket (legitimation) erhålls efter avlagd läkarexamen och därpå följande 21 månaders allmäntjänstgöring.

Allmäntjänstgöringen skall fullgöras som läkare i underordnad ställning. Tiden om 21 månader fördelas så att för vardera medicin, kirurgi och allmänläkarvård avsätts sex månader och för psykiatri tre månader.

Den fortsatta vidareutbildningen skall i fråga om utbildning för allmänläkarkompetens omfatta tjänstgöringar som läkare under sammanlagt tre och ett halvt år samt i fråga om specialistutbildning tjänstgöringar som läkare från fyra till fem och ett halvt år. Härunder skall läkaren följa systematisk undervisning.

Närmare bestämmelser om bl. a. allmäntjänstgöring för vinnande av le-

gitimation, krav på vidareutbildning för förvärvande av allmänläkarkompetens och krav för erhållande av specialistkompetens har meddelats i kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket.

Bevis om specialistkompetens får avse ett 40-tal specialiteter, bl. a. hudsjukdomar och veneriska sjukdomar (dermatologi och venerologi), inom gruppen invärtes sjukdomar medicinska njursjukdomar (nefropati), reumatiska sjukdomar (reumatologi) och yrkesmedicin samt inom gruppen psykiska sjukdomar allmän psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Yrkesmedicin har fastställts som specialitet fr. o. m. den 1 januari 1975.

Den som vill förvärva specialistkompetens skall sedan han fått legitimation som läkare genomgå vidareutbildning bestående av dels huvudutbildning om tre–fem års tjänstgöring i allmänhet helt inom specialiteten, dels sidoutbildning inom verksamhetsområde som är av betydelse för den sökta kompetensen. Sidoutbildningen omfattar tjänstgöring under minst sex månader och högst ett år och sex månader enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar efter förslag av nämnden för läkares vidareutbildning.

Behörighetskrav för innehav av läkartjänster

Bestämmelser om behörighet till läkartjänster hos landstingskommun och hos primärkommun finns i 19–22 §§ i sjukvårdskungörelsen.

Som krav för innehav av läkartjänster av fast karaktär för heltidstjänstgöring i läkadistrikt eller vid sjukhus gäller – med bortseende från underläkartjänsterna – förvärvad kompetens som allmänläkare eller specialist inom det område som tjänsten avser. Socialstyrelsen fastställer särskilda behörighetsvillkor för läkartjänst som inte faller inom området för fastställd specialitet. Så har skett beträffande bl. a. invärtesmedicinsk allergologi.

Underläkartjänsterna i läkadistrikt och vid sjukhus används för läkare under allmäntjänstgöring eller under fortsatt vidareutbildning och får i princip innehåsa endast av sådana läkare.

Inrättande av läkartjänster m. m.

Bestämmelser om inrättande av läkartjänster hos landstingskommun och hos primärkommun finns i 16–18 §§ sjukvårdskungörelsen.

Socialstyrelsen beslutar hur många underläkartjänster för allmäntjänstgöring som får finnas inom varje sjukvårdsområde.

Förordnandena för underläkare under allmäntjänstgöring, vilka meddelas av sjukvårdsstyrelsen eller annat organ i landstinget, är utformade som s. k. blockförordnanden, vilket innebär att förordnandena innefattar samtliga i allmäntjänstgöringen ingående tjänstgöringar som underläkare.

För inrättande av läkartjänster i övrigt – såväl underläkartjänster för läkare under allmänläkar- eller specialistutbildning som andra läkartjänster – krävs

med vissa undantag socialstyrelsens medgivande. Prövning av fråga om inrättande av läkartjänst skall ske på grundval av för riket upprättat läkarfördelningsprogram, som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Förslag om den nuvarande ordningen för vidareutbildning av läkare lades fram i prop. 1969:35 angående vidareutbildning och fördelning av läkare m. m. Grundtanken i propositionen, vilken bifölls av riksdagen (SU 1969:83), var att läkarnas vidareutbildning skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen. Detta skulle ske genom att tjänsterna för läkare under vidareutbildning skulle vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så, att de svarade mot det förutsebara sjukvårdsbehovet. Genom ett sådant system skulle läkarresurserna kunna kanaliseras till de områden där de bäst behövdes.

I nämnda proposition lades även fram ett program (läkarfördelningsprogram) för användningen av läkartillskottet i landet fram till år 1975 avseende såväl läkare med färdig grundutbildning som läkare som blir färdiga med vidareutbildningen.

Läkarfördelningsprogrammet LP 77 m. m.

Efter samråd med Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund framlade socialstyrelsen i juni 1973 dels förslag till läkarfördelningsprogram för verksamhetsperioden 1973–1977 (benämnt LP 77), dels förslag om vissa fortsatta kompletterande utredningar i ärendet avseende bl. a. konstruktionen av blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning och därmed sammanhängande frågor.

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

Förslaget till läkarfördelningsprogram, fördelat på olika kvoter för huvudområdena allmänläkarvård, psykiatri, långtidsvård/rehabilitering och övrig somatisk vård, avsåg att fördela dels de ca 3 650 läkare, som beräknades komma att påbörja fortsatt vidareutbildning under åren 1974–1977, dels de ca 1 000 specialistkompetenta underläkare som fanns i november 1972

och det nettotillskott av ca 1 900 specialistkompetenta läkare som beräknades tillkomma fram t. o. m. år 1977.

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

Socialstyrelsen har hittills på grundval av LP 77 medgivit inrättande av sammanlagt ca 1 400 läkartjänster för vidareutbildade läkare inom olika medicinska verksamhetsområden (allmänläkarvård och specialistvård).

Det ankommer på huvudmannen att vid utnyttjande av socialstyrelsens medgivande att inrätta tjänst bestämma om tjänsten skall inrättas som tjänst som distriktsläkare, biträdande distriktsläkare, överläkare, biträdande överläkare etc.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation har i mars månad 1973 uppdragit åt socialstyrelsen att till juni 1975 redovisa förslag till ett läkarfördelningsprogram för perioden 1975–1980 (LP 80).

Blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning

Socialstyrelsens uppdrag att utreda frågan om konstruktionen av blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning m. m. – vilket fullgjorts i samråd med universitetskanslersämbetet. Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund – har numera slutförts. Socialdepartementets sjukvårdsdelegation uppdrog genom beslut i juni 1974 åt socialstyrelsen att medge sjukvårdshuvudmännen att inrätta blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning under åren 1974 och 1975 enligt vissa ramar som socialstyrelsen föreslagit. Blockförordnandena för läkare under fortsatt vidareutbildning kallas FV-block och innefattar de tjänstgöringar inom olika områden som behövs för den kompetens som söks (allmänläkarkompetens eller specialistkompetens). Socialstyrelsen har vidare genom olika beslut bemyndigat sjukvårdshuvudmännen att vid behov – och inom ramen för gällande fördelningsprogram – inrätta extra tjänster för s. k. överbyggande förordnanden för underläkare, varigenom förfarandet i samband med inrättandet av blockförordnanden förenklats. Totalantalet FV-block, som förutsätts bli påbörjade under åren 1974 och 1975, har angivits till 759 respektive 956.

Förslag angående FV-block, som förutsätts bli påbörjade under åren 1976–1980, kommer att framläggas av socialstyrelsen i samband med förslag till LP 80.

Specialistutbildning i psykiatri för läkare

Motionen

I motionen 1975:348 av fru Hjalmarsson (s) och fru Sundström (s) anför bl. a. att de psykiatriskt verksamma läkarna i dag har en utbildning som inte motsvarar de krav, förväntningar och behov som människor ställer och att detta förhållande kommer att successivt accentueras. Motionärerna påpekar att psykologidelen i läkarutbildningen är ytterst bristfällig samt att sociologi, psykoterapi och kunskaper om samhällsupbyggnaden och arbetsmarknaden saknas. Motionärerna betonar särskilt betydelsen av utbildning i psykoterapi.

Nuvarande specialistutbildning i psykiatri

Bestämmelser om läkares grundutbildning har meddelats i kungörelsen (1969:330) om utbildning vid medicinsk fakultet. Enligt 4 § kungörelsen har den grundläggande utbildningen vid medicinsk fakultet till syfte främst att med ledning av vad som är av betydelse för samtliga läkare ge den studerande de kunskaper och färdigheter samt den kritiska skolning som fordras för yrkesverksamhet eller för vidareutbildning av läkare eller annan fortsatt utbildning. Enligt 5 § leder den grundläggande utbildningen fram till medicine kandidatexamen och läkarexamen.

Den grundläggande utbildningen vid medicinsk fakultet omfattar de examensämnen och andra läroämnen som regeringen eller, efter bemyndigande av regeringen, universitetskanslersämbetet bestämmer för varje examen. I utbildningen för läkarexamen ingår även de särskilda kurser som regeringen eller, efter bemyndigande av regeringen, universitetskanslersämbetet bestämmer (6 §). För varje läroämne eller särskild kurs som kan ingå i medicine kandidatexamen eller läkarexamen finns en studieplan, vari bl. a. anges målet för utbildningen, innehållet i utbildningen, arten och omfattningen av det arbete som den studerande skall utföra (10 §). Studieplan fastställs av universitetskanslersämbetet.

Som läroämne i utbildningen fram till medicine kandidatexamen ingår bl. a. psykologi med ca två veckors studier och som examensämnen i läkarexamen ingår bl. a. psykiatri och socialmedicin.

I läkarnas allmäntjänstgöring ingår bl. a. tre månaders tjänstgöring inom allmän psykiatri eller inom barn- och ungdomspsykiatri.

Specialistkompetens kan beträffande psykiska sjukdomar förvärfas i (1) psykiska sjukdomar (allmän psykiatri), (2) barn- och ungdomspsykiatri samt (3) rättspsykiatri. Här bör också nämnas att numera kan specialistkompetens även förvärfas i socialmedicin.

Viss försöksverksamhet beträffande grundutbildningen av läkare

På grundval av en översyn av utbildningen under de två första studieåren i läkarutbildningen, som gjorts av en av universitetskanslersämbetet tillsatt arbetsgrupp, och på grundval av remissyttranden över arbetsgruppens år 1971 framlagda betänkande i anledning av översynen angav universitetskanslersämbetet i en skrivelse i september 1971 till rektorsämbetena vid de lärosäten, där grundutbildning av läkare bedrivs, vissa riktlinjer för en försöksverksamhet med utbildningen under de tre första studieåren i läkarutbildningen. Avsikten med försöksverksamheten är att pröva nya former för utbildningen och att erfarenheterna skall kunna bilda en utgångspunkt för en framtida mer genomgripande reform av utbildningen.

I försöksverksamheten har bl. a. ämnet psykologi ersatts med ämnet medicinsk psykologi och samhällsmedicin, som omfattar en utbildning om sex till tio veckor.

Socialstyrelsens förslag om den psykiatriska vårdens målsättning och organisation

Studierna inom socialstyrelsen kring vårdorganisationens struktur i vad avser den psykiatriska vården har – såsom i det föregående angivits – redovisats i ett år 1973 presenterat betänkande, Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation.

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

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

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

Beträffande det psykiatriska primärvårdsteamet anförs bl. a. att psykolog och kurator med specialistkompetens i psykoterapi bör, i första hand inom

öppen och halvöppen vård, i ansvarshänseende jämställas med psykiater och att ledarskapet inom teamet bör tillfalla den som är mest erfaren och kunnig, oavsett om denna är psykiater, psykolog eller kurator.

I betänkandet ägnas ett avsnitt åt frågor om utbildningen för de olika personalgrupper som förutsätts komma i kontakt med psykiska problem. Bland annat behandlas frågan om utbildning i psykoterapi för läkare, psykologer och kuratorer. Beträffande utbildningen av psykiatrer anförs bl. a. följande (s. 233).

Behovet av fördjupade kunskaper och erfarenheter inom vart och ett av dessa fält och nödvändigheten att begränsa utbildningstidens längd gör, att lagarbetet framstår som den modell som garanterar att biologiska, psykologiska och sociala faktorer får likvärdigt beaktande. Det är sålunda inte meningsfullt, att alla i laget kan ungefär samma saker utan i stället skall var och en bidra från sitt speciella område. Patienter företer ofta kroppsliga besvär och symptom och det förefaller helt oundgängligt att någon i laget, dvs. psykiatern, kan utreda och behandla dem och förklara mekanismerna för patienten. Kravet på en från denna utgångspunkt väsentligt annorlunda psykiaterutbildning förlorar därmed sin bärkraft. Kunskaperna i de övrigas expertområden bör vara precis så omfattande som krävs för att man skall ha en helhetssyn, veta varandras möjligheter och begränsningar och ej behöva engagera de övriga i teamet för enklare åtgärder. Vad som däremot krävs är övning i att fungera i lagarbete, vilket lämpligen sker genom en kontinuerlig intern utbildning ("in-service education").

Betänkandet har remissbehandlats av socialstyrelsen. Betänkandet och remissvaren skall utgöra underlag för socialstyrelsens fortsatta överväganden om den psykiatriska vårdens organisation och om personalutbildning m. m.

Utredning av frågan om utbildning i psykoterapi

Kungl. Maj:t har genom beslut i maj 1970 uppdragit åt universitetskanslersämbetet att i samråd med vissa andra myndigheter, bl. a. socialstyrelsen, utreda frågan om utbildning i psykoterapi för olika personalkategorier inom hälso- och sjukvården. I en vid beslutet fogad promemoria uttalades, att utredningen borde omfatta dels en redovisning av den nuvarande utbildningen i psykoterapi, dels en kartläggning av vilka personalgrupper som har särskilt behov av utbildning i psykoterapi, dels överväganden om behovet av ytterligare utbildning.

För utredningsarbetet har tillsatts en arbetsgrupp.

Grupper för vilka övervägs specialistutbildning i psykoterapi är psykiatrer, psykologer, socionomer med viss vidareutbildningskurs samt sjuksköterskor/sjukskötare med specialisering inom psykiatrisk sjukvård.

Arbetsgruppen beräknas komma att avge förslag till universitetskanslersämbetet vid årsskiftet 1975-1976.

Tidigare riksdagsbehandling

I en motion till 1971 års riksdag begärdes att samtalsmetodiken samt de sociala och psykologiska momenten i psykiaterutbildningen skulle förstärkas. På förslag av utbildningsutskottet i betänkandet UbU 1971:24 avslog riksdagen motionen. Utskottet åberopade bl. a. ett tidigare uttalande av riksdagen att vederbörande myndigheter uppmärksamt bör studera önskemål om förändringar i läkarutbildningen och att utbildnings- och studieplanerna fortlöpande bör revideras med hänsyn till sjukvårdens utveckling och forskningens framsteg.

Njursjukvård*Motionen*

I motionen 1975:472 av herr Bladh m. fl. (s) påpekas att om en njure inte fungerar tillfredsställande finns i princip två utvägar – antingen genom att den skadade njuren ersätts med en frisk njure (transplantation) eller genom att njurens avsondringsfunktion ersätts genom dialys. Dialys med särskild apparatur (konstgjord njure) kan ske vid vissa sjukhus eller i den njurskadades hem, anförs det vidare. Motionärerna framhåller emellertid bl. a. följande nackdelar med hemdialys, nämligen brist på personal för utbildning och träning, behov av att någon person finns till hands som kan hjälpa till om något fel uppstår, behov av relativt goda utrymmen samt ökade kostnader för elström och vatten. Vidare påpekas bl. a. att fri medicin utgår till vissa sjuka men inte till njursjuka. Motionärerna anför att stödet för de njursjuka skiftar mellan de olika landstingen och kommunerna och att något enhetligt system inte finns.

Organisationen av dialys- och transplantationsverksamheten inom njursjukvården

De metoder för dialys som huvudsakligen används är peritonealdialys och hemodialys. Peritonealdialys innebär att en öppning görs till bukhålan så att spolvätska kan föras in i bukhålan och avlägsnas därifrån. Hemodialys innebär att blodbanorna anknys till en apparat (konstgjord njure), varigenom blodet kan renas från bl. a. urinämne.

Den första behandlingen med s. k. konstgjord njure utfördes i Sverige år 1946 vid lasarettet i Lund, där inom den medicinska kliniken skapats en avdelning för njurfall med särskild tanke på dialysbehandling. År 1956 donerade Svenska livförsäkringsbolagens förening konstgjorda njurar till karolinska sjukhuset, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och Umeå lasarett. Den första dialysenheten i Stockholm kom emellertid att inrättas vid S:t Eriks sjukhus i stället för vid karolinska sjukhuset. Statsbidrag anvisades till byggnadsarbeten för dialysenheten vid S:t Eriks sjukhus (prop. 1960:1 bil. 13 s. 231–246, SU 1960:11 s. 79–83).

I det av regionvårdsutredningen år 1958 avgivna betänkandet (SOU 1958:26) Regionsjukvården, riksplan för samarbete inom specialiserad sjukvård, vilket betänkande låg till grund för förslagen i prop. 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m. erinrades om tillkomsten av möjligheter för dialysbehandling i Lund, Stockholm, Göteborg och Umeå. Utredningen fann denna fördelning av dialyseresurser ändamålsenlig till en början (s. 118).

Föredragande departementschefen anförde i prop. 1960:159 s. 79 bl. a. att eftersom dialyscentralernas antal understeg det antal regioner, som föreslogs för den specialiserade sjukvården, skulle en regionalisering av behandlingen med konstgjord njure under alla förhållanden komma att fordra en särskild regionindelning samt att denna frågas lösning torde bli beroende på överenskommelse med berörda intressenter. Riksdagen (SU 1960:189) hade inte något att erinra häremot.

Den första njurtransplantation i Sverige utfördes vid Serafimerlasarettet i Stockholm i april 1964. Metoden togs därefter upp vid karolinska sjukhuset i augusti 1964 och vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg i april 1965.

Med anledning av ett uppdrag av Kungl. Maj:t år 1965 lät medicinalstyrelsen verkställa en utredning rörande behovet av medicinska vårdresurser för njursjuka. Resultatet av utredningen i vad avser frågan om organisationen av den medicinska njursjukvården samt dialys- och transplantationsverksamheten presenterades i juni 1967 i betänkandet Njursjukvård (Medicinalstyrelsen redovisar nr 2).

I november 1967 utfärdade medicinalstyrelsen ett cirkulär till samtliga sjukvårdsstyrelser angående njursjukvårdens organisation i landet. Ställningstagandena i cirkuläret grundade sig på förenämnda utredning, i vilken bl. a. föreslagits en organisation för hela landet omfattande 200 dialysplatser. I cirkuläret anfördes bl. a. följande.

Sammanfattningsvis vill medicinalstyrelsen sålunda framhålla det angelägna i att resurser för behandling av den akuta och kroniska njurinsufficiensen med dialys ökas. En omfattande verksamhet pågår redan, som bör fortsätta i en planmässig rationell utbyggnad. Denna utbyggnad bör ske etappvis med början vid regionsjukhusen. Den njurmedicinska kliniken med dialysavdelning kommer tillsammans med den urologiska kliniken att bilda ett njurcentrum.

Omfånget av verksamheten liksom avdelningarnas storlek får bedömas i proportion till vårdbehov och personaltillgång. På regionsjukhus bör åtminstone 15 dialysplatser finnas. På länsplanen bör i första hand resurser skapas för behandling av den akuta njurinsufficiensen, vilket med fördel kan ske med s. k. peritonealdialys inom ramen för intensivvården. Den tekniska utvecklingen beträffande apparaturen gör att stor uppmärksamhet bör ägnas åt möjligheten att organisera en mindre personalkrävande dag- och hemvård av de kroniska dialysfallen. Det är vidare angeläget att den förebyggande och uppspårande verksamheten intensifieras.

Utbildningen av personal bör likaså ägnas stor uppmärksamhet och man bör utnyttja den expertis på området som finns.

Njurtransplantationskirurgien gör snabba framsteg. Den bör utvecklas etappvis, till en början på två-tre platser i riket. En ändamålsenlig organisation av verksamheten ifråga synes kunna åstadkommas genom överenskommelser sjukvårdshuvudmännen emellan rörande utnyttjandet av de till detta fåtal platser koncentrerade vårdresurserna.

Socialstyrelsen har i ett cirkulär i mars 1973 (MF 1973:2) – vilket innehåller anvisningar i fråga om förfarandet för att säkerställa tillgången på nekronjuror för transplantationsändamål – bl. a. anfört att njursjukvårdens tyngdpunkt bör ligga på regionsjukhusen, som förfogar över njurmedicinsk och urologisk samt i vissa fall även immunologisk och transplantationskirurgisk expertis, samt att en adekvat vård av patienter med kronisk njursvikt nödvändiggör en bedömning vid njurmedicinsk klinik vid regionsjukhus före ställningstagande till framtida behandlingsform, dvs. dialys och/eller njurtransplantation, därvid transplantation i härför lämpade fall bör eftersträvas.

Dialysverksamhet förekommer numera i Sverige på eller med anknytning till sjukhus på ca 18 orter. Dialysverksamhetens omfattning under senare år kan åskådliggöras med följande uppgifter avseende en viss dag i september månad åren 1972, 1973 och 1974.

	År 1972	År 1973	År 1974
Antal dialysaggregat i bruk för sjukhusbunden hemodialys	97	118	144
Antal patienter i regelbunden sjukhusbunden hemodialys	212	229	221
Antal patienter i hemodialys	46	71	78
Antal patienter i regelbunden peritonealdialys	14	10	16

Njurtransplantationer görs numera vid ca sex regionsjukhus. Antalet njurtransplantationer under åren 1972, 1973 och 1974 var följande.

	År 1972	År 1973	År 1974
Nytransplantationer	147	142	155
Retransplantationer	36	50	51
Summa	183	192	206

Antalet tjänster för vidareutbildade läkare var i början av januari 1974 inom specialiteten medicinska njursjukdomar 23. Under åren 1974 och 1975 har sjukvårdshuvudmännen medgivits inrätta åtta tjänster för vidareutbildade läkare inom specialiteten.

Antalet medgivna blockförordnanden för fortsatt vidareutbildning av läkare avsedda att påbörjas under åren 1974 och 1975 är beträffande specialiteten medicinska njursjukdomar två respektive tre.

Vissa utredningar om njursjukvårdens organisation

I socialstyrelsens i ett föregående avsnitt onämnda betänkande Hälsa- och sjukvård inför 80-talet anförs bl. a. att vid samtliga länessjukhus bör finnas företrädare för specialiteten njursjukvård och att denne bör svara för dialysverksamheten (s. 147).

Sedan socialstyrelsen tagit kontakt med Spri har med anknytning till Spri igångsatts en uremiundersökning inom vissa regioner i Sverige. Undersökningen går ut på att kartlägga frekvens och incidens av kroniskt njursjuka patienter. Undersökningsresultaten torde bl. a. kunna vara ett underlag för planering och dimensionering av vårdresurser för aktiv terapi med dialys och transplantation för kroniskt njursjuka. Undersökningen startade under hösten 1974 och beräknas pågå under ett år.

Med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande år 1974 har tillkallats regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07) för att utreda regionsjukvårdens organisation m. m. Regionsjukvårdsutredningen, som beräknar slutföra sitt utredningsarbete under år 1976, kommer bl. a. att behandla frågor om njursjukvården.

Ekonomiskt stöd till förmån för dialyspatienter m. m.

Vissa sjukvårdshuvudmän lämnar bidrag till kostnader för vissa tillägg m. m. i patienternas kost, som behövs innan patienterna börjat komma under dialys. Därefter anses patienterna kunna hålla sig till vanlig kost.

Landstingsförbundet har i ett cirkulär i december 1970 till landstingen rekommenderat dem att – i avvaktan på en eventuell ändring av bestämmelserna om statsbidrag till vissa hjälpmedel för handikappade – bestrida kostnader dels för anskaffning och installation av dialysapparat för hemdialys, dels för erforderlig förbrukningsmaterial.

Sjukvårdshuvudmännen har i allmänhet följt denna rekommendation. Ett undantag är Göteborgs kommun, där sjukvårdshuvudmannen i september 1973 träffat en uppgörelse med Njursjukas förening. Denna innebär att föreningen skall svara för alla kostnader efter det att en patient går över till hemdialys. Föreningen finansierar verksamheten med insamlingar och donationer.

I cirkuläret av år 1970 har Landstingsförbundet bl. a. anfört att hemdialys i princip skall kunna genomföras av patienterna själva men att av säkerhetsskäl bör dock alltid finnas hjälp att tillgå från någon som stadigvarande sammanbor med den njursjuka. Detta hjälpbehov, anförs det, kvalificerar som regel inte rätt till erhållande av hemsjukvårdsbidrag men däremot inrymmer den allmänna försäkringen möjlighet för kronisk njursjuk att komma i åtnjutande av invaliditetstillägg till förtidspension eller invaliditetsersättning. I stor utsträckning utger emellertid landstingen ersättning till den som assisterar vid hemdialys. Frågan om en eventuell omprövning av Landstingsförbundets principiella ställningstagande kommer att aktua-

liseras i samband med en utredning om hemsjukvårdens innehåll m. m. som Landstingsförbundet och Spri påbörjat.

Landstingsförbundet har i ett cirkulär i oktober 1972 till sjukvårdshuvudmännen behandlat frågan om bidrag till utbildning för person som skall assistera en patient vid hemdialys. Det anges i cirkuläret att vid hemdialysbehandling fordras i allmänhet assistans av en person – vanligen en anhörig till den njursjuka – som genomgått viss kortvarig utbildning och instruktion på sjukhus. Sjukvårdshuvudmännen rekommenderas att utge ersättning för utgifter för resor, logi m. m. och för förlorad arbetsförtjänst som hänför sig till utbildningstiden.

Landstingsförbundet har i oktober 1973 i ett cirkulär till sjukvårdshuvudmännen rekommenderat dem att avstå från att ta ut patientavgift för sjukhusvård för de patienter som genomgår dialysbehandling på sjukhus och som tillika är "utförsäkrade" enligt lagen om allmän försäkring.

Yrkesmedicin och yrkesdermatologi

Motionerna

I motionen 1975:772 av herr Fälldin m. fl. (c) framhålls att en fungerande företagshälsovård måste vara förenad med goda möjligheter till specialistvård. Det påpekas att yrkesmedicinska sjukhusenheter finns i Stockholm, Lund och Örebro samt att en är under uppbyggnad i Umeå men att målet måste vara att det skall finnas åtminstone en yrkesmedicinsk klinik inom varje sjukvårdsregion.

I motionen 1975:1234 av fru Anér (fp) anförs att hudsjukdomar och allergier svarar för 50–70 % av alla yrkessjukdomar och att tre ämnen svarar för den övervägande delen av allergierna, nämligen krom, kobolt och nickel. Det påpekas att för detta område finns i Sverige endast två läkare.

I motionen 1975:1257 av herr Hermansson m. fl. (vpk) påpekas bl. a., såvitt här är i fråga, att trots att det i dag finns endast omkring ett dussin specialistkompetenta yrkesmedicinare, varav inte alla tjänstgör vid yrkesmedicinska kliniker, har utbildningsblock för fortsatt vidareutbildning till specialiteten inte anordnats, vilket omöjliggör rekrytering. Vidare påpekas att utbyggnad av yrkesmedicinska kliniker omedelbart måste komma till stånd.

Yrkesmedicinska kliniker

I regionvårdsutredningens betänkande (SOU 1958:26) Regionsjukvård, riksplan för samarbete inom specialiserad sjukvård anfördes bl. a. att utredningen fann det uppenbart att yrkesmedicinen med dess behov av intim kontakt med omgivningshygienens målsmän, arbetsplatserna och industri-läkarna inte kan centraliseras till regionplanet och att utredningen därför förordade, att yrkesmedicinen i princip blir tillgodosedd på länsplanet samt

att yrkesmedicinska centraler inrättas åtminstone vid sådana lasarett, som är belägna inom mera utvecklade industriområden. Vid regionsjukhusen borde dock enligt utredningens uppfattning den yrkesmedicinska kliniken ges något större dimensioner än på länsplanet, då regionsjukhusen givetvis kommer att draga till sig vissa särskilt svårutredda eller svårbehandlade fall från omgivande sjukvårdsområden.

Föredragande departementschefen anförde i prop. 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m. följande.

Beträffande yrkesmedicinen bör, som utredningen betonat, behovet av intim kontakt med arbetsplatserna och industriläkarna föranleda, att denna organiseras på länsplanet. Den omständigheten att bristen på för ändamålet utbildad personal endast kan medge en successiv utbyggnad av yrkesmedicinska avdelningar vid lasaretten torde i princip ej böra inverka på denna målsättning. Jag är emellertid medveten om att yrkesmedicinska avdelningar till en början endast kan väntas bli inrättade vid de större sjukhusen och att övergångsvis en form av regionalisering därför kan övervägas.

Departementschefens uttalande föranledde inte någon erinran vid utskottsbehandlingen (SU 1960:189) av propositionen.

År 1963 avgav utredningen angående yrkesmedicinens organisation m. m. till chefen för inrikesdepartementet betänkandet (SOU 1963:46) Yrkesmedicinska sjukhusenheter, behov och organisation. Utredningen anförde att den fann att det förelåg ett stort behov av ett tills vidare begränsat antal välutrustade yrkesmedicinska sjukhusenheter för diagnostik av verkliga eller misstänkta yrkessjukdomar, för konsultation och utredning med anledning av befarad arbetsbetingad ohälsa, för utvecklings- och forskningsarbete inom området, för undervisning, utbildning och information. Utredningen förordade att yrkesmedicinska enheter skulle finnas inom varje sjukvårdsregion med undantag för Uppsalaregionen, som förutsattes kunna replicera på den yrkesmedicinska centralen vid karolinska sjukhuset. Utredningen anförde att den i princip ville biträda regionvårdsutredningens uppfattning att yrkesmedicinen inte borde centraliseras till regionplanet utan anknytas till centrallasarett med för verksamheten nödvändiga serviceorgan. Utredningen framhöll emellertid att underlaget för rekrytering av personal för det dåvarande var för knappt för att ens kunna tillgodose behovet vid de av utredningen föreslagna enheterna. Utredningen anförde att den ansåg att det därför måste vara rationellt att koncentrera tillgängliga resurser på en fullständig utbyggnad av de av utredningen föreslagna enheterna i stället för att splittra upp verksamheten på alltför många inte funktionsdugliga mindre enheter.

Inom socialstyrelsen gjordes år 1970 en genomgång av resurserna på det yrkesmedicinska området, vilken redovisats i en promemoria i maj 1970 angående yrkesmedicinsk verksamhet i Sverige. Yrkesmedicinska enheter fanns vid karolinska sjukhuset, Södersjukhuset i Stockholm, regionsjukhuset

i Örebro och Lunds lasarett. I promemorian angavs att det inte fanns någon yrkesmedicinsk enhet som på tillfredsställande sätt fullgjorde alla de uppgifter, som angivits för en sådan enhet i förutnämnda betänkande av år 1963 om yrkesmedicinska sjukhusenheter.

Kommunfullmäktige i Göteborg beslutade år 1971 inrätta en yrkesmedicinsk enhet vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Svårigheter att rekrytera chef (överläkare) för enheten förhindrade emellertid verksamhetens ingångsättande. Mot bl. a. denna bakgrund har i stället inletts försöksverksamhet med ett yrkesmedicinskt centrum vid Sahlgrenska sjukhuset med en kvalificerad tekniker som chef. Detta yrkesmedicinska centrum skall bl. a. fungera som samordningsorgan för en betydande verksamhet av yrkesmedicinsk karaktär som bedrivs vid olika enheter vid sjukhuset. Vid Umeå lasarett, som är regionsjukhus, skall anordnas en yrkesmedicinsk enhet, vilken avses nära samverka med den arbetsmedicinska filial till arbetarskyddsstyrelsen som inrättats i Umeå den 1 januari 1974. Östergötlands läns landsting är berett inrätta en yrkesmedicinsk enhet vid regionsjukhuset i Linköping. Inrättandet av en sådan enhet möjliggör klinisk anknytning för den tjänst som professor i medicin, särskilt yrkesmedicin, vilken i prop. 1975:1 bil. 10 s. 315 föreslås inrättad vid högskolan i Linköping.

Tidigare riksdagsbehandling och utredningar av frågan om yrkesmedicinska kliniker

I en motion till 1973 års riksdag begärdes åtgärder som kunde främja en utbyggnad av yrkesmedicinska kliniker i enlighet med förslagen i förutnämnda betänkande av år 1963 om yrkesmedicinska sjukhusenheter.

På förslag av socialutskottet i betänkandet SoU 1973:25 s. 63 avslag riksdagen motionsyrkandet. Utskottet framhöll den beredvillighet som fanns hos sjukvårdshuvudmännen att få i gång de ytterligare yrkesmedicinska enheter som behövdes för att det i nämnda betänkande angivna målet skulle uppnås.

Den med stöd av ett Kungl. Maj:ts bemyndigande år 1970 tillkallade arbetsmiljöutredningen (S 1970:35), vilken har i uppdrag att företa en allmän översyn av arbetarskyddslagstiftningen, kan beräknas komma att beröra frågan om yrkesmedicinska kliniker.

Den till universitetskanslersämbetet knutna fakultetsberedningen för medicin, odontologi och farmaci framlade år 1974 en rapport om ett utredningsarbete om arbetsvetenskaplig inriktning av medicinsk utbildning och forskning (UKÄ-rapport 4/1974). I rapporten föreslås bl. a. att de yrkesmedicinska klinikerna inordnas i universitetsorganisationen.

Den i ett föregående avsnitt omnämnda, år 1974 tillkallade region-sjukvårdsutredningen kommer bl. a. att behandla frågor om yrkesmedicinska kliniker.

Blockförordnanden avseende yrkesmedicin för läkare under fortsatt vidareutbildning

I ett föregående avsnitt har en översiktlig redogörelse lämnats för blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning (s. k. FV-block).

Då yrkesmedicin inte upptagits som specialitet förrän fr. o. m. den 1 januari 1975 har FV-block inte kommit att ingå i den i juni 1974 fastställda fördelningen på olika specialiteter av de FV-block som förutsatts skola påbörjas under åren 1974 och 1975. Det finns däremot anledning räkna med att FV-block i yrkesmedicin kommer att ingå i fördelningen av FV-block för tiden fr. o. m. år 1976. Socialstyrelsen, som emellertid förutsåg att specialitet i yrkesmedicin skulle komma att inrättas, uttalade i anslutning till förslaget beträffande FV-block för åren 1974 och 1975 att yrkesmedicin i brist på underlag inte medtagits i fördelningsförslaget men att de sjukvårdshuvudmän som önskar inrätta FV-block för yrkesmedicin kan – efter samråd med socialstyrelsen – göra detta inom ramen för antalet tilldelade block inom området allmän internmedicin, för vilket område det fastställda fördelningsförslaget omfattade 52 FV-block att påbörjas under år 1974 och 65 FV-block att påbörjas under år 1975.

Socialstyrelsen har vidare föreslagit sjukvårdshuvudmännen att utnyttja eventuella differenser mellan antalet centralt tilldelade och lokalt planerade FV-block för yrkesmedicin.

Socialstyrelsen har dessutom påpekat för sjukvårdshuvudmännen möjligheten att "skräddarsy" blockförordnanden för hela den återstående erforderliga tjänstgöringstiden till allmänläkar- eller specialistkompetens för läkare som påbörjat fortsatt vidareutbildning före den 1 januari 1975 (s. k. restblock eller avvecklingsblock).

Visst förslag om läkarutbildningen

I den i det föregående nämnda UKÄ-rapporten 4/1974 om arbetsvetenskaplig inriktning av medicinsk utbildning och forskning har föreslagits att de arbetsvetenskapliga inslagen i grundutbildningen av läkare förstärks genom en precisering och utökning av de arbetsvetenskapliga momentens innehåll bl. a. i form av en fristående arbetsvetenskaplig kurs under utbildningens senare del.

Yrkesdermatologi

Yrkesdermatologi har inte blivit fastställd som medicinsk specialitet. Lämplig utbildning för verksamhet som yrkesdermatolog anses vara förvärvad specialistkompetens i hudsjukdomar och veneriska sjukdomar (dermatologi och venereologi) jämte utbildning i arbetsmiljöfrågor.

Yrkesdermatologi är representerad med mindre enheter vid karolinska sjukhuset och vid Lunds lasarett med två halvtidstjänster resp. tre hel-

tidstjänster för läkare. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har inrättats en yrkesdermatologisk enhet med en läkare och en yrkesallergologisk enhet med en läkare.

Antalet läkartjänster för vidareutbildade läkare inom specialiteten hudsjukdomar var i början av år 1974 ca 100. Under åren 1974 och 1975 har sjukvårdshuvudmännen medgivits inrätta 22 tjänster. FV-block i specialiteten hudsjukdomar har för åren 1974 och 1975 medgivits till ett antal av åtta respektive tio.

Reumatologi

Motionen

I motionen 1975:1282 av fröken Pehrsson m. fl. (c) anförs att totalt ca 150 000 personer i Sverige lider av kronisk ledgångsreumatism och att fler än 30 000 reumatiker är i behov av sjukhusvård. Motionärerna anför vidare bl. a. att det för utbyggnad av reumatikervården inte räcker med att bara skaffa nya kliniker utan det väsentliga är att utbilda kompetenta reumatologer. Det påpekas att år 1973 fanns totalt 40 läkare med examen i reumatologi och att ökningen till år 1978 beräknas utgöra endast 14 läkare. Vidare påpekas att socialdepartementets sjukvårdsdelegation beräknat behovet år 1985 till 80 läkare.

Socialstyrelsens råd och anvisningar om planeringen av reumatologisk vård m. m.

I betänkandet SoU 1973:11, vilket utskottet bl. a. avgav med anledning av en motion till 1973 års riksdag om reumatologi, lämnade utskottet en redogörelse för behandlingen av reumatologin i regionsjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1958:26) och föredragande departementschefens ställningstagande till detta i prop. 1960:159, för socialstyrelsens i februari 1970 utfärdade Råd och anvisningar nr 7 om Planering av reumatologisk vård, för de särskilda kliniker för reumatologisk vård m. m. som fanns år 1972 samt för behandlingen av ett motionsyrkande till 1972 års riksdag vari begärdes åtgärder och förslag om inrättande av reumatologiska undervisningskliniker vid undervisningssjukhusen. Utskottet, som i det följande redogör för förenämnda råd och anvisningar, hänvisar i övrigt till betänkandet SoU 1973:11.

År 1965 uppdrog dåvarande medicinalstyrelsen åt en expert att utarbeta en plan för den reumatologiska vårdens organisation i landet. Uppdraget redovisades samma år. År 1967 publicerades utredningen som nr 3 Reumatologisk vård i skriftserien Medicinalstyrelsen redovisar. Efter remissbehandling av utredningen utfärdade den nya socialstyrelsen på grundval av utredningen och remissbehandlingen i februari år 1970 Råd och anvisningar nr 7 om Planeringen av reumatologisk vård. Socialstyrelsen anger däri att styrelsen anser att vid samtliga regionsjukhus speciella reumato-

logiska kliniker bör inrättas, att behovet av reumatologisk specialkunskap på länsplanet bör tillgodoses inom invärtesmedicinska klinikens ram, att den öppna vården för reumatiskt sjuka bör utbyggas, att de av Riksföreningen mot reumatism drivna reumatikersjukhusens (i Spenshult, Strängnäs och Östersund) funktion bör utredas samt att forskningsresurserna i reumatologi vid universitetssjukhusen bör förstärkas. Från kliniker vid regionsjukhusen skall information om forskningsresultat och behandlingsprinciper spridas inom regionen. Klinikerna skall också ha till uppgift att medverka i vidareutbildningen av läkare inom specialiteten reumatologi samt bedriva forskning.

Utbildningen av reumatologer och nya tjänster för reumatologer m. m.

I grundutbildningen av läkare ingår reumatologi som ett kortare avsnitt inom ämnet medicin och omfattar utbildning från någon dag till ett par veckor beroende på utbildningsort.

I fråga om läkarnas allmäntjänstgöring har Kungl. Maj:t genom särskilda beslut lämnat medgivanden, som innebär att intill utgången av år 1975 kan högst två månader av tjänstgöringen inom medicin om sex månader fullgöras inom t. ex. reumatologi samt högst tre månader av tjänstgöringen inom allmänläkarvård om sex månader fullgöras inom valfri specialitet, t. ex. reumatologi.

I den fortsatta vidareutbildningen till allmänläkarkompetens – vari bl. a. ingår tjänstgöring om ett år och sex månader inom specialiteten allmän internmedicin – får nio månaders tjänstgöring inom allmänläkarvård bytas ut mot tjänstgöring inom valfri specialitet, t. ex. reumatologi.

Huvudutbildningen för förvärvande av specialistkompetens i reumatologi skall omfatta två års tjänstgöring inom specialiteten samt två års tjänstgöring inom allmän internmedicin, av vilken tid högst ett halvt år får bytas ut mot tjänstgöring inom långvårdsmedicin, som är en specialitet inom gruppen invärtes sjukdomar. Sidoutbildningen skall omfatta ett halvt års tjänstgöring inom ortopedisk kirurgi eller medicinsk rehabilitering. Tjänstgöring inom reumatologi är inte föreskriven som del av huvudutbildningen för annan specialitet. Däremot kan beträffande specialiteterna allmän internmedicin och klinisk bakteriologi viss del av huvudutbildningen bytas ut mot tjänstgöring inom reumatologi. I fråga om vissa specialiteter utanför gruppen invärtes sjukdomar får sidoutbildningen ske inom specialitet tillhörande gruppen invärtes sjukdomar, dvs. bl. a. inom reumatolog.

Antalet tjänster för vidareutbildade läkare var i början av januari 1974 inom specialiteten reumatologi 29. Under åren 1974 och 1975 har sjukvårdshuvudmännen medgivits inrätta sju tjänster inom specialiteten för vidareutbildade läkare.

Antalet medgivna blockförordnanden för fortsatt vidareutbildning av läkare avsedda att påbörjas under åren 1974 och 1975 är beträffande specialiteten reumatologi två respektive tre.

Tidigare riksdagsbehandling

I motioner till 1973 och 1974 års riksdagar begärdes åtgärder för att öka specialistutbildningen i reumatologi och utbildningen i reumatologi för andra läkare än reumatologer. På förslag av utskottet i betänkandena SoU 1973:11 och 1974:11 avslög riksdagen motionsyrkandena. Utskottet hänvisade till socialstyrelsens rekommendationer om utbyggnaden av reumatologin i de råd och anvisningar om planeringen av reumatologisk vård, som socialstyrelsen utfärdat år 1970, samt till att tjänster inom specialiteten reumatologi prioriterats vid läkarfördelningen.

I en under innevarande års riksmöte väckt motion har begärts att medel skall anvisas för inrättande vid karolinska sjukhuset av en av direktionen för sjukhuset begärd men i prop. 1975:1 bil. 7 s. 109–111 inte tillstyrkt tjänst som biträdande överläkare vid sjukhusets reumatologiska klinik. Socialstyrelsen hade i yttrande inte ansett sig kunna tillstyrka den begärda tjänsten med hänvisning till den bristande tillgången på vidareutbildade läkare och behovet av en utbyggnad av specialiteten reumatologi även utanför de stora undervisningssjukhusen. Riksdagen har på förslag av utskottet i betänkandet SoU 1975:5 s. 42–44 avslagit motionsyrkandet. Utskottet åberopade socialstyrelsens yttrande.

I en annan under innevarande års riksmöte väckt motion har bl. a. begärts åtgärder för ökning av såväl specialist- som grund- och sidoutbildningen i reumatologi för läkare. Riksdagen har på förslag av utbildningsutskottet i betänkandet UbU 1975:9 s. 12–13 och s. 30 avslagit motionsyrkandet. Utbildningsutskottet anförde bl. a. följande.

Utskottet vill betona betydelsen av att de reumatologiska sjukdomarna uppmärksammas inom såväl utbildning som forskning. Utskottet är dock inte berett förorda någon ökning av reumatologins utrymme inom grundutbildningen av läkare utan att konsekvenserna för andra ämnen kan överblickas. Vad gäller vidareutbildning till specialistkompetens förutsätter utskottet att socialstyrelsen – som har att medge sjukvårdshuvudmännen att inrätta s. k. blockförordnanden för fortsatt vidareutbildning – vid avvägningen mellan de skilda specialiteterna uppmärksammar framtida behov av reumatologer. Utskottet vill även peka på betydelsen av att reumatologi kan väljas som sidoutbildning inom vissa andra specialiteter och som bytesämne inom allmänläkarutbildningen.

Vissa utredningar

I socialstyrelsens i ett föregående avsnitt omnämnda betänkande Hälsa och sjukvård inför 80-talet anføres bl. a. att den höga frekvensen av sjukdomar i rörelseorganen (ben, leder, senor och muskler) talar för att man inom primärvården behöver läkare med kunskaper inom detta område och att dessa läkare utöver viss utbildning i kirurgi och ortopedisk kirurgi behöver vissa kunskaper i reumatologi, medicin och fysioterapi (s. 120). Vidare anføres

bl. a. att vid samtliga länsjukhus företrädare för reumatologi bör finnas (s. 146).

Den i ett föregående avsnitt omnämnda, år 1974 tillkallade regionsjukvårdsutredningen kommer bl. a. att behandla frågor om reumatologi.

Utskottet

I motionerna behandlas frågor om innehållet i utbildningen för psykiatrer, om njursjukvården, om inrättande av yrkesmedicinska sjukhuskliniker samt om ökning av utbildningen av läkare för yrkeshudsjukdomar och -allergier (yrkesdermatologer), av yrkesmedicinare och av reumatologer.

Som allmän bakgrund till utskottets överväganden rörande de i motionerna upptagna frågorna finns skäl att nämna följande beträffande sjukvårdsplaneringen m. m. och utbildningen av läkare.

I enlighet med det planeringssystem, som tillämpas på hälso- och sjukvårdsområdet, kommer sjukvårdshuvudmännen att före utgången av år 1975 för samråd till socialstyrelsen inge principplaner, som avser utbyggnaden av hälso- och sjukvården m. m. mot år 1985. Avsikten är att principplaneringen därefter skall förnyas en gång under innevarande decennium och då med tidsperspektivet 1990. Till grund för socialstyrelsens överväganden om utbyggnaden av hälso- och sjukvården ligger utredningar inom socialstyrelsen om vårdstrukturen. Dessa utredningar kommer även att utgöra bakgrund till huvudmännens fortsatta planeringsarbete. Inom ramen för utredningsarbetet om vårdstrukturen framlades hösten 1973 för socialstyrelsens styrelse ett betänkande benämnt Hälso- och sjukvård inför 80-talet, vilket utgjorde en sammanfattning och sammanvägning av inom socialstyrelsen då bedrivna utredningar om vårdstrukturen. Samma år framlades vidare bl. a. betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation.

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

Läkarnas grundutbildning omfattar fem och ett halvt år och avslutas med läkarexamen. Efter grundutbildningen följer som ett första led i läkarnas vidareutbildning allmäntjänstgöring om 21 månader på underläkartjänster i sjukvården under yrkesmässigt ansvar. Vid allmäntjänstgöringens slut erhålls legitimation som läkare. Efter allmäntjänstgöringen följer fortsatt vidareutbildning under tre och ett halvt år till allmänläkarkompetens eller under fyra-fem och ett halvt år till specialistkompetens. Sådan kompetens kan förvärfvas i ett 40-tal specialiteter, bl. a. i hudsjukdomar och veneriska sjukdomar (dermatologi och venericologi), medicinska njursjukdomar (nefropati), reumatiska sjukdomar (reumatologi), yrkesmedicin (fr. o. m. den 1 januari

1975), psykiska sjukdomar (allmän psykiatri) och barn- och ungdomspsykiatri. Specialistutbildningen omfattar dels huvudutbildning om tre-fem års tjänstgöring som i allmänhet fullgörs helt inom specialiteten, dels sidoutbildning om mellan ett halvt och ett och ett halvt års tjänstgöring inom verksamhetsområde som är av betydelse för den sökta kompetensen. Även den fortsatta vidareutbildningen fullgörs på underläkartjänster.

Det har förutsatts att praktiskt taget alla nyutbildade läkare skall genomgå vidareutbildningen. Allmänläkarkompetens eller specialistkompetens utgör i princip behörighetskrav för andra läkartjänster än underläkartjänster. Underläkartjänsterna skall förbehållas läkare som genomgår vidareutbildning, och antalet sådana tjänster skall vid varje tidpunkt motsvara antalet läkare som efterfrågar vidareutbildning. Tjänsterna skall vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så att de svarar mot det sjukvårdsbehov som kan förutses. Socialstyrelsen beslutar hur många underläkartjänster för allmäntjänstgöring som får finnas inom varje sjukvårdsområde. Inrättande av underläkartjänster för läkare under allmänläkar- eller specialistutbildning och tjänster för läkare med sådan utbildning (tjänster som avdelningsläkare och högre tjänster) skall ske på grundval av ett läkarfördelningsprogram för riket som upprättas av socialstyrelsen och fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Gällande läkarfördelningsprogram (LP 77) – som avser verksamhetsperioden 1973–1977 – framlades av socialstyrelsen i juni 1973 efter samråd med Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund och fastställdes samma månad av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. I LP 77 har fastställts dels inriktningen på medicinska huvudområden för de ca 3 650 läkare som beräknats komma att påbörja fortsatt vidareutbildning under åren 1974–1977, dels fördelningen på olika verksamhetsområden av de ca 1 000 allmänläkar- och specialistkompetenta underläkare som fanns i november 1972 och det nettotillskott av ca 1 900 allmänläkar- och specialistkompetenta läkare som beräknats tillkomma t. o. m. år 1977.

Sedan socialstyrelsen i samråd med universitetskanslersämbetet, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund framlagt förslag om konstruktionen av s. k. blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning (FV-block) – dvs. förordnanden som innefattar de tjänstgöringar inom olika områden som behövs för erhållande av allmänläkarkompetens eller specialistkompetens – samt om fördelningen på allmänläkarvård och olika specialiteter av FV-blocken, uppdrog socialdepartementets sjukvårdsdelegation i juni 1974 åt socialstyrelsen att i enlighet med förslaget medge sjukvårdshuvudmännen att inrätta FV-block, som skall påbörjas under åren 1974 och 1975. Antalet FV-block som förutsatts bli påbörjade under nämnda år är 759 resp. 956.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att till juni 1975 redovisa ett nytt läkarfördelningsprogram för perioden 1975–1980, vilket bl. a. skall innehålla förslag om fördelningen av FV-block som skall påbörjas under åren 1976–1980.

Innehållet i psykiaterutbildningen

I motionen 1975:348 av fru Hjalmarsson (s) och fru Sundström (s) anfördes bl. a. att de psykiatriskt verksamma läkarna har en utbildning som inte motsvarar de krav, förväntningar och behov som finns. Motionärerna anför att utbildningen för läkare i psykologi är ytterst bristfällig och att sociologi, psykoterapi och kunskaper om samhällsuppbyggnaden och arbetsmarknaden saknas. Motionärerna, som särskilt betonar betydelsen av utbildning i psykoterapi, begär att frågan om förbättring av psykiaterutbildningen skall utredas.

I läkarnas grundutbildning ingår bl. a. ca två veckors utbildning i psykologi samt som examensämne socialmedicin. Vid de medicinska fakulteterna pågår en försöksverksamhet med ändrad studieordning under de tre första åren av läkarutbildningen. I denna försöksverksamhet har ämnet psykologi ersatts med ämnet medicinsk psykologi och samhällsmedicin, som omfattar en utbildning om sex till tio veckor. Försöksverksamheten skall bilda utgångspunkt för en framtida mer genomgripande reform av läkarnas grundutbildning.

I betänkandet Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation – vilket skall utgöra grundval för socialstyrelsens överväganden om vårdorganisationen och personalutbildningen på det psykiatriska vårdområdet – har bl. a. förutsatts att psykiatern på primärvårdsnivå skall nära samverka med psykolog, kurator och sjuksköterska/sjukskötare i psykiatriska team, vilka skall ta hand om fall som inte klaras av den icke-specialiserade personalen i primärvården. Det förutsätts att i dessa team psykologiska faktorer skall särskilt beaktas av psykologen och sociala faktorer särskilt av kuratorn. Därmed har, påpekas i betänkandet, kravet på en väsentligt annorlunda psykiaterutbildning förlorat sin bärkraft. För alla i teamet föreslås utbildning i psykoterapi.

Frågan om specialistutbildning i psykoterapi för bl. a. läkare utreds f. n. av universitetskanslersämbetet med anledning av ett uppdrag av Kungl. Maj:t. Förslag väntas inom det närmaste året.

Under hänvisning till den lämnade redovisningen avstyrker utskottet bifall till motionen.

Njursjukvården

Frågor om njursjukvården tas upp i motionen 1975:472 av herr Bladh m. fl. (s), där det begärs en kartläggning av vårdbehovet för njursjuka samt en plan för en fortsatt utbyggnad av dialysverksamheten i landet och för en ökning av transplantationsverksamheten för njursjuka. Motionärerna framhåller bl. a. att patienter som genomgår dialys i hemmet behöver ha någon person hos sig som kan hjälpa till om något fel uppstår vid behandlingen. Det framhålls också att patienterna får ökade kostnader för elström och vatten m. m. Under hänvisning till det sagda och under erinran om

att stödet för de njursjuka skiftar mellan de olika landstingen och kommunerna begär motionärerna vidare förslag till ett för hela landet enhetligt bidragssystem, som innebär att samhället bär alla de merkostnader som den njursjuka åsamkas.

Dialysverksamhet för njursjuka – som kan ske antingen genom sköljning i bukålan (peritonealdialys) på sjukhus eller genom rening av blodet genom s. k. konstgjord njure (hemodialys) på sjukhus eller i hemmet – förekommer på eller med anknytning till sjukhus på ett tjugotal orter i landet. Såväl antalet dialysaggregat för sjukhusbunden dialys som antalet patienter i hemdialys har successivt ökat.

Njurtransplantationer görs numera vid ca sex regionsjukhus. Antalet transplantationer har ökat år från år.

Efter initiativ av socialstyrelsen har med stöd från sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) påbörjats en kartläggning inom vissa sjukvårdsregioner av antalet kroniskt njursjuka. Undersökningsresultaten är avsedda att ge underlag för planering och dimensionering av resurserna beträffande dialys- och transplantationsverksamhet för kroniskt njursjuka patienter. Med hänsyn till detta utredningsarbete och till att den år 1974 tillkallade regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07) kommer att behandla bl. a. frågor om organisationen av njursjukvården påkallar motionen 1975:472 i vad avser frågorna om en kartläggning av vårdbehovet för njursjuka och om en plan för utbyggnad av dialysverksamheten och transplantationsverksamheten inte någon åtgärd av riksdagen.

Landstingsförbundet har rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att när det gäller hemdialys stå för kostnaderna för anskaffning och installation av dialysapparater samt för erforderlig förbrukningsmateriel. Sjukvårdshuvudmännen har också rekommenderats att utge ersättning för förlorad arbetsförtjänst och för kostnader för resor och logi till den som genomgår utbildning för att biträda njursjuk med hemdialys. Landstingsförbundet har ansett att hemdialys som regel inte berättigar till hemsjukvårdsbidrag. I stor utsträckning utger emellertid landstingen ersättning till den som assisterar njursjuk vid hemdialys.

Med hänsyn till de rekommendationer om stöd vid hemdialys som Landstingsförbundet utfärdat och till att – enligt vad utskottet inhämtat – frågan om hemsjukvårdsbidrag vid hemdialys kommer att prövas i samband med en utredning om hemsjukvårdens innehåll m. m., som Landstingsförbundet och Spri påbörjat, påkallar motionen 1975:472 inte heller någon riksdagens åtgärd i vad den avser ett särskilt bidragssystem till förmån för njursjuka.

Utskottet avstyrker bifall till motionen 1975:472.

Yrkesmedicinska sjukhuskliniker

I två motioner framställs yrkanden som syftar till en förstärkning av yrkesmedicinens ställning.

I motionen 1975:772 av herr Fälldin m. fl. (c) begärs sålunda bl. a. att den år 1974 tillkallade regionsjukvårdsutredningen skall få i uppdrag att pröva frågan om yrkesmedicinens roll inom regionsjukvården. Vidare yrkas i motionen 1975:1257 av herr Hermansson m. fl. (vpk) bl. a., att de landsting som ansvarar för regionsjukhusen skall få i uppdrag att före utgången av år 1976 upprätta yrkesmedicinska kliniker med såväl teknisk som medicinsk del och som fristående kliniker.

Utredningen angående yrkesmedicinens organisation m. m. förordade i ett till chefen för inrikesdepartementet år 1963 avgivet betänkande (SOU 1963:46) Yrkesmedicinska sjukhusenheter, behov och organisation att yrkesmedicinska enheter skulle finnas inom varje sjukvårdsregion med undantag för Uppsalaregionen, som förutsattes kunna repliera på en sådan enhet vid karolinska sjukhuset.

Yrkesmedicinska enheter finns numera vid karolinska sjukhuset, Södersjukhuset i Stockholm, regionsjukhuset i Örebro samt Lunds lasarett. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har försöksverksamhet inletts med ett yrkesmedicinskt centrum med en kvalificerad tekniker som chef. Detta medicinska centrum skall bl. a. fungera som samordningsorgan för en betydande verksamhet av yrkesmedicinsk karaktär som bedrivs vid olika enheter vid sjukhuset. Vid Umeå lasarett är en yrkesmedicinsk klinik under uppbyggnad. Denna skall samverka med arbetarskyddsstyrelsens arbetsmedicinska filial i Umeå. Vid regionsjukhuset i Linköping skall inrättas en yrkesmedicinsk enhet, vilken skall ha anknytning till en professur i medicin, särskilt yrkesmedicin. Professuren inrättas vid högskolan i Linköping fr. o. m. den 1 juli 1975. Det i 1963 års betänkande om yrkesmedicinska sjukhusenheter angivna målet kommer således att inom en nära framtid ha uppnåtts. Utskottet vill understryka att den pågående utbyggnaden av företagshälsovården gör det nödvändigt att de yrkesmedicinska enheterna ges goda resurser, så att de kan tillgodose de krav på service i fråga om kvalificerad diagnostik och behandling m. m. som företagshälsovården i ökad utsträckning ställer.

Under hänvisning till det anförda och då regionsjukvårdsutredningen bl. a. kommer att behandla frågor om yrkesmedicinska kliniker bör motionen 1975:772 i här aktuell del inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Utskottet avstyrker således motionsyrkandet.

Av samma skäl avstyrker utskottet motionen 1975:1257 i här aktuell del.

Ökning av antalet yrkesdermatologer

I motionen 1975:1234 av fru Anér (fp) påpekas bl. a. att hudsjukdomar och allergier svarar för 50–70 % av alla yrkessjukdomar och att särskilt ämnena krom, kobolt och nickel svarar för allergierna. Motionären, som framhåller att för hela detta vårdområde finns i Sverige endast två läkare, begär åtgärder i syfte att öka läkarresurserna för behandling av allergiska

yrkessjukdomar.

Yrkesdermatologi har inte fastställts som medicinsk specialitet. Utskottet har inhämtat att lämplig utbildning för verksamhet som yrkesdermatolog torde vara specialistkompetens i dermatologi och venereologi samt utbildning i arbetsmiljöfrågor. Mindre yrkesdermatologiska enheter finns vid karolinska sjukhuset och vid Lunds lasarett. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har inrättats en yrkesdermatologisk enhet med en läkare och en yrkesallergologisk enhet med en läkare.

Antalet tjänster för läkare med specialistkompetens i dermatologi och venereologi var i början av år 1974 ca 100. Under år 1974 och hittills under år 1975 har sjukvårdshuvudmännen fått medgivande att inrätta 22 tjänster. För åren 1974 och 1975 har förutsatts att åtta resp. tio FV-block skall påbörjas i specialiteten.

Utskottet tar inte ställning till frågan huruvida yrkesdermatologin skall prioriteras framför andra verksamhetsområden när det gäller inrättande av vårdenheter vid sjukhusen och tjänster för vidareutbildade läkare. Dessa prioriteringar görs i läkarfördelningsprogrammen som utarbetas i samråd med bl. a. sjukvårdshuvudmännen. Mot bakgrund av den allt större vikt som de yrkesmedicinska frågorna tillmäts finns det emellertid enligt utskottets mening anledning räkna med att behovet av vårdenheter och läkare för yrkesdermatologi kommer att vederbörligen beaktas vid prioriteringarna när det gäller utbyggnaden av resurserna inom sjukvården.

Mot bakgrund av det anförda avstyrker utskottet bifall till motionen 1975:1234.

Inrättande av FV-block för utbildning av yrkesmedicinare

I motionen 1975:1257 av herr Hermansson m. fl. (vpk), som ovan behandlats i viss del, begärs också bl. a. att socialstyrelsen skall få i uppdrag att omedelbart inrätta fem FV-block för specialistutbildning av yrkesmedicinare. Det påpekas i motionen att FV-block i yrkesmedicin inte beräknats.

Eftersom yrkesmedicin inte inrättats som specialitet förrän fr. o. m. den 1 januari i år ingår inte FV-block för utbildning av yrkesmedicinare i den fastställda fördelningen på olika medicinska verksamhetsområden av FV-block som förutsatts skola påbörjas under åren 1974 och 1975.

Socialstyrelsen har emellertid – såsom redovisats på s. 19 i detta betänkande – för sjukvårdshuvudmännen angett en möjlighet att utbyta FV-block i allmän internmedicin mot yrkesmedicin och en möjlighet att utnyttja differenser mellan antalet centralt tilldelade och lokalt planerade FV-block för yrkesmedicin. Härjämte bör nämnas att socialstyrelsen framhållit möjligheten att sjukvårdshuvudmännen "skräddarsyr" blockförordnanden i form av s. k. restblock eller avvecklingsblock för de läkare som påbörjat den fortsatta vidareutbildningen före den 1 januari 1975.

På grund av det anförda och då det finns anledning räkna med att FV-block i yrkesmedicin kommer att ingå i den fördelning av FV-block för tiden fr. o. m. år 1976, varom förslag kommer att framläggas för socialdepartementets sjukvårdsdelegation i juni i år, bör motionen 1975:1257 i här aktuell del inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Utskottet avstyrker således motionen i motsvarande del.

Ökad utbildning av reumatologer

I motionen 1975:1282 av fröken Pehrsson m. fl. (c) begärs en ökad och snabbare utbyggnad av specialistutbildningen i reumatologi. I motionen påpekas bl. a. att totalt ca 150 000 personer i Sverige lider av kronisk ledgångsreumatism och att fler än 30 000 reumatiker är i behov av sjukhusvård men att antalet läkare med specialistkompetens i reumatologi år 1973 var endast 40.

Reumatiskt sjuka personer får sluten vård antingen vid särskilda sjukhus och kliniker för reumatologisk vård eller vid kliniker för allmän internmedicin. Antalet läkartjänster inom specialiteten reumatologi var i början av år 1974 29. Därefter har sjukvårdshuvudmännen fått medgivande att inrätta sju tjänster inom specialiteten. För åren 1974 och 1975 har medgivits två resp. tre FV-block i reumatologi.

Här bör påpekas att tjänstgöring inom reumatologi kan väljas som del av den allmäntjänstgöring, som alla läkare skall genomgå, och som en del av utbildningen till allmänläkarkompetens samt att tjänstgöring inom reumatologi kan ingå i huvudutbildningen eller sidoutbildningen för vissa specialiteter.

Som tidigare redovisats (s. 20 och 21) utfärdade socialstyrelsen år 1970 rekommendationer om utbyggnaden av reumatologisk vård. Med hänsyn till den föreslagna utbyggnaden finns det anledning räkna med att reumatologin kommer att prioriteras vid fördelningen av FV-block. Motionen 1975:1282 påkallar därför inte någon åtgärd av riksdagen. Utskottet avstyrker således motionen.

Utskottet hemställer

1. beträffande innehållet i psykiaterutbildningen att riksdagen avslår motionen 1975:348,
2. beträffande njursjukvården att riksdagen avslår motionen 1975:472,
3. beträffande uppdrag åt regionsjukvårdsutredningen rörande yrkesmedicinska sjukhuskliniker att riksdagen avslår motionen 1975:772 yrkande 3,
4. beträffande inrättande av yrkesmedicinska sjukhuskliniker att riksdagen avslår motionen 1975:1257 yrkande 2 d,
5. beträffande ökning av antalet yrkesdermatologer att riksdagen avslår motionen 1975:1234,

6. beträffande FV-block för utbildning av yrkesmedicinare att riksdagen avslår motionen 1975:1257 yrkande 3 d,
7. beträffande ökad utbildning av reumatologer att riksdagen avslår motionen 1975:1282.

Stockholm den 29 april 1975

På socialutskottets vägnar
GÖRAN KARLSSON

Närvarande: herrar Karlsson i Huskvarna (s), Gustavsson i Alvesta (c), Carlshamre (m), Larsson i Öskevik (c), fru Skantz (s) herrar Romanus (fp), Johnsson i Blentarp (s), Nordberg (s), Åkerlind (m), fröken Andersson (c), fru Marklund (vpk), herr Signell (s), fru Wigefeldt (c), fru Lagergren (s) och herr Alftin (s).

Reservation

beträffande inrättande av yrkesmedicinska sjukhuskliniker (punkt 4 i hemställan) av fru Marklund (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets betänkande på s. 27 som börjar med "Yrkesmedicinska enheter" och slutar med "aktuell del" bort ha följande lydelse:

Yrkesmedicinska enheter --- (= utskottet) --- juli 1975.

Den pågående utbyggnaden av företagshälsovården ställer allt större krav på service från yrkesmedicinska sjukhuskliniker i fråga om kvalificerad diagnostik och behandling. Därför bör det inom varje sjukvårdsregion finnas åtminstone en fristående yrkesmedicinsk sjukhusklinik, som omfattar såväl en medicinsk del som en teknisk del och som är försedd med goda resurser.

Under hänvisning till det anförda och då regionsjukvårdsutredningen bl. a. kommer att behandla frågor om yrkesmedicinska kliniker bör motionen 1975:772 i här aktuell del inte föranleda någon åtgärd av riksdagen. Utskottet avstyrker således motionsyrkandet.

Nuvarande organisation med yrkesmedicinska sjukhusenheter motsvarar inte de krav som utbyggnaden av företagshälsovården ställer. Inom Uppsalaregionen finns ännu inte någon yrkesmedicinsk sjukhusenhet och de enheter som inrättats eller är under uppbyggnad på andra håll har i flera fall inte den fristående ställning inom sjukhusorganisationen och de resurser som erfordras. Mot denna bakgrund bör regeringen verka för att sjukvårdshuvudmännen redan före utgången av år 1976 inrättar åtminstone en fristående yrkesmedicinsk sjukhusklinik inom varje sjukvårdsregion som har den omfattning och de resurser som här förordats.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionen 1975:1257 i här aktuell del bör ges regeringen till känna.

dels att utskottets hemställan under 4 bort ha följande lydelse:

4. beträffande inrättande av yrkesmedicinska sjukhuskliniker att riksdagen med anledning av motionen 1975:1257 yrkande 2 d ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Särskilt yttrande

beträffande ökad utbildning av reumatologer (betänkandet s. 29) av herr Romanus (fp) som anför:

Frågan om en förstärkning av vårdresurserna för reumatiska sjukdomar har tagits upp i motioner från folkpartiet till såväl 1973 års som 1974 års riksdagar. Detta har skett mot bakgrund av reumatismens karaktär av allvarlig folksjukdom. Man beräknar antalet reumatiker till ca 250 000, varav 50 000 är invalidiserade i olika grad, och över 30 000 behöver sjukhusvård. Resurserna för reumatologisk specialistvård är otillräckliga, bl. a. när det gäller att ta hand om barn med reumatism. Även i år har krav på ökade insatser för utbildning av läkare i reumatologi och för forskning om de reumatiska sjukdomarna framförts i en motion från folkpartiet (1975:1381). Den har emellertid behandlats av utbildningsutskottet.

