

## Regeringens proposition

### 1979/80: 116

om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården  
m. m.;

beslutad den 6 mars 1980.

Regeringen föreslår riksdagen att antaga de förslag som har upptagits i bifogade utdrag av regeringsprotokoll.

På regeringens vägnar

THORBJÖRN FÄLLDIN

ELISABET HOLM

### Propositionens huvudsakliga innehåll

Såsom framgår av regeringsförklaringen är reformverksamheten på hälso- och sjukvårdens område inriktad på förebyggande insatser, utbyggnad av öppenvård och hemsjukvård samt införande av system med husläkare och mindre vårdenheter. Förutsättningar skall även i fortsättningen finnas för privatpraktiker. Utbyggnaden av långtidssjukvården fullföljs.

Föreliggande proposition innehåller förslag till åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården bl. a. i syfte att införa ett husläkarsystem. Viktiga inslag i åtgärderna är ökad efterutbildning samt stöd till utvecklingsprojekt inom primärvårdens område. Medel beräknas också för tillämpad forskning inom främst primärvården. För dessa åtgärder föreslås att medel anvisas med 6 600 000 kr. under budgetåret 1980/81.

Vidare föreslås att planeringsramen för vårdlärarlinjen ökas med 48 platser nästa budgetår. Platserna avses bli placerade i Stockholm, Uppsala och Umeå. Mot denna bakgrund föreslås att tilläggsanslag anvisas med 2 467 000 kr. för budgetåret 1980/81 avseende utbildning för undervisningsyrken och ersättning till vissa lärarkandidater.

Sedan avtal nu träffats om finansieringen av Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) föreslås att 12 250 000 kr. anvisas till Spri:s verksamhet för budgetåret 1980/81.

Riksdagen har nyligen beslutat att ett institut för psykosocial miljömedicin skall inrättas den 1 juli 1980. I förevarande proposition föreslås att medel anvisas till institutets verksamhet under budgetåret 1980/81.

Utdrag  
PROTOKOLL  
vid regeringssammanträde  
1980-03-06

**Närvarande:** statsministern Fälldin, ordförande, och statsråden Ullsten, Bohman, Wikström, Mogård, Åsling, Krönmark, Burenstam Linder, Johansson, Holm, Boo, Danell, Petri

**Föredragande:** statsråden Holm och Mogård

**Proposition om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m. m.**

---

Statsråden Holm och Mogård anmäler sina förslag om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m. m.

Anförandena redovisas i underprotokollen för social- resp. utbildningsdepartementet.

Statsrådet Holm hemställer att regeringen i en gemensam proposition föreslår riksdagen att antaga de förslag hon och statsrådet Mogård har lagt fram.

Regeringen ansluter sig till föredragandenas överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga de förslag som föredragandena har lagt fram.

Regeringen beslutar att de anföranden och förslag som redovisas i underprotokollen skall bifogas propositionen som bilagorna 1 och 2.

*Bilaga 1*

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag  
PROTOKOLL  
vid regeringssammanträde  
1980-03-06

Föredragande: statsrådet Holm

**Anmälan till proposition om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m. m.****1 Inledning**

Med anledning av vad riksdagen (SoU 1978/79:47, rskr 1978/79:416) anförde vid behandlingen av propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m. anhåller jag att få ta upp frågan om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården.

I prop. 1979/80:100 (bil. 8 s. 93) har regeringen föreslagit riksdagen att i avvaktan på särskild proposition i ämnet, till Bidrag till sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut för budgetåret 1980/81 beräkna ett förslagsanslag av 11 050 000 kr. Jag anhåller att nu få ta upp även denna fråga.

Riksdagen (prop. 1979/80:6, SoU 1979/80:23, rskr 1979/80:160) har nyligen beslutat att godkänna att ett institut för psykosocial miljömedicin inrättas den 1 juli 1980. Med anledning härav bör medel för institutets verksamhet under budgetåret 1980/81 anvisas.

**2 Kontinuitet i hälso- och sjukvården****2.1 Bakgrund**

I propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m. redovisades riktlinjer för en successiv uppbyggnad av ett sådant system. I propositionen föreslogs att riksdagen skulle fatta principbeslut om att ett husläkarsystem skall organiseras. Genomförandet föreslogs ske i takt med att primärvården byggs ut och med anpassning till lokala förhållanden.

Propositionen byggde i allt väsentligt på det förslag som lagts fram av den år 1977 tillkallade kontinuitetsutredningen i betänkandet Husläkare – en

enklare och tryggare sjukvård (SOU 1978:74). De i propositionen angivna riktlinjerna för en successiv upphyggnad av ett husläkarsystem m. m. innebar sammanfattningsvis följande.

En decentralisering av sjukvården till mindre enheter ansågs vara nödvändig för att få till stånd en hälso- och sjukvård som är lättillgänglig och som tillgodoser kraven på kontinuitet i vården och på en helhetssyn på patienten och dennes behov av insatser av olika slag. En organisation av sjukvården, där människorna kan etablera en fast kontakt med en läkare och/eller annan personal förutsattes tillgodose de krav på en mänsklig och personlig hälso- och sjukvård som kommit fram. Mot denna bakgrund angavs som riktlinjer för utbyggnaden av primärvården att vårdcentralernas storlek begränsas till att omfatta i princip två till fem läkare, att allmänläkarna och distriktssköterskorna får vidgade arbetsuppgifter samt att läkartätheten närmar sig ett relationstal av en allmänläkare per 2 000 invånare och distriktsskötersketätheten uppgår till en sjuksköterska per 1 500–2 000 invånare. En utbyggnad av primärvården med denna inriktning skulle ge förutsättningar för patienterna att få en fast kontakt i hälso- och sjukvårdsfrågor med i första hand en allmänläkare vid en vårdcentral – som genom att en sådan kontakt etableras blir patienternas "husläkare" – men även med en distriktssköterska och med annan personal vid vårdcentralen.

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

I propositionen förordades att allmänläkare skall svara för "vardagssjukvård" och få vidgade uppgifter i fråga om mödrahälsovård, barnhälsovård och psykiatrisk vård m. m. Det förutsattes att specialistvård i viss utsträckning skulle tillhandahållas i primärvården, t. ex. för långvariga sjukdomstillstånd av svårare art. Barnspecialister förutsattes svara för hälsoövervakningen av alla barn under spädbarnsåren och därefter ha ansvaret för barn med speciella vårdbehov. Specialistmedverkan förutsattes även inom kvinnosjukvården.

Betydelsen av att vårdplaneringsmetoder utvecklas och används vid vårdcentraler underströks. Akutberedskap borde finnas vid vårdcentralerna och de förutsattes successivt få ökad jourservice.

Husläkarsystemet – innebärande att varje invånare har en bestämd läkare att vända sig till – skulle ses som ett erbjudande till samtliga invånare inom en vårdcentralens betjäningssområde. Ett system med registrering av invånarna hos viss läkare borde dock inte införas, förrän personalresurserna är sådana att de räcker för att ge vård och hjälp åt samtliga berörda. Registrering till viss vårdcentral borde däremot ske omgående.

Något remissväng för vård hos specialistläkare eller andra läkare än husläkaren skulle inte finnas.

Förebyggande vård förutsattes vara en central uppgift för husläkaren. Företagshälsovården ansågs kunna avlasta den rent sjukvårdande verksam-

heten på primärvården. Ett närmare samarbete föreslogs mellan primärvården och skolhälsovården.

Privatpraktikerna angavs utgöra ett värdefullt komplement till den offentliga vården och borde också kunna fullgöra funktionen som husläkare. Ett närmare samarbete mellan privatpraktikerna och den offentliga vården ansågs angeläget. Ett sådant samarbete förordades komma till stånd genom överenskommelser. Vidare förordades forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården.

I propositionen underströks att ett genomförande av husläkarsystemet skulle kräva satsningar på i första hand utbildningsområdet. Olika åtgärder för att öka allmänläkartillgången och förbättra allmänläkarnas utbildning samt för att öka utbildningen av bl. a. distriktssköterskor förordades. Primärvården borde vidare ges större utrymme i vårdpersonalens utbildning.

Det framhölls i propositionen att staten bör vara beredd att ställa ekonomiska resurser till förfogande för att underlätta genomförandet av ett husläkarsystem. Stöd till insatser på utbildningsområdet ansågs särskilt viktiga. Det förutsattes att den närmare utformningen och omfattningen av åtgärder som bör komma ifråga för statligt stöd blir föremål för förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Socialutskottet konstaterade inledningsvis i sitt betänkande att en utveckling av primärvården där vårdcentralen utgör kärnan pågår. Enligt utskottets uppfattning saknades i propositionen konkreta förslag för att stödja och påskynda utvecklingen.

Socialutskottet anförde vidare i sitt yttrande att utbyggnaden av primärvården bör ske med utgångspunkt i det planeringsunderlag, som getts i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet och i skriften Primärvård – innehåll och utveckling, vilken utarbetats av socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) inom ramen för ett gemensamt utredningsarbete om primärvården och äldreomsorger m. m. Utskottet som inte tog ställning till detaljerna i underlaget, framhöll att detta planeringsunderlag ligger till grund för sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av primärvården och att även propositionen i allt väsentligt har sin utgångspunkt i detta planeringsunderlag. Utskottet konstaterade vidare att även det synsätt som kommer till uttryck i flera av de motioner som lagts fram med anledning av propositionen 1978/79:178 står i överensstämmelse med innehållet i planeringsunderlaget. I dessa motioner erinrades om den utveckling som pågår i sjukvårdsområdena och framhölls angelägenheten av att denna utveckling fortsätter.

I motionen 1978/79:2627 föreslogs försöksverksamhet med olika modeller för att förbättra kontinuiteten i kontakterna mellan sjukvårdspersonal och patienter. Mot bakgrund av att sjukvårdshuvudmännen och Landstingsförbundet i remissyttranden över kontinuitetsutredningen framhållit angelägen-

heten av att fortsätta och vidareutveckla arbetet med olika organisationsmodeller och planeringssystem som kan bidra till bättre kontinuitet ansåg utskottet sig kunna förutsätta att sjukvårdshuvudmännen kommer att söka vägar för att förbättra kontinuiteten i sjukvården. Utskottet utgick härvid från att bl. a. frågor om behovet av fast kontakt med pediatriker och gynekolog-obstetriker i hälso- och sjukvården för barn och kvinnor kommer att närmare prövas.

I motionen 1978/79:2628 samt i motionen 1978/79:2629 togs upp frågan om att vidga kontinuitetsbegreppet. I motionen 2628 framhölls bl. a. att en läkare – antingen man kallar honom husläkare eller något annat – endast är en del av kontinuiteten mellan patienten och samhällets vårdfunktioner. Motionärerna ville vidga kontinuiteten till att avse hela samhällets primärvårdsorganisation. Den skall, sägs det, ha sin tyngdpunkt i vårdlag av läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl. som i samarbete med primärkommunernas socialassistenter och hemsamariter skall möta patienten utifrån ett gemensamt synsätt där helhetssynen är grundläggande. Motionärerna framhöll vidare att det är viktigt att man kan organisera vården så att patienten vid återbesök får träffa samma läkare eller vårdlag. Detta ansågs kunna ske med tämligen enkla medel och sker redan på många håll.

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

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

I motionen 1978/79:2626 anfördes skäl mot att förlägga jourverksamhet till vårdcentralerna. Utskottet hänvisade för sin del till principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet. I principprogrammet anges att primärvården skall svara för huvuddelen av jourverksamheten. Personer med akuta tillstånd som bedöms kräva sjukhusets resurser skall, enligt

principprogrammet. givetvis tas emot inom länssjukvården vid länssjukhus eller länsdelssjukhus. Utanför ordinarie mottagningstid kan primärvården organisera gemensam jourtjänst för flera vårdcentraler, eventuellt för två eller flera primärvårdsområden, allt beroende på avståndsförhållanden. Jourmottagningen förläggs därvid lämpligen till en större vårdcentral. Om länsdelssjukhus eller länssjukhus finns inom jourområdet kan det, påpekas det i principprogrammet, vara fördelaktigt att lokalisera även primärvårdens jour till sjukhuset. Jouren bör givetvis även då vara bemannad med distriktsläkare.

Beträffande läkarval m. m. anförde utskottet att en utgångspunkt för verksamheten vid vårdcentralerna bör vara att patienten äger att själv välja läkare för konsultation och vård. Något registreringsförfarande som binder patienterna till en viss läkare bör inte införas. Vidare bör enligt utskottets mening, något hinder inte föreligga för patienterna att på egen hand söka sig till specialist.

Utskottet biträdde uttalanden i propositionen om önskvärdheten av ett närmare samarbete mellan privatläkarna och den offentliga vården. I övrigt fann inte utskottet det vara påkallat med något uttalande av riksdagen med anledning av propositionen 1978/79:178 i här aktuella delar.

I motionerna 1978/79:2627 och 1978/79:2626 togs upp frågor om etableringsvillkor för privatpraktiker. Socialutskottet hänvisade härvid bl. a. till socialförsäkringsutskottets av riksdagen godkända betänkande SfU 1978/79:22, i vilket det anfördes, att såvitt gäller den individuella taxebindningen för tiden efter den 1 januari 1980 bör regeringens ställningstagande i frågan avvaktas, innan riksdagen gör några uttalanden härom.

I motionen 1978/79:2629 begärdes ett åtgärdsprogram som tillgodoser vissa i motionen framförda krav på utbildning av personal inom primärvården, forsknings- och utvecklingsarbete samt statligt stöd till sjukvårdshuvudmännen. I detta program borde bl. a. ingå ett praktiskt förankrat och av Sprisamordnat utvecklingsarbete på primärvårdsområdet. Krav på en plan för att öka tillgången på läkare och distriktssköterskor och på en jämnare regional utbyggnad av primärvården framfördes i motionen 1978/79:2628. I motionerna 1978/79:2626 och 1978/79:2627 togs också upp frågor om läkarutbildning och forskningsorganisation.

Utskottet anförde att det är nödvändigt med kraftfulla insatser – främst på utbildningsområdet – för att förstärka utvecklingen och utbyggnaden av primärvården. Utskottet förordade därför att de konkreta åtgärder som behövs för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården föreläggs riksdagen sammanfattade i ett åtgärdsprogram. Utgångspunkten skulle därvid vara de riktlinjer för utbyggnaden av primärvården, som getts i socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet samt i kompletteringar till detta principprogram.

Riksdagen har med skrivelse 1978/79:416 till regeringen överlämnat socialutskottets betänkande 1978/79:47 med anledning av regeringens

proposition 1978/79:178 jämte däröver väckta motioner och anmält att riksdagen bifallit vad utskottet hemställt.

Med anledning av riksdagens skrivelse hemställde regeringen den 13 september 1979 att Språ snarast möjligt skulle komma in med förslag till åtgärder som kan främja kontinuiteten i vården samt stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården. I skrivelse den 31 oktober 1979 har Språ redovisat förslag till flera utvecklingsprojekt inom detta område. Spris förslag omfattar projekt rörande primärvårdens organisation, primärvårdens inplacering i hälso- och sjukvårdssystemet samt primärvårdens samverkan med läns sjukvården. Förslaget innebär ett utvecklingsarbete i direkt samverkan med ett antal landsting, där huvuddelen av insatserna görs i direkt anslutning till utbyggnaden av primärvården. I detta utvecklingsarbete ingår också att genomföra försöksverksamhet.

I en överenskommelse mellan socialdepartementet och Landstingsförbundet den 1 mars 1979 förutsattes att åtgärder skulle vidtas för att förbättra kontinuiteten i sjukvården, bl. a. med utgångspunkt i kontinuitetsutredningens försl. Avsikten var att i fortsatta överläggningar ta upp frågan om utformningen av åtgärderna.

## 2.2 Allmänna utgångspunkter för kontinuitetsbefrämjande åtgärder

En viktig utgångspunkt för organisationen av den framtida hälso- och sjukvården anser jag vara att skapa möjligheter för den vårdsökande att vid en behandling eller utredning som kräver flera besök vid varje tillfälle få träffa samma läkare och även i övrigt samma personer inom vårdlaget. Sådan möjlighet bör i princip också finnas när patienten söker för olika slags problem under en längre tidsrymd. Denna princip kan sammanfattas i begreppet kontinuitet.

I förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården som lagts fram av hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) anges som övergripande mål för den framtida hälso- och sjukvårdsverksamheten att främja en god hälsa hos hela befolkningen samt möjlighet för alla att på lika villkor få del av en ändamålsenlig hälso- och sjukvård. För att vården skall kunna anses ändamålsenlig krävs enligt HSU att man också beaktar behovet av andra än rent medicinska åtgärder i vårdarbetet, däribland omvårdnadsbehovet. Utredningen anser vidare att vårdresurserna bör utformas och organiseras så att vården, i den mån detta med hänsyn till kvalitativa krav är möjligt, görs lätt tillgänglig för den vårdsökande. För många sjukdomsproblem bör vård i hemmet eller i hemliknande miljö eftersträvas. HSU framhåller vidare att den vårdsökande bör ha möjlighet att under en värdeperiod och vid olika slags sjukdomsproblem under en längre tidsrymd kunna upprätthålla kontakt med en och samma läkare eller ett och samma vårdlag. Enligt HSU:s förslag kännetecknas en ändamålsenlig hälso- och sjukvård också av höga anspråk när det gäller den vårdsökandes

möjligheter till medinflytande och integritet. I anslutning till iika-villkorsprincipen framhåller HSU bl. a., att det kan vara nödvändigt för att öka tillgängligheten till värden att se över mottagningstidernas förläggning och jourtjänstens organisation.

Beträffande begreppet kontinuitet anför HSU bl. a. att de vårdsökande ofta sätter önskemålet att vid återbesök få bli behandlad av samma personal främst, eftersom de flesta upplever bristande kontinuitet som mycket besvärande. Utredningen konstaterar vidare att det känns tryggt om man i vårdsituationen får möta en person, som tidigare är insatt i ens problem och att man då slipper att ständigt upprepa sin sjukdomshistoria. God kontinuitet i värden innebär också enligt HSU, många gånger en stor fördel för patientens anhöriga, t. ex. vid kontakter om patientens tillstånd.

HSU anför vidare att personlig kontakt i många fall är en nödvändig förutsättning för att läkare och annan personal skall kunna ge den hjälp som behövs. Störs denna kontakt blir behandlingen sämre eller tar längre tid. Utredningen framhåller också att det är avsevärt lättare att upprätthålla den personliga kontakten, om den enskilde för den övervägande delen av sina vårdbehov har samma vårdmottagning att vända sig till.

Med hänsyn till den stora betydelse som kontinuiteten har för en ändamålsenlig hälso- och sjukvård upptar HSU kontinuitetskravet t. o. m. som ett särskilt delmål i det förslag till målinriktad ramlag, som utredningen presenterat.

HSU:s beskrivning av behovet av kontinuitet i värden torde vara ett uttryck för allmänt accepterade värderingar. Icke desto mindre finns det i dagens sjukvård stora brister härvidlag. Den bristande kontinuiteten både inom öppen vård och vård vid sjukhus upplevs som ett allvarligt problem av både allmänhet och vårdpersonal.

I regeringsförklaringen anges att reformverksamheten på hälso- och sjukvårdens område skall inriktas på förebyggande insatser, utbyggnad av öppen vård och hemsjukvård samt införande av system med husläkare och mindre vårdenheter. Vidare skall det även i fortsättningen finnas förutsättningar för privatpraktiker att verka. I regeringsförklaringen sägs också att utbyggnaden av långtidssjukvården skall fullföljas.

För mig framstår kontinuitetsproblemen som mycket viktiga att beakta i strävandena att skapa en god hälso- och sjukvård. Därvid vill jag också erinra om riksdagens tidigare redovisade uttalande om att ett av målen för primärvårdens utveckling är att tillgodose behovet av kontinuitet. I det följande kommer jag att redovisa förslag till åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården.

Det är enligt min mening angeläget att man i reformverksamheten inom alla områden inom hälso- och sjukvården beaktar behovet av en god kontinuitet så att patienterna kan lära känna vårdpersonalen och känna trygghet och förtroende för sjukvården. Åtgärder för att förbättra kontinuiteten är således inte knutna enbart till frågan om att tillskapa ett

husläkarsystem utan även till möjligheterna i övrigt att skapa fasta kontakter mellan patienter och personal.

Brist på läkare och annan sjukvårdspersonal, ökad specialisering, koncentration av sluten vård till större sjukhus, arbetstidsreglering med bl. a. ledigheter i samband med jourkompensation och ett utbildningssystem, som innebär snabb personalomsättning, är exempel på faktorer som bidragit till uppkomsten av kontinuitetsproblem. Jag vill också understryka att läkarna och vårdpersonalen på grund av tidsbrist ofta varit tvungna att helt koncentrera sig på de medicinska åtgärderna, varvid kontinuiteten kommit i bakgrunden. Sjukvården har därför kommit att uppfattas som alltför produktionsorienterad. Patienterna har inte sällan känt sig som vårdobjekt som slussas runt i vårdsystemet.

I kontinuitetsutredningens betänkande beskrevs tre former av kontinuitet: Värdepisodkontinuitet, långsiktig kontinuitet och kontinuitet i vården som ges inom olika vårdformer och på olika vårdnivåer.

Jag vill understryka att det finns behov av kontinuitet för alla patienter. Det är stort inom såväl sluten som öppen vård liksom vid sjukdomsperioder där både sluten och öppen vård ingår. Det är fortfarande mycket vanligt att man under en sjukdomsperiod blir behandlad av olika personer inom skilda yrkesgrupper utan att det finns ett fast sammanhållet ansvar för behandlingsinsatserna. Att patienterna upplever en sådan situation som förvirrande och otillfredsställande finns också klarlagt i en rad studier.

Enligt min uppfattning är behovet av att få möta samma vårdgivare vid varje besök under en sjukdomsperiod störst vid långvarig sjukdom. När det gäller den långsiktiga kontinuiteten torde behovet av att vid olika sjukdomstillfällen skötas av samma vårdgivare vara störst för äldre människor. För dem är det besvärligare än för yngre att etablera kontakt med ständigt nya vårdgivare. Behovet av samordning av behandling som ges inom olika vårdformer och på olika vårdnivåer är störst för patienter med flera skador, sjukdomar eller handikapp. Även patienter med psykiska och psykosociala problem har stort behov av kontinuitet i vården.

Uppmärksamhet måste ägnas frågan om hur sjukvårdsservicen skall organiseras så att kontinuitet i vården kan upprätthållas på lång sikt. Utbyggnaden av vårdcentraler är härvid betydelsefull. Även det förhållandet att allmänläkare och distriktssköterskor torde komma att utgöra basen i primärvårdens organisation innebär ökade förutsättningar att etablera personliga relationer mellan patient och vårdgivare, vilka kan bibehållas under en längre tidsrymd. Alla möjligheter att öka utbildningen av allmänläkare och distriktssköterskor så att personalbehoven tillgodoses bör därför tas till vara. Kraven på helhetssyn och kontinuitet i vården får emellertid inte leda till att patientens personliga integritet träds för när. Jag vill därför understryka vikten av att vårdorganisationen utformas på sådant sätt att patientens valfrihet garanteras i största möjliga utsträckning.

Ett åtgärdsprogram för att förbättra kontinuiteten måste omfatta resurs-

förstärkningar, organisatoriska förändringar och attitydförändringar. Det är nödvändigt att ansträngningar för att förverkliga detta görs av såväl sjukvårdshuvudmännen som av centrala myndigheter och organisationer. Detta är självfallet ett långsiktigt arbete. Det är emellertid enligt min mening viktigt att utvecklingen inom primärvården så snart som möjligt leder fram till den goda kontinuitet, som i regeringsförklaringen sammanfattas i begreppet husläkarsystem.

### 2.3 Organisatoriska åtgärder

Att mycket kan göras för att förbättra kontinuiteten i vården inom nuvarande sjukvårdsorganisation och med relativt enkla medel har dokumenterats i försöksverksamheter runt om i landet. Jag återkommer i det följande med förslag om att stödja fortsatt sådan verksamhet.

En bristande samordning av öppenvårdsaktiviteter av olika slag har ansetts vara en av de väsentligaste orsakerna till att hälso- och sjukvården för närvarande inte erbjuder en tillfredsställande kontinuitet. Ett flertal landsting är emellertid nu i färd med att utarbeta program för primärvårdens organisation och arbetssätt. Det är härvidlag viktigt att arbetsfördelningen mellan primärkommuner och landstingskommuner sker med beaktande av kravet på en god kontinuitet i relationerna vårdgivare–vårdtagare.

Utvecklingen under senare år av nya arbetsformer inom sjukvården har inriktats mot ökat lagarbete. Inom primärvården pågår försöksverksamheter med varierande sammansättning av vårdlagen. I allmänhet ingår distriktsläkare och distriktssköterska i vårdlaget. Till laget knyts – beroende på vilken typ av vård det är fråga om – sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, socialarbetare, undersköterskor m. fl. Utredningen om sjukvårdens inre organisation (SIO) anför i sin under våren 1979 framlagda idépromemoria att en utveckling av arbetsorganisationen mot ökat lagarbete skapar de bästa förutsättningarna för kontinuitet i kontakterna mellan patient och personal, information till och från patient och personal, inflytande för patient och personal samt kontinuerlig fortbildning i arbetet.

Remissbehandlingen av idépromemorian har nyligen avslutats. Jag vill dock redan nu instämma i SIO:s bedömning att lagarbetet kan förbättra kontinuiteten i vården. Patienter som behandlas av ett vårdlag möter samma läkare, samma distriktssköterska, sjukgymnast etc.

Som jag har nämnt i det föregående sker på flera håll i landet en uppbyggnad av vårdlag kring allmänläkarna som skall svara för huvuddelen av hälso- och sjukvården för kommunen/upptagningsområdet. Avsikten är att vården i stor utsträckning skall kunna ges i patientens hemort och i nära samverkan med försäkringskassa, socialvård, arbetsvård, skola etc. Genom sin bredd i kontakterna har allmänläkarna goda förutsättningar att bygga upp ett socialmedicinskt kontaktnät i primärvårdsområdet. För invånarna i ett distrikt bör det vara naturligt att vid sjukdom vända sig till sin vårdcentral,

där allmänläkare och tjänstgörande specialister i öppen vård kan sköta behandlingen av den övervägande delen av de sjukdomar patienterna söker för. Studier har också visat att endast en mindre del av patienterna som vänder sig till en vårdcentral behöver remiss till annan vårdinrättning. Utbyggnaden av primärvården kommer således att öka möjligheterna för god kontinuitet i relationerna mellan patient och vårdgivare.

Den nästan fullständiga kontinuitet i vården under hela dygnet och under hela året, som provinsialläkare och distriktssköterskor ännu på 40- och 50-talen kunde erbjuda, är självfallet inte längre möjlig att ge. En återgång till en så orimlig arbetsbörda som detta innebar förhindras idag av skyddslagstiftning och avtal och önskas inte heller av någon.

Det bör dock vara möjligt att skapa sådana fasta relationer mellan patient och personal, att den som så önskar för alla planerade besök inom primärvården kan komma till samma läkare och samma distriktssköterska.

När arbetet organiseras i vårdlag, representerar alla medlemmarna i vårdlaget en viss kontinuitet. I den mån flera läkare och distriktssköterskor ingår i laget, är det dock angeläget att patienten ges möjlighet att i första hand höra till en viss läkare och en viss sjuksköterska.

Som exempel på åtgärder inom öppen och sluten vård för bättre kontinuitet mellan patient och vårdpersonal som redan nu kan genomföras vill jag framhålla följande.

Långtidsplanering av läkarnas tjänstgöring samt av ledigheter och uttag av jourkompensation samordnas numera på allt fler håll med patientbokningssystemet. Tider reserveras också i läkarnas mottagning för akuta besök av "gamla" patienter och s. k. återbesök.

En annan åtgärd för att underlätta samordningen mellan tjänstgöringschema och patientbokning är kallelsesystem i två steg. Om en patient t. ex. behöver göra ett återbesök som i tiden ligger bortom den punkt till vilken man hunnit planera tjänstgöringar erhålls först ett ungefärligt besked – vecka eller månad. När schemalaggningen hunnit i fatt fastställs tiden och patienten får en skriftlig kallelse.

Olika system för datorbaserad patientbokning, patientmottagning och telefonrådgivning prövas av sjukvårdshuvudmännen och är exempel på administrativa rutiner som kan vidareutvecklas.

System för arbete i läkarteam bör kunna organiseras. Skulle en efterfrågad läkare inte vara i tjänst, bör en läkare som skött patienten tidigare träda in. Även lag bestående av specialistkompetent läkare och läkare under utbildning kan inrättas. Kontinuiteten på lång sikt kan då upprätthållas av en färdigutbildad läkare i gruppen.

För läkare under vidareutbildning bör genomföras en så långsiktig och noggran planering att tjänstgöringsperioderna per avdelning blir sammanhållna.

En patient bör på förhand underrättas om att han eller hon kommer att träffa en annan läkare resp. annan behandlande personal än den ordina-

rie.

Vårdlag bestående av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, socialarbetare etc. kan bildas. Därigenom kan patientens totala behov av vård och omsorger tillgodoses på ett smidigt sätt, vilket är viktigt inte minst inom den decentraliserade öppna sjukvården. Kontinuiteten upprätthålls till vårdlaget och patienten lär så småningom känna samtliga personer i detta.

För äldre och långtidssjuka kan vårdplanering ske som omfattar såväl slutna som öppna vård samt samarbetsrutiner med primärkommunernas sociala service. Inom hemsjukvård och sjukhemsvård med i många fall långvarig kontakt mellan patienter och personal, bör begreppet kontinuitet få en mycket påtaglig innebörd.

Spri har i en undersökning kartlagt personalörligheten inom den slutna vården. Härvid har bl. a. framkommit att andelen vikarier och extrapersonal på vårdavdelningarna är mycket stor. Självfallet påverkar detta kontinuiteten ytterligt negativt. I försöksverksamheter på Huddinge och Sabbatsbergs sjukhus har visats på en rad åtgärder för att minska personalörligheten, bl. a. höjd grundbemanning. Till oförändrade kostnader har på detta sätt en avsevärt förbättrad kontinuitet uppnåtts liksom en bättre arbetsmiljö för personalen. Svårt sjuka patienter kan i större omfattning skötas av ordinarie personal i stället för av tillfällig ofta mindre väl utbildad personal. Klinikbundna personalpooler i stället för extrapersonal som är gemensam för sjukhuset är ett kompletterande sätt att undvika allt för stora personalväxlingar på vårdavdelningarna.

Primärvårdsområden med fast bemannade läkartjänster kan delas in i geografiska upptagningsområden med ansvariga läkare/vårdlag. Alternativt kan patienten på förhand erbjudas att välja till vilken läkare resp. vilket vårdlag han/hon vill komma. En formell registrering av patienterna hos en viss läkare torde inte vara nödvändig för en sådan organisation. Olika praktiska lösningar för hur denna kontinuitet skall kunna upprätthållas bör prövas. Principen om fritt läkarval bör enligt min mening upprätthållas så långt det är möjligt.

Arbetsfördelningen mellan allmänläkarna och specialistläkarna bör utformas med beaktande av vederbörandes kompetens och patienternas medicinska behov och önskemål. Vem som är huvudansvarig för behandlingen bör bestämmas bl. a. med utgångspunkt från att kontinuiteten skall bli den bästa möjliga.

Ett läkarteam på en klinik eller vårdavdelning kan tilldelas ansvaret för specialistvården inom ett upptagningsområde. En bestämd läkare från kliniken kan också någon eller några dagar per vecka tjänstgöra vid en eller flera vårdcentraler inom upptagningsområdet. I en sådan organisation kan specialisten som konsult vid en vårdcentral ta emot en patient som behöver slutna vård. Intagning kan då ordnas vid en tidpunkt när specialisten finns i tjänst på vårdavdelningen så att patienten även där behandlas av "sin" doktor. Återbesök efter utskrivningen bör om möjligt ske hos samma läkare

på klinikens eller vårdcentralens mottagning, allt efter medicinskt behov. Ur kontinuitetssynpunkt kan det vara fördelaktigt om vissa specialistfunktioner ombesörjs av specialister från sjukhus. Specialist kan också tjänstgöra uteslutande inom primärvård och vara knuten till en eller flera vårdcentraler. En annan lösning kan vara att specialister arbetar som distriktsläkare inom allmänläkarvård med specialistprofil. En del av dessa specialister kan behöva kompletterande utbildning.

Vid integrering av lokala sjukhem i primärvårdens resurser vinner man en förbättrad kontinuitet, då öppenvårdsläkaren kan sköta sin patient, som tagits in på sjukhemmet. Specialisterna i långtidssjukvård på länets långvårdskliniker kan – liksom andra specialister – verka som konsulter vid sjukhemmen.

Behovet av adekvata rutiner för informationsutbyte mellan olika vårdnivåer är också påtagligt i situationer med flera vårdgivare inblandade. Informationsutbytet mellan vårdnivåer och vårdformer kan systematiseras och utformas på ett administrativt enkelt sätt. Behandlingsansvarig läkare eller vårdlag i primärvården bör snabbt kunna få del av aktuell medicinsk dokumentation. System för överföring av journalanteckningar från jourmottagning till ordinarie läkare bör beaktas särskilt.

Distriktsläkare bör kunna erbjudas kortare tids tjänstgöring vid de avdelningar eller kliniker inom vars upptagningsområde de arbetar. Motsvarande möjligheter bör finnas för sjukhusläkare att praktisera inom primärvården. Därigenom kan en fortbildning ske samtidigt med en utveckling av samarbete och behandlingsrutiner mellan primärvård och specialistklinik.

Ett väl fungerande samarbete och utbyte av erfarenheter är en förutsättning för att åstadkomma en lämplig fördelning av arbetsuppgifter mellan primärvård och länssjukvård. Kontinuitetskraven kan beaktas i ett sådant samarbete. Då patienter har lång resväg till sjukhuset, kan det i många fall vara naturligt att eftervården sköts av allmänläkare. Även andra vårdmoment kan av praktiska skäl behöva förläggas till primärvården. Frågor av detta slag kan vägas in vid arbetet med regionala och lokala vårdprogram för olika sjukdomar.

För kontinuiteten i vården torde det vara en fördel om all personal inom primärvården kan föra sina anteckningar om patienten i en och samma journal. Detta bör – om möjlighet härtill föreligger – även gälla distrikts-sköterskor. På liknande sätt kan man samordna journalföringen inom den slutna vården. Därigenom kan dubbelarbete undvikas och besparingar uppnås.

Öppethållande av mottagningar på kvällstid kan bidra till att ge icke sjukskrivna patienter och patienter som behöver följeslagare – exempelvis en förvärvsarbetande anhörig – större möjligheter till kontinuitet i vården. En förutsättning för att ett ökat öppethållande inte skall verka negativt på strävandena att öka kontinuiteten är att tjänstgöringsplanering sker på lång sikt.

Jourverksamhet inom primärvården torde inte kunna upprätthållas vid varje vårdcentral. En samverkan mellan flera vårdcentraler blir i regel nödvändig. En alltför decentraliserad jourverksamhet under nätter och helger skulle för varje vårdcentral medföra ett så stort bortfall av läkararbetstid under dagtid att verksamheten kan utsättas för betydande störningar. Inte minst får det konsekvenser för möjligheterna att upprätthålla en tillfredsställande kontinuitet i vården.

De åtgärder som jag här har redovisat är exempel på att man med relativt enkla metoder som inte kräver särskilda resursökningar genom ändrade rutiner och organisatoriska lösningar kan komma till rätta med stora delar av bristerna beträffande kontinuiteten i vården. Hos olika sjukvårdshuvudmän pågår också försöksverksamhet för att förbättra kontinuiteten. Jag anser att det är angeläget att ytterligare sådan försöksverksamhet initieras runt om i landet. Spri har t. ex. genom de erfarenheter som vunnits i utvecklingsprojekt visat att långtidsplanering av tjänstgöringsschema, utveckling av boknings- och kallelsesystem samt av patientmottagarfunktionen kan betyda mycket.

Enligt min mening är det angeläget att sjukvårdshuvudmännen, i takt med att tillgången på läkare och distriktssköteskor ökar, bygger upp ett husläkarsystem med god kontinuitet enligt de riktlinjer jag har skildrat i det föregående.

#### **2.4 Personalpolitiska åtgärder m. m.**

Utbildning av sjukvårdspersonalen är ett betydelsefullt medel för att förändra och förbättra situationen för de vård sökande, eftersom de kunskaper, färdigheter och attityder som personalen besitter återspeglas i den hälso- och sjukvård som tillhandahålls i samhället. Utbildning är samtidigt ett medel för att förverkliga målen för hälso- och sjukvårdens omfattning och innehåll. Vårdutbildning utgör i likhet med forsknings- och utvecklingsarbete ett viktigt instrument för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess framtida utveckling. Detta har också påtalats av hälso- och sjukvårdsutredningen.

Behovet av helhetssyn i vårdarbetet kräver att man mera än tidigare poängterar omvårdnadsaspekten i utbildningen av all sjukvårdspersonal. En ständig växling mellan medicinska och sociala behov präglar ofta verksamheten inom primärvården. Vidare sker en förskjutning av arbetsformerna inom all sjukvård mot arbete i vårdlag. Detta arbetssätt – och därmed sammanhängande kontinuitetsfrågor – måste beaktas i utbildningen.

En grundförutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna erbjuda sjukvårdsservice med god kontinuitet är självfallet att behovet av utbildad personal inom olika yrkesgrupper så långt möjligt kan tillgodoses. Jag vill i detta sammanhang understryka angelägenheten av att ansträngningar görs

för att få till stånd en bättre samordning av utbildningsplaneringen med hälso- och sjukvårdsplaneringen både på landstingskommunal och central nivå.

Vid jämförelser mellan hittillsvarande sjukvårdsplaner och faktisk utveckling kan konstateras att utvecklingen av den öppna hälso- och sjukvården går i den riktning som planerats men i väsentligt långsammare takt än vad som beräknats. Det gäller särskilt allmänläkarvård och specialistvård utanför sjukhus. Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser har inte ökat nämnvärt, då länssjukvårdens resurser samtidigt ökat. Det råder f. n. en betydande obalans mellan tillgång och efterfrågan på sjukvårdspersonal inom flera yrkesgrupper. Även vid jämförelser mellan beräknat personalbehov och planerad utbildningskapacitet kan väsentliga skillnader iakttas.

Som nämnts i det föregående uttalade socialutskottet med anledning av propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m. m. jämte därtill väckta motioner önskemål om att de konkreta åtgärder som behövs för att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården skulle föreläggas riksdagen sammanfattade i ett åtgärdsprogram.

När det gäller utbildningsåtgärder för att tillgodose primärvårdens behov vill jag understryka att sådana åtgärder kräver lång tid och måste genomföras stegvis. Det är inte heller möjligt att idag redovisa en samlad plan för att tillgodose det totala utbildningsbehovet för hälso- och sjukvården.

Under arbetets gång har vissa frågor diskuterats med Landstingsförbundet. Jag kommer i det följande att lägga fram förslag inom områden, där jag funnit det vara möjligt att nu initiera åtgärder som är av betydelse för att förbättra kontinuiteten i vården. I de frågor som berör utbildningsdepartementets verksamhetsområde har jag samrått med chefen för utbildningsdepartementet samt med statsrådet Mogård.

I skrivelse den 12 december 1979 har riksdagen anmält sina beslut i anledning av regeringens proposition om vårdutbildning inom högskolan m. m. (prop. 1978/79:197, UbU 1979/80:7, rskr 1979/80:100). Riksdagen har härvid bl. a. ställt sig bakom förslagen i propositionen om att vissa allmänna mål skall gälla för all vårdyrkesutbildning inom högskolan och utgöra riktlinjer vid den fortsatta planeringen. Målformuleringarna berör bl. a. även förhållanden som är av betydelse vid strävandena att utveckla en bättre kontinuitet i sjukvården. Detta samband bör dock enligt min mening förtydligas.

I samråd med mig kommer därför statsrådet Wikström senare denna dag att föreslå regeringen att uppdra åt universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) och skolöverstyrelsen (SÖ) att i utvecklingen av målen för vårdyrkesutbildningarna beakta kravet på bättre kontinuitet i sjukvården.

### 2.4.1 Läkare

I propositionen 1978/79:178 förordades att husläkarrollen skulle ävila vårdcentralens allmänläkare eller privatläkare. Som skäl mot att generellt lägga husläkarfunktionen även på specialistläkare vid t. ex. sjukhus anfördes att det därigenom skulle bli svårt att förverkliga familjevårdsprincipen och att upprätthålla en långsiktig kontinuitet. I propositionen framhölls dock samtidigt att det för långvarigt sjuka patienter kan vara nödvändigt med en kontinuerlig kontakt med en specialistläkare. Bl. a. underströks att vård av handikappade och svårt sjuka barn som regel kräver en långvarig kontakt med en specialist. Specialistläkaren skulle för dessa patienter bli "husläkare". När det gällde specialistläkare som arbetar vid vårdcentraler anfördes att om målet sätts att inte ha för stora vårdcentraler så kommer befolkningsunderlaget ofta inte att räckta till för en heltidsanställd specialist vid den enskilda vårdcentralen. Det kan därför vara svårt att upprätthålla en fast kontakt med en specialistläkare. I propositionen framhölls vidare att det är allmänläkarna som genom sin utbildning har de bästa förutsättningarna för en sammanhållen helhetssyn på patienternas problem. Allmänläkaren ansågs också vara den som är bäst rustad för familjeläkarrollen, dvs. att ta hand om patienter i alla åldrar och i princip svara för förstahandsinsatser inom samtliga medicinska områden.

Som framgår av vad jag har anfört tidigare bör allmänläkaren utgöra basen i primärvården. En allmänläkare med ett kompetensområde där huvudvikten lagts vid allmänmedicin, internmedicin, långvårdsmedicin och psykiatri kommer att utgöra en mycket värdefull del i den framtida sjukvården. Differentierade resurser inom primärvården är dock enligt min mening en förutsättning för kvalitet och säkerhet i vårdarbetet. Det är därför önskvärt att man inom primärvården har läkarresurser som ger ett kompetenstillskott inom olika medicinska verksamhetsområden, i första hand inom barnsjukvård och obstetrik-gynekologi men även inom långvårdsmedicin, psykiatri och andra specialiteter.

En sådan kompetensförstärkning ger primärvården möjligheter att ta på sig ett ökat ansvar för invånarnas hälsotillstånd och har även fördelar ur kontinuitetssynpunkt.

Sjukvårdshuvudmännen deklarerade i sina remissyttranden över kontinuitetsutredningens betänkande att man helt ställde sig bakom ambitionen att förbättra kontinuiteten i vården. Därvid avsåg man såväl värdeepisodkontinuitet, långsiktig kontinuitet som kontinuitet i behandling som sker i olika vårdformer och på olika vårdnivåer. Flera landsting framhöll också att ett system med fasta läkarkontakter väl kan genomföras inom ramen för gällande primärvårdsplanering. I likhet med vad som anfördes i den tidigare propositionen i ämnet anser jag att fasta läkarkontakter inte får betraktas som en isolerad fråga utan måste infogas i ett totalt mönster för primärvår-

dens utbyggnad. Vidare anser jag att olika organisationsmodeller måste prövas. Jag har tidigare anfört exempel på organisatoriska lösningar för att förbättra kontinuiteten inom såväl öppen som sluten vård.

Läkartillgången inom den öppna vården – såväl beträffande allmänläkare som specialister – är en kritisk faktor. Inom många sjukvårdsområden i riket föreligger patalogiska vakansproblem. Att ge patienten möjlighet att alltid få träffa samma läkare är under sådana omständigheter svårt.

I mitten av mars år 1979 fanns det drygt 1 700 tjänster för distriktsläkare inom allmänläkarvård. Av dessa var ca 1 000 besatta med ordinarie innehavare, ca 460 med vikarier och ca 240 var helt vakanta utan vikarier.

Av de inrättade utbildningsplatserna för fortsatt vidareutbildning (FV-block) i allmänmedicin tillsattes år 1978 ca 90 % jämfört med endast ca 72 % år 1975. Detta har skett samtidigt som antalet inrättade block utökats. Antalet tillsatta block under 1978 var därigenom nästan 90 fler än under 1975. Enligt det senaste läkarfördelningsprogrammet (LP 82) förväntas 3 030 allmänläkare och specialister i socialmedicin samt 11 580 övriga specialister komma att vara yrkesverksamma i landet år 1985. Av specialisterna kommer en betydande del att arbeta i primärvården.

Den 6 december 1979 beslöt socialdepartementets sjukvårdsdelegation att revidera gällande läkarfördelningsprogram avseende åren 1981 och 1982. Antalet nya tjänster för vidareutbildade läkare har hållits lågt för att man därigenom skall kunna besätta de vakanser som finns, särskilt i glesbygder. Som grund för programmet återopas den överenskommelse, som under hösten 1979 träffades mellan Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund om vissa åtgärder för en förbättrad läkarförsörjning.

Antalet utbildningsplatser för fortsatt vidareutbildning, FV-block, fastställdes i detta sammanhang till 1 040. Av dessa är 365 avsedda för blivande allmänläkare. Delegationen uppdrog vidare åt socialstyrelsen att pröva möjligheterna att ytterligare öka antalet utbildningsblock för allmänläkarvård.

Det tjänstgöringsutrymme inom sjukvårdsorganisationen för läkare under utbildning som den fastlagda dimensioneringen erfordrar utgör redan idag en begränsande faktor. Huvudmännen har svårt att ta emot fler underläkare till de kliniker vid vilka en blivande allmänläkare måste tjänstgöra.

Inom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) pågår en översyn av läkares vidareutbildning. Uppläggningsen av vidareutbildningen till allmänläkare – vilken för närvarande består i ett antal tjänstgöringsavsnitt vid framför allt sjukhuskliniker under sammanlagt fyra år – utreds av en särskild arbetsgrupp. Jag har underhand informerat mig om att detta arbete har kommit långt och att ett delförslag beträffande allmänläkarutbildningen kan förväntas inom en relativt snar framtid. Jag utgår ifrån att alla ansträngningar görs för att man skall kunna få en kvalitativt god allmänläkarutbildning samtidigt med att betingelserna underlättas för att öka utbildningen.

På längre sikt bör möjligheter även finnas att i ökad omfattning utnyttja vårdcentralerna för grundutbildningen. Taktens härför blir bl. a. beroende på hur snabbt primärvården kan byggas ut samt hur forskningen inom primärvården kommer att organiseras. Jag utgår från att UHÄ närmare prövar denna fråga i samband med sin pågående översyn av läkarnas grundutbildning.

I enlighet med vad jag inledningsvis anförde måste primärvården till övervägande del bygga på allmänläkarnas insatser. Eftersom antalet specialister ökar starkt är det nödvändigt att också finna former för att specialisterna skall kunna delta i primärvården. Detta är en förutsättning för att primärvården skall kunna utvecklas i önskvärd takt.

Då förutsättningarna varierar mellan olika primärvårdsområden, måste flera modeller prövas för specialisternas verksamhet i primärvården. I den utredning som gjordes gemensamt av Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, socialstyrelsen och Spri och som finns redovisad i skriften Primärvård – innehåll och utveckling ges exempel på hur arbetsfördelningen mellan olika distriktsläkare kan åstadkommas. Där redovisas också vilka arbetsuppgifter som faller inom allmänläkarnas och specialisternas gemensamma kompetens och vad som ligger inom specialistläkares kompetensområde.

En möjlighet att bredda rekryteringsunderlaget är också att dispens ges från behörighetsbestämmelserna i viss utsträckning så att specialister med viss inriktning och erfarenhet får behörighet till distriktsläkartjänster inom allmänläkarvård. F. n. har socialstyrelsen rätt att meddela sådan dispens för läkare med äldre utbildning (medicine licenciater). Jag vill här erinra om att regeringen beslutat förlänga denna dispensregel att gälla ytterligare i två år till och med utgången av år 1981.

Jag kommer idag att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att se över gällande dispensregler för behörighet till tjänst som distriktsläkare eller biträdande distriktsläkare inom allmänläkarvård.

Den inom sjukvårdsdelegationen överenskomna återhållsamheten med inrättande av nya läkartjänster samt dispensmöjligheter och möjligheter till kompletterande utbildning för läkare som vill arbeta som allmänläkare med specialistprofil syftar till att underlätta rekryteringen av läkare till primärvården och därigenom minska antalet vakanta tjänster inom denna sektor.

De specialister som arbetar som distriktsläkare bör beredas möjlighet till kompletterande tjänstgöring som gör dem lämpliga att verka på vårdcentral. Det torde få ankomma på landstingen att svara för att dessa distriktsläkare ges möjlighet till sådan kompletterande tjänstgöring m. m. som utgår från individuella behov. Jag kommer i det följande att lägga fram förslag om att stödja sådan lokal efterutbildning.

UHÄ tillsatte i december 1979 en partssammansatt arbetsgrupp för

översyn av läkares grundutbildning. I direktiven för översynsarbetet anges att reformarbetet bl. a. skall anslutas till de synpunkter och redovisningar som inkommit från remissinstanser med anledning av rapporten "Samhällsmedicinska moment m. m. i läkarutbildningen" med förslag om en förbättrad utbildning i bl. a. allmänmedicin, långvårdsmedicin samt miljö- och arbetsmedicin. Jag ser positivt på att så sker. Det är enligt min mening angeläget att primärvårdens särdrag och speciella förutsättningar beaktas i läkarnas grundutbildning. Bland faktorer som har betydelse för läkarutbildningen anges i direktiven för översynsutredningen bl. a. en mer samhällsmedicinskt inriktad värdideologi med utgångspunkt i en helhetssyn på människan. I detta sammanhang vill jag starkt understryka betydelsen av att behovet av kontinuitet i vården beaktas. Jag utgår från att man i det pågående översynsarbetet särskilt prövar frågan om hur man genom utbildningsåtgärder kan stödja strävandena att uppnå god kontinuitet i vården.

Hälso- och sjukvårdsutredningen har föreslagit att landstingen skall få ett ökat planerings- och samordningsansvar för det totala sjukvårdsutbudet i länet. Utredningen förutsätter att man därvid medräknar den vård som bedrivs i icke-offentlig regi, exempelvis av privatpraktiker, företagsläkare, stiftelser samt enskilda sjukhem.

Vad särskilt gäller *privatpraktiserande läkare* har antalet besök hos dessa i landet som helhet minskat under senare år. År 1975 uppgick antalet besök till 3,6 milj. och år 1978 till 3,1 milj. F. n. svarar privatpraktikerna för ca 15 % av alla besök i öppen vård. I t. ex. områden av storstadskaraktär är i dag tillgången på privatpraktiserande läkare relativt god. De svarade år 1977 för 28,5 % av det totala antalet besök i öppen vård i Stockholms län, 21,3 % i Göteborgs kommun och 35,5 % i Malmö kommun. Detta medför självfallet mindre krav på sjukvårdshuvudmannens egna öppenvårdsresurser och måste beaktas i planeringen.

Jag anser det vara önskvärt att samarbetet mellan privatpraktiker och offentlig vård utvecklas. I vissa primärvårdsområden kan således privatpraktiserande läkare avlasta vårdcentralerna vårduppgifter för ett antal patienter och därmed utgöra en del av distriktets sjukvårdsresurser. Ungefär en tredjedel av privatläkarna är allmänläkare och kan således utgöra en värdefull förstärkning av distriktsvården.

Det är patienternas behov som i första hand skall styra arbetsfördelningen inom sjukvårdsområdet. Det är därför viktigt att man i planeringen beaktar i vad mån enskild verksamhet kan behöva använda sig av länssjukvårdens resurser vid kliniker och laboratorier etc. I samma mån bör man ta tillvara möjligheterna att privatpraktikerna kan medverka i den offentliga sjukvården, t. ex. genom joursovverkan.

Jag vill understryka vikten av att möjligheter skapas för de privatpraktiserande läkarna att bibehålla och vidareutveckla kontakterna med den

offentliga sjukvården. Jag bedömer att detta är viktigt för att all vård av samma slag skall få likvärdig kvalitet. Principer för remittering och laboratorieundersökningar bör vara gemensamma. Samråd och deltagande i vårdprogramarbete liksom joursumverkan är områden som kan utvecklas. Det är vidare en fördel om privatpraktikerna bereds möjlighet att delta i kliniska konferenser samt i annan efterutbildning.

När det gäller organisatoriska frågor som sammanhänger med en sådan samverkan måste olika lösningar prövas, eftersom förekomsten av privatpraktiserande läkare är så olika i landet. Jag kommer i det följande att ta upp ett förslag till försöksverksamhet inom detta område som lagts fram av Spri.

I likhet med vad som uttalades i regeringsförklaringen anser jag att det även i framtiden för patienter, som så önskar, skall finnas möjlighet att söka läkare i den vårdform som privatpraktik utgör. Hos en privatpraktiker har patienterna ofta kunnat få den önskade långsiktiga kontinuitet som leder till ett personligt förtroendeförhållande. Åldersstrukturen inom privatpraktikerkåren är f. n. sådan att hälften av läkarna är över 55 år och inte mindre än en tredjedel över pensionsåldern. En nyrekrytering är därför nödvändig, varför jag avser att tillsätta en arbetsgrupp inom socialdepartementet med uppgift att analysera hithörande frågor.

#### *2.4.2 Distriktssköterskor*

Distriktssköterskorna har en mycket betydelsefull roll inom primärvården. Att distriktssköterskorna även fortsättningsvis kommer att ha en nyckelposition framgår klart av befintliga planer för utbyggnaden av den öppna hälso- och sjukvården. Jag ser därför med tillfredsställelse på att riksdagen föregående år beslutat att utöka påbyggnadslinjen för öppen hälso- och sjukvård med 10 poäng. Samtidigt måste jag konstatera att det råder stor brist på distriktssköterskor. Olika samverkande åtgärder, bl. a. inom utbildningens område, måste därför vidtas för att rekryteringsproblemen framöver skall kunna bemästras.

Antalet sjuksköterskor med vidareutbildning i öppen vård och motsvarande äldre utbildning uppgick år 1977 till 3 900. Härav arbetade närmare 2 200 inom distriktsvården. Samtidigt var ca 850 verksamma inom närliggande områden såsom skolhälsovård och företagshälsovård och ca 650 inom andra områden. Antalet icke yrkesverksamma distriktssköterskor uppgick till ca 200 personer.

Antalet inrättade distriktsskötersketjänster uppgick år 1978 till 2 450. Ca 4 % av tjänsterna var vakanta. Åldersfördelningen inom distriktssköterskekåren skiljer sig vidare från den inom övriga vidareutbildade sjuksköterskegrupper. Det finns en betydligt större procentuell andel distriktssköterskor över femtio år jämfört med övriga vidareutbildade sjuksköterskor. Detta betyder att bristsituationen förvärras om inte utbildningen utökas.

Med det i propositionen om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården angivna dimensioneringstalet, en distriktssköterska per 1 500–2 000 invånare, skulle det behövas ca 6 500 distriktssköterskor i landet. I remissyttrandena framhölls svårigheterna att förverkliga en sådan utbyggnad under 1980-talet. Flera huvudmän redovisade dock att i sjukvårdsplanerna för år 1985 beräknades en täthet av en distriktssköterska per 2 000–2 500 invånare.

För 1980/81 har huvudmännen föreslagit inrättandet av ca 500 antagningsplatser för sådan vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård. Medel härför har beräknats i årets budgetproposition. Jag vill här nämna att planeringsramarna för den kommunala högskoleutbildningen medger att ytterligare platser kan inrättas.

Socialstyrelsen beräknar behovet av utbildningsplatser för vidareutbildning av sjuksköterskor inom öppen hälso- och sjukvård för år 1980/81 till ca 900 utbildningsplatser. Enligt Landstingsförbundets uppfattning bör det totala antalet antagningsplatser inom denna linje minst fördubblas fram t. o. m. läsåret 1983/84, dvs. utökas till ca 1 000 platser per år. I en skrivelse den 3 juli 1979 rekommenderade landstingsförbundets styrelse att landstingen skulle besluta om en snar och omfattande utbyggnad av denna vidareutbildning. Jag vill understryka angelägenheten av att denna målsättning uppnås.

Regeringen uppdrog den 19 juli 1979 åt UHÄ och SÖ att undersöka möjligheterna att öka kapaciteten för utbildning till distriktssköterska. Någon redovisning av detta uppdrag har ännu inte lämnats. I likhet med vad jag anförde tidigare måste de lokala och centrala insatserna samordnas så att största möjliga effekt nås. Jag förutsätter härvid att alla ansträngningar görs för att tillgodose utbildningsbehoven.

Jag har tidigare anmält att regeringen senare i dag kommer att föreläggas förslag att uppdra åt UHÄ och SÖ att beakta kontinuitetsfrågorna i utvecklingen av målen för vårdyrkesutbildningarna.

Distriktssköterskorna spelar en mycket viktig roll inom den öppna vården. De arbetar ofta nära patienterna, särskilt i glesbygdsområden. Många besök är av den arten att de ersätter läkarkonsultation. Jag vill därför erinra om att regeringen den 3 maj 1978 gav socialstyrelsen i uppdrag att – efter samråd med bl. a. företrädare för universitets- och högskoleämbetet, Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund och Apoteksbolaget AB – utreda förutsättningarna och formerna för en begränsad försöksverksamhet med rätt för distriktssköterskor att förskriva vissa läkemedel. Jag finner det angeläget att denna fråga löses med det snaraste. Jag räknar med att socialstyrelsen kommer att redovisa resultatet av detta utredningsarbete under innevarande år.

### 2.4.3 "Allmänsjuksköterskor"

I propositionen om vårdutbildning inom högskolan (prop. 1978/79:197) föreslogs att sjuksköterskeutbildningen skall omfatta två år eller 80 poäng. Utbildningen med inriktning mot allmän hälso- och sjukvård innebär jämfört med tidigare förhållanden en sammanslagning av grundutbildningen och vidareutbildningen inom medicinsk och kirurgisk sjukvård samt med komplettering av långtidssjukvård. Denna studieväg leder enligt föredragande statsrådet fram till ett brett verksamhetsområde som inbegriper bl. a. omfattande uppgifter inom primärvården. Föredragande statsrådet förutsatte i sina överväganden att flertalet studerande inom linjen kommer att följa denna studieväg.

Det kommer enligt min mening att bli nödvändigt att mer ingående diskutera hur "allmänsjuksköterskan" kan komplettera distriktsköterskan inom primärvården t. ex. för sjukvård i hemmet.

### 2.4.4 Sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Utbyggnaden av primärvården medför ökat behov av insatser av sjukgymnaster och arbetsterapeuter. I rehabiliteringsarbetet är självfallet god kontinuitet i kontakterna mellan patienten och vårdgivarna en förutsättning för ett bra vårdresultat.

Utredningen Vård 77 föreslog att nuvarande arbetsterapilinje och sjukgymnastiklinje skulle föras samman till en linje, rehabiliteringslinjen, med två varianter. Förslaget är ett uttryck för att arbetsterapi och sjukgymnastik är två behandlingslinjer som kompletterar varandra. Riksdagen biträdde också regeringens förslag om tillskapandet av en rehabiliteringslinje. Uppdraget till UHÄ och SÖ att i utvecklingen av målen för vårddyrkesutbildningarna beakta kravet på bättre kontinuitet i sjukvården kommer även att gälla sjukgymnast- och arbetsterapeututbildning.

I propositionen om vårdutbildning inom högskolan betonas behovet av en skyndsam utbyggnad av sjukgymnastutbildningen. Riksdagen underströk vid behandlingen av propositionen vikten av att sjukgymnastutbildningen genom utbildningsmyndigheternas och sjukvårdshuvudmännens gemensamma ansträngningar byggs ut snarast möjligt. Hithörande frågor kommer att tas upp i en proposition till riksdagen senare i vår.

I fråga om arbetsterapeututbildningen anfördes i propositionen att denna utbildning bör ses över i sin helhet. En sådan översyn pågår. UHÄ och SÖ förutsätts lägga fram förslag i ämnet i sådan tid att rehabiliteringslinjen kan inrättas den 1 juli 1982.

Jag vill i detta sammanhang understryka behovet av en realistisk och långsiktig planering, som bl. a. beaktar behovet av praktikplatser, lärare och lokaler så att en utbildningsvolym kan genomföras i stort enligt den planerade volymen.

#### 2.4.5 Undersköterskor

För att ge patienter som vårdas i hemmen medicinsk trygghet behövs kvalificerade sjukvårdsinsatser. Bl. a. bör undersköterskan få självständigare arbetsuppgifter, t. ex. som samordnare i vårdlag. Ett ökat antal undersköterskor behövs därför inom sjukvård i hemmet.

Förutom inom sjukvård i hemmen arbetar i primärvården undersköterskor främst inom sluten långtidssjukvård. F. n. finns det för dessa tjänster inte några större rekryteringsproblem. Konsekvenserna av de möjligheter till fortsatt vårdutbildning som den kommunala högskolan erbjuder och av en eventuell höjning av basnivån inom sjukvården från sjukvårdsbiträden till undersköterskor kan emellertid inte nu överblickas.

Inom Spri pågår ett projekt angående undersköterskans roll inom främst sluten långtidssjukvård. I projektet kommer bl. a. att behandlas ansvars- och arbetsfördelningen vid olika vårdorganisatoriska modeller, t. ex. arbete i vårdlag. Inom ramen för detta projekt kommer Spri även att studera undersköterskans roll inom den öppna långtidssjukvården – bl. a. inom dagsjukvård och sjukvård i hemmet.

#### 2.4.6 Vårdlärare

Bristen på bl. a. vårdlärare har gjort att utbildningshuvudmännen har haft svårt att genomföra en utbildningsdimensionering som motsvarar behoven. Detta är också en av orsakerna till den relativt långsamma ökningen av distriktssköterskeutbildningen.

Vårdlärarlinjen inom högskolans sektor för utbildning för undervisningsyrken omfattar 60 poäng. Planeringsramen för linjen är innevarande budgetår 504 platser. Regeringen har i årets budgetproposition (prop. 1979/80:100 bil. 12 s. 467–468) föreslagit dels en ökning av planeringsramen med 24 platser förlagda till Lund/Malmö, dels en överföring av 24 platser från Stockholm till Linköping. Vidare föreslås i budgetpropositionen att vårdlärarutbildning etableras i Uppsala med 24 platser.

Enligt jag har erfarit från UHÄ planeras 376 av vårdlärarlinjens 528 platser att avsättas för utbildning av lärare till sjuksköterskeutbildning (inkl. distriktssköterskor) under nästa budgetår. Detta antal utgör 71 % av platserna, och är i likhet med tidigare år en mycket stor andel av det totala antalet platser. Trots detta kommer en årlig vårdlärarutbildning av denna omfattning inte att kunna svara mot det behov av lärare som kan förväntas under den närmaste tioårsperioden.

Mot bakgrund av behovet att öka utbildningen av distriktssköterskor förordar jag därför, i samråd med statsrådet Mogård, att planeringsramen för vårdlärarlinjen ökas med ytterligare 48 till 576 platser budgetåret 1980/81. Förslaget innebär i förhållande till budgetpropositionen, att platsantalet i Linköping kan ökas utan motsvarande minskning av antalet platser i

Stockholm. Planeringsramen i Stockholm bör således i förhållande till budgetpropositionens förslag öka med 24 till 168 platser (+ 276 000 kr.). Vidare innebär förslaget att Uppsala, som centralort för distansundervisning, får ytterligare 12 platser, dvs. totalt 36 nya platser (+ 325 000 kr.) och att Umeå får 12 nya platser, dvs. 84 platser (+ 300 000 kr.). Vid beräkningen av det ökade medelsbehovet under reservationsanslaget Utbildning för undervisningsyrken under nionde huvudtiteln har utgångspunkten varit att platserna i Stockholm avser vårterminsantagning och de övriga platserna höstterminsantagning. Eftersom studerande på vårdlärlarlinjen erhåller utbildningsarvode under studietiden har 1 566 000 kr. även beräknats under det under nionde huvudtiteln uppförda förslagsanslaget Ersättning till vissa lärarkandidater. Den totala kostnaden under budgetåren 1980/81 och 1981/82 för att utbilda 48 nya vårdlärare uppgår till 4 898 000 kr.

#### 2.4.7 Efterutbildning av sjukvårdspersonal

Det är betydelsefullt att sjukvårdens kvalitet förstärks genom en efterutbildning, som riktar sig till alla personalkategorier som arbetar inom hälso- och sjukvården. Att sjukvårdshuvudmännen medverkar när det gäller att planlägga och genomföra denna utbildning är av största vikt. Jag ämnar föreslå regeringen att uppdraga åt socialstyrelsen att i samråd med landstingsförbundet utarbeta ett program för lokal efterutbildning, där ett grundläggande moment skall vara att ta upp och ingående belysa vad som kan göras för att kontinuiteten i vården skall förbättras.

Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) bedriver försöksverksamhet med efterutbildning av allmänläkare. Sådan genomförs också med medel från provinsialläkarfonden. Enligt vad jag inhämtat kommer NLV att inom kort redovisa en utredning om efterutbildningen av läkare och lägga fram vissa förslag.

Jag beräknar 3,1 milj. kr. för budgetåret 1980/81 för efterutbildning av läkare och annan sjukvårdspersonal i enlighet med vad jag anfört. Medlen bör anvisas under ett nytt reservationsanslag, benämnt Åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården. I den mån medel behövs för efterutbildning av läkare, som anordnas av NLV, får medel ställas till nämndens förfogande inom denna medelsram. Jag räknar här med att NLV under budgetåret 1980/81 bl. a. anordnar lokal efterutbildning av läkare som erhållit distriktsläkarkompetens med stöd av dispensbestämmelser.

Jag kommer senare att föreslå att ytterligare medel anvisas under det nya anslaget för att användas till utvecklingsprojekt.

Läkare som är verksamma inom primärvården behöver utbildning för att kunna fungera som handledare för AT- och FV-läkare. Jag har informerat mig om att provinsialläkarfonden förbereder sådana handledarkurser.

## 2.5 Forskning och utvecklingsverksamhet

Tyngdpunkten inom den svenska hälso- och sjukvårdens forskning och utvecklingsarbete ligger av tradition inom de prekliniska universitetsinstitutionerna och vid sjukhusens – främst universitetssjukhusens – kliniker. Behoven av tillämpad forskning och utvecklingsarbete inom den öppna vården har under senare år blivit allt mer framträdande. Det finns där behov både av ett praktiskt förankrat utvecklingsarbete på kort sikt och av forskning och utbildning i ett längre perspektiv.

Riktade insatser behöver göras lokalt för att påskynda utvecklingen inom varje landsting. Jag tänker härvid på medicinskt och administrativt utvecklingsarbete, fortbildning, handledarutbildning samt uppgifter rörande informations- och samverkansfrågor. Ett sådant arbete bör inte enbart vara knutet till läkarna. Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter etc. bör även kunna bedriva utvecklingsverksamhet beträffande t. ex. hjälpmedel och behandlingsmetodik.

I likhet med vad som framfördes i propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården finns det ett brett fält för tillämpad forskning och utvecklingsarbete inom primärvården. I och med att en utgångspunkt i primärvården är helhetssynen på patienten bör denna verksamhet spänna över en kombination av medicinska, sociala och psykologiska frågor. Studier om sjukdomars förekomst och utbredning, förebyggande verksamhet och hälsoinformation, samband mellan miljö och sjuklighet, samhällsmedicin och undersökningar rörande patienters och familjers vårdssituationer, åldersproblematiken samt vårdorganisatoriska och vårdadministrativa problem är exempel på angelägna forskningsområden. Ett aktivt forsknings- och utvecklingsklimat är angeläget för att förstärka den kvalitativa rekryteringen inom allmänmedicinen. Ett förbättrat vetenskapligt underlag kommer vidare att ge underlag för en avgränsning av allmänläkarens kompetens och ge allmänläkarverksamheten en mer markerad profil gentemot andra medicinska verksamhetsområden.

I nämnda proposition uttalade föredragande statsrådet: "Det är enligt min mening önskvärt att professurer i primärvård/allmänmedicin inrättas. Högskolemyndigheterna bör därför snarast redovisa en såvitt möjligt samlad bedömning av möjligheterna att successivt utveckla profilen för en tänkt forskningsorganisation inom primärvård/allmänmedicin".

Omvårdnadsfrågorna kommer att vara en väsentlig del i utvecklingsarbetet. Samtliga vårdutbildningslinjer ger fr. o. m. den 1 juli 1980 allmän behörighet för forskarstudier. Jag förutsätter att åtgärder kommer att vidtas för att stegvis förverkliga forskningsanknytningen av de här aktuella vårdutbildningarna.

Det bör här erinras om att regering och riksdag ägnat stor uppmärksamhet åt forskning och utvecklingsarbete inom primärvården och anvisat medel för

sådana ändamål. Vid vårdcentralen i Dalby har utvecklingsverksamhet bedrivits i ca 10 år. Vid vårdcentralen är idag placerad en professur i medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård. I årets budgetproposition föreslås att denna tjänst omvandlas till en professur i allmänmedicin, förenad med tjänst som distriktsläkare i allmänläkarvård vid vårdcentralen i Dalby. En professur i socialmedicin vid Karolinska institutet är vidare förenad med distriktsläkartjänst med placering vid en vårdcentral inom Stockholms läns landstings nordvästra förvaltningsområde.

År 1966 inrättades den första professuren i geriatrik vid universitet i Uppsala. En professur i långvårdsmedicin, särskilt geriatrik tillkom år 1976 vid universitetet i Göteborg. Äldrevården förstärktes ytterligare genom att en professur i långvårdsmedicin, särskilt geriatrik och med inriktning mot primärvård, fr. o. m. budgetåret 1979/80 inrättades i Umeå. I årets budgetproposition föreslås vidare att den 1 juli 1980 inrättas en professur i långvårdsmedicin vid universitetet i Lund, förenad med överläkartjänst vid Malmö allmänna sjukhus med förankring även inom primärvården.

Inrättandet av professuren i allmänmedicin med placering i Dalby och professuren i långvårdsmedicin vid Lunds universitet utgör ett led i planerna på att bygga upp en forskningsorganisation med samhällsmedicinsk inriktning i Lund/Malmö. I denna organisation är det också tänkt att en befintlig professur i socialmedicin skall ingå. Den i Malmö förlagda delen av organisationen avses framför allt ägna sig åt vårdproblem i större tätorter medan den till Lund och Dalby förlagda delen i första hand skulle inriktas mot mindre tätorter och landsbygdens problem. I årets budgetproposition föreslås även att en ny tjänst för temaforskningen Hälso- och sjukvården i samhället inrättas vid universitetet i Linköping.

Socialstyrelsen bedriver sedan flera år tillbaka tillsammans med berörda landstings- och primärkommuner utvecklings- och försöksverksamhet i öppen hälso-, sjuk- och socialvård vid vårdcentraler i Tierp och Vilhelmina. Forskningsanknytningen har skett via de socialmedicinska institutionerna i Uppsala resp. Umeå. Projekten har till största delen finansierats över socialdepartementets anslag för forsknings- och utvecklingsarbete samt försöksverksamhet.

Inom regeringskansliet kommer inom kort behovet och inriktningen av fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete i Dalby, Tierp och Vilhelmina att ses över. Bl. a. kommer att prövas förutsättningarna för att forskningsverksamhet av mer permanent karaktär inom primärvård organisatoriskt knyts till universitets- och högskoleorganisationen.

De äldres behov av service och vård har bl. a. givits hög prioritet i de gemensamma projekten mellan kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri. Med utgångspunkt från den grund och det gemensamma synsätt som lades fast i bl. a. skrifterna "Boende, service och vård för äldre" och "Sjukvård i hemmet - social hemtjänst" bedriver Spri ett fortsatt utvecklingsarbete. Bl. a. har Spri nyligen påbörjat ett projekt som gäller psykisk

hälsovård för äldre. Enligt vad jag inhämtat har Spri för avsikt att under åren 1981–83 särskilt satsa på utvecklingsarbete vad gäller samverkan i äldreomsorgerna.

Delegationen för social forskning beviljade i februari 1980 medel till Västernorrlands läns landsting och Sundsvalls kommun för att gemensamt med Spri genomföra en utvärdering av effekterna av planeringssamarbetet beträffande äldreomsorgerna i Sundsvalls kommun. Utvärderingen skall bl. a. visa om det går att förbättra möjligheterna för patienterna att bo kvar i sina hem eller att från sjukvårdsinstitutionen skrivas ut till sina hem eller annan tidigare vårdmiljö. Om så kan ske med hänsyn till patienten och hans hemförhållanden bör vårdplatser kunna friställas för andra patienter som är i större behov av dem. Studien skall även visa hur medicinklinikernas verksamhet påverkas. Projektet exemplifierar att kontinuitetsbegreppet är mycket vittomfattande. Enligt min uppfattning måste faktorer som att få bo kvar hemma, på alderdomshemmet, sjukhemmet etc. också räknas in.

Primärvårdens forskningsuppgifter kommer även att behandlas i det arbete som pågår inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation med ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1990-talet.

I det följande kommer jag att behandla förslag om försöksverksamhet för att stimulera primärvårdens utbyggnad.

Med anledning av regeringens uppdrag den 13 september 1979 har Spri redovisat förslag till utvecklings- och försöksprojekt som skall befrämja kontinuiteten i vården samt stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården. Förslaget omfattar tio projekt. I projekten kombineras åtgärder som utvecklingsverksamhet, stimulans till landstingen att vidta olika åtgärder resp. att sätta igång försöksverksamhet samt specialinriktad utbildning.

Projektet avser att pågå under en treårsperiod. Totalkostnaden beräknas till ca 7.5 milj. kr. Följande projekt omfattas av Spri:s förslag.

Projekt	Kostnad 1980–1982
Primärvårdens organisation	1 071 000 kr.
Primärvårdens samverkan med länssjukvården	820 000 kr.
Primärvårdens inplacering i hälso- och sjukvårdssystemet	444 000 kr.
Samverkan mellan primärvården och parallella vårdssystem, i ett första skede privatläkarorganisationen	272 000 kr.
Utveckling av vårdprogram för tunga diagnosgrupper inom primärvården	1 448 000 kr.
Primärvårdens jour och beredskap	408 000 kr.

Utbildningspaket för patientmottagare	826 000 kr.
Beskrivning och analys av hur kontinuiteten har tillgodosetts inom primärvården	576 000 kr.
Vårdplanering i öppen vård	612 000 kr.
Utveckling av informationssystem för primärvården	1 028 000 kr.
Summa	7 505 000 kr.

Av den redovisade kostnadsramen utgör kostnaderna för internt och externt utvecklingsarbete 2 430 000 kr. och kostnaderna för fältaktiviteterna i de olika landstingsområdena 5 075 000 kr.

Inom de områden som tagits upp i Spris projekt finns hos landstingen ett uttalat intresse att finna lämpliga lösningar. Enligt min uppfattning är de frågor som tas upp i projekten mycket väsentliga för den fortsatta utbyggnaden av primärvården. Jag anser det vara viktigt att understryka att utvecklingsarbetet skall ske i direkt samverkan med de landsting till vilka projekten förläggs. I projekten ingår att genomföra försöksverksamhet. Jag anser det angeläget att så sker då det är väsentligt att man fortsätter och vidareutvecklar arbetet med att finna organisationsmodeller och planeringssystem som kan bidra till en bättre kontinuitet, innan man binder sig för någon modell för primärvårdens organisation.

Av Spris redovisning framgår att utvecklingsarbetet kommer att genomföras av såväl Spris anställd personal som personal av olika kategorier hos sjukvårdshuvudmännen. Syftet med projektuppläggningsen är att ta till vara och bygga vidare på det engagemang som finns hos personalen inom sjukvården. Genomförandet av projekten kommer att ske i samråd med socialstyrelsen och kommunförbunden. Jag kommer självfallet att hålla mig fortlöpande informerad om dessa och andra projekt inom sjukvården avsedda att befrämja kontinuitet i vården samt stimulera utveckling och utbyggnad inom primärvården.

De fältaktiviteter som föreslås kommer att bestå av försöksverksamheter. Spris avser att stödja pågående utbyggnad av primärvården med insatser för att stimulera huvudmännen att genomföra förändringar av skilda slag i verksamheten. Spris insatser kommer därvid främst att bestå i att ta initiativ till och stimulera verksamheter samt att svara för en rådgivande och samordnande funktion. I Spris uppgifter ingår även att förmedla information mellan huvudmännen samt att ta fram ett generellt planeringsunderlag. Jag biträder denna projektuppläggningsen och förordar att medel anvisas för de föreslagna projekten. Försöksprojektens resultat kommer att utvärderas. Projekten bör ses som en tillfällig statlig insats för att initiera en utvecklings- och försöksverksamhet som i lämpliga former bör integreras i sjukvårdshuvudmännens reguljära verksamhet.

I enlighet härmed beräknar jag ett medelsbehov av 3 milj. kr. för budgetåret 1980/81 för att Spri skall kunna genomföra de föreslagna projekten. För budgetåret 1981/82 och 1982/83 kan kostnaderna beräknas uppgå till 3 resp. 1.5 milj. kr.

Jag har här redovisat utvecklingsprojekt som Spri har föreslagit för att befrämja kontinuiteten i vården samt stimulera utbyggnaden av primärvården. Det behövs enligt min mening också fortlöpande forskning och utvecklingsarbete för att effektivisera hälso- och sjukvården. En del av sådan hälso- och sjukvårdsforskning bör vara systematisk kunskapsinsamling som syftar till att underlätta planeringen av hälso- och sjukvården eller som har omedelbar betydelse för sjukvårdsorganisatoriska överväganden. Andra viktiga forskningsområden är t. ex. sjukdomsförekomst och vårdbehov, sjukvårdskonsumtion, fördelning av resurser för hälso- och sjukvård och värdering av hälso- och sjukvårdens resultat. Studier och utvärdering av olika organisatoriska lösningar för att förbättra kontinuiteten mellan sjukvårdspersonal och patienter bör ingå i en sådan hälso- och sjukvårdsforskning. För forskning och utvecklingsarbete inom främst primärvården beräknar jag för budgetåret 1980/81 ett belopp av 500 000 kr.

Sammanfattningsvis beräknar jag således ett medelsbehov under budgetåret 1980/81 av 3.1 milj. kr. för viss efterutbildning av läkare och annan sjukvårdspersonal samt 3.5 milj. kr. för utvecklings- och försöksverksamhet. Dessa medel – 6.6 milj. kr. – bör anvisas under ett särskilt reservationsanslag, benämnt Åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården. Vidare beräknas i denna proposition 2 467 000 kr. för budgetåret 1980/81 avseende utbildning för undervisningsyrken och ersättning till vissa lärarkandidater. Det sammanlagda medelsbehovet för det av mig föreslagna åtgärdsprogrammet för att främja kontinuitet i vården uppgår därmed under budgetåret 1980/81 till 9 067 000 kr.

### **3 Bidrag till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut**

Gällande överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet angående finansiering av Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) avser åren 1978–1980.

I avvaktan på att förhandlingarna mellan staten och Landstingsförbundet skulle slutföras om statens fortsatta bidrag till driften av institutet beräknades i budgetpropositionen för budgetåret 1980/81 ett i förhållande till innevarande budgetår oförändrat belopp. Regeringen har den 28 februari 1980 godkänt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet angående institutets finansiering åren 1981–1983. Bidragen skall utbetalas kvartalsvis i förskott. Med utgångspunkt i att institutets verksamhet under åren 1981–1983 enligt avtalet mellan staten och Landstingsförbundet totalt budgeteras till 135.4 milj. kr. skall staten under år 1981 svara för bidrag med

12,5 milj. kr., under år 1982 med 13,7 milj. kr. och under år 1983 med 15,0 milj. kr. För år 1980 utgör statens bidrag till institutets kostnader 11,5 milj. kr. För budgetåret 1980/81 bör anvisas 12,25 milj. kr. för statens bidrag till institutets verksamhet.

#### 4 Institutet för psykosocial miljömedicin

Enligt beslut av riksdagen (prop. 1979/80:6, SoU 1979/80:23, rskr 1979/80:160) skall fr. o. m. den 1 juli 1980 inrättas ett institut för psykosocial miljömedicin. Institutet skall inom den psykosociala miljömedicinens område bedriva målinriktad forskning och uppdragsverksamhet samt fungera som informationsförmedlare och medverka i utbildning avseende psykosocial miljö.

I enlighet med vad som redovisades i prop. 1979/80:6 har jag beräknat medel för en professor, tillika läkare, två laboratorer, tre forskningsassistenter samt två tjänster för administrativa uppgifter med inriktning mot bl. a. information och dokumentation. Beträffande avtalsbara anställnings- och arbetsvillkor avser jag att ge statens arbetsgivarverk det förhandlingsuppdrag som behövs.

Lönekostnaderna för institutet för psykosocial miljömedicin för budgetåret 1980/81 beräknar jag till 1 141 000 kr. De sammanlagda kostnaderna för institutets verksamhet under nämnda budgetår beräknar jag till 1 700 000 kr.

#### 5 Hemställan

Med hänvisning till vad jag har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

1. godkänna de allmänna riktlinjer och de förslag till åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården som jag har angett
2. till *Åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården* för budgetåret 1980/81 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 6 600 000 kr.
3. till *Bidrag till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut* för budgetåret 1980/81 under femte huvudtiteln anvisa ett förslagsanslag av 12 250 000 kr.
4. till *Institutet för psykosocial miljömedicin* för budgetåret 1980/81 under femte huvudtiteln anvisa ett förslagsanslag av 1 700 000 kr.

Bilaga 2

UTBILDNINGSDEPARTEMENTET

Utdrag  
PROTOKOLL  
vid regeringssammanträde  
1980-03-06

**Föredragande:** statsrådet Mogård

**Anmälan till proposition om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m. m.**

Statsrådet Holm har tidigare denna dag lagt fram förslag till åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården. Några av förslagen berör utbildningsdepartementets verksamhetsområde och har lagts fram efter samråd med mig.

Jag hemställer därför att regeringen förslår riksdagen att

1. med ändring i förhållande till regeringens förslag i prop. 1979/80:100 bil. 12, fastställa planeringsramar för vårdlärlarlinjen enligt vad som förordats i det föregående.
2. till *Utbildning för undervisningsyrken* för budgetåret 1980/81, utöver vad regeringen föreslagit i prop. 1979/80:100 bil. 12, D 8 anvisa ytterligare 901 000 kr.
3. till *Ersättning till vissa lärarkandidater* för budgetåret 1980/81, utöver vad regeringen föreslagit i prop. 1979/80:100 bil. 12, D 30 anvisa ytterligare 1 566 000 kr.