



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:20

SOU
1964:20 FI

Försvarsdepartementet



KRIGSMAKTENS FÖRBANDSSJUKVÅRD

BETÄNKANDE I

1962 ÅRS FÖRSVARSSJUKVÅRDSUTREDNING

Stockholm 1964

STATENS
OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Kronologisk förteckning

1. Indexlån. Del I. Kihlström. 96 s. Fl.
2. Indexlån. Del II. Kihlström. 526 s. Fl.
3. Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. Esselte. 212 s. I.
4. Effektivare konsumentupplysning. Esselte. 111 s. H.
5. Bättre åldringsvård. Esselte. 121 s. S.
6. Alkoholreklamen. Norstedt & Söner. 278 s. Fl.
7. Statens skogar och skogsindustrier. Svenska Reproduktions AB. 144 s. Fl.
8. Kapitalutvecklingen i det svenska lantbruket. Esselte. 88 s. Jo.
9. Arbetstidsförkortningens verkningar. Esselte. 216 s. S.
10. Företagsinteckning. Tiden-Barnängen Tryckerier AB. 149 s. Ju.
11. Älgfrågan. Norstedt & Söner. 188 s. Jo.
12. Veterinärmedicinsk forskning och undervisning. Del II. Esselte. 302 s. Jo.
13. Religionsfrihet. AB Wilhelmssons Boktryckeri. XXVIII+594 s. E.
14. Svensk namnbok 1964. AB E G Johanssons Boktryckeri, Karlshamn. 227 s. Ju.
15. Utlåtande av Juristkommissionen i Wennerströmaffären. Norstedt & Söner. 117 s. Ju.
16. Historisk översikt. Kyrkobegrepp. Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB, Uppsala. 324 s. E.
17. Rapport av parlamentariska nämnden i Wennerströmaffären. Norstedt & Söner. 46 s. Ju.
18. Översättning av fördrag angående upprättandet av Europeiska atomenergigemenskapen (Euratom) och tillhörande dokument. Marcus. 187 s. H.
19. Kommunal skatteutjämning. Kihlström. 419 s. Fl.
20. Krigsmaktens förbandssjukvård. Esselte. 222 s. Fö.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:20

Försvarsdepartementet



KRIGSMAKTENS
FÖRBANDSSJUKVÅRD

BETÄNKANDE I

1962 ÅRS FÖRSVARSSJUKVÅRDSUTREDNING

ESSELTE AKTIEBOLAG STOCKHOLM 1964

STATENS ÖFRENTLIGA UTREDNINGAR 1962:10

FÖRSVARSREKONSTRUKTION



FÖRBANDSSJUKVÅRD KRIGSMAKTENS

BETÄNKANDE

1962 ÅRS FÖRSVARSREKONSTRUKTION

Innehåll

Skrivelse till Statsrådet och Chefen för försvarsdepartementet	5
Kap. 1 <i>Inledning</i>	7
Kap. 2 <i>Hälsovården vid förbanden</i>	11
2.1 Allmän hälsovård och hygien	11
2.2 Hälsoundersökningar m. m.	14
Kap. 3 <i>Sjukvården vid förbanden</i>	19
3.1 Öppen sjukvård för värnpliktiga	19
3.2 Öppen sjukvård för fast anställda m. fl.	29
3.3 Sluten sjukvård	37
Kap. 4 <i>Övrig läkarverksamhet vid förbanden.</i>	44
4.1 Utbildning	44
4.2 Krigs- och mobiliseringsplanläggning.	47
4.3 Förvaltning m. m.	50
4.4 Jour- och beredskapstjänst	53
Kap. 5 <i>Personal för förbandssjukvården m. m.</i>	55
5.1 Läkare på aktiv stat	55
5.2 Övriga läkare	63
5.3 Hjälppersonal för förbandssjukvården	66
Kap. 6 <i>Brister i nuvarande organisation</i>	70
Kap. 7 <i>Förslag rörande hälsovården</i>	77
7.1 Allmän hälsovård och hygien	77
7.2 Hälsoundersökningar m. m.	81
Kap. 8 <i>Förslag rörande sjukvården.</i>	86
8.1 Medicinska krav på sjukvården	86
8.2 Militära krav på sjukvården	87
8.3 Öppen sjukvård för värnpliktiga	89
8.4 Öppen sjukvård för fast anställda m. fl.	96
8.5 Sluten sjukvård	102
Kap. 9 <i>Förslag rörande övrig läkarverksamhet</i>	116
9.1 Utbildning	116
9.2 Krigs- och mobiliseringsplanläggning	121
9.3 Förvaltning m. m.	124
9.4 Jour- och beredskapstjänst	128

Kap. 10	<i>Förslag rörande läkare</i>	130
10. 1	Behov av läkarmedverkan	130
10. 2	Anställningsform	137
10. 3	Ersättningsnormer	146
10. 4	Anställningsvillkor m. m.	154
10. 5	Övergångsanordningar	158
Kap. 11	<i>Förslag rörande hjälppersonal</i>	165
11. 1	Sjuksköterskepersonal	165
11. 2	Övrig hjälppersonal	169
Kap. 12	<i>Kostnadsberäkningar</i>	173
Kap. 13	<i>Sammanfattning</i>	176
Särskilt yttrande		191

Bilagor

<i>Bilaga 1</i>	Beräknad besöksfrekvens och tidsåtgång vid läkarmottagning för värnpliktiga	197
<i>Bilaga 2</i>	Beräknad besöksfrekvens och tidsåtgång vid tjänsteläkarmottagning	201
<i>Bilaga 3</i>	Fördelning på sjukdomar hos vårdade vid I 1 förbandssjukhus åren 1961—1962	204
<i>Bilaga 4</i>	Beläggning på förbandssjukhus i förhållande till vårdplatsantalet åren 1958—1962 vid åtta förband inom IV. militärområdet	205
<i>Bilagor 5—6</i>	Maximal beläggning på förbandssjukhus i förhållande till rekrytstyrkan åren 1958—1962 vid åtta förband inom IV. militärområdet	205—206
<i>Bilaga 7</i>	Beräknat vårdplatsbehov vid nuvarande förbandssjukhus	207
<i>Bilaga 8</i>	Förslag till förläggning av sjukrumsavdelningar	211
<i>Bilaga 9</i>	Behov av arbetstimmar för läkare vid förband	213
<i>Bilaga 10</i>	Behov av arbetstimmar för översköterskor	217
<i>Bilaga 11</i>	Behov av arbetstimmar för undersköterskor/sjukvårdsbiträden	220

Till

Statsrådet och Chefen för försvarsdepartementet

Den 30 mars 1962 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för försvarsdepartementet att tillkalla högst åtta sakkunniga för översyn av försvarssjukvårdens ledning m. m., att uppdraga åt en av de sakkunniga att vara ordförande, att i mån av behov tillkalla experter att biträda vid översynen samt att förordna sekreterare åt de sakkunniga.

Med stöd av bemyndigandet tillkallade chefen för försvarsdepartementet den 16 april 1962 professorerna A. V. Engström, C. E. Gyllenswärd och B. A. Raxed, översten S. B. Hasselrot, numera rättsavdelningschefen S. Marcus, marinöverläkaren L. Troell, numera flygöverläkaren K. U. G. Lundberg samt fältläkaren S. A. Urwitz att verkställa utredningen, varvid tillika uppdrogs åt Engström att i egenskap av ordförande leda de sakkunnigas arbete. Samma dag uppdrogs åt dels numera överstelöjtnanten K. A. Nordström att vara expert, dels numera laboratorn E. E. Schildt att vara expert tillika sekreterare åt de sakkunniga, dels ock numera överstelöjtnanten L. O. Bratt att vara biträdande sekreterare åt de sakkunniga. Den 26 april 1962 förordnades laboratorn G. B. Åberg att vara expert åt de sakkunniga. Medicine licentiaten B. O. Ahlberg förordnades den 29 augusti 1962 att vara biträdande sekreterare fr. o. m. den 8 oktober 1962 och den 20 november 1962 att vara sekreterare fr. o. m. den 16 december 1962. Genom beslut den 5 november 1962 förordnades förvaltaren S. G. Johannesson att inom utredningen biträda med sekreteraregöromål. Schildt entledigades den 20 november 1962 som sekreterare fr. o. m. den 16 december 1962 och den 12 september 1963 som expert fr. o. m. den 1 oktober 1963.

Utredningen, som antagit namnet »1962 års försvarssjukvårdsutredning», får härmed vördsamt överlämna sitt första betänkande »Krigsmaktens förbandssjukvård». De i betänkandet framlagda förslagen biträdades av utredningens samtliga ledamöter utom Troell samt av utredningens experter. Särskilt yttrande av Troell är bilagt betänkandet.

Stockholm den 25 maj 1964.

Arne Engström

Curt Gyllenswärd

Bror Rexed

Birger Hasselrot

Stig Marcus

Lars Troell

Uno Lundberg

Sigfrid Urwitz

/Björn Ahlborg

Lars Bratt

KAP. I

Inledning

I de för 1962 års försvarssjukvårdsutredning utfärdade direktiven uttalade chefen för försvarsdepartementet bl. a. följande.

Läget inom den militära fredssjukvården torde icke vara helt tillfredsställande. Med hänsyn till att krigsmaktens fredssjukvård har en dubbel funktion — att på ett tillfredsställande sätt tillgodose behovet av hälso- och sjukvård i fred och att utgöra grund för krigssjukvårdsorganisationen — anser jag det vara av synnerlig vikt att förbandssjukvården är kvalitativt högtstående. Utredningen bör undersöka förbandssjukvårdens uppgifter samt på grundval härav avge förslag rörande förbandssjukvårdens organisation och utrustning. Möjligheterna att i större utsträckning än som redan skett öppna vissa förbandssjukhus för civila patienter bör utredas.

En samlad översyn av hälso- och sjukvården vid förbanden¹ har icke tidigare kommit till stånd. Åtskilliga delproblem har dock behandlats i olika sammanhang. Frågan om behovet av förbandsläkare har sålunda övervägts dels av särskilt tillkallade sakkunniga i betänkande den 30 juli 1908 med förslag angående fältläkarkårens omorganisation, dels av 1919 års försvarsrevision i dess betänkande I med förslag rörande revision av Sveriges försvarsväsende (SOU 1923: 15), dels av 1930 års försvarskommission i dess betänkande II med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende (SOU 1935: 39), dels av 1941 års försvarsutredning i dess betänkande med förslag till plan för organisationsarbetet inom försvarsväsendet (SOU 1942: 1), dels av 1944 års militärsjukvårdskommitté i dess betänkande II (SOU 1947: 5), dels av 1945 års försvarskommitté i dess betänkande I med förslag angående försvarets organisation (SOU 1947: 72). Förbandsläkarnas arbetsförhåll-

¹ Utredningen har eftersträvat en enhetlig terminologi och förstår i detta betänkande med *förband* förband och utbildningsanstalter enligt krigsmaktens indelning i fred; *förbandssjukvård* hälso- och sjukvården vid förband; *militärläkare* läkare på aktiv stat och arvodesanställd läkare vid fältläkarkåren, marinläkarkåren eller flygvapnet samt läkare i fältläkarkårens, marinläkarkårens eller flygvapnets reserv; *icke ständigt tjänstgörande militärläkare* arvodesanställd läkare vid fältläkarkåren, marinläkarkåren eller flygvapnet samt läkare i fältläkarkårens, marinläkarkårens eller flygvapnets reserv; *värnpliktig läkare* värnpliktig, som uttagits för utbildning i specialtjänst såsom läkare och fullgjort värnpliktstjänstgöring minst t.o.m. fackutbildningskurs eller läkarfackskola; *förbandsläkare* läkare på aktiv stat placerad vid förband; *tjänsteläkare* läkare, som förestår läkarmottagning vid förband för fast anställd militär och civil-militär personal samt för civila tjänstemän och kollektivavtalsanställd personal; *värnpliktsmottagning* läkarmottagning för värnpliktiga; samt *tjänsteläkarmottagning* läkarmottagning för fast anställda mfl.

landen m. m. har vidare utförligt behandlats dels av militärsjukvårdskommittén, dels av militära läkarlöneutredningen i dess betänkande den 5 juli 1951 med förslag till reglering av arbetsförhållandena för försvarets läkare, tandläkare och veterinärer samt av tjänste- och verksläkarverksamheten vid försvaret. Frågan om värnpliktiga läkares tjänstgöring vid förbanden har ingående belysts av utredningen rörande utbildning av värnpliktiga läkare m. m. (läkarutredningen) i betänkandet »Läkaren i totalförsvaret» (SOU 1961: 63). De i betänkandet framlagda förslagen föranledde beslut av 1963 års vårriksdag (prop. 1963: 106). Enligt beslutet omlades och förkortades bl. a. de värnpliktiga läkarnas facktjänstgöring och förutsattes att möjligheten till ytterligare förkortning av tjänstgöringen inom förbandsjukvården undersöktes. Slutligen har riksdagen vid ett flertal tillfällen i anledning av uttalanden av riksdagens revisorer uppmärksammat den otillfredsställande beläggningen av krigsmaktens förbandssjukhus.

Åtskilliga av de utredningar som redovisats ovan har haft som bakgrund föreliggande rekryteringssvårigheter inom fältläkarkåren. De förslag som framlagts har emellertid ej avhjälpit rekryteringssvårigheterna. Ej heller har de åtgärder som vidtagits för att bättre utnyttja förbandssjukhusen lett till önskat resultat. Med hänsyn härtill och framför allt till nödvändigheten att skapa förutsättningar för att förverkliga riksdagens förenämnda beslut har utredningen funnit det angeläget att den i direktiven begärda översynen av förbandssjukvårdens uppgifter och organisation m. m. så snart som möjligt kommer till stånd. Utredningen har därför inriktat sitt arbete på att undersöka, huruvida det är möjligt för utredningen att framlägga förslag rörande förbandssjukvården utan att avvakta de slutsatser, till vilka utredningen kan komma rörande utredningsuppdraget i övrigt. Det visade sig därvid snart att förbandssjukvården icke kan ses isolerad, eftersom det förutsattes att läkarna vid förbanden har uppgifter även inom andra verksamhetsfält, såsom utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning samt förvaltning m. m. På samma sätt medverkar läkarens hjälppersonal inom vissa områden utanför den egentliga hälso- och sjukvården. Utredningen har däremot funnit, att dess ställningstaganden till frågan om läkarmedverkan på central och regional nivå icke behöver avvaktas. Utredningen framlägger därför i detta betänkande förslag rörande förbandssjukvården samt rörande sådan militär verksamhet vid förbanden, som vilar på ett medicinskt underlag eller har ett militärmedicinskt innehåll och som fordrar medverkan av läkare. Dock behandlas icke i detta sammanhang frågan om medverkan av läkare och sjukvårdsutbildade instruktörer i den kvalificerade sjukvårdsutbildning, som måste bedrivas vid vissa förband och skolor för att förbereda medicinalpersonalens m. fl. tjänstgöring i krigsbefattning och vid krigsförband. Denna utbildning kommer att redovisas i ett senare betänkande. Ej heller behandlas tandvården, som är föremål för särskilda överväganden. Utredningens förslag förutsätter en förstärkt läkar-

medverkan på central och regional nivå. Hur denna läkarmedverkan skall tillgodoses kommer utredningen framdeles att ta ställning till.

Läkaruppgifterna vid förbanden ankommer i första hand på förbandsläkarna. Viktiga arbetsuppgifter utföres även av icke ständigt tjänstgörande militärläkare samt, såsom framgått av det förut anförda, av värnpliktiga läkare. Arbetsuppgifterna är i viss utsträckning instruktionsmässigt reglerade genom de i 21 kap. tjänstereglementet för krigsmakten intagna föreskrifterna om sjukvårdstjänsten. För fartygsläkare återfinnes härutöver vissa ännu gällande föreskrifter i tjänstereglementet för marinen, vilka dock torde komma att upphävas i samband med att reglementet ersättes av ett sjötjänstreglemente. Vissa andra föreskrifter för förbandsläkare i tjänstereglementet för marinen torde ha ersatts av bestämmelserna i tjänstereglementet för krigsmakten. För arméns vidkommande anges vidare militärläkarnas allmänna arbetsuppgifter i instruktionen för fältläkarkåren den 31 december 1943 (SFS 1943: 961 med ändr.). I instruktionen regleras jämväl mera i detalj regementsläkares och bataljonsläkares åligganden. Motsvarande reglering saknas för förbandsläkarna vid marinen och flygvapnet, men de i instruktionen för fältläkarkåren angivna arbetsuppgifterna torde i huvudsak skola fullgöras även av förbandsläkarna vid dessa försvarsgrenar. Vid många förband har förbandscheferna tillika utfärdat särskilda instruktioner för förbandsläkarnas verksamhet. Utredningens förslag i föreliggande betänkande berör — förutom förbandsläkarna — de icke ständigt tjänstgörande militärläkarna samt de värnpliktiga läkarna. Förslagen kan påverka de icke ständigt tjänstgörande militärläkarnas ställning i fältläkarkåren, marinläkarkåren och flygvapnet. Frågan härom liksom frågan om militärläkarnas — utom förbandsläkarnas — ställning över huvud taget i organisatoriskt hänseende avses behandlas i samband med att utredningen framlägger sina förslag rörande den centrala och regionala ledningen av hälso- och sjukvården inom krigsmakten.

Betänkandet är disponerat på följande sätt. Efter detta inledande kapitel behandlar utredningen i kap. 2—4 den nuvarande organisationen av förbandssjukvården och den övriga läkarverksamheten vid förbanden. Hälsovården behandlas i kap. 2, och utredningen redogör här såväl för den allmänna hälsovården och hygienens som för de hälsoundersökningar m. m. som är aktuella för värnpliktiga och fast anställda m. fl. Kap. 3 ägnas helt åt den öppna och slutna sjukvården vid förbanden, medan i kap. 4 en redogörelse lämnas för den militära verksamhet vid förbanden, som vilar på ett medicinskt underlag eller har ett militärmedicinskt innehåll och som fordrar medverkan av läkare. I olika avsnitt behandlas här utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning samt förvaltning m. m. ävensom — ehuru något oegentligt — jour- och beredskapstjänst. Efter denna översyn redovisar utredningen i kap. 5 personaltillgång, utbildningskrav samt anställnings- och tjänstgöringsförhållanden beträffande förbandsläkarna, de ar-

vodesanställda och reservanställda militärläkarna, de värnpliktiga läkarna, de frivilligt tjänstgörande läkarna samt hjälppersonalen för förbandssjukvården. I kap. 6 påvisar utredningen vissa brister i nuvarande organisation. För att erhålla en grund för sina överväganden rörande organisationen av förbandssjukvården m. m. i personellt hänseende undersöker utredningen i kap. 7—9 närmare de olika verksamhetsfälten vid förbanden. Utredningen utgår i sina undersökningar från att hälso- och sjukvården av de värnpliktiga även fortsättningsvis måste ombesörjas av läkare, som på ena eller andra sättet är stadigvarande knutna till förbanden. Utredningens undersökningar syftar till att utreda arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården och i vilken omfattning läkare, som förestår värnpliktsmottagning, bör medverka inom övriga ovannämnda verksamhetsfält. I samband härmed tar utredningen ställning till, vilka läkaruppgifter vid förbanden som bör utföras av värnpliktiga läkare och icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Utredningen analyserar tillika möjligheterna att i ökad omfattning integrera sjukvården vid förbanden med den civila sjukvården och att avlasta läkarna vid förbanden genom att överföra arbetsuppgifter till annan personal, i förekommande fall till regional nivå. Tillika behandlar utredningen i kap. 8 vissa materiel- och lokalfrågor, som hänför sig till den sjukvårdande verksamheten vid förbanden. Med utgångspunkt i de ståndpunktstaganden som redovisas i kap. 7—9 undersöker utredningen i kap. 10 närmare behovet av sådana läkare som för bedrivande av förbandssjukvård m. m. avses skola vara stadigvarande knutna till förbanden. Utredningen framlägger vidare i kap. 10 förslag till anställningsform för dessa läkare samt förslag rörande läkarnas anställningsvillkor. Tillika diskuterar utredningen ersättningsnormer och vissa övergångsanordningar. Kap. 11 ägnas åt hjälppersonalen för förbandssjukvården och betänkandet avslutas i kap. 12 med erforderliga kostnadsberäkningar. En sammanfattning av betänkandet återfinnes i kap. 13.

Hälsovården vid förbanden

2.1. Allmän hälsovård och hygien

Hälsovården inom det civila samhället regleras väsentligen av bestämmelserna i hälsovårdsstadgan (SFS 1958:663 med ändr.), livsmedelsstadgan (SFS 1951:824 med ändr.) och arbetarskyddslagen (SFS 1949:1 med ändr.). Dessa bestämmelser är emellertid icke alls eller endast i begränsad omfattning tillämpliga inom krigsmakten.

I hälsovårdsstadgan finnes bestämmelser rörande bostäder och samlingslokaler, vattenförsörjning, avloppsväsende och sanitära anordningar, renhållning samt bekämpning av ohyra m. m. Enligt stadgan utövas högsta tillsynen över hälsovården i riket av medicinalstyrelsen och veterinärstyrelsen. Länsstyrelsen skall vaka över hälsovården i länet, och i varje kommun har hälsovårdsnämnden det närmaste inseendet över hälsovården. Enligt uttrycklig föreskrift i hälsovårdsstadgan äger denna icke utan särskilt förordnande tillämpning på anordning, anläggning eller verksamhet inom krigsmakten. I betänkande av 1948 års hälsovårdsstadgekommitté (SOU 1953:31 s. 78), vilket låg till grund för hälsovårdsstadgan, föreslogs dock att stadgan skulle utan inskränkning gälla även inom militära områden och att efterlevnaden borde övervakas av hälsovårdsnämnd i samarbete med militära myndigheter. Kommittén framhöll emellertid, att tillsynen av stadgans bestämmelser borde övertas av den militära hälsovårdsorganisationen, då denna utbyggts i tillräcklig omfattning. Förslaget godtogs av de civila remissmyndigheterna med ett undantag men avstyrktes av samtliga militära remissinstanser. Motivet var, förutom att befintlig militär organisation borde utnyttjas, främst säkerhetssynpunkter. Föredragande departementschefen fann (prop. 1958: B 46 s. 92 ff) betänkligheter icke möta mot att i enlighet med de militära myndigheternas bestämda yrkanden undanta militära områden från hälsovårdsstadgans tillämpning och hälsovårdsnämndernas tillsyn. Departementschefen hänvisade därvid främst till den ståndpunkt som intagits i samband med tillkomsten av livsmedelsstadgan.

I livsmedelsstadgan ges bl. a. bestämmelser om livsmedelslokaler, om hanteringen av livsmedel, om den berörda personalens hygien och om livsmedelskontrollen. Tillsynen över efterlevnaden av livsmedelsstadgan åvilar i central instans medicinalstyrelsen och veterinärstyrelsen. Statens institut för folkhälsan utgör centralt undersökningsorgan för livsmedelskontrollen.

I regional instans har länsstyrelserna med biträde av länsläkarna och länsveterinärerna tillsynen över livsmedelskontrollen. Inom varje hälsovårdsområde utövas livsmedelskontrollen av en hälsovårdsnämnd under medverkan av provinsialläkare och distriktsveterinär m. fl. Livsmedelsstadgan är enligt uttalande i proposition 1951: 63 (s. 87) icke tillämplig på de livsmedel som tillhandahålles vid militärförläggning. Enligt uttalande av föredragande departementschefen borde dock, i den mån så var möjligt, kraven på livsmedlens beskaffenhet och hantering vara desamma inom krigsmakten som inom det civila samhället. Departementschefen ansåg emellertid, att det borde åvila de militära myndigheterna att själva svara härför. Den rätta vägen ansågs vara att bygga ut den militära hälsovårdsorganisationen i stället för att låta lokala civila myndigheter utöva inspektionsrätt inom militära anläggningar, en anordning som ur militär synpunkt hade befunnits mindre lämplig.

Vad slutligen angår arbetarskyddslagen är denna i princip tillämplig på arbete som utföres inom krigsmakten, oavsett om det utföres av militär, civilmilitär, civil eller värnpliktig personal. Från lagens tillämpningsområde är dock undantagna övningar och annat arbete inom krigsmakten än sådant som utföres under väsentligen samma förhållanden som motsvarande arbete i civil verksamhet. Arbetarskyddslagens föreskrifter om åtgärder till förebyggande av ohälsa och olycksfall m. m. är sålunda tillämpliga på krigsmakten tillhöriga verkstäder av olika slag, varv, köks- och tvättinrättningar, bagerier, charkuterier, värme- och ångcentraler, förråd, garage, sjukhus och marketenterier samt på byggnads- och anläggningsarbeten, som pågår inom krigsmakten. Tillsynen över efterlevnaden av lagens bestämmelser åvilar under arbetarskyddsstyrelsens överinseende yrkesinspektionens befattningshavare. I viss utsträckning utnyttjas också kommunala tillsynsmän, vilka utses av hälsovårdsnämnd. Hälsovårdsinspektör är pliktig att åta sig förordnande som kommunal tillsynsman. Han kan i den egenskapen påfordra tillträde till krigsmaktens arbetsplatser men är i sin egenskap av hälsovårdsinspektör utestängd från tillsynen över hälsovården i övrigt inom förbanden. Yrkesinspektionens tillsyn, som till väsentlig del har rådgivande karaktär, har till följd av bristande personalresurser hittills haft begränsad omfattning. Inspektion av arbetsplatser inom krigsmakten har enligt vad utredningen har sig bekant endast förekommit på begäran av vederbörande militära myndighet. Militära eller andra från totalförsvarets synpunkt viktiga statliga anläggningar i berg eller under jord må till skillnad från andra sådana anläggningar inrättas utan medgivande av arbetarskyddsstyrelsen. Sådana anläggningar är emellertid formellt undandragna styrelsens och yrkesinspektionens tillsyn endast om det arbete som där bedrivs kan hänföras till militär övning eller är av sådan art, att det ej utföres under väsentligen samma förhållanden som motsvarande arbete utanför krigsmakten.

Ledningen av och uppsikten över hälsovården inom krigsmakten utövas i tekniskt-ekonomiskt hänseende av försvarets sjukvårdsstyrelse. Vissa åtgärder åvilar de regionala cheferna. Dessa är bl. a. skyldiga att minst en gång vart tredje år genom sina läkare inspektera hälsovården vid samtliga underställda förband. De vid militärbefälsstaberna anställda hälsovårdsinspektörerna kan vidare vid behov tillfälligt ställas till förbandschefernas förfogande. Sådan användning av ifrågavarande personal torde dock mera sällan förekomma. Rörande hälsovården vid förbanden är vissa föreskrifter givna i det av Kungl. Maj:t den 27 oktober 1944 utfärdade reglementet angående hälsovården vid försvaret.¹ Förbandschef är sålunda ansvarig för hälsovården inom sitt förband och biträdes häri av vid förbandet tjänstgörande läkare. Varje vid förband tjänstgörande läkare skall noggrant uppmärksamma hälsovården och inom gränserna för sin befogenhet vidta eller hos förbandschefen föreslå de åtgärder som påkallas i hälsovårdshänseende. Förbandschef åligger att genom förbandsläkaren minst två gånger årligen förrätta hälsovårdsinspektion vid förbandet. Härutöver föreskrives i instruktionen för fältläkarkåren att regementsläkare skall beredas tillfälle att ur hälsovårdssynpunkt yttra sig vid uppgörande av regementets underhålls-anslag och förslag rörande nybyggnader och större ändringsarbeten ävensom vid frågor rörande prövning av portionsstater m. m. Vidare må nämnas att det direkta ansvaret för den hygieniska livsmedelskontrollen åvilar regements- eller bataljonsveterinär, där sådan finnes, eljest arvodesanställd civil veterinär. Sådan veterinär lyder i ärenden rörande denna kontroll dock under den till tjänsteställningen främste vid förbandet tjänstgörande läkaren.

Av det anförda framgår att förbandsläkarnas medverkan inom hälsovården vid förbanden icke preciserats närmare. Sjuksköterskornas roll inom hälsovården är över huvud taget icke angiven. Samtidigt framgår emellertid att förbandsläkarna på hälsovårdens område har ett vidsträckt ansvar, som ställer krav på en relativt omfattande verksamhet på fältet, främst inom kasernetablisementet och på dess arbetsplatser. Övervakning av hygienien fordras emellertid även i fält och ombord. Verksamheten ställer också krav på läkarmedverkan vid utbildning av befäl och meniga samt på kontroll av denna utbildnings resultat. Utredningens egna erfarenheter tyder emellertid på att varken förbandsläkare, andra läkare vid förbanden eller sjuksköterskor annat än i undantagsfall hittills bedrivit nyssnämnd verksamhet. De har ej heller själva erhållit härför erforderlig utbildning. Sådan verksamhet torde med få undantag regelmässigt förekomma endast i samband med de årliga hälsovårdsinspektionerna, som i princip torde begränsas till lokaler inom kasernetablisementet och vid fasta övningsplatser. Krav på förbättrad hygien i kasernerna har i samband därmed upprepade gånger framförts från militärläkarhåll. Befälets förståelse för upprätthållande av god fält-

¹ Reglementet är intaget i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1944 nr 83).

hygien brister vidare i många stycken. Under senare år har vid flera tillfällen epidemier uppkommit inom krigsmakten, vilka torde ha fått onödig spridning till följd av rådande dåliga sanitära förhållanden och befälets bristande kunnsighet. En undersökning, som företagits av försvarets sjukvårdsstyrelse i samband med arméns repetitionsövningar hösten 1963, visar klart att befälets och truppens förståelse för betydelsen av en god fälthygien icke är tillräcklig. Förhållandet kan exemplifieras med att huvuddelen av de besökta förbanden tog sitt vatten från ur epidemiologisk synpunkt okända vattentäkter, att vattenreningsfilter medfördes vid mindre än 25 % av förbanden och där endast i undantagsfall var i bruk. Varken trupp eller befäl hade med enstaka undantag fått någon utbildning avseende filtrets användning. Kunskapen om vattenklorering var genomgående låg. Det ur epidemiologisk synpunkt okända vattnet blev därför icke heller föremål för klorering. Orent och oklorerat vatten användes t. o. m. vid ett livsmedelsproducerande specialförband. Dessutom var sådana sanitära anordningar som latriner och urinoarer i många fall otillfredsställande.

2.2. Hälsoundersökningar m. m.

Inskrivning av värnpliktiga äger rum årligen från slutet av september till mitten av december. Riket är indelat i inskrivningsområden, och för varje inskrivningsområde finnes en inskrivningschef och minst en inskrivningsnämnd. Antalet inskrivningsområden är f. n. 21 och antalet inskrivningsnämnder 24. Närmare bestämmelser om inskrivningsverksamheten är givna i inskrivningsförordningen (SFS 1956: 188 med ändr.). Inskrivningsnämnd har bl. a. att pröva de värnpliktigas duglighet till krigstjänst och lämplighet för olika slags utbildning. Härför underkastas de värnpliktiga inskrivningsprov och läkarbesiktning samt genomgår s. k. exploration. Besiktningen grundas på bestämmelserna i besiktningskungörelsen (SFS 1951: 645) och besiktningsreglementet,¹ vilket senare anger de sjukdomstillstånd m. m., som bör föranleda att den värnpliktige hänföres till viss besiktningsgrupp. I samband med läkarundersökningen antecknas på läkarkort den besiktningsgrupp, till vilken den värnpliktige hänföres, samt dessutom upplysningar, som kan tjäna till ledning för bedömning av den värnpliktiges lämplighet för olika slags utbildning och tjänstgöring. För att företa den här ifrågavarande läkarbesiktningen beordras högst två militärläkare till biträde åt varje inskrivningsnämnd. Vid brist på militärläkare må annan lämplig legitimerad läkare anlitas. Militärläkare tillhörande fältläkarkåren är enligt instruktionen för kåren skyldig att efter erhållen order biträda inskrivningsnämnd inom eller utom inskrivningsområdet. Inskrivningsförrättningarna varar, som ovan angivits, numera omkring 12 veckor. Läkare,

¹ Besiktningsreglementet, som utfärdats av försvarets sjukvårdsstyrelse, är intaget i sjukvårdsstyrelsens tjänstemeddelanden (Tsjv 1962: 12).

som beordrats att biträda inskrivningsnämnd, tjänstgör emellertid i regel högst en månad. I varje inskrivningsnämnd utbytes sålunda de tjänstgörande läkarna två eller tre gånger. Förbandsläkare torde i praktiken icke beordras delta i inskrivningsförrättning, om han icke dessförinnan själv förklarat sig villig därtill.

Frågan om förbandsläkarnas medverkan i inskrivningsförrättningarna övervägdes av militärsjukvårdskommittén (SOU 1947: 5 s. 100 ff) och militära läkarlöneutredningen (bet. s. 54 ff). Av militärsjukvårdskommitténs betänkande framgår, att för det dåvarande regementsläkare regelmässigt togs i anspråk för att tillgodose behovet av läkarbiträde vid inskrivningsnämnd men att redan vid mitten av 1940-talet den andre av de båda läkare, som biträdde nämnden, icke var förbandsläkare. För att fördela den arbetsbörda som åvilade regementsläkarna, främst vid infanteriet, föreslog kommittén att även förbandsläkarna vid marinen och flygvapnet skulle anlitas för verksamheten i fråga. Militära läkarlöneutredningen föreslog, att förbandsläkarnas skyldighet att delta i tjänstgöring utom stationeringsorten skulle begränsas till högst 4 veckor per år. Motivet härför var främst att förbandsläkaren under icke alltför lång tid av året skulle hindras utöva privat läkarverksamhet. Förslaget förutsatte dels ökat ianspråktagande av marin- och flygläkare, dels att antalet läkare vid vissa inskrivningsförrättningar skulle minska. Eftersom även deltagande i fält- och fälttjänstövningar liksom tjänst ombord innefattades i nyssnämnd högsta tidrymd för kommendering utom stationeringsorten, skulle enligt förslaget utrymmet för verksamhet vid inskrivningsnämnd bli icke oväsentligt mindre än 4 veckor per år. Läkarlöneutredningens förslag om tidsbegränsning av verksamheten utom förläggningssorten föranledde ingen annan åtgärd än att Kungl. Maj:t utfärdade föreskrift att förbandsläkare, som hindrades utöva enskild praktik mer än 24 dagar årligen, skulle tillgodoräknas viss ekonomisk gottgörelse härför. Tidsspärren har numera hävts och enligt år 1958 utfärdade bestämmelser¹ utgår gottgörelse med 75 kronor om dagen, så snart förbandsläkare hindras utöva enskild praktik under minst 4 timmar mellan kl. 12 och 18. Sådant hinder föreligger i regel för förbandsläkare som beordras tjänstgöra i inskrivningsnämnd, eftersom förrättningarna i betydande utsträckning äger rum utanför vederbörande läkares stationeringsort.

Utredningen har undersökt i vad mån förbandsläkare under åren 1959—1963 anlitas i samband med inskrivningsverksamheten. Resultatet redovisas i följande tabell.

Tabellen visar att förbandsläkarnas arbetsinsats representerat i runt tal 5—10 % av den totala arbetsvolymen och att de värnpliktiga läkarna numera fullgör en allt större andel av arbetet till förmån för främst de icke ständigt tjänstgörande militärläkarna. Enligt den generalorder som regle-

¹ Bestämmelserna är intagna i försvarets sjukvårdsstyrelsens tjänstemeddelanden (Tsjv 1962: 11).

Läkartjänstgöring vid inskrivningsförrättningar åren 1959—1963¹

	1959	1960	1961	1962	1963
Förbandsläkare	3 (4,8)	8 (11,0)	7 (9,4)	5 (5,1)	6 (7,0)
Bataljonsläkare vid fältläkarkåren	15 (32,9)	13 (24,7)	9 (12,8)	7 (14,1)	13 (15,1)
Bataljonsläkare i reserv	29 (45,8)	35 (61,0)	42 (43,8)	14 (14,2)	19 (22,1)
Fältläkarstipendiater	6 (16,5)	1 (3,3)	2 (2,4)	5 (10,5)	2 (2,3)
Värnpliktiga läkare	—	—	29 (31,6)	38 (56,1)	46 (53,5)
Totalt	53	57	89	69	86

¹ Siffrorna anger för varje läkarkategori antalet läkare samt (inom parentes) den procentuella fördelningen av antalet tjänstgöringsdagar.

rade inskrivningsförrättningarna hösten 1963 beordrades endast 6 förbandsläkare ur armén som biträde åt inskrivningsnämnd under sammanlagt 27 arbetsveckor, d. v. s. i genomsnitt 4—5 veckor per man. Förbandsläkarnas arbetsinsats inom inskrivningsväsendet utföres sålunda långt ifrån i den omfattning som förutsattes, då inskrivningsförordningen tillkom. Verksamheten berör årligen endast ett ringa fåtal av förbandsläkarna.

Utöver den på grund av tidsskäl summariska hälsoundersökning som äger rum vid inskrivningen sker sådan undersökning av de värnpliktiga i samband med inryckning till första tjänstgöring. Enligt inskrivningsförordningen skall värnpliktig, som blivit inskriven utan att han personligen inställt sig till inskrivning eller som eljest icke vid inskrivning undergått erforderlig prövning — främst de sjömanshusinskrivna — snarast efter första inryckning till tjänstgöring underkastas erforderliga psykologiska prov och läkarbesiktning. Med stöd av föreskrift i tjänsteglementet för krigsmakten företas emellertid i samband med inryckningen till första tjänstgöring hälsoförfrågan, hälsoundersökning och i förekommande fall psykologisk prövning av samtliga värnpliktiga i avsikt att skapa underlag för slutlig placering inom utbildningsorganisationen. Hälsoförfrågan har enligt anvisningar av försvarets sjukvårdsstyrelse till syfte att från truppen avlägsna med smittsam eller annan allvarlig sjukdom behäftad värnpliktig. Hälsoundersökningen torde i regel vara relativt summarisk. I samband med hälsoundersökningen företas även skärmbildsundersökning, tuberkulinprov, skyddssympning och blodgruppering av de värnpliktiga. Vid inryckning till repetitionsövning prövas den värnpliktiges hälsotillstånd på nytt summariskt. Omgruppering till annan besiktningsgrupp är långt ifrån ovanlig vid sådan prövning och berör särskilt de värnpliktiga som fullgör sin sista repetitionsövning. Under tjänstgöring kan det i övrigt bli aktuellt att på grund av skador, sjukdomar eller psykisk ohälsa omgruppera värnpliktig till i regel lägre besiktningsgrupp eller förklara honom varaktigt eller tillfälligt oduglig till krigstjänst. I undantagsfall förekommer även uppgruppering. Hälsoundersökning företas även i samband med att fast anställning vid krigsmakten tillträdes. Sådan undersökning är vidare föreskriven i sam-

band med befordran av fast anställt befäl, varvid s. k. tjänsteduglighetsintyg utfärdas. Hälsundersökning förekommer även i samband med upprättande av ansökningshandlingar för körkort. Envar som varaktigt är sysselsatt eller avses sysselsättas med framställning, beredning eller servering av livsmedel eller hantering av oförpackade livsmedel skall hälsundersökas dels före anställnings eller kommenderings början, dels regelbundet en gång årligen samt i övrigt då omständigheterna så påkallar. I samband med dessa undersökningar sker skärmbildsfotografering. Motsvarande bestämmelser gäller personal sysselsatt inom förbandssjukvården. Det föreskrives härutöver i tjänstereglementet för krigsmakten att hälsundersökning skall förättas bl. a. vid förnyad anställning och i övrigt när militär chef anser att det finnes anledning till det. Enligt reglementet åligger det läkare vid förband, där militärhäkte finnes, att hålla sig underrättad om straffarrestants hälsotillstånd. Enligt instruktionen för fältläkarkåren åligger det särskilt regementsläkare att besiktiga den som söker fast anställning eller ifrågasättes till avsked, hemförlovning eller överföring från en besiktningsgrupp till annan på grund av sjukdom eller ändring av värnpliktsförhållandena i övrigt. Tidsmässigt koncentreras verksamheten starkt till tiden närmast efter förekommande värnpliktsinryckningar. I vilken omfattning förbandsläkarna personligen deltar i här berörda hälsundersökningar m. m. har icke kunnat utredas. Förbandsläkarna erhåller emellertid värdefull hjälp av sjuksköterskor, som på läkarens ansvar medverkar i utförandet av ympningar, blodgruppsbestämningar och vissa laboratorieprov.

Enligt inskrivningsförordningen skall värnpliktig som vid inskrivningen hänförs till besiktningsgrupp 3 eller 4 så snart lämpligen kan ske efter inryckning till första tjänstgöring prövas av förbandets granskningsnämnd. Genom prövningen skall bestämmas den värnpliktiges användning i krigsorganisationen och den utbildning och tjänstgöring som han med hänsyn härtill bör undergå. Prövning inför granskningsnämnd skall även ske av värnpliktig, som under tjänstgöring hänförs till besiktningsgrupp 3 eller 4, samt av värnpliktig, som icke motsvarar de fordringar tjänsten ställer på honom. Beträffande värnpliktig som prövas inför granskningsnämnd skall nämnden alltså bestämma den utbildning eller tjänstgöring, för vilken den värnpliktige är användbar. Enligt inskrivningsförordningen skall hänsyn därvid tas till den värnpliktiges kroppsbeskaffenhet, yrke eller sysselsättning. Granskningsnämnd sammanträder på order av förbandschefen dels i samband med inryckning, dels i övrigt vid behov. Mer än ett sammanträde i månaden torde endast undantagsvis förekomma. I granskningsnämnd skall enligt inskrivningsförordningen såsom ledamöter ingå två officerare och en militärläkare. Enligt instruktionen för fältläkarkåren är militärläkare skyldig att biträda granskningsnämnd. Till ledamot utses regelmässigt den till tjänsteställningen främste läkaren vid vederbörligt förband.

Utredningen vill slutligen i detta sammanhang ta upp frågan om under-

sökningar av personal i undervattenstjänst och av flygande personal. Dessa personalgrupper utsättes till följd av den miljö, i vilken verksamheten bedrivs, för stora påfrestningar föranledda av bl. a. tryckvariationer och accelerationspåkänningar. En noggrann regelbunden hälsoundersökning av ubåtsbesättningar, dykare och annan submarin personal samt av flygplansbesättningar är därför nödvändig. Hälsoundersökningarna är av sådan natur att de till viss del måste utföras vid särskilda medicinska undersökningscentraler. Personal, som ifrågakommer för undervattenstjänst, undersökes sålunda vid militärmedicinska undersökningscentralen, vilken sorterar under försvarets sjukvårdsstyrelse och lokalt är förlagd till karolinska sjukhuset. Vissa undersökningar utföres dessförinnan vid vederbörligt förband. Den flygande personalen genomgår årligen i sin födelsemånad en ingående hälsoundersökning vid förbandet. Över undersökningen upprättas särskilt protokoll, som insändes till flygöverläkaren för vidare ställningstagande. Sådan undersökning kan göras flera gånger årligen, om särskilda omständigheter, såsom sjukdom, haveritillbud etc. så påkallar. Har en flygare varit avstängd från flygning, skall hälsoundersökning göras före återinträde i flygtjänst. Förbandsläkarna vid flygvapnet gör sin viktigaste insats inom det angivna arbetsområdet. Härutöver utföres vissa hälsoundersökningar vid flygvapnets medicinska undersökningscentral, vilken är anknuten till flygstaben. Vid centralen undersökes bl. a. vissa kategorier flygföraraspiranter, flygande personal över 40 år, som undersökes vart tredje år, och annan flygande personal, som av speciella skäl remitterats dit från förbanden. Även flygförare tillhörande armén och marinen undersökes vid centralen. Vissa undersökningar, främst s. k. tryckkammarprov, utföres även vid de flygmedicinska institutioner, som är anknutna till några universitet och högskolor. I anslutning härtill vill utredningen nämna, att förbandsläkarna vid flygvapnet ofta deltar i de sammanträden rörande flygsäkerhetsfrågor som anordnas vid förbanden.

KAP. 3

Sjukvården vid förbanden

3.1. Öppen sjukvård för värnpliktiga

Enligt värnpliktsavlöningskungörelsen (omtryckt SFS 1963: 242 med ändr.) är värnpliktig berättigad till fri sjukvård. Denna omfattar bl. a. erforderlig läkarvård jämte utfärdande av sådana läkarintyg som skall åberopas i tjänsten. Sjukvården meddelas i första hand den värnpliktige vid det förband, där han tjänstgör eller vistas. Insjuknar värnpliktig vid vistelse utom kasern (motsvarande), och kan han icke utan våda förflyttas till förbandet, äger han dock rätt till sjukvård, där han uppehåller sig. Sjukvården vid förband ledes enligt tjänstereglementet för krigsmakten under förbandschefen av den till tjänsteställningen främste vid förbandet tjänstgörande läkaren. I instruktionen för fältläkarkåren föreskrives att regementsläkare under regementschefen leder sjukvårdstjänsten vid regementet och förestår regementets sjukvårdsavdelning. Sjukvården meddelas enligt tjänstereglementet i första hand av läkare, som är anställd eller tjänstgör vid förbandet. Dessa föreskrifter kompletteras av de föråldrade bestämmelserna i instruktionen för fältläkarkåren, enligt vilka militärläkare skall »på eget ansvar handhava honom åliggande sjukvård på sätt de sjukas tillstånd kräver och som med vetenskap och beprövad erfarenhet överensstämmer» samt »vid utbrott av smittsam sjukdom bland förbandspersonal ävensom bland befolkningen i övrigt å den ort, där förband är förlagt, ställa sig till efterrättelse de uti tjänstereglementet för armén därutinnan lämnade eller eljest utfärdade föreskrifter». I medicinskt hänseende står förbandsläkare i likhet med varje annan legitimerad läkare under medicinalstyrelsens överinseende.

Den öppna sjukvården för värnpliktiga meddelas som regel vid särskilda läkarmottagningar vid förbanden. Av *bilaga 1* framgår att så gott som varje förband inom *armén* har egen läkarmottagning (jfr SFS 1963: 254). Gemensam läkarmottagning har I 19, P 5 och S 3 (Boden), A 7 och Lv 2 (Visby) samt I 20 och K 4 (Umeå). Vad beträffar P 7 finnes läkarmottagning såväl i Ystad som i Revingehed. Utrustad läkarmottagning finnes dessutom vid ett dussintal av arméns läger, vilka är belägna vid skjut- eller övningsfält. De utbildningsanstalter som är upptagna i SFS 1963: 254 men som icke återfinnes i bilagan använder läkarmottagningen vid det regemente (motsva-

rande) dit vederbörlig utbildningsanstalt hör i förvaltningshänseende. Värnpliktiga vid vissa staber och smärre förband har genom beslut av Kungl. Maj:t hänvisats till läkarmottagning vid annat förband.¹ Vid förband med egen läkarmottagning finnes med få undantag beställning för regements- och/eller bataljonsläkare. Såsom förut sagts förestås värnpliktsmottagningen av regementsläkare, där sådan finnes, eljest av bataljonsläkare. Med hänsyn till bl. a. rådande vakansläge inom fältläkarkåren ombesörjes verksamheten vid värnpliktsmottagningarna i själva verket ofta av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller av värnpliktiga läkare. Särskilda förhållanden råder i Boden; se kap. 5. 1. Läkarmottagningen vid A 7 och Lv 2 (Visby) förestås av den fältläkare som ingår i militärbefälsstaben i Visby, men värnpliktsmottagningen skötes regelmässigt av värnpliktig läkare. Vid arméns rid- och körskola samt tygförvaltningsskolan förestås läkarmottagningarna av arvodesanställda läkare. Beträffande arméns läger finnes fast anställd personal endast vid läkarmottagningen i det av infanteriets stridsskola disponerade lägret i Kvarn, till vilket trupp är förlagd i huvudsak året runt. I övrigt betjänas dessa läkarmottagningar vid de tillfällen lägren tas i anspråk i samband med skjutperioder, tillämpningsperioder och repetitionsövningar av tillfälligt tjänstgörande personal. Mottagningen förestås då i regel av värnpliktig eller icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Detta förfarande tillämpas också vid artilleriskjutskolan och luftvärnsskjutskolan under sommarhalvåret, då skolorna är förlagda till skjutfält. Endast i undantagsfall, t. ex. då läger ligger inom räckhåll för dagliga biltransporter från förbandsläkarens stationeringsort, förekommer att förbandsläkare kommenderas att bestrida sjukvården i lägret. Tillfälliga läkarmottagningar anordnas vid övningar utom förläggningsorten på sådant avstånd, att daglig transport till och från ordinarie läkarmottagning icke är möjlig eller läkarmottagning vid annat närbeläget förband icke kan utnyttjas utan större tidsförlust. Verksamheten vid sådan tillfällig läkarmottagning ombesörjes i första hand av värnpliktig läkare.

Inom *marinen* är, såsom ock framgår av *bilaga 1*, läkarmottagningar anordnade vid marinkommando Ost med Stockholms örlogsvärv, marinkommando Syd med Karlskrona örlogsskolor och marinkommando Väst med Göteborgs örlogsvärv, vid KA 1 (Vaxholm), KA 2 (Karlskrona), KA 3 (Fårösund), KA 4 (Göteborg) och KA 5 (Härnösand) samt vid Berga örlogsskolor och sjökrigsskolan. Dessa läkarmottagningar förestås av läkare på aktiv stat; icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktig läkare biträder dock regelmässigt den läkare som förestår värnpliktsmottagningen vid marinkommando Syd med Karlskrona örlogsskolor, KA 1 och KA 2 samt Berga örlogsskolor. En närmare redogörelse för förhållandena vid ma-

¹ Kungl. Maj:t har den 28 juni 1963 fastställt förteckning över viss personal hänvisad till sjukvård vid annat förband än vederbörande tillhör. Förteckningen är intagen i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1963 nr 59 med ändr.).

ringen lämnas i kap. 5. 1. Läkarmottagningar finnes även vid vissa av kustartilleriets förläggningar i skärgårdarna och ombord på vissa av kustflottans fartyg. Dessa förestås av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller i vissa fall av värnpliktig läkare. Vid kustartilleriets ytterförläggningar anlitas i vissa fall civila läkare. — Slutligen framgår av *bilaga 1*, att vid *flygvapnet* läkarmottagningar är anordnade vid varje flottilj eller flygkår samt vid krigsflygskolan. Dessa läkarmottagningar förestås av förste flygläkare eller flygläkare av 1. graden.

Läkarmottagningarna inrättas och utrustas genom kronans försorg. Vid flerläkarförband finnes i princip lika många undersökningsrum som antalet läkare. Läkarna har sålunda möjlighet att arbeta parallellt med varandra. Utrustningen vid läkarmottagningarna är mycket varierande vid olika förband. Utredningen har emellertid erfarit att varje förbandsläkare efter framställning hos försvarets sjukvårdsstyrelse kan utbyta eller komplettera den materiel som finnes vid läkarmottagningen. Viss materiel utbytes eller moderniseras av styrelsen även utan framställning från förbandsläkaren. Sjukvårdsstyrelsen ställer i vissa fall även avancerad apparatur till förfogande för specialundersökningar.

Läkarmottagning skall enligt tjänstereglementet för krigsmakten i regel anordnas dagligen och börja tidigast kl. 7.30 samt skall i övrigt anordnas så att utbildningen störes så litet som möjligt. För att kunna komma i fråga för undersökning vid läkarmottagning måste den värnpliktige sjukanmäla sig. Denna anmälan sker i regel till dagbefälet omedelbart efter revej. De sjukanmälda värnpliktiga samt sådana värnpliktiga, som beordrats inställa sig för återbesök, inträffar på läkarmottagningen i regel kompanivis enligt på förbandets dagordning kungjord tidsfördelning.

Vid läkarmottagningen undersökes den värnpliktige av läkare. Enklare kliniska laboratorieundersökningar samt visst för- och efterarbete utföres därvid efter läkares anvisningar av sjuksköterska. Är denna icke specialutbildad laboratoriesköterska, ankommer bedömningen av vissa mikroskopiska prov liksom bestämning av blodgrupp m. m. på läkaren. Enligt anvisningar av försvarets sjukvårdsstyrelse skall vid bedömningen av ett sjukdomsfall hänsyn tas till de speciella krav som tjänsten ställer. I anledning av läkarundersökningen kan den värnpliktige antingen sjukredovisas eller friskredovisas. Som sjukredovisad bokföres både delvis tjänstbar och icke tjänstbar personal. Den icke tjänstbara personalen vårdas antingen i förläggningen, i hemmet, på förbandets eget sjukhus, på annat förbandssjukhus eller vid civilt sjukhus. Den delvis tjänstbara personalen befrias från viss utbildning eller vissa övningar, i vissa fall från all utomhus-tjänst. Som friskredovisad anses all tjänstbar personal. Friskredovisad personal, vars behandling läkaren personligen vill övervaka vid mottagningen eller för vilken ny läkarundersökning befinnes erforderlig, redovisas som behandlings- och kontrollfall. Bedömer läkaren att den sjukes tillstånd

kräver undersökning eller vård av specialist, hänvisas patienten genom remiss till mottagning vid civilt lasarett. Kan specialistvård icke lämpligen beredas på sådant sätt, må remiss ske till privatpraktiserande specialist. Bedömandet av om specialistvård erfordras eller icke ligger helt i den enskilde läkarens hand. Remittering är långt ifrån ovanlig, särskilt då vården ombesörjes av värnpliktiga läkare. Detta har från förbandsläkarhåll uppgivits sammanhånga med att en läkare, som underlåter att remittera tveksamma fall, riskerar anmälningar till olika myndigheter. Innehar vederbörande läkare specialistkompetens, avses han helt naturligt icke skola remittera fall, som berör hans specialitet. Utredningen har emellertid konstaterat, att remissförfarande för specialistvård även i dylika fall icke är ovanligt; det har t. o. m. förekommit att förbandsläkare remitterat värnpliktiga till sin egen privatmottagning. De kostnader, som belastar försvarsgrenarnas sjukvårdsanslag, består till betydande del av utgifter för remissvård av värnpliktiga. Belastningen på arméns sjukvårdsanslag har under de båda senaste åren kraftigt ökat. Budgetåret 1960/1961 uppgick kostnaderna under arméns sjukvårdsanslag till 3 495 000 kronor, budgetåret 1962/1963 till 4 490 000 kronor, en stegring med inemot 30 %. Även under löpande budgetår kan en kraftig ökning påräknas. Till viss del sammanhänger detta med ökade läkemedelskostnader men förklaringen torde också ligga i att remissvården blivit dyrare.

I samband med verksamheten vid läkarmottagningen ankommer det på den undersökande läkaren att utfärda och granska vissa läkarintyg m. m. Har vid inryckningsundersökning eller vid undersökning under tjänstgöring förhållanden uppstått, som föranleder hemförlovning eller överföring från en besiktningsgrupp till en annan på grund av sjukdom eller skada eller ändring av värnpliktsförhållandena i allmänhet, skall sålunda särskilt läkarintyg utfärdas. Tar den värnpliktige själv initiativet till hemförlovning till följd av långvarig sjukdom, vartill tjänstgöringen kan anses vara orsak, åligger det vederbörande läkare att för den värnpliktige klargöra konsekvenserna av hemförlovning i tjänstgöringshänseende och i avseende på den värnpliktiges ekonomiska förhållanden. Läkarintyg skall vidare utfärdas till riks försäkringsverket, så snart sjukdom eller skada skäligen kan antas medföra rätt till ersättning enligt militärsättningsförordningen. När värnpliktig vid militärtjänstgöringens slut eller vid hemförlovning på grund av sjukdom eller skada är i behov av fortsatt läkarvård, skall vederbörande läkare till den sjuke överlämna ett kortfattat meddelande till ledning för den läkare, som övertar vården. Sådant meddelande bör enligt anvisningar av försvarets sjukvårdsstyrelse innehålla samtliga upplysningar av betydelse för den fortsatta vården.

Av det anförda framgår att den öppna sjukvården av värnpliktiga inrymmer åtskilliga arbetsuppgifter för läkare och sjuksköterskor. Utredningen har sökt klarlägga *arten* och *omfattningen* av ifrågakvarande verksamhet.

Arten av verksamheten kan utläsas ur »Hälso- och sjukvård vid försvaret», en berättelse som utges årligen och som ingår i Sveriges officiella statistik. I berättelsen redovisas förekomsten av olika sjukdomar bland värnpliktiga samt fast anställt underbefäl. Av berättelsen för år 1962 framgår att andningsorganens sjukdomar var de vanligast förekommande och omfattade 54 % av samtliga sjukdomsfall eller totalt 34 800 fall. Bland dessa sjukdomar dominerade vanlig förkylning med 12 900 fall, övriga övre luftvägsinfektioner med 18 200 fall, influensa med 1 000 fall och akut bronkit med 2 000 fall. Därefter kom matsmältningsorganens sjukdomar — här dominerade mag- och tarmåkommor — samt skador genom yttre våld och förgiftning, vilka sjukdomsgrupper omfattade vardera 8 200 fall, medan hudens, skelettets och rörelseorganens sjukdomar omfattade 3 500 fall. Samtliga övriga grupper av sjukdomar omfattade endast 12 % av sjukdomsfallen. Anmärkningsvärt är att de s. k. halvepidemiska infektionssjukdomarna, som ej omfattas av epidemilagen, d. v. s. röda hund, påssjuka, mässling och vattkoppor, endast omfattade 1 900 fall, varav röda hund 1 300 fall. Sistnämnda sjukdomar spelar sålunda numera kvantitativt ringa roll. Okomplicerade övre luftvägs- och maginfektioner liksom enklare olycksfall dominerar.

Omfattningen av verksamheten vid värnpliktsmottagningarna kan också utläsas ur »Hälso- och sjukvård vid försvaret». Berättelsen redovisar för varje förband antalet insjuknade värnpliktiga och fast anställt underbefäl ävensom antalet sjukdagar för dessa båda kategorier sammantagna. En sammanställning av uppgifterna har intagits i nedanstående tabell.

Av tabellen kan emellertid endast den slutsatsen dras, att den öppna vården är av betydande omfattning. Uppgifterna saknar i övrigt i stort sett värde för utredningen, eftersom dels vissa fast anställda sammanförts med de värnpliktiga, dels statistiken icke är alldeles tillförlitlig. Undersökningar, som utredningen företagit, visar sålunda att primärmaterialen ofta utarbetas av personal utan tillräcklig kompetens för uppgiften. För marinens del har vidare sådana värnpliktiga som insjuknat på fartyg men avpolletterats till örlogsstationer i vissa fall dubbelredovisats. En väsentlig invändning mot statistiken är emellertid, att besöksfrekvensen vid läkarmottagningarna icke kan utläsas. Denna är väsentligt större än antalet insjuknade, eftersom åtskilliga sjukanmälda besöker läkarmottagningarna utan att bli sjuk-

Sjuklighet bland värnpliktiga och fast anställt underbefäl år 1962

Försvargren	Antal insjuknade	Antal sjukdagar
Armén.....	48 578	249 296
Marinen.....	7 951	52 234
Flygvapnet.....	6 992	39 768
Summa	63 521	341 298

redovisade, medan de sjukredovisade kan besöka läkarmottagningen flera gånger, innan de friskredovisas. Utan kännedom om besöksfrekvensen vid läkarmottagningarna kan tidsåtgången för läkarens verksamhet vid mottagningarna icke bedömas och därmed ställning icke heller tas till behovet av läkare vid förbanden. Aktuella uppgifter om besöksfrekvensen synes emellertid icke föreligga; den undersökning som gjordes av riksdagens revisorer rörande antalet besök i öppen vård vid vissa förband och som intagits i 1952 års revisionsberättelse ligger 15 år tillbaka i tiden. Det har icke varit möjligt för utredningen att genom egna undersökningar — genomgång av läkarkort m. m. vid förband — skaffa sig erforderlig kännedom om besöksfrekvensen. En dylik undersökning skulle krävt en oproportionerligt stor arbetsinsats. Den genomsnittliga dagliga besöksfrekvensen vid läkarmottagningarna är emellertid en funktion av personalstyrkan. För att beräkna tidsåtgången för den öppna sjukvård som meddelas de värnpliktiga, d. v. s. den tid som läkaren vid vederbörligt förband i genomsnitt dagligen ägnar åt mottagningen av värnpliktiga, har det då legat nära till hands för utredningen att med utgångspunkt i personalstyrkan söka finna ett mått för den dagliga besöksfrekvensen samt multiplicera denna med tidsåtgången per patient. Denna metod har använts av militärsjukvårdskommittén (SOU 1947: 5 s. 78 ff).

För arméns del utgör den årliga rekrytstyrkan¹ sammanlagt omkring 36 500 man. Utredningen har för att få fram aktuellt material rörande de personalstyrkor som belastar olika förband använt uppgifter, vilka av chefen för armén ställts till 1960 års befälsstatsdelegations förfogande. Utredningen är medveten om att invändningar kan riktas mot detta beräkningsunderlag. Sålunda redovisas t. ex. icke fördelningen av de värnpliktiga vid staber m. m. som hänvisats för sjukvård till visst förband. Berörda värnpliktiga är emellertid få till antalet och belastar därför läkarmottagningarna i ringa utsträckning. Vidare redovisas icke de repetitionsinkallade. Dessa utgör vid armén cirka 75 000 man årligen. De belastade tidigare läkarmottagningarna väsentligen under september—oktober samt under mars—april eller sammanlagt två månader om året. Numera utsprides repetitionsövningarna till viss del över hela året, och belastningen fördelas därför mera jämnt. Då repetitionsövningarna genomföres krigsförbandsvis, medför ändock en repetitionsövning för varje berört förband, att kontingenten värnpliktiga vid förbandet under omkring en månad ökar med i regel en bataljon eller ca 500—1 000 man. I vissa fall förekommer större kontingenter. Värnpliktig läkare ingår emellertid i regel i varje sådan bataljons krigsorganisation och utnyttjas i första hand för ifrågavarande vård. Övningarna äger vidare i stor utsträckning rum utanför förbandets förläggningssort, varför ordinarie läkarmottagning icke alltid kan utnyttjas. Utredningen vill därför bortse från

¹ Med rekrytstyrka förstår utredningen i det följande antalet värnpliktiga som fullgör 1. tjänstgöring.

de repetitionsinkallade i detta sammanhang. Med hänsyn härtill ger en redovisning av den årliga rekrytstyrkan vid förbanden ett för utredningens syften i huvudsak rättvisande mått på besöksfrekvensen vid värnpliktsmottagningarna vid arméns förband. Det bör i detta sammanhang dock framhållas, att även rekrytstyrkan varierar under utbildningsåret. Eftersom de underofficersuttagna (grupp K), som totalt utgör 2 800 man, tjänstgör 15 månader, föreligger t. ex. viss dubbelbelastning under tiden juni—augusti, medan å andra sidan antalet ineliggande värnpliktiga kraftigt nedgår på våren, då huvuddelen av arméns värnpliktiga ryckt ut.

Vad beträffar marinen har från kustartilleriinspektionen erhållits uppgifter avseende rekrytstyrkan vid kustartilleriet, vilka motsvarar dem som för arméns del erhållits från befälsstatsdelegationen. Dessa uppgifter, som upptar en sammanlagd årskontingent av omkring 3 100 värnpliktiga (exklusive en mindre grupp ur flottan), är i princip behäftade med samma brister som arméns men kan enligt utredningens mening med samma reservation utnyttjas för att erhålla en bild av den genomsnittliga dagliga besöksfrekvensen vid kustartilleriets värnpliktsmottagningar. För flottans del kompliceras bilden av att de värnpliktiga tjänstgör omväxlande vid örlogsskolor och ombord och i senare fallet tillika förflyttas mellan olika örlogsbaser. Belastningen på värnpliktsmottagningarna vid örlogsskolorna varierar därför avsevärt. Eftersom antalet värnpliktiga tillhörande kustflottan är relativt konstant (1 200—1 300 man) och deras behov av öppen sjukvård ombord bestrides av andra läkare än förbandsläkare, bör emellertid belastningen på läkarmottagningarna vid örlogsskolorna i huvudsak icke påverkas av kustflottans rörelser. Utredningen har därför i sina beräkningar bortsett från de värnpliktiga, som är förlagda ombord på kustflottans fartyg. Belastningen på läkarmottagningarna vid örlogsskolorna varierar emellertid starkt även av ett annat skäl, nämligen skolelevernas växlande antal. På grundval av de siffror som underhand överlämnats av marininstaben avseende utbildningsåret 1962/1963, vilka med smärre förskjutningar bedömes gälla ännu några år, har utredningen med stöd av fredsbesättningslistor för landförband, vars styrka i huvudsak är konstant, och medianvärdet av antalet skolelever beräknat den rekrytstyrka, som belastar värnpliktsmottagningarna vid flottan. Den sammanlagda styrka, som belastar dessa läkarmottagningar, utgör enligt utredningens beräkningar omkring 1 800 man. Utredningens beräkningar grundar sig på en marin årskontingent av omkring 6 300 värnpliktiga, vilket antal något överskrider det i proposition 1963: 108 upptagna, beroende på en tillfällig ökning av kustartilleriets kontingent. Belastningen på kustartilleriets värnpliktsmottagningar kan därför framdeles komma att minska med omkring 400 man.

För flygvapnets del grundar sig utredningens beräkningar på uppgifter avseende inkallelseomfånget år 1964, vilka underhand erhållits från flygstaben. Flottiljernas kontingenter har korrigerats med hänsyn till att ut-

bildningen av vissa kategorier såsom radarobservatörer, väderleksbiträden, luftbevakningsmanskap, markstridspersonal, signalister m. fl. under viss del av tjänstgöringen centraliseras till vissa flottiljer. Den flygande värnpliktiga personalen (främst elever vid krigsflygskolan) har borträknats. Den sammanlagda rekrytstyrka som belastar flygvapnets värnpliktsmottagningar uppgår enligt utredningens beräkningar till omkring 7 100 man. Eftersom flygvapnets värnpliktiga i regel inrycker 4 gånger årligen, varierar rekrytstyrkan vid flygvapnets flottiljer mindre än vid övriga försvarsgrenar. Den är sålunda väl ägnad att läggas till grund för beräkning av den genomsnittliga besöksfrekvensen.

Militärsjukvårdskommittén beräknade på grundval av erhållna statistiska uppgifter besöksfrekvensen vid armén och marinen till 4,0 % och vid flygvapnet till 2,3 % av den personalstyrka som för det dåvarande var hänvisad till läkarmottagningarna. I styrkan inräknades även fast anställt militärt och civilmilitärt befäl. Eftersom dessa kategorier med till visshet gränsande sannolikhet besöker läkare avsevärt färre gånger än de värnpliktiga, torde den verkliga besöksfrekvensen för de värnpliktigas del mätt i förhållande till rekrytstyrkan vara något högre. Försvarssjukvårdsutredningen har för sin del haft tillgång till såväl särskilt infordrat som på annat sätt åtkomligt material. Bl. a. har utredningen kunnat kartlägga medeltalet besökande per dag vid läkarmottagningen för värnpliktiga vid Ing 1 (Solna) år 1957 och första halvåret 1958 samt erhållit kännedom om portionsstyrkan vid Ing 1 per den första i motsvarande kvartal. Vidare har utredningen kartlagt den dagliga besöksfrekvensen och rekrytstyrkan vid vissa förband inom armén, marinen och flygvapnet veckan 24/6—29/6 1963. Den för utredningen tillgängliga statistiken är emellertid icke invändningsfri. Beträffande Ing 1 saknas sålunda kännedom om portionsstyrkan dag för dag; portionsbeskedet torde ej heller ge ett fullt rättvisande mått på rekrytstyrkan. Företagna undersökningar har vidare givit vid handen, att vissa till utredningen lämnade uppgifter ej överensstämmer med verkliga förhållandet. Det statistiska underlaget är icke heller brett nog för att tillåta generella slutsatser. Utredningen redovisar därför icke statistiken närmare utan uttalar endast, att beträffande de undersökta förbanden vid armén och marinen de av utredningen samlade uppgifterna icke motsäger, att relationen mellan den dagliga besöksfrekvensen vid värnpliktsmottagningarna och rekrytstyrkan i genomsnitt skulle vara annan än den av militärsjukvårdskommittén angivna. Det förutsattes då att relationstalet uppjusteras något med hänsyn till att militärsjukvårdskommittén även inräknat fast anställt militärt och civilmilitärt befäl i sina personalsiffror. Utredningen anser sig därför som beräkningsunderlag kunna utgå från att den dagliga besöksfrekvensen vid läkarmottagningarna för värnpliktiga vid armén och marinen i genomsnitt utgör omkring 5 % av rekrytstyrkan. Vad beträffar flygvapnet fann såsom framgår ovan militärsjukvårdskommittén, att be-

söksfrekvensen vid denna försvarsgren var omkring 40 % lägre än vid armén och marinen. Utredningens undersökningar tyder på att denna skillnad, som torde sammanhånga med att flygvapnets värnpliktiga i mindre utsträckning än de värnpliktiga vid armén och marinen deltagit i fältmässiga övningar, numera till viss del utjämnats. Utredningen har ur tillgänglig officiell statistik beräknat antalet sjukdagar per 100 tjänstgöringsdagar för värnpliktiga ur de tre försvarsgrenarna och funnit att under åren 1946—1962 medelvärdet vid armén och marinen uppgår till 2,7 sjukdagar och vid flygvapnet till 2,0 sjukdagar per 100 tjänstgöringsdagar. Detta innebär att sjukligheten för de värnpliktiga ur flygvapnet under denna tidsperiod varit omkring 20 % lägre än vid armén och marinen. Anses antalet sjukdagar vara representativt för besöksfrekvensen borde sålunda den genomsnittliga besöksfrekvensen vid flygvapnet beräknas till omkring 4 %. Då sambandet mellan besöksfrekvens och sjuklighet icke är klarlagt och de tre militärmedicinska ledamöter som representerar försvarsgrenarna enstämmigt ansett att skillnaden mellan försvarsgrenarna är så liten, att enhetliga beräkningsnormer bör tillämpas, har utredningen stannat vid att använda normen 5 % av rekrytstyrkan som underlag för beräkning av den genomsnittliga dagliga besöksfrekvensen även vid flygvapnet.

För att få en klar bild av omfattningen av verksamheten vid läkarmottagningarna för värnpliktiga är tidsåtgången per besökande (undersökning, läkarbehandling, journalföring m. m.) av avgörande betydelse. Det ligger i sakens natur att utrymme här ges för stora individuella variationer. Utredningen har emellertid tagit fasta på att militärsjukvårdskommittén genom dåvarande statens organisationsnämnds försorg utfört tidsstudier för att utröna tidsåtgången och med ledning härav beräknat att i medeltal 4 minuter åtgår per patient som besöker läkarmottagningen. Det ökade kravet på fullgoda undersökningsmetoder talar för, att längre tid nu borde erfordras. Å andra sidan har viss rationalisering möjliggjorts, eftersom kompetent hjälppersonal står till läkarens förfogande för behövligt för- och efterarbete. Detta tyder på att den av militärsjukvårdskommittén angivna genomsnittliga undersökningstiden alltjämt torde kunna hållas. Härför talar jämväl sjukdomarnas i regel enkla karaktär. Utredningen har vidare i samband med att den kartlagt besöksfrekvensen vid vissa förband under en vecka år 1963 undersökt tidsåtgången per patient och jämväl införskaffat vissa uppgifter härom från civila sjukhusmottagningar. Dessa undersökningar pekar, trots att uppgifterna som förut sagts ej är invändningsfria, mot att tidsåtgången i vart fall i genomsnitt ej överstiger 4 minuter per besökande värnpliktig. Av utredningens militärmedicinska ledamöter har armérepresentanten, fältläkare Urwitz, godtagit denna siffra. Flygöverläkaren har ansett att för flygvapnets vidkommande minst 4 minuter åtgår per besökande, medan marinöverläkaren anser att tidsåtgången bör beräknas till 6 minuter. Till stöd för sin åsikt åberopar marinöverläkaren statistik av-

seende tidsperioden 20/1—15/2 1964, som utredningens militärmedicinska ledamöter intagit från förbandsläkarna. Denna statistik visar att vid armén en tidsåtgång av 4 minuter per besökande värnpliktig genomsnittligt ej synes överskridas, medan medianvärdet för tidsåtgången vid marinen synes uppgå till 5 minuter och vid flygvapnet till 4,5 minuter per besökande. All erfarenhet visar emellertid att uppgifter som lämnas vid en enkät av ifrågasvarande typ blir subjektivt färgade och icke kan läggas till grund för ett förutsättningslöst ställningstagande. I förevarande fall bestyrkes detta förhållande av den stora spridningen; vid marinens värnpliktsmottagningar varierar tidsåtgången mellan 3—11 minuter och vid flygvapnets mellan 3—10 minuter. Även det för armén redovisade materialet visar stor spridning. Utredningen bortser därför från den angivna statistiken. Med hänsyn till att den militärmedicinske representanten för den största försvarsgrenen godtagit siffran 4 minuter och att flygöverläkaren godtagit samma siffra som en minimitid anser sig utredningen icke böra frångå den av militärsjukvårds-kommittén angivna beräkningsnormen utan räknar för samtliga försvarsgrenar med att 4 minuter utgör ett representativt genomsnittsvärde för tidsåtgången per besökande värnpliktig. Utredningen erinrar om att det angivna värdet endast är en norm, som syftar till att ge utredningen möjlighet att beräkna omfattningen av verksamheten vid värnpliktsmottagningen.

I *bilaga 1* redovisar utredningen för envar av försvarsgrenarna förbandsvis den beräknade genomsnittliga rekrytstyrkan, den på grundval av rekrytstyrkan beräknade genomsnittliga dagliga besöksfrekvensen vid värnpliktsmottagningen samt — med utgångspunkt i en tidsåtgång per patient av 4 minuter — den genomsnittliga tidsåtgången per dag respektive vecka vid vederbörlig läkarmottagning. Såsom förut sagts ingår icke den värnpliktiga flygande personalen i den för flygvapnet beräknade rekrytstyrkan; tidsåtgången för öppen sjukvård av denna personal beräknas enligt särskild norm (jfr kap. 10. 1). Härutöver redovisas i bilagan de förbandsläkare vid armén och flygvapnet, som f. n. är knutna till respektive läkarmottagning; motsvarande redovisning för marinen låter sig icke göra (jfr kap. 5. 1). Av bilagan framgår att omfattningen av verksamheten vid värnpliktsmottagningarna varierar avsevärt mellan olika förband. Tidsåtgången vid värnpliktsmottagningarna utgör vid armén i regel 2—3 timmar om dagen och överstiger endast i undantagsfall 4 timmar om dagen. Vid flygvapnet medför de relativt små rekrytstyrkorna att den genomsnittliga tidsåtgången vid värnpliktsmottagningarna i regel är betydligt mindre än vid armén. Den varierar sålunda mellan 1—2 timmar per flottilj och dag. Inom marinen är bilden mera oenhetlig. Den genomsnittliga tidsåtgången varierar sålunda mellan 0,5—3,5 timmar om dagen. Av bilagan framgår vidare, att antalet förbandsläkare i många fall icke står i proportion till den dagliga tidsåtgången vid värnpliktsmottagningen. Vid Ing 2 (Eksjö) med en rekrytstyrka av 620 man hänvisad till mottagningen finnes t. ex. endast en bataljonsläkarbeställning, medan A 4 (Östersund) med en hänvisad rekrytstyrka av endast 540 man dispone-

rar både en regementsläkarbeställning och en bataljonsläkarbeställning. Vid S 2 (Karlsborg) med 720 värnpliktiga hänvisade till läkarmottagningen finns endast en regementsläkarbeställning o. s. v.

Utredningen har vidare försökt bilda sig en uppfattning om, i vilken omfattning verksamheten vid läkarmottagningarna för värnpliktiga bedrivs av förbandsläkare. Den stöder sig härvid på det utredningsmaterial som framtagits av läkarutredningen och redovisats i dess betänkande »Läkaren i totalförsvaret». Enligt betänkandet (SOU 1961: 63, s. 142 ff och bilaga J) beräknades för arméns vidkommande förbandsläkarna år 1960 fullgöra ca 23 600 dagar inom förbandssjukvården. Bl. a. till följd av rådande vakansläge inom fältläkarkåren beräknades värnpliktiga läkare fullgöra ca 22 000 dagar inom förbandssjukvården medan återstående del av behovet beräknades falla på icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Av ett totalt behov av ca 53 000 läkardagar inom förbandssjukvården beräknades sålunda förbandsläkare fullgöra endast ca 45 %. För övriga försvarsgrenar saknas motsvarande statistik, men inom marinen skötes verksamheten vid vissa läkarmottagningar i betydande omfattning av andra läkare än förbandsläkare. Verksamheten ombord på flottans fartyg bestrides vidare helt av icke ständigt tjänstgörande militärläkare samt av värnpliktiga läkare. Vid flygvapnet är motsvarande förhållanden aktuella endast i samband med förbandsläkares semester, tjänstledighet, sjukdom eller kommendering; värnpliktiga läkare användes över huvud taget icke inom flygvapnets förbandssjukvård. Utredningen kan sålunda sammanfattningsvis konstatera, att en mycket stor del av verksamheten vid värnpliktsmottagningarna f. n. fullgöres av andra läkare än förbandsläkare.

Slutligen vill utredningen framhålla att den behandling som meddelas värnpliktiga på annan tid än i samband med läkarmottagningen i regel omhänderhas av översköterska, i vissa fall av sjukvårdsbiträde under översköterskas överinseende. Dessa s. k. behandlingsfall skall om möjligt tillses före eller efter ordinarie tjänstgöringstid vid förbandet. För bedömningen av behandlingsfallens omfattning saknas erforderligt statistiskt underlag. En stickprovsundersökning, som företagits vid Ing 1, visar att detta vårdbehov är betydande. Besöksfrekvensen för behandling på annan tid än vid läkarmottagningen uppgick sålunda till inemot hälften av besöksfrekvensen vid läkarmottagningen. Tidsåtgången per behandlingsfall varierar självfallet avsevärt. Någon möjlighet att beräkna arbetskvantiteten finnes i avsaknad av statistiskt underlag icke. Utredningen får därför nöja sig med att uttala, att ifrågavarande arbetsuppgift upptar en icke obetydlig del av hjälppersonalens arbetstid.

3.2. Öppen sjukvård för fast anställda m. fl.

Fast anställd militär och civilmilitär personal samt de civila tjänstemännen och den kollektivavtalsanställda personalen vid krigsmakten är genom

statens allmänna avlöningsreglemente eller kollektivavtal tillförsäkrad fri sjukvård i likhet med andra statstjänstemän. Denna omfattar främst erforderlig läkarvård jämte utfärdande av sådana läkarintyg som skall åberopas i tjänsten. Sjukvården för de fast anställda m. fl. har till följd av utvecklingen fått alltmer ökad omfattning. Utredningen vill därför relativt utförligt redogöra för hur den vuxit fram och hur den fungerar.

Ursprungligen gällde att Kungl. Maj:t genom särskilda föreskrifter medgivit viss personal, bl.a. det fast anställda underbefälet, rätt till fri läkarvård. Rätten var för den öppna vårdens del beroende av att den sjuke kunde inställa sig till ordinarie läkarmottagning för värnpliktiga. Efterhand utsträcktes rätten till fri läkarvård att omfatta icke endast det fast anställda underbefälet utan även övrig fast anställd militär och civilmilitär personal liksom tjänstemannaanställd och kollektivavtalsanställd civil personal. Läkarvården skulle i allmänhet ombesörjas av särskilda för sådant ändamål anställda tjänsteläkare. Enligt bestämmelserna den 10 maj 1940 om tjänsteläkare vid försvarsväsendet ankom det på vederbörande sjukvårdsförvaltning att förordna tjänsteläkare vid förbanden för de militära, civilmilitära och civila tjänstemän, som var berättigade till fri sjukvård. Som tjänsteläkare skulle förbandsläkaren förordnas. Sådan läkare ägde uppbära särskilt arvode endast för läkarvård, som meddelades i annan ordning än i anslutning till den ordinarie läkarmottagningen för värnpliktiga. Avsikten med detta arvode var att kompensera merarbetet vid hembesök. Förbandsläkarna var därjämte enligt särskilda beslut av Kungl. Maj:t ålagda att i samband med ordinarie läkarmottagning för värnpliktiga bereda läkarvård jämväl åt kollektivavtalsanställda vid förbandet.

Militärsjukvårdskommittén (SOU 1947: 5 s. 139 ff) upptog till särskild behandling frågan om förbandsläkarnas rätt till ersättning för sjukvård och intygsgivning. I anslutning härtill redogjorde kommittén ingående för tjänsteläkarinstitutionen. Kommittén uttalade, att den successiva utvidgning, som skett av förbandsläkarnas verksamhetsområde utan att dessa samtidigt beretts skälig kompensation, måste föranleda vissa åtgärder. Den ansåg därför, att viss begränsning av förbandsläkarnas skyldighet att meddela kostnadsfri läkarvård var motiverad bl. a. ur rekryteringssynpunkt. Med utgångspunkt i en uppdelning av personalkategorierna i militär och civilmilitär personal å ena sidan, och övrig personal å den andra föreslog kommittén, att läkarvården och intygsgivningen för den militära och civilmilitära personalen skulle ingå i förbandsläkarens tjänsteåligganden och alltså ske utan ersättning. Denna princip föreslogs skola gälla utan annat undantag än såvitt avsåg vård i den sjukes hem. Läkarvård och intygsgivning till övrig personal, d. v. s. civila tjänstemän och kollektivavtalsanställda, föreslogs av kommittén skola bestridas av förbandsläkaren som särskilt förordnad verksläkare med rätt till ersättning efter viss taxa. I yttrande över militärsjukvårdskommitténs förslag uttalade dåvarande försvarets sjuk-

vårdsförvaltning, att särskild verksläkare borde förordnas även för den militära och civilmilitära personalen. Motivet härför var, att denna personal borde för sjukvårdens åtnjutande erhålla samma ställning som personalen inom den civila statsförvaltningen. Förslag av enahanda innebörd framfördes av svenska officersförbundet, svenska underofficersförbundet och försvarsväsendets underbefälsförbund. Militärsjukvårdskommitténs och förbundens förslag föranledde icke någon Kungl. Maj:ts åtgärd.

De i det föregående redovisade förslagen övervägdes närmare av militära läkarlöneutredningen (bet. s. 105 ff). Utredningen framhöll, att krigsmaktens förbandsläkare genom tillkomsten av tjänsteläkarinstitutionen tillagts en helt ny arbetsuppgift, nämligen att bestrida läkarvården åt krigsmaktens civila tjänstemän. Efter hand som antalet sådana befattningshavare vuxit hade denna arbetsuppgift kommit att bli alltmer omfattande. Förbandsläkarna hade vidare att ombesörja läkarvården för krigsmaktens kollektivavtalsanställda personal. Denna skyldighet förelåg visserligen regelmässigt redan före tjänsteläkarinstitutionens tillkomst, men även denna arbetsuppgift kunde i realiteten anses vara i väsentliga delar nytillkommen, enär antalet dylika arbetare stigit i avsevärd grad. Utredningen uttalade vidare, att dessa helt eller väsentligen nytillkomna uppgifter kommit att belasta förbandsläkarna synnerligen ojämnt. Den omständigheten att vid ett förband eller på förbandets förläggningssort tillkommit större grupper civila anställningshavare hade icke i och för sig föranlett någon utbyggnad av förbandsläkarorganisationen. De förbandsläkare som anförtrotts vården av sådana personalgrupper hade självfallet måst ägna en betydande del av sin arbetstid åt mottagningen för denna personal, varför deras möjlighet att utöva privat praktik hade minskat i motsvarande grad. Läkarlöneutredningen föreslog, att förbandsläkarens skyldigheter i egenskap av tjänsteläkare borde regleras i sådan ordning att han gottgjordes för läkarvård och intygsgivning åt den civila tjänstemanna- och arbetarpersonalen i princip enligt för verksläkare vid den civila statsförvaltningen gällande grunder. Enligt utredningen borde denna reglering av tjänsteläkarverksamheten i gynnsam riktning påverka rekryteringen av krigsmaktens läkarkårer. Å andra sidan uttalade läkarlöneutredningen, att det borde anses ingå i åliggandena för förbandsläkaren som sådan att vid förbandet handha sjukvård och intygsgivning för den fast anställda militära och civilmilitära personalen. Förbandsläkaren borde härför generellt icke ha någon ersättning utöver lönen. Utredningen ansåg, att det av praktiska skäl icke var lämpligt eller ens möjligt att knyta sjukvårdsåliggandena avseende de värnpliktiga och den fast anställda militära och civilmilitära personalen till olika läkare. Vid övningar måste exempelvis alla personalkategorier primärt hänvisas till samme läkare och detsamma gällde i fall, då läkaren bestred sjukvård ombord på flottans fartyg.

Läkarlöneutredningens förslag upptogs i de provisoriska bestämmelser

rörande tjänste- och verksläkare vid försvaret i fred, som utfärdades den 30 juni 1953 och som ännu är gällande.¹

Grundtanken i bestämmelserna är den av militära läkarlöneutredningen angivna, nämligen att varje vid förband anställd eller tjänstgörande läkare, som bestrider truppens sjukvård, skall ha att fullgöra vederbörliga tjänsteläkarbestyr. Till gruppen av tjänsteläkare hänföres dels och i första hand alla förbandsläkare, dels ock alla andra läkare, som bestrider sjukvård vid förbanden, nämligen arvodesanställda och reservanställda militärläkare, värnpliktiga läkare och frivilligt tjänstgörande läkare. Vid förband med två eller flera förbandsläkare skall tjänsteläkarbestyren fördelas dem emellan. Fördelningen skall i främsta rummet betingas av sjukvårdstjänstens ändamålsenliga handhavande, men tjänsteläkarverksamheten bör enligt bestämmelserna om möjligt ordnas så, att härför utgående ersättning i huvudsak tillkommer förbandsläkaren eller fördelas lika mellan förbandsläkarna, om det finnes två eller flera sådana vid förbandet. Värnpliktiga läkare anlitas i princip endast vid förfall för förbandsläkare eller vid övningar utom stationeringsorten. Tjänsteläkarverksamheten avser dels all vid krigsmakten anställd personal, som tjänstgör vid förbandet och äger rätt till sjukvård på statens bekostnad, dels vid förbandet kollektivavtalsanställd personal, dels andra anställningshavare inom krigsmakten som av Kungl. Maj:t hänvisats till förbandet för erhållande av sjukvård.

Läkarvården vid förbanden åt fast anställda m. fl. meddelas som regel vid särskild tjänsteläkarmottagning som med enstaka undantag finnes inrättad vid varje förband med läkarmottagning för värnpliktiga. Den är lokalt sammanförd med sistnämnda mottagning men för verksamheten disponeras regelmässigt särskilda väntrum och undersökningsrum. Vid förband, där tjänsteläkarbestyren är fördelade mellan flera förbandsläkare, är undersökningsrummen i vissa fall dubblade. Gemensam läkarmottagning har I 19, P 5 och S 3 (Boden), A 7 och Lv 2 (Visby) samt I 20 och K 4 (Umeå). Inom armén förestås tjänsteläkarmottagningarna av regementsläkare eller bataljonsläkare — vid flerläkarförband är regementsläkaren merendels tjänsteläkare — såvida icke vakansläget framtvingat användning av andra läkare. Särskilda förhållanden råder i Boden; se kap. 5. 1. I Visby förestås den för A 7 och Lv 2 gemensamma tjänsteläkarmottagningen av den fältläkare som ingår i VII. militärbefälsstabben. Vid förband, som saknar egen läkare och till följd av avståndet till närmaste tjänsteläkarmottagning ej kunnat hänvisas till sådan, såsom artilleriskjutskolan, luftvärnsskjutskolan och arméns rid- och körskola, anlitas värnpliktig läkare eller civil läkare. Vid marinen fullgöres tjänsteläkarbestyren av förste marinläkare eller marinläkare av 1. graden. Utredningen återkommer härtill i kap. 5. 1. Vid kustflottan tjänstgör icke ständigt tjänstgörande militärläkare samt värnpliktiga

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1953 nr 52 med ändr.).

läkare som tjänsteläkare för sjökommenderat befäl. Samma är förhållandet vid vissa av kustartilleriets skärgårdsförläggningar. Inom flygvapnet är slutligen förste flygläkare eller flygläkare av 1. graden tjänsteläkare.

I det fall läkare medföljer förband vid övningar utom stationeringsorten meddelas läkarvården på platsen för övningen. Vid olycksfall och akuta sjukdomsfall, som inträffat under tjänstgöring, kan läkare komma att kallas till den plats, där den sjuke befinner sig. Läkarvården kan vidare meddelas i den sjukets bostad, om den sjukets tillstånd kräver detta. Efter medgivande av vederbörande chef kan läkarvården även undantagsvis meddelas i tjänsteläkarens egen mottagningslokal. Det förutsättes då att sjukdomens art är sådan att behandling därstädes är mera lämplig. Försvarets sjukvårdsstyrelse och försvarets civilförvaltning kan även i samråd medge, att läkarvården för viss personal av andra skäl än nyss sagts meddelas i tjänsteläkarens privata mottagningslokal. Om tjänsteläkaren finner, att han icke själv är i stånd att meddela patienten erforderlig vård, remitteras denne till civil sjukhusmottagning eller till privatpraktiserande läkare. Från denna huvudregel finnes ett viktigt undantag. I Stockholm är sålunda dels vid karolinska sjukhuset och dels vid marinkommando Ost särskilda ögonläkare arvodesanställda för vård av militär personal i Stockholmsområdet. Militär-sjukvårdskommittén fann (SOU 1947: 5 s. 159 f), att detta system, som tidigare tillämpades även i Karlskrona, ledde till ett stort antal opåkallade undersökningar. Kommittén föreslog därför övergång till taxebundet system med utnyttjande av civila ögonspecialister enligt särskilt avtal. Detta förslag har icke genomförts. De undersökningar som f. n. utföres av dessa ögonläkare omfattar endast ett begränsat antal värnpliktiga, medan antalet fast anställda, som undergår sådana ögonundersökningar, är relativt betydande.

Den intygsgivning som det åligger tjänsteläkare att ombesörja avser läkarintyg som erfordras i tjänsten och för vinnande av anställning vid förbandet. Sådana läkarintyg skall bl. a. utfärdas åt officers- och reserv-officersaspirant, åt den som söker anställning som instruktörsaspirant ävensom åt civil personal, som anställs i befattning med pensionsrätt, som söker anställning vid marinrättning eller som har anställts enligt kollektivavtal eller som extra tjänsteman med kontrakt. Läkarintyg fordras även vid all befordran av fast anställt befäl samt i samband med pensionsansökan till följd av sjukdom m. m.

För den läkarvård och intygsgivning som tjänsteläkaren meddelar åt militär och civilmilitär personal utgår icke särskild gottgörelse. För läkarvård som tjänsteläkare meddelar militär och civilmilitär personal i den sjukets bostad eller i läkarens egen mottagningslokal utgår dock ersättning enligt provinsialläkartaxan (SFS 1959: 245). Denna anknyter i sin tur till taxan för beräkning av ersättning för läkarvård enligt lagen om allmän försäkring (SFS 1959: 245 med ändr.). För läkarvård och intygsgivning

åt civil personal uppbär tjänsteläkare särskild ersättning. Detta innebär, att han är berättigad till ersättning för läkarvård enligt provinsialläkartaxan och för utfärdande av intyg som skall återopas i tjänsten med 3 kronor. Tjänsteläkaren är vidare berättigad till ett årsarvode, som för varje till läkaren hänvisad anställningshavare utgör 12 kronor. Meddelas läkarvården i av staten kostnadsfritt upplåten mottagningslokal, vilket i regel är fallet, reduceras arvodet till 4 kronor. Såsom tidigare antytts tillkom tjänsteläkararvodet för att förbandsläkaren skulle erhålla kompensation för det merarbete, som han utförde vid hembesök hos fast anställd militär, civilmilitär och civil personal. Arvodet har härefter behållits, trots att tjänsteläkaren numera har rätt till särskild gottgörelse för hembesök hos alla berörda personalkategorier.

I anslutning till denna överblick över tjänsteläkarverksamheten har utredningen sökt klarlägga *arten* och *omfattningen* av verksamheten vid tjänsteläkarmottagningarna.

På samma sätt som i fråga om värnpliktiga kan *arten* av verksamheten utläsas ur tillgänglig statistik. Av »Hälso- och sjukvård vid försvaret» framgår, att fördelningen på grupper av olika sjukdomar i stort sett synes vara densamma som motsvarande fördelning beträffande de värnpliktiga. År 1962 representerade sålunda andningsorganens sjukdomar 60,8 % av samtliga fall. Därefter kom matsmältningsorganens sjukdomar, som representerade 16,0 % fall, skador genom yttre våld eller förgiftning, 6,7 % fall, hudens, skelettets och rörelseorganens sjukdomar, 5,2 % fall, medan alla andra sjukdomar tillsammans ej representerade mer än 11 % av samtliga fall. Nyssnämnda statistik är emellertid, som utredningen tidigare framhållit, behäftad med vissa brister. Den ger ej heller underlag för bedömning av, huruvida sjukdomarnas svårighetsgrad generellt kan anses större hos de fast anställda m. fl. än hos de värnpliktiga. Eftersom den personal som besöker tjänsteläkarmottagningarna i genomsnitt har högre levnadsålder än de värnpliktiga, måste emellertid antalet svåra fall relativt sett antas vara större än ifråga om de värnpliktiga. Den medicinska bedömningen får därför allmänt betecknas som svårare och i varje fall mera tidskrävande. Härav följer att behovet av specialistvård och specialundersökningar torde vara relativt sett vanligare för de fast anställda m. fl. än för de värnpliktiga. Detta rubbar dock icke huvudintrycket, nämligen att även ifråga om tjänsteläkarklientelet de okomplicerade sjukdomarna dominerar bilden. Förhållandet ger icke anledning till förvåning. En jämförelse med *arten* av sjukdomarna vid en vanlig industriläkarmottagning visar nämligen att arbetstiden för läkarna där till övervägande del upptas just av enkla fall.

En bild av *omfattningen* av tjänsteläkarverksamheten kan även erhållas ur »Hälso- och sjukvård vid försvaret». Antalet insjuknade officerare och underofficerare jämte vederlikar samt sådan civil personal, som ej är anställd genom kollektivavtal, framgår av följande tabell.

Sjuklighet bland fast anställda officerare m. fl. år 1962

Försvarsgren	Antal insjuknade	Antal sjukdagar
Armén.....	11 400	126 965
Marinen.....	4 001	38 768
Flygvapnet.....	6 922	53 355
Summa	22 323	219 088

Eftersom den besöksfrekvens, som ligger bakom uppgifterna om antalet insjuknade, icke redovisas i nyssnämnd berättelse, ger tabellen lika litet som motsvarande tabell i fråga om de värnpliktiga ledning för bedömning av omfattningen av tjänsteläkarverksamheten. Beträffande värnpliktiga har utredningen sökt ange besöksfrekvensen i procent av rekrytstyrkan. Det procenttal utredningen använt för att beräkna besöksfrekvensen — 5 % av rekrytstyrkan — ger icke rättvisande utslag för det fast anställda befälet och den civila personalen, eftersom dessa kategorier belastar läkarmottagningarna i avsevärt mindre grad än de värnpliktiga. För att beträffande de fast anställda m. fl. få en uppfattning om relationen mellan besöksfrekvensen vid tjänsteläkarmottagningarna och personalstyrkan har utredningen — som införskaffat uppgifter om antalet fast anställda och kollektivavtalsanställda vid samtliga förband per den 1 april 1963 — sökt bedöma antalet årliga besök hos tjänsteläkaren. Det enda förband, varifrån under ett helt år exakta uppgifter föreligger om de olika personalstyrkorna samt om besöksfrekvensen för olika kategorier, nämligen Ing 1 (Solna) visar att proportionen värnpliktiga/fast anställda m. fl. år 1957 var 10 till 6, medan besöksfrekvensen vid respektive läkarmottagning förhöll sig som 9 till 2. Uppgifterna från Ing 1 visar även, att det år 1957 vid förbandet fanns 280 fast anställda befäl och 310 civila tjänstemän och kollektivavtalsanställda samt att antalet besök hos förbandets tjänsteläkare samma år uppgick till ca 2 100, vilket i runt tal innebär att varje anställningshavare sökt läkare i genomsnitt 4 gånger under året. Uppgifter föreligger för år 1960 även beträffande Göteborgs kustartilleriförsvar och KA 4 (Göteborg), som har gemensam tjänsteläkare (SOU 1961: 63 bilaga H). Av dessa uppgifter framgår att där nämnda år fanns sammanlagt ca 600 officerare, underofficerare, underbefäl samt civila tjänstemän och kollektivavtalsanställda, vilka sökt tjänsteläkaren i runt tal 3 000 gånger, d. v. s. i genomsnitt 5 gånger under året. En jämförelse med förhållandet vid SJ, det i personellt hänseende största affärsdrivande verket, visar att verkets anställningshavare söker läkare närmare 4 gånger per år. Då överensstämmelsen är någorlunda god och utredningens syften endast är att skaffa sig en bild av tjänsteläkarverksamhetens omfattning, vågar utredningen — trots det militära underlagets smala bredd — räkna med att varje anställningshavare i genomsnitt söker tjänsteläkaren 5 gånger årligen. Detta motsvarar en genomsnittlig

daglig besöksfrekvens av 2 % av personalstyrkan, under förutsättning att tjänsteläkarmottagningen hålles öppen ca 250 dagar om året.

Även vad beträffar bedömningen av tidsåtgången per patient saknar utredningen önskvärt statistiskt underlag. Militärsjukvårdskommittén åtskildede i sina beräkningar av belastningen på läkarmottagningarna icke de värnpliktiga och tjänsteläkarklientelet utan beräknade samma tidsåtgång per patient, 4 minuter, oavsett om vederbörande var värnpliktig eller fast anställd. Försvarssjukvårdsutredningen kan för anställningshavarnas del icke finna denna beräkningsgrund vara av beskaffenhet att den kan godtagas utan har på grundval av gjorda stickprovsundersökningar avseende den genomsnittliga undersökningstiden per patient vid privatmottagningar och lasarettsmottagningar samt inom industriläkarverksamheten funnit att den genomsnittliga tidsåtgången per patient bör beräknas till 10 minuter, under förutsättning att kompetent hjälppersonal står till läkarens förfogande.

Med utgångspunkt i det anförda redovisar utredningen i *bilaga 2* för envar av försvarsgrenarna dels antalet fast anställt militärt och civilmilitärt befäl samt antalet civila tjänstemän och kollektivavtalsanställda vid varje förband, dels den på grundval av personalstyrkan beräknade genomsnittliga dagliga besöksfrekvensen vid tjänsteläkarmottagningen, dels — med utgångspunkt i en tidsåtgång per patient av 10 minuter — antalet erforderliga läkartimmar per dag och vecka vid vederbörlig läkarmottagning; fem-dagarsvecka har förutsatts. Av bilagan framgår att verksamheten vid tjänsteläkarmottagningarna har en icke obetydlig omfattning. Tidsåtgången för tjänsteläkarverksamheten överstiger vid vissa förband 3 timmar per dag; vid flertalet förband tas dock i medeltal mindre än 2 timmar per dag i anspråk. Den fast anställda flygande personalen redovisas icke i bilagan liksom icke heller tidsåtgången för tjänsteläkarverksamheten beträffande denna personal (jfr kap. 3. 1 och 10. 1).

I detta sammanhang upptar utredningen några speciella frågor. Vid några förband förekommer att förbandsläkare vid tjänsteläkarmottagningen mottar civila patienter, som ej tillhör krigsmakten. Vid två förband — S 2 (Karlsborg) och P 6 (Kristianstad) — grundar sig förfarandet på ett nyligen träffat avtal mellan förbandsläkaren och kronan, enligt vilket den förre mot en mindre avgift äger ta emot sådana patienter i av kronan tillhandahållen mottagningslokal och med utnyttjande av därstädes befintlig vårdutrustning. Läkaren anställer enligt avtalet själv erforderlig biträdespersonal och bekostar erforderlig förbrukningsmateriel såsom läkemedel och förbandsmateriel. I ett par andra fall har motsvarande verksamhet ägt rum utan att vara grundad på avtal. Härvid har även viss av kronan anställd biträdespersonal utnyttjats utan att kronan härför erhållit ersättning. Förfarandet har ansetts motiverat dels därför att det i avseende på läkarna verkar rekryteringsstimulerande, dels därför att det vid vissa avlägset belägna förband fyller ett angeläget civilt sjukvårdsbehov. Med

stöd av kungörelsen angående anvisningsläkare m. m. (SFS 1955: 666) äger militärt förband eller institution, där förbandsläkare icke finnes och där hänvisning till annan förbandsläkare icke skett samt lämplig verksläkare icke kunnat förordnas, anvisa härav berörd personal till anvisningsläkare. Så har regelmässigt skett i fråga om personalen vid örlogsvarv, centrala staber och myndigheter i Stockholmsområdet samt i fråga om personal vid vissa regionala staber m. m. Utredningen har funnit, att vissa av dessa anvisningsläkare tillika är militärläkare och bedriver sin anvisningsläkarpraktik i av kronan tillhandahållen läkarmottagning. Härigenom har dessa läkarmottagningar på ett icke förutsatt vis kommit att belastas med ytterligare en patientkategori.

3.3. Slutna sjukvård

Slutna sjukvård beredes krigsmaktens personal dels vid militära förbands sjukhus, dels vid civila lasarett. De tidigare i militär regi drivna s. k. garnisonssjukhusen har numera helt avvecklats. Krigsmakten disponerar f. n. 56 förbandssjukhus med sammanlagt omkring 2 050 vårdplatser. Härtill kommer ett antal vårdplatser vid arméns läger, vilka dock utnyttjas under endast del av året. Dessa vårdplatser uppgår sammanlagt till omkring 170. Varje förband har tillgång till förbandssjukhus. Inom garnisonsort med flera förband har den slutna vården av värnpliktiga dock efter hand centraliserats till ett eller ett par av garnisonens förband. Sedan år 1951 har sålunda icke mindre än 15 förbandssjukhus nedlagts, varav huvuddelen under senare år. Chef för förbandssjukhus är enligt tjänsterelementet för krigsmakten den till tjänsteställningen främste av de vid förbandet tjänstgörande läkarna. Att regementsläkare är överläkare vid regementets sjukhus framgår jämväl av instruktionen för fältläkarkåren. Saknar förbandssjukhus, gemensamt för två eller flera förband, läkare på egen stat, föreskrives vidare i instruktionen att förbandens ordinarie läkare i mån av behov är skyldiga att tjänstgöra vid sjukhuset. Vården på förbandssjukhus handhas under läkaren av sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden. Dessa tjänstgör jämväl vid förbandets läkarmottagning, vilken lokalt så gott som alltid är inrymd i förbandssjukhuset, där sådant finnes. Hjälppersonalen vid förband med förbandssjukhus är sålunda beräknad så, att behovet såväl för förekommande öppen som slutna vård skall tillgodoses. Härvid har man beräknat personalbehovet för den slutna vården för högst 65 % beläggning med lättvårdsfall. Om förbandssjukhusen fullbelägges, måste därför extra hjälppersonal tillföras. Vårdutrustningen vid förbandssjukhusen är av enkelt slag. Möjligheter föreligger icke för vård av den typ som meddelas på civila sjukhus. Laboratorieutrustningen är begränsad och möjliggör endast enkla utredningar. Såväl ur personell som materiell synpunkt saknas resurser för sjukhusvård i egentlig mening.

Sjukdagar för krigsmaktens personal år 1962

Personal	Antal sjukdagar			Summa
	I öppen vård	På förbands- sjukhus	På civilt sjukhus	
Vpl och fast anst. ubef	123 933 (36,3 %)	187 898 (55,1 %)	29 467 (8,6 %)	341 298
Övrig personal	190 705 (87,1 %)	3 091 (1,4 %)	25 292 (11,5 %)	219 088

Fördelningen av antalet sjukdagar bland krigsmaktens personal på de olika vårdformerna — i öppen vård och i slutenvård (på förbandssjukhus eller civilt lasarett) — belyses i nedanstående tabell. Uppgifterna i tabellen, som är hämtade ur »Hälsa- och sjukvård vid försvaret», avser dels värnpliktiga och fast anställt underbefäl, dels officerare och underofficerare jämte vederlikar samt sådan civil personal som ej är anställd genom kollektivavtal.

Av tabellen framgår att för de värnpliktiga m. fl. 55 % av totala antalet sjukdagar hänförde sig till slutenvård vid förbandssjukhus mot endast 1,4 % för övrig personal. Icke värnpliktiga vårdas sålunda endast undantagsvis på förbandssjukhusen. Då samtidigt de bägge huvudkategorierna relativt sett belastar de civila lasarettarna i ungefärligen samma proportioner — dock med någon övervikt för de fast anställda — kan den slutsatsen dras att det vårdbehov som för de värnpliktiga tillgodoses på förbandssjukhusen för de fast anställda så gott som helt tillgodoses i hemsjukvårdens form. Härav följer att även om vårdbehovet vid förbandssjukhusen kvantitativt är betydande det är kvalitativt mindre krävande. Riktigheten av denna slutsats bestyrkes av undersökningar som utredningen gjort beträffande sammansättningen av vårdklientelet vid I 1:s (Solna) förbandssjukhus åren 1961 och 1962. Undersökningen redovisas i *bilaga 3*. Av bilagan framgår, att så gott som hela vårdbehovet vid förbandssjukhuset avsett fall med kort vårdtid, vanligen 3 till 4 dagar. Ungefär hälften av fallen orsakades av övre luftvägsinfektioner, vilka omfattade 55 % av vårddagarna. Då vårdtiden för dessa fall i genomsnitt omfattade blott 4,5 dagar, har dessa infektioners karaktär i huvudsak varit lindrig. Närmast efter de övre luftvägsinfektionerna med blott fjärdedelen så många fall kom olycksfall och därefter med obetydligt färre antal fall enklare mag- och tarmåkommor. För lunginflammation vårdades blott 19 patienter. De korta genomsnittliga vårdtiderna för sistnämnda fall, 4 dagar, visar att det sannolikt medicinskt sett rör sig om gränsfall, även om det icke kan uteslutas, att en del fall vårdats på förbandssjukhuset till dess säker diagnos ställts och därefter remitterats till civilt lasarett. Ett särskilt studium förjänar de s. k. halvepidemiska sjukdomarna, som ej hör under epidemilagen, d. v. s. röda hund, påssjuka, mässling och vattkoppor. Av bilagan framgår, att blott 64 fall eller 3 % av samtliga fall på förbandssjukhuset hänförde sig till dessa sjukdomar och att de hade en genomsnittlig vårdtid

av 7 dagar. Röda hund och påssjuka dominerade helt. Undersökningen vederlägger vidare slutligt den vanliga uppfattningen, att vaccinationsbesvär efter ympning mot smittkoppor skulle orsaka omfattande intagning på förbandssjukhus. Dessa besvär utgjorde nämligen blott 1,3 % av sjukdomsfallen.

Utredningen anser sig med hänsyn till det anförda kunna konstatera, att den kvalificerade slutna vården beredes krigsmaktens personal på civila lasarett. I fråga om denna vård råder sålunda ingen skillnad mellan värnpliktiga å ena samt fast anställda m. fl. å andra sidan. Alla svårt sjuka remitteras till civila lasarett. Det står vidare klart, att i huvudsak endast värnpliktiga vårdas på förbandssjukhusen och att den stora majoriteten av patienterna på förbandssjukhusen om de varit civila aldrig skulle ha vårdats på sjukhus. De värnpliktiga som intas för vård på förbandssjukhusen är i princip icke sjukare än att de, om de icke varit inkallade, skulle ha vårdats i sina hem. Vårdbehovet betingas sålunda helt av kaserneringen, som till viss del omöjliggör vård i förläggningarna. Det är ur denna synpunkt icke ägnat att förvåna, att den fast anställda personalen endast i undantagsfall intas på förbandssjukhusen, eftersom för dennas del hemsjukvård är den naturliga motsvarigheten till vård på förbandssjukhus. Förbandssjukhusen utgör alltså ingen dubbleringsorganisation till de civila lasarett utan representerar en praktisk lösning att tillgodose vårdbehovet för lätt sjuka i de fall, då vård i förläggningen icke är möjlig eller lämplig. Härav följer, att vården på förbandssjukhus icke fått karaktär av sjukhusvård i egentlig mening utan av sjukrumsvård med ur medicinsk synpunkt mycket små krav på vårdutrustning och på hjälppersonalens kompetens.

Utredningen övergår härefter till att analysera omfattningen av vården på förbandssjukhusen. Vårdbehovet på de civila lasarett saknar ur utredningens synpunkt större intresse och kommer därför icke vidare att beröras. För beräkning av beläggningen vid förbandssjukhusen saknar tyvärr den officiella statistiken, som endast anger antalet vårddagar icke antalet vårdade, annat värde än att den ger en uppfattning om vårdbehovets kvantitativa omfattning och relativa fördelning på olika vårdformer och grupper av sjukdomar. Primärmaterialet är vidare, enligt vad som framkommit vid utredningens egna undersökningar, ej fullt korrekt. Patienter, som inlagts på förbandssjukhus vid annat förband, har sålunda i vissa fall dubbelredovisats, medan patienter som utskrivits på fredagar i vissa fall redovisats som inneliggande på förbandssjukhuset t. o. m. följande söndag. Utredningen har därför fått gå andra vägar för att klarlägga vårdbehovet vid förbandssjukhusen.

Vid förbandssjukhusen finnes f. n. såsom nämnts något mer än 2 000 vårdplatser tillgängliga. Vårdresurserna har beräknats för att motsvara ett behov av 2,5 vårddagar per 100 tjänstgöringsdagar för värnpliktiga. Eftersom det totala antalet sjukdagar per 100 tjänstgöringsdagar, inklusive dem som

avser öppen vård och vård vid civilt lasarett, enligt tillgänglig officiell statistik icke vid någon försvarsgren överstigit denna siffra — år 1962 uppgick det totala antalet sjukdagar till 1,8 % av antalet tjänstgöringsdagar — kan härur den slutsatsen direkt dras, att förbandssjukhusen måste vara överdimensionerade i förhållande till vårdbehovet. Utredningen kommer i det följande att närmare belysa detta förhållande. Innan så sker, vill den emellertid framhålla, att denna överdimensionering skett fullt avsiktligt och främst motiverats med att man velat ha lokala resurser att möta sjukdomstoppar. Som tidigare berörts, har däremot de personella resurserna dimensionerats för en högsta beläggning av 65 %. Ur personell synpunkt får sålunda förbandssjukhusen anses fullbelagda redan då 1 300 av nyssnämnda 2 000 vårdplatser belagts. En direkt jämförelse med de beläggningssiffror, som genomsnittligt gäller vid civila lasarett, 83 %, eller sjukstugor, 85 %, ger därför icke en rättvisande bild.

Riksdagens revisorer har i 1952 års revisionsberättelse redovisat en undersökning av den genomsnittliga procentuella beläggningen på förbandssjukhusen åren 1949/1950, 1950/1951 och 1951/1952. Undersökningen utvisade, att medianvärdet för beläggningen nyssnämnda år varierade mellan 20 % och 25 %. Det alldeles övervägande antalet förband redovisade en beläggning, som varierade mellan 10 % och 40 %. I vissa extrema fall understeg beläggningen t. o. m. 5 %. En motsvarande undersökning har redovisats i 1962 års revisionsberättelse. Den avsåg åren 1958—1960 och visade att beläggningen varierade starkt mellan olika förband och år. Beräknas medelvärde för beläggningen vid samtliga berörda förbandssjukhus för ett vart av de angivna åren, erhålles 25,7 %, 23,8 % och 25,8 %. Utredningen har för egen del kompletterat dessa undersökningar. Därvid har utredningen utgått från den fortlöpande statistik över förbandssjukvården, som inom IV. militärområdet redovisas varje torsdag. Denna statistik, de s. k. torsdagsbeskeden, har utredningen funnit vara i stort sett representativ för beläggningen under veckans olika dagar. På grundval av torsdagsbeskeden har utredningen undersökt beläggningen på 8 förbandssjukhus inom IV. militärområdet. Undersökningarna avser fem-årsperioden 1958—1962. Utredningen har undersökt, dels den faktiska och procentuella beläggningen under 90 % respektive 50 % av det totala antalet torsdagar, dels det procentuella antalet torsdagar under fem-årsperioden, då samtliga respektive minst hälften av vårdplatserna varit belagda. Undersökningen redovisas i *bilaga 4*. Av bilagan framgår, att endast något mer än hälften av vårdplatsantalet vid de 8 förbandssjukhusen utnyttjades under 90 % av tiden för undersökningen och att högst 23 % av vårdplatserna togs i anspråk under 50 % av tiden. Sjukhusen har praktiskt taget aldrig varit fullbelagda. Uttryckt i faktiska beläggningssiffror har under 90 % av tiden högst 177 och under 50 % av tiden högst 75 av 351 tillgängliga platser varit belagda. Den bild utredningen kunnat göra sig om utnyttjandegraden av vårdplatserna vid förbandssjukhusen

innebär sålunda, att förbandssjukhusen praktiskt taget aldrig varit fullbelagda, att genomsnittligt under närmare 11 månader av året inemot hälften av vårdplatserna stått outnyttjade och att under hälften av året minst 77 % av vårdplatserna varit obelagda. En jämförelse med de beläggnings-siffror, som redovisades av riksdagens revisorer visar, att de av utredningen angivna beläggningstalen är representativa för samtliga förbands-sjukhus. Detta bekräftas av stickprovsundersökningar, som utredningen gjort inom marinen och flygvapnet. Förbandssjukhusen är sålunda, trots att en betydande centralisering numera genomförts, alltjämt främst i lokalt men även i personellt hänseende starkt överdimensionerade under den övervägande delen av året.

I syfte att finna en norm för att beräkna det egentliga vårdplatsbehovet vid krigsmaktens förbandssjukhus har utredningen funnit det lämplig att använda samma metod som vid beräkningarna av omfattningen av den öppna vården. Den har alltså valt att söka bestämma vårdplatsbehovet i förhållande till rekrytstyrkan, beräknad enligt samma grunder som använts vid motsvarande beräkningar avseende den öppna vården av de värnpliktiga. Utredningen har även i nu förevarande sammanhang bortsett från att de underofficersuttagna (grupp K) vållar dubbelbelastning under viss del av året och att vid armén lågbelastning uppstår viss kortare tid av året, sedan huvuddelen av de värnpliktiga ryckt ut. Från den fast anställda personalen, som utgör ett försvinnande fåtal av förbandssjukhusens patienter, bortses helt. Icke heller beaktas att civila patienter utanför krigsmakten i mindre utsträckning vårdas på förbandssjukhusen; utredningen återkommer härtill i kap. 8. 5. De repetitionsinkallade vållar ett särskilt problem, eftersom de i många fall i antal tidvis överstiger rekrytstyrkan. De tjänstgör emellertid i omgångar under relativt korta perioder. Det är vidare sannolikt, att de belastar förbandssjukhusen i annan relativ omfattning än rekryterna. Utredningen har för att kontrollera detta förhållande räknat fram antalet repetitionsinkallade, som tjänstgjort på I 1 respektive vårdats på I 1 förbandssjukhus åren 1961—1962. Det har då visat sig att proportionen repetitionsinkallade i förhållande till de värnpliktiga som fullgör första tjänstgöring varit 4:1, medan förhållandet mellan på förbandssjukhuset inlagda repetitionsinkallade och sådana värnpliktiga varit 2,5:1. Är denna iakttagelse representativ, skulle de repetitionsinkallade relativt sett belasta förbandssjukhusen endast omkring hälften så mycket som de värnpliktiga som fullgör första tjänstgöring. Delvis torde detta förhållande förklaras av att repetitionsövningarna till viss del bedrivs utanför förläggningssorten, varvid den slutna vården ofta ombesörjes i tillfälliga sjukkvarter. Möjligen spelar åldersfördelningen även in i så måtto att ambitionen att delta i tjänsten ökar med stigande ålder. Totalt sett spelar de repetitionsinkallade en relativt sett ringa roll för belastningen på förbandssjukhusen under ett redovisningsår. De vållar emellertid en merbelastning under kortare tider av året, vilken

måste bemästras. En motsvarande merbelastning kan uppstå till följd av epidemier eller andra exceptionella förhållanden. En undersökning som utredningen gjort beträffande Ing 1 (Solna) år 1957 och beträffande I 1 åren 1961—1962 tyder på att en relativt kortvarig av förkylningssjukdomar betingad toppbelastning uppstår under fjärde kvartalet, väsentligen under oktober—november. För I 1:s vidkommande var beläggningsciffrorna då en tredjedel högre än under ettvarvt av de övriga kvartalen, medan antalet övre luftvägsinfektioner fördubblades. Utredningen bedömer, att ett mera kontinuerligt behov av att tillgodose toppbelastning föreligger under sammanlagt högst 2 månader om året.

För att erhålla en grund för beräkning av vårdplatsbehovet i förhållande till rekrytstyrkan har utredningen beträffande de förutnämnda 8 förbandsjukhusen beräknat antalet intagna patienter i förhållande till den till vederbörligt sjukhus hänvisade rekrytstyrkan under fem-årsperioden 1958—1962. Undersökningen som grundas på de förutnämnda torsdagsbeskeden presenteras numeriskt i *bilaga 5* och grafiskt i *bilaga 6*. Av bilagorna framgår att under 30 % av undersökningstiden i medeltal ej mer än 0,68 % av den hänvisade rekrytstyrkan var intagen på förbandssjukhus, att under 50 % av tiden i medeltal högst 1,13 % och under 80 % av tiden i medeltal högst 2,15 % av ifrågavarande personalstyrka var intagen på förbandssjukhus. Repetitionsinkallade samt värnpliktiga tillhörande de övriga förband som varit hänvisade till sjukhusen har medräknats bland de intagna. I rekrytstyrkan ingår å andra sidan i förekommande fall kontingenter från de förband, vilka i brist på eget förbandssjukhus varit hänvisade till berörda förbandssjukhus under fem-årsperioden. Siffrorna varierar såsom framgår av *bilaga 5* icke obetydligt mellan olika förband, men medelvärdena ger enligt utredningens mening en representativ bild av beläggningen i förhållande till den aktuella rekrytstyrkan.

För att vårdplatsbehovet skall kunna beräknas måste ställning också tas till frågan, under hur stor del av året vårdbehovet bör täckas. Utredningen har ovan uttalat, att toppbelastning icke annat än undantagsvis torde föreligga under längre tid än 2 månader om året. Det kan därför enligt utredningens mening icke ifrågakomma att beräkna de normala vårdresurserna med hänsyn till sådan belastning, vilken bör mötas genom att extra biträdespersonal anställs och reservutrymmen tas i anspråk. Utredningen har för sin del funnit att normen för beräkning av hjälppersonal och vårdplatser för sluten vård bör vara att behovet täckes under minst 10 månader av året, vilket motsvarar ca 85 % av tiden. Den häremot svarande beläggningen utgör i medeltal omkring 2,3 % av den hänvisade rekrytstyrkan. Utredningen anser sig emellertid böra räkna med viss marginal och har därför stannat för att vårdplatsbehovet bör beräknas efter normen 2,5 % av den hänvisade rekrytstyrkan.

Med utgångspunkt härifrån har utredningen i *bilaga 7* beräknat genom-

snittliga vårdplatsbehovet vid samtliga nuvarande förbandssjukhus. Samtidigt redovisas i bilagan *dels* antalet översköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden, som tjänstgör vid respektive förband, *dels* antalet nu tillgängliga vårdplatser på berörda förbandssjukhus. I bilagan redovisas också den för slutna vård hänvisade rekrytstyrkan (jfr *bilaga 1*). Kustflotans kontingent har härvid uppdelats mellan Berga örlogsskolor och Karlskrona örlogsskolor ungefärligen i proportionen 60:40. Bilagan belyser ytterligare vad som tidigare anförts om den ringa utsträckning, i vilken förbandssjukhusen utnyttjas. Med den beräkningsmetod som här använts föreligger ett totalt vårdplatsbehov av 1 302 platser, varav 1 027 inom armén, 167 inom marinen och 108 inom flygvapnet. Inom armén finnes 1 562 platser disponibla, inom marinen 291 och inom flygvapnet 202. Det sammanlagda disponibla vårdplatsantalet, omkring 2 050, överstiger alltså det beräknade behovet med närmare 55 %. Variationerna mellan olika förband är emellertid betydande. Vid I 11 (Växjö), P 10 (Strängnäs), MKO (Stockholm), KA 3 (Fårösund) och F 1 (Västerås) är t. ex. det tillgängliga vårdplatsantalet minst tre gånger större än behovet, medan det vid P 2 (Hässleholm) och Berga örlogsskolor råder en mindre brist på platser.

Av intresse är till sist att klarlägga förbandsläkarens roll inom den slutna vården. Förbandsläkaren — vid flerläkarförband den till tjänsteställningen främste förbandsläkaren — är ju överläkare vid vederbörligt förbandssjukhus och i denna egenskap ansvarig för den vård som bedrivs vid sjukhuset. Förbandsläkarens insats är emellertid enligt utredningens erfarenheter begränsad till företagande av rond på sjuksalarna de dagar läkarmottagning äger rum för värnpliktiga. I samband härmed fattas i förekommande fall beslut om utskrivning. Vid arméns och marinens förbandssjukhus företas ronderna ofta av värnpliktiga läkare. Militärsjukvårdskommittén (SOU 1947: 5 s. 81) beräknade rondtiden till 1,5 minuter per patient. Godtas denna siffra, som enligt utredningens mening snarare torde vara för hög än för låg beroende på sjukdomarnas okomplicerade art, erfordras vid normal beläggning rondtider i storleksordningen 15—30 minuter. Eftersom sjuksköterska ofta torde välja ut de patienter, som läkaren behöver undersöka, torde den verkliga rondtiden vara kortare. Förbandsläkarnas egen medverkan i den slutna vården är sålunda i regel obetydlig. Den slutna vården vid förbandssjukhusen är så gott som uteslutande en uppgift för sjuksköterske- och biträdespersonalen vid förbandssjukhusen.

Övrig läkarverksamhet vid förbanden

4.1. Utbildning

Den kvalificerade sjukvårdsutbildningen är vid armén till väsentlig del förlagd till trängregementena. Denna utbildning omfattar *dels* befälsutbildning och fackutbildning av värnpliktig medicinalpersonal (läkare, tandläkare och apotekare), *dels* utbildning av personal, som är avsedd att krigsplaceras vid de speciella sjukvårds- och sjuktransportförband, som organiseras av trängtrupperna, såsom brigadsjukvårdskompanier, etappsjukhuskompanier, sjuktransportkompanier och sjuktransportbussplutoner m. m. Inom marinen sker motsvarande kvalificerade utbildning vid marinens sjukvårdsskola och sjökrigsskolan, medan tillämpad utbildning sker ombord eller i anslutning till kustartillerianläggningar. För vidareutbildning av fast anställda instruktörer — underofficerare och underbefäl — anordnas särskilda kurser. Arméns instruktörer vidareutbildas sålunda vid en sex-månaders specialkurs. Instruktörer tillhörande trängtrupperna erhåller vid den s. k. instruktörskolan omkring 200 timmars sjukvårdsutbildning. Vid marinen har vissa instruktörer genomgått sjuksköterskeskola. Instruktörerna tillhörande denna försvarsgren kommenderas vidare vartannat eller vart tredje år till tjänstgöring vid civila lasarett. Däremot erhåller instruktionssköterska — som finnes vid trängregemente, marinens sjukvårdsskola och krigsflygskolan — ingen obligatorisk vidareutbildning men skall före anställning ha genomgått föreskriven utbildningskurs för instruktionssköterskor vid statens institut för högre utbildning av sjuksköterskor.

Härutöver förekommer en omfattande sjukvårdsutbildning vid förbanden. Alla värnpliktiga erhåller sålunda en grundläggande hälsovårdsutbildning och utbildning att ge första hjälpen. Vid samtliga förband erhåller vidare fast anställda officerare, underofficerare och underbefäl viss utbildning i syfte att vidmakthålla och öka den personliga färdigheten, så att befälet i fält och ombord kan uppträda som föregångsmän vid det första omhändertagandet av skadade och kan verka för upprätthållande av en god hygien. De värnpliktiga sjukvårdsmän, som ingår i plutoner, samt värnpliktiga sjukvårdare ingående i kompanier och bataljonernas sjukvårdstrossar, erhåller i regel sin befattningsutbildning vid förbanden. Utbildningen av värnpliktiga sjukvårdare tillhörande andra truppslag inom armén än infanteriet och

pansartrupperna är dock till huvudsaklig del centraliserad till trängregementena. Inom marinen äger befattningsutbildning av värnpliktiga sjukvårdare till väsentlig del rum vid marinens sjukvårdsskola, som är ansluten till KA 4 (Göteborg), medan inom flygvapnet motsvarande utbildning är centraliserad till två av flottiljerna, F 4 (Frösö) och F 12 (Kalmar). Sjukvårdarna erhåller emellertid viss individuell grundutbildning vid förbanden. Erforderlig klinisk utbildning av värnpliktiga sjukvårdare och fast anställda instruktörer bedrivs vid civila sjukhus. Vid marinens och vissa av flygvapnets förbandsjukhus bedrivs dock viss kompletterande klinisk utbildning av värnpliktiga sjukvårdare. Förbandsutbildning av smärre krigsförband, såsom sjukvårdstrossar, förbandsplatsgrupper och sjuktransportgrupper, förekommer vid förbanden såväl under den senare delen av första tjänstgöringen som i samband med repetitionsövningar, främst vid armén och kustartilleriet. Den syftar dels till samtrimning av de berörda sjukvårdsenheterna, dels till samövning med stridande enheter — kompani och bataljon. I samband med repetitionsövningarna förekommer även viss befälsutbildning avseende sjukvårdstjänst.

Läkarens medverkan i sjukvårdsutbildningen grundas på tjänstereglementet för krigsmakten. Enligt detta skall läkare leda utbildningen av förbandets personal i sjukvårdstjänst enligt vederbörande chefs bestämmande samt handha utbildningen av underställd sjukvårdspersonal. I instruktionen för fältläkarkåren föreskrives att militärläkare skall handha till militärläkarbeställning hörande undervisning. Han skall vidare handleda vid förband tjänstgörande fast anställda läkare samt värnpliktiga läkare och tandläkare, som fullgör facktjänstgöring vid förbandet. Enligt uttrycklig föreskrift i instruktionen är regementsläkare vidare skyldig att avge förslag beträffande elever till utbildningskurser samt kan han beordras att leda för medicinalpersonal anordnade kurser och övningar. Slutligen föreskrives i tjänstereglementet för krigsmakten att sjuksköterska biträder vid utbildning i sjukvårdstjänst.

Frågan om förbandsläkarnas medverkan i sjukvårdsutbildningen har be-lysts såväl av militärsjukvårdskommittén (SOU 1947: 5 s. 85) som av militära läkarlöneutredningen (bet s. 45 ff) och läkarutredningen (SOU 1961: 63 s. 157 ff). Militärsjukvårdskommittén företrädde den principiella grundsynen att förbandsläkarens huvuduppgift borde bestå i att enligt vederbörande chefs bestämmande i fackmässigt hänseende planlägga, inspektera och kontrollera utbildningen. Läkarens direkta undervisningsskyldighet borde enligt kommittén begränsas till sådana delar som i och för sig fordrade en läkares fackkunskap. Militära läkarlöneutredningen uttalade, att den kvalificerade sjukvårdsutbildningen med hänsyn till dess krävande karaktär regelmässigt borde anförtros åt förbandsläkare, och läkarutredningen ansåg för sin del, att förbandsläkaren borde vara den självskrivne målsmannen för all utbildning i hälso- och sjukvård samt dessutom vara sakkunnig åt

den militäre chefen och utbildningsbefälet vid planläggningen av utbildningen och vid bedömningen av utbildningsresultaten.

För att skaffa sig en översiktlig bild över förbandsläkarnas ledning av och medverkan i sjukvårdsutbildningen har utredningen gått igenom förbandsinstruktionerna. Av genomgången har framgått att förbandsläkare ålagts medverka i utbildningsarbetet vid endast 21 av 74 förband. Vid flertalet förband synes sålunda ingen formell skyldighet föreligga för förbandsläkaren att leda eller genomföra ifrågavarande sjukvårdsutbildning, vilket givetvis icke hindrar att han i annan ordning av förbandschefen kan ha ålagts att medverka. Vikten av att läkarna deltar i sjukvårdsutbildningen har understrukits i utbildningsanvisningar, som utfärdats av försvarsgrenscheferna. För arméns del föreskrives sålunda att utbildningen i sjukvårdstjänst med undantag för trängregementena skall planläggas av förbandsläkaren och under denne ledas av sjukvårdsunderofficeren med biträde av övrigt sjukvårdsbefäl. Det har emellertid överlåtits åt den enskilde förbandschefen att bestämma i vad mån läkaren bör medverka. Faktiska förhållandet torde enligt erfarenheter som bestyrkes av iakttagelser gjorda av utredningen vara, att flertalet förbandsläkare medverkar i utbildningsarbetet i endast begränsad omfattning. Vid planläggningen av utbildningen, som vid armén regelmässigt utföres under ledning av förbandets utbildningsofficer, är förbandsläkarens medverkan f. n. att jämställa med den medicinske konsultens. Den inskränker sig sålunda till viss övervakning och rådgivning, främst i anslutning till förekommande förbandsövningar. Denna övervakning och rådgivning är emellertid i regel av ringa omfattning och förkommer icke alls vid vissa förband. Det torde t. ex. sällan förekomma att förbandsläkarna deltar i förbandschefernas utbildningskontroller eller på annat sätt kontrollerar resultatet av instruktörernas verksamhet. I själva utbildningsarbetet begränsas förbandsläkarnas medverkan oftast till att de håller dels vissa trupp-föredrag angående hygien m. m. främst i samband med de värnpliktigas inryckning, dels ett mindre antal föreläsningar för värnpliktiga sjukvårdsmän och sjukvårdare samt för truppbefälet i samband med befälets förbandsvis organiserade vidareutbildning. Sammanlagt kan antalet sådana föreläsningstimmor utom i enstaka undantagsfall uppskattas hittills ha uppgått till högt räknat ett trettiotal per utbildningsår. Genomförandet av utbildningen ankommer sålunda så gott som helt på sjukvårdsinstruktörer — främst underofficerare och underbefäl samt instruktionsskötorskor. En särställning intar i viss mån läkarna på aktiv stat vid krigsskolan, arméns underofficersskola, sjökrigsskolan, Berga örlogsskolor och krigsflygskolan. Vid skolorna bedrivs sjukvårdsutbildning av officerare, underofficerare samt blivande officerare och underofficerare. På vissa av dessa läkare faller en icke obetydlig undervisningsbörda; en av läkarna på aktiv stat vid Berga örlogsskolor sysslar enbart med undervisning; jfr kap. 5. 1. Undervisningsskyldigheten vid marinens sjukvårdsskola fullgöres f. n. av icke ständigt tjänstgörande militärläkare.

Beträffande förbandsläkarnas övriga åligganden kan nämnas att skyldigheten att avge förslag beträffande elever till vissa utbildningskurser endast mera sällan torde ha ett konkret innehåll. Skyldigheten att leda för medicinalpersonal anordnade kurser och övningar uttas genom att ett mindre antal förbandsläkare utnyttjas som kurschefer vid fackutbildningskurser för läkare och tandläkare. De erhåller härför ett mindre kurschefsarvode men biträdes inom armén regelmässigt av en militär kursadjutant, som bär huvudbördan av planeringsarbetet. Åliggandet att handha utbildningen av underställd sjukvårdspersonal inbegriper handledning av bl. a. de värnpliktiga läkare som fullgör del av sin facktjänstgöring inom förbandssjukvården. Denna handledning har icke formen av kursverksamhet utan utövas i den mån så prövas erforderligt som övervakning av det arbete de värnpliktiga läkarna utför vid läkarmottagningen och förbandssjukhuset samt som rådgivning i anslutning härtill. Verksamheten ingår som en integrerande del av förbandsläkarens verksamhet inom den öppna och slutna vården och kan icke tidsmässigt skiljas från denna. Utredningen anser sig kunna konstatera, att ifrågavarande övervakning ofta icke haft den omfattning, som i och för sig skulle vara motiverad med hänsyn till ifrågavarande värnpliktiga läkares ungdom och bristande erfarenhet.

Sammanfattningsvis vill utredningen uttala, att dess undersökningar klart visat, att förbandsläkarnas medverkan i sjukvårdsutbildningen hittills varit av relativt ringa omfattning. Även vid trängtrupperna, dit som ovan sagts huvuddelen av den kvalificerade sjukvårdsutbildningen är förlagd, har förbandsläkarnas medverkan i utbildningen i regel varit av ganska obetydlig omfattning. Behovet av läkarmedverkan vid trängförbanden har hittills nödtorftigt kunnat tillgodoses genom ianspråktagande av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller av värnpliktiga läkare. Utredningen vill i detta sammanhang peka på att arméöverläkaren för sin del under åberopande av rådande vakansläge inom fältläkarkåren rekommenderat, att värnpliktiga läkare under den del av den dagliga tjänstgöringstiden, som icke upptages inom sjukvården, bör utnyttjas som instruktörer och handledare av de militära instruktörerna och att de även i viss utsträckning bör frigöras från verksamheten vid läkarmottagningen för att kunna delta i heldagsövningar med sjukvårdsförband. Utredningen har emellertid konstaterat, att denna rekommendation ännu följes i endast begränsad utsträckning. De värnpliktiga läkare, som fullgör facktjänstgöring inom förbandssjukvården, har alltså icke annat än i undantagsfall deltagit i utbildningsarbetet, vilket innebär att de till skillnad från andra värnpliktiga ofta tjänstgjort under endast del av arbetsdagen.

4.2. *Krigs- och mobiliseringsplanläggning*

Planläggningen för krigssjukvården grundas på överbefälhavarens direktiv och anvisningar samt på en på grundval härav av försvarets sjukvårds-

styrelse utarbetad krigssjukvårdsplan. Enligt tjänstereglementet för krigsmakten är läkare vid förband skyldig att utföra krigsplanläggning på sjukvårdstjänstens område enligt vederbörande chefs närmare bestämmande. De lokala myndigheterna beröres emellertid i endast mycket begränsad utsträckning av denna planläggning. Planläggningen för olika slag av fasta anstalter, såsom krigssjukhus, sjukhus vid marinens och flygvapnets baser, sjukvårdsanstalter vid kustartilleriförsvaret m. m. åvilar sålunda till övervägande del de högre och lägre regionala cheferna, som emellertid i vissa fall delegerat planläggningsansvaret till underställda lokala myndigheter. Så är främst förhållandet vid flygvapnet. För marinens del är, såsom närmare utvecklas i kap. 5. 1, förhållandena såtillvida annorlunda, att vissa av de militärläkare på aktiv stat som förestår läkarmottagning tillika tjänstgör som stabsläkare vid marinkommando, försvarsområdesstab eller kustartilleriförsvaret, varigenom de ålagts krigsplanläggningsuppgifter. Inom flygvapnet tjänstgör f. n. 4 av flottilläkarna tillika som eskaderläkare och har i den egenskapen att biträda eskaderchefen med samordning av visst krigsplaneringsarbete inom sjukvårdens område. Planläggningen för rörliga sjukvårdsanstalter förekommer i huvudsak endast inom armén. Även denna planläggning utföres i regel under ledning av de regionala myndigheterna. I detaljplanläggningen deltar personal, som är krigsplacerad vid olika högre staber. De lokala myndigheterna beröres främst på så sätt, att de i mån av behov ställer personal, som i fred tjänstgör vid myndigheten och i krig är placerad vid nyssnämnda staber, till förfogande för att delta i rekognoserings- och uppgörelseplaner. Ifrågasvarande verksamhet bedrivs främst vid fältövningar och berör i första hand de läkare som är krigsplacerade som chefer för sjukvårdsavdelningar i högre staber. Endast en minoritet av förbandsläkarna är emellertid i dagens läge krigsplacerad i sådana befattningar. Flertalet har därför icke deltagit i ifrågasvarande verksamhet. I den mån sådant deltagande har förekommit torde dess omfattning icke annat än undantagsvis ha överstigit en vecka per år.

Utredningen övergår så till frågan om skyldigheten för förbandsläkare att medverka i mobiliseringsplanläggningen på sjukvårdstjänstens område. Även denna skyldighet stadgas i tjänstereglementet för krigsmakten. Mobiliseringsplanläggningen grundas på bestämmelser som utfärdats av vederbörande försvarsgrenschef i särskild mobiliseringsinstruktion. Enligt denna skall varje mobiliseringsmyndighet upprätta en plan för sjukvårdstjänsten. För att underlätta verksamheten har för arméns del arméöverläkaren utarbetat exempel på sådan plan, vilka tillställts arméns mobiliseringsmyndigheter. Vid mobiliseringsmyndigheten upprättas vidare särskild plan för mobiliseringsgruppchef samt s. k. mobiliseringskalender för varje mobiliseringsenhet. Planen för mobiliseringsgruppchef skall innehålla bl. a. sådana utdrag ur planen för sjukvårdstjänsten att gruppchefen kan övervaka mobiliseringsarbetet vid underställda mobiliseringsenheter och

samordna åtgärderna rörande sjukvårdstjänsten. Mobiliseringskalendern skall innehålla sådana utdrag ur planen för sjukvårdstjänsten, som erfordras för att chef för mobiliseringsenhet planenligt skall kunna mobilisera sitt förband.

Planen för sjukvårdstjänsten är sålunda grundläggande för hälso- och sjukvårdsverksamheten vid mobiliserade förband. Sjukvården vid mobiliseringsenheterna ombesörjes i första hand av de läkare, som är krigsplacerade vid enheterna, i andra hand av civila läkare i mobiliseringsortens närhet. I sistnämnda fall gör mobiliseringsmyndigheten framställning till vederbörande länsstyrelse, som i mån av tillgång ställer läkare till förfogande eller hänvisar till viss sjukvårdsanstalt. Planen för sjukvårdstjänsten skall bl. a. innehålla bestämmelser för

- prövning av krigstjänstedugligheten i samband med inryckning;
- förebyggande åtgärder för begränsning av smittsamma sjukdomar (skyddsypning, hygieniska föreskrifter, epidemiberedskap m. m.);
- anordnande av öppen vård för mobiliseringsenheterna;
- anordnande av sjukkvarter vid mobiliseringsgrupp och mobiliseringsdepå;
- förbandssjukhusets drift och eventuella förflyttning; samt
- tillgodoseende av behovet av sjuktransporter, sjukvårdsmateriel och läkemedel.

De angivna mobiliseringsförberedelserna sammanställas inom armén till huvudsaklig del vid förbandets mobiliseringsavdelning under ledning av mobiliseringsofficeren. Omfattningen av läkarens medverkan bestämmas av den enskilde förbandschefen. Läkarens insats kan därför variera betydligt mellan olika förband beroende på de krav som ställs av förbandschefen och på läkarens eget intresse. Utredningen har för att få en bild av omfattningen av läkarmedverkan gått igenom de instruktioner som av förbandscheferna utfärdats för förbandsläkarnas verksamhet. Av det genomgångna materialet framgår att förbandsläkarna ålagts medverka i mobiliseringsarbetet vid endast 13 av 74 förband tillhörande de tre försvarsgrenarna. Vid återstående 61 förband synes sådan skyldighet formellt icke föreligga. Självfallet är det möjligt att förbandsläkarna även vid vissa av sistnämnda förband på förbandschefens order eller på eget initiativ eller enligt gällande praxis deltar i mobiliseringsarbetet. Utredningen har emellertid den uppfattningen att förbandsläkarnas medverkan i mobiliseringsarbetet i regel är av ringa omfattning. Vid armén utföres arbetet till sin övervägande del vid mobiliseringsavdelningarna av icke medicinskt sakkunnig personal, som vid behov rådfrågar förbandsläkarna eller förbandets sjukvårdsinstruktörer. Planläggningen rörande tillgodoseendet av behovet av sjukvårdsmateriel utföres till väsentlig del av uppbörds mannen för sjukvårdsmateriel, d. v. s. i regel intendenturförrådsförvaltaren. I de fall läkaren ålagts

medverka i planläggningen anges uppgiften i regel i allmänna ordalag, som ger begränsat underlag för bedömning av dess konkreta innehåll.

Sammanfattningsvis är krigs- och mobiliseringsplanläggningen vid förbanden f. n., i varje fall inom armén, i huvudsak en militär angelägenhet. I den mån förbandsläkaren medverkat har hans roll i regel närmast varit att jämföra med den medicinske konsultens.

4.3. *Förvaltning m. m.*

Grundläggande bestämmelser för förvaltningen inom krigsmakten återfinnes i allmänt försvarsförvaltningsreglemente den 27 juli 1954 (SFS 1954:587 med ändr.). Bestämmelserna reglerar förvaltningens ändamål, förvaltningsmyndigheterna och deras åligganden, handläggningen av förvaltningsärenden hos regional och lokal förvaltningsmyndighet, ansvarskyldighet och besvär m. m. För sjukvårdsmaterieförvaltningen gäller vidare sjukvårdsmaterielreglemente den 30 juni 1958¹ och en av försvarets sjukvårdsstyrelse i anslutning till sistnämnda reglemente utfärdad sjukvårdsmaterielinstruktion. Innebörden av ifrågavarande bestämmelser är i korthet följande.

Förbandschef har i egenskap av lokal förvaltningsmyndighet att tillse att förvaltningen av sjukvårdsmateriel handhas enligt utfärdade reglementen och föreskrifter, att freds- och krigsutrustning finnes i erforderlig omfattning och att materielen vårdas på ändamålsenligt sätt. Förbandschefen biträdes av en förvaltningsgrenschef, som är den till tjänsteställningen främste läkaren vid förbandet. Vid förvaltningsmyndighet, där läkare icke finnes, tjänstgör i regel intendenten som förvaltningsgrenschef. Vid marinen råder särskilda förhållanden. Sjukvårdsförvaltningen vid kustartilleriförbanden ombesörjes av den till kustartilleriförsvarsstaben knutna sjukvårdsförvaltningen, för vilken vederbörande stabsläkare är chef. Till vardera marinkommande Ost, Syd och Väst är likaledes en sjukvårdsförvaltning knuten med stabsläkare som chef. Förvaltningsgrenschefen åligger bl. a. att kontrollera sjukvårdsmaterielens krigsduglighet, vård och underhåll, att genom inspektioner förvissa sig om att förrådspersonalen är väl förtrogen med sina åligganden och att utfärda erforderliga förvaltningsgrensanvisningar. Förvaltningsgrenschefen förvaltar vidare till förfogande ställda medel för underhåll och vård av sjukvårdsmateriel. Materielbehovet tillgodoses i huvudsak genom beställning hos försvarets sjukvårdsstyrelse. Beställningen grundas ännu i viss utsträckning på lokalt utförda behovsberäkningar, vilka enligt gällande föreskrifter skall prövas av förvaltningsgrenschefen. Lokal förvaltningsmyndighet äger även själv anskaffa mindre mängder materiel, som icke tillhandahålles av försvarets sjukvårdsstyrelse. Förbandschefen delegerar regelmässigt beslutanderätten i sådana ärenden till för-

¹ Reglementet är intaget i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1958 nr 43).

valtningsgrenschefen. Vid förvaltningsmyndigheten skall slutligen finnas en uppördsman för sjukvårdsmaterielen. Denne lyder direkt under förvaltningsgrenschefen. Vid flertalet förband är intendenturförrådsförvaltaren uppördsman. Vid trängregemente, vissa marinkommandon och ett par av kustartilleriförsvaren finnes särskild uppördsman — sjukvårdsförrådsförvaltare eller sjukvårdsunderofficer. Vid försvarsområdesstaberna, där intendenten i regel är förvaltningsgrenschef, tjänstgör intendenturförrådsförvaltare eller förrådsunderofficer som uppördsman. Uppördsmannen har närmast under förvaltningsgrenschefen ansvaret för förrådsupplagd sjukvårdsmateriel. Till hans förfogande står viss förrådspersonal. Vid flertalet förband disponeras denna gemensamt av intendentur- och sjukvårdsmaterieluppördsmannen. Vid vissa förband, bl. a. trängregementena, disponeras särskild förrådspersonal för sjukvårdsmaterielen.

I egenskap av förvaltningsgrenschef förvaltar den vid förbandet tjänstgörande främste förbandsläkaren (vid marinen stabsläkaren) även sjukvårdsanslaget. Enligt tillämpningsbestämmelser till allmänt försvarsförvaltningsreglemente bör chef för sjukvårdsavdelning av förbandschefen bemyndigas att besluta om personalen tillkommande ersättningar för sjukvård. Sådant bemyndigande lämnas enligt gällande praxis regelmässigt den främste vid förbandet tjänstgörande läkaren. Sådana förbandsläkare fattar sålunda utanordningsbeslut avseende ersättningar för vård vid civila lasarett och mottagningar, för specialistvård och specialbehandling (t. ex. avseende massage och kortvågsbehandling), för sjuktransporter samt för läkemedel som inköpts från civilapotek. I ifrågavarande verksamhet biträdes han av den expeditionsföreståndare, som tjänstgör vid läkarmottagningen.

De angivna förvaltningsföreskrifterna kompletteras av särskilda bestämmelser i tjänstereglementet för krigsmakten och instruktionen för fältläkarkåren. Allmänt säges att varje läkare skall vidta eller föreslå erforderliga åtgärder rörande sjukvårdstjänsten. Enligt instruktionen åligger det militärläkare att anskaffa för hälso- och sjukvården vid förbandet erforderliga läkemedel. Regementsläkare har att ansvara för vården av sjukvårdsmaterielen vid förbandet samt med biträde av sjukvårdsunderofficer och sjukvårdsunderbefäl ombesörja underhåll, vård och redovisning av denna materiel. Vidare skall regementsläkare handlägga och inför regementschefen föredra samt till verkställighet befordra de ärenden som enligt gällande föreskrifter tillhör regementsläkarens föredragning, varvid dock regementsläkaren äger själv avgöra ärenden som faller inom läkarvetenskapens område.

Utredningen har undersökt i vad mån här refererade bestämmelser tillämpas. Härvid har utnyttjats erfarenheter, som samlats inom försvarets sjukvårdsstyrelse. Av intresse i förevarande sammanhang är närmast att kartlägga omfattningen av läkarmedverkan ifråga om sjukvårdsmaterieförvaltningen. Kartläggningen avser främst förhållandena inom armén

och marinen. Vid vissa av de förband där särskild sjukvårdsförrådsförvaltare finnes har den praxis utbildats att denne med förbigående av läkaren är föredragande hos förbandschefen. Sjukvårdsförrådsförvaltaren fungerar sålunda vid dessa förband de facto som förvaltningsgrenschef för materielärenden. Vid övriga förband, där förbandsläkare är förvaltningsgrenschef, torde centralt utfärdade förvaltningsbestämmelser följas. Förbandsläkaren fattar sålunda erforderliga förvaltningsbeslut men hinner i varje fall vid de större förbanden, där mobiliseringsförråden är omfattande och spridda över stor yta, endast i undantagsfall kontrollera materielens krigsduglighet samt ändamålsenliga vård och förvaring. Han torde vidare icke annat än i undantagsfall hinna företa inspektioner för att förvissa sig om att förrådspersonalen är väl förtrogen med sina åligganden. Ej heller torde i regel förvaltningsgrensanvisningar ha utfärdats. Behovsberäkningar för materielbeställningar utarbetas regelmässigt av uppördsmannen. Förbandsläkarens prövning av utförda behovsberäkningar torde i huvudsak inskränka sig till läkemedel och sjukvårdsmateriel, som erfordras för verksamheten vid läkarmottagningen och driften av förbands sjukhuset. Materielredovisningen sker i regel gemensamt för sjukvårds- och intendenturmaterielen och enligt de bestämmelser som gäller för sistnämnda materiel. Frågor rörande förvaltningen av sjukvårdsanslagen torde i betydande omfattning delegeras till expeditionsföreståndaren. Utredningen har sålunda funnit, att förbandsläkarnas medverkan i förvaltningsverksamheten särskilt inom armén hittills huvudsakligen varit av formell natur.

Det må vidare pekas på att förbandsläkare är skyldig att fullgöra vissa expeditionella göromål som anknyter till förvaltningsverksamheten. Enligt instruktionen för fältläkarkåren skall sålunda regementsläkare till arméöverläkaren avge årsberättelse över sjukvårdstjänsten vid förbandet samt föra rullor över sjukvårdspersonalen och ansvara för att anteckningar föres såväl över varje sjukdomsfall som över de allmänna hälso- och sjukvårdsförhållandena vid förbandet. Förbandsläkaren handlägger även sjukkasseärenden samt besvarar i undantagsfall remisser. Dessa göromål delegeras i stor utsträckning till underordnad personal, främst expeditionsföreståndaren.

Förbandsläkare kan kallas till vissa sammanträden inom förbandet, nämligen till dels »regementsrapport», dels sammanträde med förbandsnämnd och skyddskommitté. Regementsrapport äger i regel rum en gång i veckan. I rapporten deltar regelmässigt, förutom förbandschefen, bl. a. bataljonscheferna och förvaltningsgrenscheferna. Ändamålet med rapporten är att lämna ömsesidig orientering och ge förbandschefen tillfälle att dra upp riktlinjer för närmast förestående verksamhet inom utbildnings- och förvaltningsorganisationen. Förbandsnämnden är ett organ för förbandschefens meddelande av information och ett forum för framförande av de värnpliktigas frågor, klagomål och förslag. Förbandsnämnden är icke något

beslutande organ. Den sammanträder i regel en gång i månaden. Skyddskommitté skall finnas inrättad i enlighet med arbetarskyddslagens bestämmelser. Den är ett samarbetsorgan i arbetarskyddsfrågor mellan arbetsgivare och arbetstagare och skall verka för sundhet och säkerhet på arbetsplatserna. Formell skyldighet för förbandsläkare att delta i ifrågavarande sammanträden föreligger icke. Utredningen har emellertid undersökt i vilken utsträckning förbandsläkare deltar i regementsrapporten. Av genomgångna förbandsinstruktioner framgår att förbandsläkare synes vara skyldig deltaga vid endast 3 av 74 förband. Vid förband, där sjukvårdsförvaltare finnes, deltar denne i vissa fall i läkarens ställe i rapporten. Till sammanträden med förbandsnämnd och skyddskommitté torde förbandsläkaren endast kallas undantagsvis.

4.4. Jour- och beredskapstjänst

Läkare vid förband är enligt tjänstereglementet för krigsmakten skyldig att delta i militär jourtjänst för läkare. Med jourtjänst förstås i detta sammanhang skyldighet för läkare att utöver fastställd arbetstid befinna sig inom räckhåll för kallelse per telefon samt att vid behov omgående kunna träda i tjänstgöring. I de fall förbandsläkaren är ensam läkare och annan militärläkare eller värnpliktig läkare icke finnes tillgänglig måste förbandsläkaren alltså ständigt vara anträffbar. Militärsjukvårdskommittén (SOU 1947:5 s. 87 f) fann denna uppgift betungande men framhöll, att vid bestämmande av jourtjänstens omfattning kravet på att den sjukvårdande verksamheten vid förbandet skulle tillgodoses måste tillfredsställas. Den inskränkte sig därför till att föreslå att förbandsläkare skulle befrias från jourtjänst 15 dagar årligen. På plats där endast en förbandsläkare fanns förutsattes att civil läkare skulle anlitas under erforderlig tid. På övriga platser borde juren kunna ordnas genom tjänstgöring även vid annat förband inom garnisonsorten. Militära läkarlöneutredningen (bet. s. 40 ff) anslöt sig till detta förslag, som innebar att förbandsläkaren kunde beredas frihet från jourtjänst under i det närmaste var tredje sönd- eller helgdag. Förslaget har emellertid icke föranlett annan åtgärd än att jourtjänsten samordnats inom en och samma garnisonsort. Garnisonschef skall enligt tjänstereglementet för krigsmakten fördela jourtjänsten mellan förbanden inom garnisonen, och enligt de år 1953 utfärdade provisoriska bestämmelserna rörande tjänstgöringstid m. m. för vissa militärläkare i fred¹ skall förbandsläkare på en och samma ort eller på angränsande orter, i den mån förhållandena det medger, sinsemellan fördela förekommande jourtjänst.

Den jourtjänstbörda som f. n. åvilar förbandsläkare är i huvudsak begränsad till inskränkt rörelsefrihet. Jourtjänst förekommer sålunda icke på

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1953 nr 52 med ändr.).

förbandssjukhuset. Det förekommer vidare endast mera sällan, att förbandsläkaren på icke tjänstetid kallas till förbandet för att ta hand om jourfall. Detta sammanhänger främst med att de på förbandssjukhuset intagna, som utredningen tidigare påvisat, med sällsynta undantag lider av okomplicerade sjukdomar. Fall av häftigt insjuknande eller kraftigt försämrat sjukdomstillstånd kan givetvis förekomma. De överföres emellertid i regel snabbt direkt till närmaste lasarett utan att förbandsläkaren eller annan läkare vid förbandet personligen behöver ingripa. Motsvarande gäller i allmänhet även svårare olycksfall.

För sjuksköterske- och sjukvårdsbiträdespersonalen fullgöres jourtjänsten enligt vederbörande förbandsläkares bestämmande. För berörda personalgrupper innebär denna tjänst skyldighet att befinna sig på arbetsplatsen eller i för jourtjänst godkänd närbelägen bostad. Jourtjänst i form av skyldighet att befinna sig inom räckhåll för kallelse per telefon förekommer också. I regel upprätthåller undersköterska eller sjukvårdsbiträde jour på förbandssjukhuset, medan översköterska medgivits rätt att uppehålla sig i sitt hem. Undantag utgör de förbandssjukhus, som är gemensamma för flera förband. Vid dessa finnes i regel även översköterska i jour på förbandssjukhuset. Flera översköterskor har då möjlighet avlösa varandra, eftersom samtliga förbandssjuksköterskor inom garnison är skyldiga att delta i sådan jour.

Medverkan av läkare i övningar inom eller utom förläggningssorten kan vara aktuell därför att övningen är av sådan farlig beskaffenhet att läkare bör närvara för att ingripa vid en olycka. Sådan skyldighet, som här benämnes beredskapstjänst, förekommer i viss utsträckning. I säkerhetsinstruktionen för armén stadgas sålunda att vid stridsskjutning, vari mer än 500 man deltar, läkare skall finnas tillgänglig inom övningsområdet. Förbandschef må dock vid personalbrist medge avsteg från denna regel, en möjlighet som icke sällan torde utnyttjas. Vid viss flygverksamhet bl. a. i samband med nattflygningar upprätthålles läkarberedskap vid flottilj (flygbas). Sådan beredskapstjänst är särskilt omfattande vid krigsflygskolan. Det föreskrives emellertid inte att beredskapstjänst skall utföras av militärläkare. Något tjänsteåliggande att delta i nyssnämnda beredskapstjänst kan icke anses föreliggande för förbandsläkarna. Enligt utredningens erfarenhet är också frekvensen av övningar, under vilka läkare medverkar eller bindes till läkarmottagningen, f. n. ringa med undantag för dels vissa kortare övningsperioder inom flygvapnet, dels vissa stridsskjutningsperioder vid skjutskolor.

Personal för förbandssjukvården m.m.

5.1. Läkare på aktiv stat

Av den i föregående kapitel lämnade redogörelsen för förbandssjukvården och övriga läkaruppgifter vid förbanden framgår att dessa göromål i första hand avses skola ombesörjas av läkare på aktiv stat med placering vid förband. I föreliggande avsnitt redovisar utredningen beträffande dessa läkare personaltillgången, utbildningskrav för freds- och krigstjänstgöringen samt anställnings- och tjänstgöringsförhållanden.

Inom *armén* ingår förbandsläkarna i fältläkarkåren och utgöres av regementsläkare och bataljonsläkare. I gällande personalförteckning för fältläkarkåren upptas 38 beställningar för regementsläkare. Såsom framgår av *bilaga 1* finnes en sådan beställning vid varje infanteri-, pansar-, artilleri- och trängregemente samt vid vardera Lv 3 (Norrtälje), Lv 4 (Malmö), Lv 6 (Göteborg), Ing 1 (Solna), S 1 (Uppsala) och S 2 (Karlsborg). Vid flertalet av förbanden, bl. a. vid varje infanteri-, artilleri- och trängregemente, finnes jämväl beställning för bataljonsläkare; vid vardera I 1 (Solna) och A 8 (Boden) finnes två sådana beställningar. Vid de förband med egen läkarmottagning, där regementsläkarbeställning icke finnes, är i stället bataljonsläkarbeställning inrättad. Vissa förband, som har läkarmottagning gemensam med andra förband, såsom P 5 (Boden), Lv 2 (Visby) och S 3 (Boden), saknar egen beställning för förbandsläkare. Samma är förhållandet med de utbildningsanstalter som är knutna till förband med ett undantag — infanteriets stridsskola. Att ett fåtal andra utbildningsanstalter — såsom arméns rid- och körskola, tygförvaltningsskolan, artilleriskjutskolan och luftvärnsskjutskolan — också saknar beställning för förbandsläkare har redovisats i kap. 3. 1. Förbandsläkarna inom *armén* tjänstgör regelmässigt även som tjänsteläkare. Vid vissa två-läkarförband har dock tjänsteläkarverksamheten koncentrerats till en av förbandsläkarna. Såsom förut framhållits råder särskilda förhållanden i Visby och Boden. Vid A 7 och Lv 2 (Visby) fullgöres förbandsläkarfunktionen av den fältläkare, som är stabsläkare vid VII. militärbefälsstaben. Värnpliktsmottagningen skötes emellertid av värnpliktig läkare. För I 19 med P 5 och S 3 samt A 8 och Ing 3 (Boden) är för civila tjänstemän och kollektivavtalsanställd personal en särskild gemensam tjänsteläkarmottagning inrättad, vilken förestås av den fältläkare, som är stabsläkare vid VI. militärbefälsstaben. Detta

sammanhänger med att de 6 regements- och bataljonsläkarna i Boden enligt avtal med Norrbottens läns landsting tillika tjänstgör som underläkare vid centrallasarettet (prop. 1956:109). Dessa regements- och bataljonsläkare erhåller härför av landstinget ett tilläggsarvode motsvarande 50 % av militärläkarlönen. Vidare skall högst 6 av lasarettets övriga underläkare vara skyldiga att som extra bataljonsläkare biträda vid förbands-sjukvården inom garnisonen och äger härför av statsverket uppbära arvode motsvarande 50 % av bataljonsläkarlönen i lägsta löneklass. Av de angivna 38 beställningarna för regementsläkare är f. n. (den 1 januari 1964) 4 vakanta, nämligen vid I 4 (Linköping), I 21 (Sollefteå), A 1 (Linköping) och A 4 (Östersund). Av de 46 beställningar för bataljonsläkare som avses för tjänstgöring vid förbanden är icke mindre än 22 eller nära hälften vakanta. Den ena beställningen vid I 1 har sålunda icke kunnat besättas liksom icke heller beställningarna vid I 4 (Linköping), I 5 (Östersund), I 12 (Eksjö), I 14 (Gävle), I 20 (Umeå), I 21 (Sollefteå), K 4 (Umeå), P 10 (Strängnäs), P 18 (Visby), A 1 (Linköping), A 4 (Östersund), A 6 (Jönköping), A 8 (Boden), Lv 5 (Sundsvall), Lv 7 (Luleå), S 1 (Uppsala), T 1 (Linköping), T 2 (Skövde), T 3 (Sollefteå), infanteriets stridsskola samt arméns jägarskola.

Förbandsläkarna vid *marinen* — marinläkare av 1. graden i Ao 23 och Ao 21 — ingår i marinläkarkåren. I flera fall fullgöres förbandsläkarfunktioner av ständigt tjänstgörande militärläkare med placering i stab. Såsom framgår av kap. 3. 1 finnes läkarmottagningar vid marinkommande Ost med Stockholms örlogsvarv, marinkommando Syd med Karlskrona örlogsskolor, marinkommando Väst med Göteborgs örlogsvarv, KA 1 (Vaxholm), KA 2 (Karlskrona), KA 3 (Fårösund), KA 4 (Göteborg) och KA 5 (Härnösand) samt vid Berga örlogsskolor och sjökrigsskolan. Vid marinkommando Ost med Stockholms örlogsvarv förestås läkarmottagningen för värnpliktiga och tjänsteläkarmottagningen av marinläkare av 1. graden i Ao 21. Denne har icke stabsläkaruppgifter. Civila tjänstemän och kollektivavtalsanställd personal är här hänvisade till anvisningsläkare. Vid marinkommandot finnes även, såsom närmare redovisats i kap. 3. 2, en i marinläkarkåren ingående arvodesanställd ögonläkare. Värnpliktsmottagningen vid marinkommando Syd med Karlskrona örlogsskolor förestås av en marinläkare av 1. graden i Ao 23. Denne har vid sin sida — förutom icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktig läkare — en marinläkare av 1. graden i Ao 21, som omhänderhar tjänsteläkarverksamheten och den slutna vården vid det till marinkommandot knutna förbandssjukhuset, som benämnes flottans sjukhus. Dessa läkare har icke stabsläkarfunktioner. Vid marinkommando Väst med Göteborgs örlogsvarv förestår stabsläkaren vid marinkommandot, som är marinläkare av 1. graden i Ao 23, värnpliktsmottagningen och är tillika tjänsteläkare. Civil personal är dock också här hänvisad till anvisningsläkare. Tyngdpunkten i marinläkarens arbete ligger

därför på stabsläkarfunktionen. De läkare som tjänstgör inom förbands-sjukvården vid KA 1, KA 2 och KA 4 redovisas i staben vid fo 46 med Stockholms kustartilleriförsvaret, fo 15 med Blekinge kustartilleriförsvaret respektive fo 32/31 med Göteborgs kustartilleriförsvaret. Vid KA 1 skötes värnpliktsmottagningen till huvudsaklig del av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktig läkare, medan tjänsteläkar- och utbildningsverksamheten ombesörjes av marinläkare av 1. graden i Ao 21. Detta sammanhänger med att förste marinläkaren enbart tjänstgör som stabsläkare och förvaltningsgrenschef vid fo 46 med Stockholms kustartilleriförsvaret och således ej alls medverkar inom förbandssjukvården vid KA 1. Däremot förestår den förste marinläkare, som är stabsläkare och förvaltningsgrenschef vid fo 15 med Blekinge kustartilleriförsvaret, tjänsteläkarmottagningen vid KA 2, medan värnpliktsmottagningen där till följd av att beställningen för marinläkare av 1. graden i Ao 21 är vakant till huvudsaklig del skötes av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktig läkare. Vid KA 4 tjänstgör en marinläkare av 1. graden i Ao 21 som förbandsläkare; icke heller här har den i staben vid fo 32/31 med Göteborgs kustartilleriförsvaret placerade stabsläkaren, som är marinläkare av 1. graden i Ao 23, några funktioner inom förbandssjukvården. Han omhänderhar emellertid del av tjänsteläkarverksamheten och är förvaltningsgrenschef. Vid ettvar av de återstående kustartilleriförbanden, KA 3 och KA 5, är en marinläkare av 1. graden i Ao 23 förbandsläkare, vilken tillika är placerad i Gotlands kustartilleriförsvaret respektive marinkommando Nord med Norrlands kustartilleriförsvaret. Tyngdpunkten i dessa båda läkares arbete ligger på stabsläkarfunktionen; förbandssjukvården har i icke obetydlig omfattning ombesörjts av icke ständigt tjänstgörande militärläkare och värnpliktiga läkare. Slutligen tjänstgör som förbandsläkare vid Berga örlogsskolor en marinläkare av 1. graden i Ao 21 samt som förbandsläkare vid sjökrigsskolan en marinläkare av 1. graden i Ao 21. Till den förres förfogande står regelmässigt icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktiga läkare. Vid Berga örlogsskolor finnes dessutom en marinläkare av 1. graden i Ao 23, som enbart utnyttjas för utbildningsverksamhet. Av förenämnda beställningar är en vakant, nämligen beställningen för marinläkare i Ao 21 vid staben i fo 15 med Blekinge kustartilleriförsvaret. Sammanlagda antalet förbandsläkarbeställningar vid marinen kan såsom framgår av ovanstående icke anges exakt, eftersom vissa läkare tillika är stabsläkare i marinkommando- och försvarsområdesstaber.

Inom *flygvapnet* slutligen redovisas förbandsläkarna — förste flygläkare och flygläkare av 1. graden — på flygvapnets stat. Beställning för förste flygläkare finnes såsom framgår av *bilaga 1* inrättad vid envar av F 11 (Nyköping), F 16/20 (Uppsala), F 21 (Kallax) och krigsflygskolan. Vid envar av F 21 och krigsflygskolan finnes jämväl beställning inrättad för flygläkare av 1. graden. Vid varje övrig flottilj eller flygkår finnes beställ-

ning för flygläkare av 1. graden, vilken tjänstgör som förbandsläkare. Förbandsläkarna vid F 9 (Säve), F 10 (Barkåkra), F 11 och F 21 är tillika eskaderläkare och har i denna egenskap viktiga krigsplaneringsuppgifter. Sammanlagt disponeras 4 beställningar för förste flygläkare och 17 beställningar för flygläkare av 1. graden vid förbanden. Vakanser föreligger icke.

Av det anförda framgår att för läkaruppgifter vid förbanden i första hand tas i anspråk regementsläkare och bataljonsläkare i fältläkarkåren, marinläkare av 1. graden i marinläkarkåren och flygläkare av 1. graden i flygvapnet. Vid några förband ombesörjes vissa läkaruppgifter av fältläkare, förste marinläkare och förste flygläkare. När utredningen nu lämnar en redogörelse för utbildningskraven för beställningarna bortses från fältläkare och förste marinläkare, vilkas arbetsuppgifter väsentligen ligger på regional nivå. Som en bakgrund till utredningens redogörelse må nämnas att flertalet regementsläkare och bataljonsläkare inom fältläkarkåren är krigsplacerade som depåläkare, medan endast ett mindre antal avses skola tjänstgöra som fördelningsläkare, brigadläkare, försvarsområdesläkare eller läkare vid etappförband. Marinläkare av 1. graden är i regel krigsplacerade som stabsläkare, medan flygläkare av 1. graden till största delen sättes i krigsbefattning som sektorläkare eller som 1. basläkare vid flygbas. Den senare fullgör även stabsgöromål och är ansvarig för den flygande personalen.

För att bli anställd som regementsläkare, bataljonsläkare, marinläkare av 1. graden eller flygläkare av 1. graden fordras i medicinskt hänseende att vederbörande uppfyller gällande fordringar för behörighet som provinssiälläkare. Någon medicinsk vidareutbildning av betydelse erhålles icke inom krigsmakten annat än inom flyg- och navalmedicinen. Deltagande i av medicinalväsendet anordnad fortbildning är frivilligt och förutsätter att vederbörande läkare erhåller tjänstledighet med C-avdrag. I militärt hänseende uppställes endast krav på genomgången fackutbildningskurs i samband med värnpliktstjänstgöring och minst två månaders facktjänstgöring. Vidare förutsättes att vederbörande äger sådan kroppsbeskaffenhet, som enligt besiktningsreglementet erfordras för fast anställning vid krigsmakten. För beställningar inom marinen fordras härjämte vitsord om duglighet till sjötjänst.

Inom armén fordras härutöver för tillträdande av regementsläkarbeställning 2 års tjänstgöring som bataljonsläkare samt att militärläkarkurs genomgått. Denna kurs, som anordnas vartannat eller vart tredje år, varar ca 55 dagar och omfattar bl. a. utbildning i taktik och stabstjänst, pedagogik, författnings- och förvaltningskunskap, truppläkartjänst, skydd mot särskilda stridsmedel, hygien samt sjukvårdsmaterieltjänst. Regements- och bataljonsläkare inom armén kommenderas enligt frivilligt åtagande vidare till vissa fortbildningskurser. Sålunda har nyligen startats en årligen åter-

kommande kurs i modern krigssjukvård om 10—12 dagar, under vilken meddelas utbildning i såväl militära som militärmedicinska ämnen. Vidare anordnas kurs för brigad- och fördelningsläkare samt försvarsområdesläkarkurs om vardera ca 7 dagar; dessa kurser har till ändamål att förbereda vederbörande läkare för krigsbefattningen. Läkarfältövning om ca 8 dagar anordnas årligen inom ett av militärområdena för i huvudsak de läkare som är krigsplacerade i stabsbefattningar vid förband vilka uppsättes inom detta eller angränsande militärområden. Eftersom ifrågavarande befattningar i övervägande grad beklädes av icke ständigt tjänstgörande militärläkare och värnpliktiga läkare, deltar ett stort antal sådana läkare i nyssnämnda kurser. Kursverksamhetens målsättning är att förbandsläkare vid armén skall genomgå någon av nyssnämnda kurser minst en gång vart tredje år.

Inom marinen är genomgången marinläkarkurs en förutsättning för anställning som marinläkare av 1. graden. Vid denna kurs, som varar ca 6 veckor och ordnas vart tredje år, behandlas ubåts- och navalmedicin, medicinska skadeverkningar till följd av moderna vapen samt stabs- och underhållstjänst. Vidare anordnas årligen stabsläkarkurser under ca en vecka.

Beträffande flygvapnet är genomgången flygläkarkurs en förutsättning för anställning som flygläkare av 1. graden. Kursen varar 4—5 veckor och huvudvikten lägges vid flygmedicin, stabs- och underhållstjänst samt bastjänst. Vidare fullgör såvitt möjligt samtliga ständigt tjänstgörande militärläkare inom flygvapnet en baskurs om 8—10 dagar och en flygkurs för flygläkare om ca 2 månader. Under baskursen behandlas underhållstaktiska samt sjukvårdstaktiska och sjukvårdstekniska problem vid flygbas. Flygkursen för flygläkare är uppdelad på 2 år med första perioden om 4 veckor på krigsflygskolan och andra perioden om likaledes 4 veckor på flottilj. Slutligen anordnas årligen repetitionskurser (stabskurser) för flygläkare under 2—3 dagar.

Slutligen redovisar utredningen anställnings- och tjänstgöringsförhållandena för de läkare på aktiv stat som fullgör läkaruppgifter vid förbanden.

Dessa militärläkare innehar civilmilitära beställningar i lönegrad Ao 21 (bataljonsläkare, marinläkare av 1. graden och flygläkare av 1. graden), Ao 23 (regementsläkare, marinläkare av 1. graden och förste flygläkare), eller Ao 25 (fältläkare och förste marinläkare). Bataljonsläkare, marinläkare av 1. graden i Ao 21 och flygläkare av 1. graden har kaptens tjänsteklass, regementsläkare, marinläkare av 1. graden i Ao 23 och förste flygläkare har majors tjänsteklass, medan fältläkare och förste marinläkare har överstelöjtnants tjänsteklass. På sätt närmare redovisats i kap. 3.2 uppbär militärläkare, som är tjänsteläkare, jämväl inkomster av tjänsteläkarverksamheten. Utredningen har från förbandens kassaavdelningar infordrat uppgifter på storleken av de arvoden m. m. som utbetalats till

tjänsteläkare budgetåret 1962/1963. Av uppgifterna framgår att för arméns vidkommande regementsläkarna med ett fåtal undantag har större inkomster av tjänsteläkarverksamheten än bataljonsläkarna, ett förhållande som bekräftar att tjänsteläkarmottagningen merendels skötes av den äldste läkaren vid förbandet. Årsinkomsterna av tjänsteläkarverksamheten i form av arvode samt ersättning för vård och intygsgivning uppgår vid armén i genomsnitt till 7 700 kronor för regementsläkare och till 2 200 kronor för bataljonsläkare. För flottans del kan inget rättvisande medelvärde anges, bl. a. därför att anvisningsläkare utnyttjas för den civila personalen vid marinkommando Ost med Stockholms örlogsvarv och marinkommando Väst med Göteborgs örlogsvarv. Inom kustartilleriet uppgår genomsnittsinkomsten av tjänsteläkarverksamheten till 6 100 kronor och inom flygvapnet till 5 100 kronor. Stora individuella variationer förekommer emellertid.

Lönerna för förbandsläkarna har fastställts under hänsynstagande till att de är deltidsanställda och förutsättes skola utöva enskild praktik. Vikten av att militärläkarna beredes tillfälle till enskild praktik har starkt understrukits vid skilda tillfällen. I samband med att fältläkarkåren omorganiserades år 1911 sköts sålunda denna synpunkt i förgrunden. Frågan har där- efter bl. a. upptagits av militärsjukvårdskommittén (SOU 1947: 5 s. 89 ff) och militära läkarlöneutredningen (bet. s. 34 ff). Läkarlöneutredningen uttalade att den sedan lång tid tillbaka tillämpade anordningen med kombination av militärläkartjänst och privatpraktik var ur olika synpunkter ändamålsenlig och att det således var angeläget att militärläkarnas rätt att bedriva enskild praktik lämnades oinskränkt. Enahanda synpunkter har anlagts av statsmakterna, vilket framgår av att i Boden, där möjligheterna till enskild praktik är begränsade, såsom ovan redovisats, särskilt avtal träffats med landstinget om kombination av regements- och bataljonsläkarbeställning med underläkartjänst vid centrallasarettet. I syfte att bereda militärläkarna vid förbanden möjligheter att utöva enskild praktik har på förslag av militärsjukvårdskommittén och militära läkarlöneutredningen Kungl. Maj:t år 1953 utfärdat provisoriska bestämmelser rörande tjänstgöringstid m. m. för vissa militärläkare i fred.¹ Bestämmelserna innebär att arbetstiden för militärläkare, som är placerad till tjänstgöring vid förband, fastställts till i medeltal 4 timmar per helgfri dag. Bestämmelserna kompletterades år 1962 med föreskrift² av innebörd att arbetstiden skulle utgöra 24 timmar i veckan, varjämte vederbörande myndighet bemyndigades att fördela arbetstiden på sådant sätt att lördagarna blev tjänstefria. Att militärläkare härutöver är skyldig att delta i militär jourtjänst för läkare har berörts i kap. 4. 4. Hänsyn till denna arbetsprestation har tagits genom att veckoarbetstiden för förbandsläkare är 6 timmar kortare än för de militärläkare som icke är

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1953 nr 52 med ändr.).

² Föreskrifterna är intagna i försvarets sjukvårdstyrelsens tjänstemeddelanden (Tsjev 1962 nr 11).

förbandsläkare. Det föreskrives vidare att militärläkare vid förbanden inom ramen för veckoarbetstiden skall svara för sjukvården i fråga om sådan krigsmakten tillhörande fast anställd militär och civilmilitär personal samt värnpliktiga, som tjänstgör vid förbandet eller hänvisats dit för sjukvård. Av denna föreskrift framgår att i veckoarbetstiden icke får inräknas den del av verksamheten vid tjänsteläkarmottagning som har avseende på civil och kollektivavtalsanställd personal. Uttrycklig erinran härom är intagen i de förenämnda provisoriska arbetstidsbestämmelserna. Utredningen vill emellertid framhålla, att tjänsteläkarmottagningen av praktiska skäl och med hänsyn till önskemål från personalorganisationerna är ordnad gemensamt för militär och civil personal och i regel förlagts till förmiddagen. Med hänsyn härtill är det svårt att åtskilja arbetsinsatserna för den ena eller andra personalgruppen. Enligt utredningens på egna erfarenheter grundade mening torde med få undantag hela den för tjänsteläkarverksamheten erforderliga arbetstiden i praktiken inräknas i läkarens veckoarbetstid.

De ovan återgivna arbetstidsföreskrifterna utvisar jämväl att tjänstgöringsskyldigheten för förbandsläkare förutsättes fullgöras vid det förband där han är placerad. Sådan läkare är emellertid jämväl skyldig att bestrida sjukvård vid annat förband inom eller utom förläggningssorten. Föreskrift härom har intagits i tjänstereglementet för krigsmakten och för bataljonsläkares vidkommande jämväl i instruktionen för fältläkarkåren. Skyldigheten torde uttas endast vid tillfälligt, oförutsett förfall för ensamläkare. Härvid torde inom armén bataljonsläkare vid förband inom samma garnisonsort beordras upprätthålla befattningen ifråga. Denne läkare ersättes i sin tur snarast av inkallad värnpliktig läkare. I övriga fall fylles vakans tillfälligt av förbandets andre läkare, till vars hjälp värnpliktig läkare snarast inkallas. Blir förfallet varaktigt brukar arvodesanställd eller reservanställd militärläkare inkallas till tjänstgöring och avlöser då den militärläkare, som beordrats upprätthålla läkartjänst vid annat förband. Uppstår förfallet vid en-läkarförband på ort, där annat förband icke finnes, täckes vakansen övergångsvis genom att avtal träffas med civil läkare i orten. Det förekommer alltså icke enligt gällande praxis, att förbandsläkare tvångskommenderas utanför stationeringsorten för att bestrida läkarvård vid annat förband. Anledningen härtill torde vara, att man vid sådant förfarande skulle tvinga vederbörande att nedlägga den privata praktiken under ifrågavarande kommandering. Förbandsläkares tjänstgöringsskyldighet vid annat förband är sålunda de facto begränsad till förband inom egen garnisonsort.

I detta sammanhang torde även böra beröras frågan om skyldigheten för förbandsläkare att delta i fälttjänstövningar och liknande övningar. Här kommer även repetitions- och befälsövningar med krigsförband in i bilden. Frågan har berörts av militärsjukvårdskommittén, som bl. a. uttalade (SOU 1947: 5, s. 85 f).

Vad härefter angår militärläkarnas skyldighet att deltaga i övningar ligger det i sakens natur, att en allmän skyldighet härutinnan måste åvila varje militärläkare, såvitt avser sådana övningar utanför förlägningsorten som vinterövningar, fälttjänstövningar och andra förbandens övningar, vilka i och för sig fordra ständig tillgång till läkare för sjukvårdens bestridande. Det må härvid dessutom framhållas, att endast genom deltagande i sådana övningar förvärvar militärläkaren — liksom all annan däri deltagande personal — den ingående kännedom om verksamheten vid förbanden, som med nödvändighet måste krävas. Vad nu sagts gäller ock i särskilt hög grad sådana övningar, som främst taga sikte på sjukvårdsverksamheten under fältmässiga förhållanden, vare sig fråga är om övningar med trupp eller utan trupp. I detta sammanhang må jämväl betonas vikten av att militärläkaren genom ett ej alltför begränsat deltagande i truppens fältmässiga övningar vidmakthåller den fysiska spänst, som måste krävas med hänsyn till krigsberedskapen.

Några allmänna reglerande föreskrifter om militärläkarnas skyldighet på nu ifrågavarande område finnas, såvitt kommittén har sig bekant, icke meddelade. Detta förhållande har till följd en betydande olikhet i tillämpningen. Sålunda har på en del håll militärläkaren — många gånger på grund av personligt intresse — i stor omfattning deltagit i fältmässiga truppövningar. Å andra sidan föreligger en i och för sig fullt naturlig önskan hos militärläkare att av hänsyn till sin enskilda praktik få deltagandet i övningar utom förlägningsorten i möjligaste mån reducerat. I de fall då vederbörande förbandschef funnit skäligt beakta dylika önskemål, har det merendels blivit nödvändigt att för bestridandet av läkarvården i samband med övningarna taga i anspråk läkare med begränsad tjänstgöringsskyldighet (bataljonsläkare vid fältläkarkåren och motsvarande samt reservanställd läkarpersonal).

Den allmänna skyldigheten för militärläkare att deltaga i övningar av nu ifrågavarande natur kan och bör enligt kommitténs mening regleras i syfte att vinna enhetlighet i tillämpningen. Härvid måste å ena sidan de militära kraven och synpunkterna tillgodoses i erforderlig omfattning, å andra sidan hänsyn tagas till att militärläkaren icke bör betungas mer än som kan anses oundgängligen nödvändigt. Med hänsyn till den dagliga arbetstid, varmed man — enligt vad i det följande föreslås — i medeltal bör kunna räkna, håller kommittén före, att militärläkare vid förband bör kunna tagas i anspråk för deltagande i sådana övningar, som här avses, under en sammanlagd tid av omkring tre veckor årligen. Befrielse från skyldighet att deltaga i övningar i nyssnämnda omfattning torde dock böra medgivas militärläkare på stat, som under motsvarande tid varit kommanderad utanför förlägningsorten för deltagande i inskrivningsförrättning. Kommittén vill betona önskvärdheten av att generella föreskrifter i ämnet utfärdas.

Såsom tidigare redovisats i kap. 2.2 föreslog militära läkarlöneutredningen att förbandsläkarnas skyldighet att delta i tjänstgöring utom stationeringsorten — hit hänfördes bl.a. förbandsövningar samt fält- och fälttjänstövningar — skulle begränsas till högst 4 veckor per år. Förslaget föranledde emellertid ingen annan åtgärd än att gottgörelse numera utgår med 75 kronor om dagen, så snart förbandsläkare hindras utöva enskild praktik under minst 4 timmar mellan kl. 12 och 18. Vid förbandsövning utgår jämväl sedan den 1 juli 1963 förbandsövningstillägg enligt särskilda av Kungl. Maj:t utfärdade bestämmelser.¹ Eftersom compensationen långt ifrån undanröjer alla

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1963 nr 45).

olägenheter som ett tillfälligt nedläggande av privatpraktiken medför, visar erfarenheten att införandet av ifrågavarande bestämmelser ännu icke ökat det hittills i regel blygsamma deltagandet i ifrågavarande övningar. Med hänsyn till svårigheter att skaffa ersättare inom förbandssjukvården har det också ofta visat sig omöjligt att frigöra förbandsläkarna så att de kan delta i repetitions- och befälsövningar. Detta torde f.ö. vara en av anledningarna till att förbandsläkarna inom armén i dagens läge till övervägande del krigsplacerats i befattning som depåläkare.

5.2. Övriga läkare

Det är icke avsett att läkare på aktiv stat med placering vid förbanden skall fullgöra samtliga läkaruppgifter där. Detta framgår bl. a. av instruktionen för fältläkarkåren, vari föreskrives att regementsläkare deltar i tjänstgöring »såsom sjukvårdstjänst, läkarbesiktningar, efterbesiktningar, skyddsympningar och undervisning enligt av honom uppgjort och av förbandschef fastställt förslag till fördelning av dylik tjänstgöring mellan vid förbandet anställda eller tjänstgörande läkare». Viktiga läkaruppgifter vid förbanden fullgöres av arvodesanställda och reservanställda militärläkare samt av värnpliktiga läkare. En betydande del av de tjänstgöringsdagar som uttagits av de icke ständigt tjänstgörande militärläkarna och av de värnpliktiga läkarna har utnyttjats inom förbandssjukvården. Utredningen anser därför motiverat att beträffande dessa läkarkategorier samt beträffande frivilligt tjänstgörande läkare lämna en kortfattad redogörelse motsvarande den som nyss lämnats för läkarna på aktiv stat.

Arvodesanställda militärläkare är inom armén bataljonsläkare vid fältläkarkåren och fältläkarstipendiater, inom marinen marinläkare av 2. graden vid marinläkarkåren och marinläkarstipendiater samt inom flygvapnet flygläkare av 2. graden vid flygvapnet. Fältläkarstipendiat- och marinläkarstipendiatinstitutionen har avskaffats genom beslut av 1962 års riksdag (prop. 1962: 78). Kungl. Maj:t har den 28 juni 1962 föreskrivit att befattningar för fältläkarstipendiater och marinläkarstipendiater icke må återbesättas vid uppkommande ledighet. För att vinna anställning som bataljonsläkare vid fältläkarkåren fordras provinsialläkarcompetens samt genomgången fackutbildning och 2 månaders facktjänstgöring. De militära kompetenskraven är desamma för befattningarna som marinläkare av 2. graden vid marinläkarkåren och flygläkare av 2. graden vid flygvapnet men i medicinskt hänseende fordras för dessa befattningar endast legitimation som läkare. För marinläkare av 2. graden fordras jämväl vitsord om duglighet till sjötjänst. Bataljonsläkare vid fältläkarkåren, marinläkare av 2. graden vid marinläkarkåren och flygläkare av 2. graden vid flygvapnet har kaptens eller löjtnants tjänsteklass. Beträffande personaltillgången må nämnas att för budgetåret 1963/1964 har beräknats ersättningar till 48 bataljonsläkare vid

fältläkarkåren och 23 fältläkarstipendiater samt, i mån av behov på grund av vakanser i läkarbefattningar på aktiv stat, till ytterligare högst 24 bataljonsläkare vid fältläkarkåren. Ersättningar har vidare beräknats till högst 49 marinläkare av 2. graden vid marinläkarkåren och 3 marinläkarstipendiater samt till 24 flygläkare av 2. graden vid flygvapnet. Enligt av Kungl. Maj:t den 29 juni 1956 utfärdade bestämmelser om tjänstgöringsskyldighet m. m. för bataljonsläkare vid fältläkarkåren m. fl.¹ har de arvodesanställda militärläkarna en årlig tjänstgöringsskyldighet i fred om 60 dagar, vilken må på lämpligt sätt fördelas över längre tidsperioder. Bataljonsläkare vid fältläkarkåren, marinläkare av 2. graden vid marinläkarkåren och flygläkare av 2. graden vid flygvapnet uppbär årsarvode med 9 180 kronor jämte dagarvode under tjänstgöring med 10 kronor vid tjänstgöring inom och 17 kronor vid tjänstgöring utom bostadsorten.

Reservanställda militärläkare är anställda enligt 1943 års reservbefälskungörelser (SFS 1957: 450—452 med ändr.) eller enligt 1962 års reservbefälskungörelse (SFS 1962: 309). 1943 års reservbefälskungörelser gäller numera endast för personal, som den 1 juli 1962 var anställd i reserv och som icke därefter under föreskriven övergångstid övergått till anställning i reserv med tillämpning av bestämmelserna i 1962 års reservbefälskungörelse. För inträde i reserv enligt 1943 års reservbefälskungörelser — det bortses i detta sammanhang från inträde i reserv i samband med pensionsavgång, förtidsavgång eller värnpliktsavgång — fordrades att vederbörande under minst 3 år varit, såvitt rör fältläkarkårens reserv bataljonsläkare vid fältläkarkåren eller fältläkarstipendiat, såvitt rör marinläkarkårens reserv marinläkare av 2. graden eller marinläkarstipendiat samt såvitt rör flygvapnets reserv flygläkare av 2. graden på aktiv stat. Enligt 1962 års reservbefälskungörelse äger värnpliktig läkare inträda i reserv som bataljonsläkare med löjtnants tjänsteklass, marinläkare av 2. graden eller flygläkare av 2. graden under förutsättning att han det år anställningen sker uppnår högst 31 års ålder och är behörig att erhålla förordnande som läkare vid krigsmakten samt med godkännande vitsord genomgått fackutbildning i samband med värnpliktstjänstgöringen. I fältläkarkårens reserv var den 1 april 1963 291 läkare anställda; motsvarande siffror var i marinläkarkårens reserv och flygvapnets reserv 137, respektive 37. Reservanställd militärläkare, som är anställd enligt 1943 års reservbefälskungörelse, har en tjänstgöringsskyldighet i fred om 48 dagar per hel tre-årsperiod t.o.m. det år under vilket vederbörande fyller 47 år; vid fortsatt anställning föreligger tjänstgöringsskyldighet om 30 dagar per tre-årsperiod intill 55 års ålder. Enligt 1962 års reservbefälskungörelse omfattar fredstjänstgöringen två tjänstgöringsperioder om 230 respektive 195 dagar, av vilka den första perioden skall fullgöras inom 4 år från reservanställningens början och den andra perioden därefter och fram till 47 års ålder. I tjänstgöringen inräknas den tjänstgöring som nu

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden för Lantförsvaret (TLA 1956 nr 46).

å ligger fältläkar- respektive marinläkarstipendiaterna, vilket förklarar det höga dagantalet i reservläkarnas tjänstgöringsperioder. Sedan första tjänstgöringsperioden fullgjorts må bataljonsläkare med löjtnants tjänsteklass, marinläkare av 2. graden och flygläkare av 2. graden, som avlagt medicine licentiatexamen, befordras till bataljonsläkare med kaptens tjänsteklass, marinläkare av 1. graden respektive flygläkare av 1. graden. Under tjänstgöring utgår arvode, vilket för bataljonsläkare med löjtnants tjänsteklass, marinläkare av 2. graden och flygläkare av 2. graden motsvarar lön för beställningshavare i lönegrad A 19 lägsta löneklassen, samt för bataljonsläkare med kaptens tjänsteklass, marinläkare av 1. graden och flygläkare av 1. graden motsvarar lön för beställningshavare i lönegrad A 21 lägsta löneklassen. Genom 1962 års reservbefälskungörelse ersattes slutligen det äldre pensionssystemet med ett premiesystem. Reservanställd militärläkare uppbär för första tjänstgöringsperioden premie med 6 månadslöner i lönegrad A 19 och för andra tjänstgöringsperioden premie med 6 månadslöner i lönegrad A 23.

Tillgången på *värnpliktiga läkare* samt dessa läkares utbildning och tjänstgöringsförhållanden har utförligt belysts av läkarutredningen (SOU 1961: 63) och redovisas därför icke närmare här. Mot bakgrunden bl.a. av den kritik som framförts mot utnyttjandet av de värnpliktiga läkarnas facktjänstgöring beslöt 1963 års vårriksdag i anledning av förslag i propositionen 1963: 106, såvitt nu är i fråga, att facktjänstgöringen för värnpliktiga läkare skulle omläggas och förkortas. Beslutet innebär att facktjänstgöringen erhåller en längd av ca 190 dagar. I propositionen har starkt understrukits vikten av att de värnpliktiga läkarnas facktjänstgöring planlägges på ett sådant sätt att effektiv fortlöpande utbildning för krigsuppgiften kommer till stånd under densamma. Beträffande tjänstgöringen inom förbandssjukvården föreslog läkarutredningen på i propositionen redovisade skäl, att sådan tjänstgöring skulle med upp till högst 60 dagar uttas av samtliga värnpliktiga läkare. Utredningen ansåg (SOU 1961: 63 s. 137) denna tjänstgöring vara en nödvändig del av de värnpliktiga läkarnas utbildning och att dessa under tjänstgöringen borde lära sig att bedöma de värnpliktigas krigstjänstduglighet och att tillämpa vissa författningar, t.ex. militärsättningsförordningen, samt att de borde handlägga hälsovårdsärenden, delta i massympningar ävensom medverka i utbildning samt i mobiliseringsförberedelser. Föredragande departementschefen underströk för sin del vikten av att varje möjlighet tillvaratogs att förkorta tiden för tjänstgöringen vid fredsförbanden. Enligt departementschefen torde en tjänstgöring utöver 30 dagar sakna utbildningsvärde. Uttalandet föranledde icke erinran från riksdagens sida.

Beträffande *frivilligt tjänstgörande läkare* framgår av särskilda bestämmelser i ämnet,¹ att vederbörande försvarsgrensöverläkare äger träffa av-

¹ Bestämmelser den 6 juni 1962 om frivillig tjänstgöring för läkare vid försvaret, intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1962 nr 38).

tal med icke tjänstgöringskyldig militärläkare eller annan läkare att förrätta erforderlig läkartjänst. Det förutsättes härvid att behovet av tillfällig läkarhjälp icke kan tillgodoses med anlåtande av personal på aktiv stat eller till författningsenlig tjänstgöring inkallad reservpersonal eller värnpliktig läkare. Kungl. Maj:t föreskriver för varje budgetår det högsta antal tjänstgöringsdagar som må disponeras för anställning av tillfällig läkarhjälp, då fråga ej är om tjänstgöring i vakans eller vid semester, sjukdom eller annat hinder för innehavare av vederbörlig beställning. För budgetåret 1963/1964 må sålunda liksom föregående budgetår av arméöverläkaren disponeras högst 1 500 samt av vardera marinöverläkaren och flygöverläkaren högst 1 000 tjänstgöringsdagar. Under nu ifrågavarande tjänstgöring uppbär vederbörande läkare dagarvode med belopp som motsvarar högst daglönen i lägsta löneklassen i den lönegrad till vilken den uppehållna beställningen är hänförd. Uppehålles icke beställning motsvarar dagarvodet daglönen i lägsta löneklassen i lönegrad Ag 21.

Utredningen har undersökt hur de tjänstgöringsdagar disponerades som stod till förfogande för tillfällig läkarhjälp år 1962. Arméöverläkaren uttog under detta år 1 060 dagar, vilka samtliga användes för förbandssjukvård. Tjänstgöringstiden varierade från en till 91 dagar, och det må pekas på att 80 dagar fullgjordes av kvinnliga läkare. Inom marinen utnyttjades flertalet tjänstgöringsdagar för speciella uppdrag och endast 25 dagar för förbandssjukvård, medan inom flygvapnet 959 tjänstgöringsdagar användes för förbandssjukvård, vilka delvis fullgjordes av kvinnliga läkare.

Slutligen vill utredningen i detta sammanhang peka på att enligt förenämnda bestämmelser om frivillig tjänstgöring för läkare kan vid krigsmakten ständigt tjänstgörande militärläkare, vilken bestrider sådan läkarvård som han enligt gällande föreskrifter icke ålagts i tjänsten, erhålla särskild ersättning enligt Kungl. Maj:ts prövning. Enligt tidigare bestämmelser¹ ägde förbandsläkare, som frivilligt åtog sig att bestrida läkarvård vid förband tillhörande annan försvarsgren än den vid vilken han ständigt tjänstgjorde, åtnjuta dagarvode om högst 20 kronor. Med stöd av sistnämnda bestämmelser har vissa förbandsläkare, som vid eget förbands läkarmottagning vårdat personal tillhörande annan försvarsgren, betingat sig sådant dagarvode.

5.3. Hjälppersonal för förbandssjukvården

Förbandsläkarna biträdades i sin verksamhet inom förbandssjukvården av viss hjälppersonal. Denna utgöres av sjuksköterskepersonal (översköterskor och ambulerande sjuksköterskor), biträdadespersonal (undersköterskor och

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1951 nr 61 med ändr.).

sjukvårdsbiträden) samt expeditionsföreståndare.¹ Personalen ifråga tjänstgör vid läkarmottagningarna och i förekommande fall på vårdavdelningarna. Den biträder sålunda inom såväl öppen som slutna vård. Hjälppersonalens arbetsuppgifter har delvis berörts i föregående kapitel. Översköterska, som lyder omedelbart under den till tjänsteställningen främste läkaren vid förbandet, deltar sålunda i hälsoundersökningar m.m. och medverkar därvid i utförandet av ympningar, blodgruppsbestämningar och vissa laboratorieprov. Vid läkarmottagningarna utför översköterska efter läkares anvisningar enklare kliniska laboratorieprov samt visst för- och efterarbete. Hon omhänderhar vidare sådan behandling av värnpliktiga som utföres på annan tid än vid läkarmottagningen och svarar för huvuddelen av den slutna vården samt tjänstgör i förekommande fall som arbetsledare för biträdespersonalen vid förbandssjukhuset. Slutligen biträder översköterska enligt föreskrift i tjänstereglementet för krigsmakten vid utbildningen i sjukvårdstjänst. Undersköterskor och sjukvårdsbiträden är närmast underställda översköterskan vid förbandet och biträder denna inom öppen och i förekommande fall slutna vård samt utför därutöver visst rengöringsarbete. Undersköterska åligger därjämte att biträda översköterska med handledning av sjukvårdsbiträdena och att svara för vård och sterilisering av instrument. Expeditionsföreståndaren biträder förbandsläkaren i dennes egenskap av förvaltningsgrenschef. Han svarar sålunda för förande av sjukredovisningshandlingar och journaler samt medverkar vid ordnande av remissvård, anslags- och materielförvaltning, handläggning av sjukkasseärenden, förande av sjukstatistik m.m. Expeditionsföreståndaren deltar endast i undantagsfall i utbildningsarbetet. Hans närmare uppgifter regleras i vederbörlig förbandsinstruktion. Han har som en av sina viktigare uppgifter att tillse att ordningen upprätthålles på läkarmottagningen och att denna organiseras på ett smidigt sätt.

Till gruppen hjälppersonal bör även hänföras de fast anställda sjukvårdsinstruktörerna — underofficerare, underbefäl och instruktionsköterskor. Denna personal avses emellertid i princip endast medverka inom utbildningen men deltar vid vissa förband även inom förbandssjukvården för att tillgodose angelägna arbetskraftsbehov, t.ex. vid vakans eller vid behov av semestervikarie, eller för att delta i den utbildning, som i vissa fall, främst vid marinen, bedrivs vid förbandssjukhusen. Utredningen avser i ett senare betänkande ta upp frågan, hur förbandens behov av fast anställda sjukvårdsinstruktörer skall tillgodoses, varför denna personal icke vidare beröres här.

¹ Närmare bestämmelser om sjuksköterske- och biträdespersonalens anställning och tjänstgöring har utfärdats av försvarets sjukvårdsstyrelse, i förekommande fall av sjukvårdsstyrelsen och försvarets civilförvaltning i samråd. Bestämmelserna har intagits i sjukvårdsstyrelsens tjänstemeddelanden (se bl. a. Tsjv 1957 nr 2 och 1960 nr 6). Instruktion för översköterska, undersköterska och sjukvårdsbiträde vid förbandssjukhus har utfärdats av sjukvårdsstyrelsen (Tsjv 1962 nr 13).

Vad först *sjuksköterskepersonalen* beträffar finnes f. n. inom krigsmakten 118 tjänster för översköterska i lönegrad Ae 13 och en tjänst för översköterska i lönegrad Ag 13, fördelade med 81 på armén, 18 på marinen och 20 på flygvapnet. Av dessa tjänster är f.n. (den 1 januari 1964) 6 vakanta. Härtill kommer 9 tjänster avsedda för ambuleraande sjuksköterskor i lönegrad Ae 11, varav 7 vid armén, en vid marinen och en vid flygvapnet, samtliga i lönegrad Ae 11. Endast en av dessa tjänster är f.n. besatt; 3 av tjänsterna vid armén avses indragas den 1 juli 1964. Vid marinen och flygvapnet är överskötersketjänsterna fördelade på förband av Kungl Maj:t. Vid armén fördelas tjänsterna av försvarets sjukvårdsstyrelse. Den nu gällande fördelningen framgår av *bilaga 7*. Bilagan visar, att en eller flera översköterskor är placerade vid praktiskt taget varje förband med egen läkarmottagning. För att vinna anställning som översköterska vid krigsmakten fordras examen från sjuksköterskeskola. Härutöver har inga medicinska eller militära kompetenskrav uppställts. Översköterska, som tillträder sjukskötersketjänst vid förband utan att kunna tillgodoräkna sig mer än ett års sjukhustjänstgöring, placeras enligt särskilda av Kungl. Maj:t utfärdade bestämmelser¹ under minst ett år i lönegraden under den för tjänsten eljest fastställda. All vidareutbildning av översköterskor sker på frivillighetens väg. På senare tid har ett par kortare kurser anordnats för arméns och flygvapnets översköterskor i syfte att göra dem bättre skickade för sina krigsuppgifter. Flerparten översköterskor är emellertid f.n. krigsplacerade i depåttjänst. Veckoarbetstiden för översköterska uppgår enligt nyssnämnda bestämmelser till i genomsnitt 45 timmar i veckan. Tjänstgöringen skall utläggas i form av antingen blandad dag- eller natttjänstgöring eller enbart dag- respektive natttjänstgöring. Enligt gällande praxis förekommer emellertid endast dagtjänstgöring. Översköterska är härutöver skyldig att enligt förbandsläkarens bestämmande delta i jourtjänst (jfr kap. 4. 4). Härför utgår särskild ersättning.

Vid sidan av den ständigt tjänstgörande sjuksköterskepersonalen finnes en civil kår, försvarets reservsjuksköterskekår, som bildades år 1951. Syftet härmed var att tillförsäkra krigsmakten en kader av extra sjuksköterskor, som genom regelbundet återkommande fredstjänstgöring vid förbanden kunde ges förtrogenhet med militär sjukvård och tillgodose uppkommande vikariebehov m.m. Antalet sjuksköterskor i kåren är maximerat till 40. F.n. finnes dock endast 14 reservsjuksköterskor. Kompetensvillkoren för anställning i reservsjuksköterskekåren är desamma som för översköterska. Den årliga tjänstgöringsskyldigheten i fred uppgår till i genomsnitt 42 dagar per år. Härför utgår ett årsarvode med 2 244 kronor, ävensom dagarvode med 10 kronor vid tjänstgöring inom och 17 kronor vid tjänstgöring utom egen bostadsort.

Vad härefter angår *biträdespersonalen* utgör antalet tjänster för under-

¹ Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1963 nr 13)

sköterska, vilka får betraktas som befordringstjänster, sammanlagt 65, varav 41 redovisas vid armén, 9 vid marinen och 15 vid flygvapnet. Av sistnämnda tjänster avses 2 indragas fr. o. m. den 1 juli 1964. Undersköterska är placerad i lönegrad Ae 7. Antalet sjukvårdsbiträdestjänster, som är placerade i lönegrad Ae 5, uppgår sammanlagt till 178, varav 134 (3 tjänster utnyttjas f. n. icke) vid armén, 29 vid marinen och 15 vid flygvapnet. Tjänsterna för biträdespersonalen är vid marinen och flygvapnet av Kungl. Maj:t fördelade på förband. Vid armén fördelas tjänsterna av försvarets sjukvårdsstyrelse. Den närmare fördelningen framgår av *Bilaga 7*. För att vinna anställning som undersköterska fordras samma kompetens som inom den civila sjukvården. Detta innebär att av staten eller landsting anordnad undersköterskekurs skall ha genomgåts före anställning. Medicinsk eller militär fortbildning av undersköterskor eller sjukvårdsbiträden meddelas icke inom krigsmakten. Den dagliga arbetstiden är densamma för undersköterska och sjukvårdsbiträde som för översköterska. Tjänstgöringen utlägges som blandad dag- och natttjänstgöring eller som enbart dagtjänstgöring. Personalen är skyldig att delta i jourtjänst enligt vederbörande förbandsläkares bestämmande. Sådan jourtjänst förekommer endast vid förband med sluten vård. Övertidstjänstgöring ersättes i form av kompensationsledighet eller genom särskild ersättning.

Vid varje förband inom armén med egen läkarmottagning tjänstgör rustmästare eller överfurir som *expeditionsföreståndare*. Vid ett fåtal förband, såsom vid I 16 (Halmstad), I 20 (Umeå) och A 3 (Kristianstad) tjänstgör ytterligare ett underbefäl vid läkarmottagningen. Inom marinen har heltidstjänstgörande expeditionsföreståndare placerats vid vissa av de förband som varit föremål för rationaliseringsundersökningar. Vid andra förband har behovet av expeditionsföreståndare provisoriskt tillgodosetts genom att sjukvårdsinstruktör — underofficer eller underbefäl — mer eller mindre varaktigt kommanderats till sådan tjänstgöring. Vid förbanden inom flygvapnet med egen läkarmottagning tjänstgör rustmästare eller överfurir som expeditionsföreståndare. Denne tjänstgör tillika som instruktör. Vid varje flygförbands läkarmottagning redovisas därjämte ytterligare ett underbefäl, som tjänstgör som sjukvårdsinstruktör men i vissa fall därjämte utnyttjas som läkarsekreterare. Några speciella kompetensvillkor för befattningarna som expeditionsföreståndare har icke uppställts. Försvarsgrensöverläkarna har emellertid vid ett par tillfällen anordnat kurser i syfte att meddela expeditionsföreståndare grundläggande kunskaper rörande sjukredovisning och anslagsförvaltning m.m.

Det må slutligen nämnas att värnpliktig handräckningspersonal står till förbandsläkarnas förfogande. Däremot finnes icke skrivpersonal vid läkarmottagningarna.

Brister i nuvarande organisation

Av den i kap. 3 lämnade redogörelsen framgår, att den öppna och slutna värnpliktsvården inom armén i betydande omfattning fullgöres av andra läkare än förbandsläkare. Värnpliktiga läkare fullgjorde sålunda år 1960 mer än 40 % av totala antalet läkardagar inom arméns förbandssjukvård. Väsentliga bidrag lämnas jämväl av icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Även inom marinen skötes vissa läkarmottagningar av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktiga läkare. Däremot användes värnpliktiga läkare icke inom flygvapnets förbandssjukvård. Utredningen anser det vara en allvarlig brist i nuvarande organisation, att särskilt armén i så stor utsträckning använder värnpliktiga läkare inom förbandssjukvården. Härigenom blir kontinuiteten i arbetet lidande och kvaliteten blir icke heller i många fall vad den borde vara, eftersom de värnpliktiga läkarna ofta är unga och oerfarna. Den omfattande användningen av värnpliktiga läkare har också väckt kritik och står numera i strid mot riksdagens beslut (jfr prop. 1963: 106). Det är visserligen icke instruktionsmässigt förutsatt, att förbandsläkaren själv skall fullgöra värnpliktsvården, men han bär ansvaret för att den fungerar, och det måste vara avsett att han skall medverka aktivt i denna. En förklaring till att så ofta icke blivit fallet är vakansläget inom fältläkarkåren. Vid två-läkarförband, där bataljonsläkarbeställningen är vakant, måste den kvarvarande förbandsläkaren i stor utsträckning lita till andra läkarkategorier. Tjänsteläkarverksamheten, för vilken prestationsersättning utgår utöver den fasta lönen, ombesörjes vidare i regel av förbandsläkarna. Den är tidsödande vid många förband och tar i anspråk en förhållandevis stor del av förbandsläkarnas totala veckoarbets-tid, på grund varav det ofta blir nödvändigt att låta annan personal ombesörja värnpliktsvården. Härtill bidrar otvivelaktigt också den nuvarande arbetstidsregleringen, som är alltför stel för att medge önskad flexibilitet såväl med hänsyn till förbandens storlek som med hänsyn till av rådande sjuklighet betingade växlingar i arbetsbelastningen. Oavsett hur den betydande användningen av värnpliktiga läkares arbetskraft kan förklaras måste en ändring komma till stånd, och det bör i samband därmed eftersträvas att nedbringa tjänstgöringen vid fredsförbanden till den tid som angivits av läkarutredningen och biträtts av föredragande departementschefen i förenämnda proposition eller till 30 dagar. I propositionen har starkt under-

strukits vikten av att de värnpliktiga läkarnas facktjänstgöring planlægges på sådant sätt att effektiv fortlöpande utbildning för krigsbefattningen kommer till stånd under densamma. Med denna utgångspunkt kan verksamhet vid värnpliktsmottagning försvaras under endast kort tid för att de värnpliktiga läkarna skall få erfarenhet av värnpliktsvård samt under särskilda förhållanden, främst i samband med repetitionsövningar och toppbelastningar under epidemier o.d. samt ombord på fartyg. I övrigt bör tjänstgöringen i fred inriktas på de verksamhetsfält som enligt vad som redovisats i föregående kapitel angivits av läkarutredningen. På samma sätt som i fråga om de värnpliktiga läkarna bör fredstjänstgöringen för de icke ständigt tjänstgörande militärläkarna vara inriktad på krigsbefattningen. Även för dessa läkare kan därför tjänstgöring inom förbandssjukvården icke försvaras annat än under kortare tid eller under speciella förhållanden.

En annan brist i den nuvarande organisationen anser utredningen vara, att åtskilliga läkaruppgifter vid förbanden icke fullgöres. Såsom framgår av föregående kapitel medverkar förbandsläkarna ofta i endast ringa utsträckning inom hälsovård, utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning samt förvaltning m.m. Detta förhållande bör icke tolkas som kritik av de enskilda förbandsläkarna; utredningen är väl medveten om att åtskilliga av dessa nedlägger ett intresserat arbete inom förbandssjukvården. Att förhållandena är så otillfredsställande torde bero på — förutom vakansläget inom fältläkarkåren, tjänsteläkarverksamhetens omfattning och den stela arbetstidsregleringen — att arbetsuppgifterna är så mångfaldiga och varierande att det även för den ambitiöse förbandsläkaren måste te sig oöverstigit att medhinna dem inom den begränsade arbetstid som står till buds. Det kan icke heller blundras för att många av förbandsläkarna saknar tillräcklig utbildning för arbetsuppgifterna utanför förbandssjukvården.

Det antydes nyss att vakansläget inom fältläkarkåren var en förklaring till de brister utredningen anser föreligga i nuvarande organisation. Att vakanser uppstått anser utredningen i sig självt vara den kanske allvarligaste bristen. Såsom framgått av kap. 5. 1 var per den 1 januari 1964 4 regementsläkarbeställningar och 22 bataljonsläkarbeställningar vakanta. Detta innebär att nära hälften av de för förbanden avsedda bataljonsläkarbeställningarna står obesatta. På en garnisonsort, Linköping med Kvarn, var 6 beställningar av 7 vakanta. Två av regementsläkarbeställningarna i Linköping och motsvarande beställning i Sollefteå har vid utannonsering icke lockat någon sökande; en av beställningarna i Linköping har utannonserats 3 gånger. Att överhuvudtaget utannonsera bataljonsläkarbeställningarna har visat sig meningslöst. Samtidigt kan pekas på att inom marinen endast en beställning för marinläkare av 1. graden är vakant och att inom flygvapnet inga vakanser finnes. Det bör i detta sammanhang omnämnas att vakansläget bland arméns förbandsläkare ogynnsamt påverkat rekryteringen även till regional och central nivå. De angivna rekryteringssvårigheterna är icke unika för

Sverige. Det är känt att militärläkarkåren på ett flertal andra håll i Europa och USA brottas med besvärliga vakansproblem. En negativ inställning till militärläkaryrket förefaller råda även utomlands. Uppenbart är emellertid att de angivna förhållandena inom fältläkarkåren uppmärksamats, diskuterats och väckt oro. Utredningen har sett som sin uppgift att söka analysera orsakerna till den rådande förtidsavgången bland förbandsläkarna inom fältläkarkåren och till svårigheten att nybesätta ledigblivna beställningar.

Till en början måste ett väsentligt faktum framhållas. I dag föreligger läkarbrist, för ca 25 år sedan fanns ett läkaröverskott av ca 300 läkare. Den generation som utexaminerades på 1930-talet och i början av 1940-talet stod ofta utan utkomstmöjlighet med undantag för ett vikariat på ett landsortslasarett under någon sommarmånad. Det var då naturligt att förbandsläkarbeställningarna betraktades som en för privatpraktiserande verksamhet god plattform, vilken kunde ge vederbörande läkare en garanterad grundinkomst. Med dagens brist på läkare torde emellertid inkomsterna från en privatpraktik, eventuellt kombinerad med inkomster från industriläkarverksamhet, vara av en sådan storleksordning att lönen från en förbandsläkarbeställning icke spelar större roll i sammanhanget. En medicine kandidat kan nu efter fullgörande av vissa kurser få relativt vävavlönade vikariat. Omsvängningen beror på den slutna sjukvårdens kraftiga expansion och dess behov av alltfler läkarkrafter i över- och underordnad ställning. Härtill kommer den delning som genomförts av de tidigare mycket stora provinsialläkardistrikten och den utbyggnad som skett av de hälsovårdande funktionerna. Det läkarbehov dessa åtgärder fört med sig har givit upphov till den brist på läkare som, trots den avsevärt ökade intagningen på de medicinska utbildningsanstalterna, torde komma att bestå för överskådlig tid framåt. Det är mot denna bakgrund uppenbart, att förbandsläkarverksamheten kan konkurrera med annan läkarverksamhet under förutsättning endast att arbetsuppgifterna är intressanta, att arbetsförhållandena är tillfredsställande och att det ekonomiska vederlaget är gott.

Beträffande först *arbetsuppgifterna* torde stå klart, att de mest stimulerande uppgifterna beträffande sjukvård är att finna inom den slutna sjukvård som omhänderhas av undervisningsklinikerna och lasaretten. Arbetet inom slutna sjukvård med ett kvalificerat patientunderlag har stark dragningskraft på unga läkare. Möjligheten att arbeta inom denna form av sjukvård har visat sig vara ett viktigt led i rekryteringen. Upprepade enkäter i Sverige har givit utslag i denna riktning; bl.a. valde enligt en undersökning av Sveriges läkarförbund år 1954 ej mindre än 81 % av de unga läkarna lasarettsläkarbanan. Av intresse är att alldeles samma förhållanden råder i USA, där tendensen från öppen till slutna vård är otvetydig vid val av läkarverksamhet. Det är enligt utredningens uppfattning väsentligt för en läkares arbetstrivsel, att han har möjlighet att behålla och utveckla sina

yrkeskunskaper. Tidigare gav garnisonssjukhusen vissa möjligheter till kvalificerad yrkesutövning. De fall som nu handlägges av förbandsläkaren är emellertid, såsom tidigare påvisats, till oproportionerligt stor del enkla och rutinmässiga ur medicinsk synpunkt. Även det klientel som sjukredovisas består i stor utsträckning medicinskt sett av sådana fall, där vårdformen och vårdbehovet bestämmes icke av sjukdomen i och för sig utan av kaserneeringen och tvångshänvisningen till förbandsläkaren. De komplicerade fallen remitteras praktiskt taget undantagslöst till lasarett för utredning och vård. Arbetet inom förbandssjukvården har vidare ett icke oväsentligt moment av övervakning och kontroll, vilket är okänt inom de flesta andra grenar av läkarväsendet. Inom den civila sektorn påverkar ekonomiska och andra förhållanden medvetet eller omedvetet såväl sjukannmälningsfrekvensen som vårdtidens längd. Den värnpliktige har däremot ekonomiskt ingenting att förlora på ett medicinskt onödigt försök till sjukskrivning; sådana försök förekommer alltjämt trots att den allmänna inställningen till värnplikts-tjänstgöring har förbättrats med åren. Det kan naturligtvis hos en del förbandsläkare finnas intresse för att avslöja aggravanter och simulanter och att vara krigsmakten behjälpliga med att tillse att de värnpliktiga ej blir sjukredovisade oberättigat. Men det är utredningen välbekant, att en sådan förbandsläkare lätt råkar ut för anmälningar till olika myndigheter, vilka, även om belägg ges för att läkaren handlat korrekt, snart leder till en helt naturlig tendens hos vederbörande att bli »bekväms» och låta den värnpliktige få som han vill. Utredningen anser sålunda, att arbetet inom förbandssjukvården ej är ägnat att stimulera utövaren på samma sätt som arbete inom annan öppen och framför allt slutenvård. Icke heller kan de övriga läkaruppgifter som instruktionsmässigt åvilar förbandsläkaren anses direkt ägnade att främja rekryteringen. Detta sammanhänger med att uppgifterna, såsom förut sagts, är så mångfaldiga och varierande och att många av förbandsläkarna saknar tillräcklig utbildning för att fullgöra dem på ett tillfredsställande sätt. En påtaglig skillnad torde härvidlag föreligga mellan armén och övriga försvarsgrenar med hänsyn till bl.a. de senares mera tekniska inriktning. Den flygande personalens vård väcker t.ex. frågor av för förbandsläkaren intresseväckande art, vilka saknar motsvarighet inom armén. En annan skillnad som anses underlätta marinens och flygvapnets rekrytering har uppgivits vara att förbandsläkarna vid dessa försvarsgrenar har en friare ställning.

I fråga om *arbetsförhållandena* måste särskilt betonas de ur rekryterings-synpunkt negativa konsekvenserna av kravet på förbandsläkare att medverka i övningar m.m. utom förlägningsorten. Härtill kommer den ur den enskildes synpunkt betungande skyldigheten för förbandsläkare att delta i jour- och beredskapstjänst samt den härmed sammanhängande skyldigheten att om så påfordras inställa sig på förbandet när som helst för plötsligt påkommande uppgifter. Det skulle kunna synas som om i vart fall möjlig-

heten för förbandsläkare att få delta i fälttjänstövningar och liknande övningar var att betrakta som en form av rekreation från den dagliga verksamheten, men det är utredningens erfarenhet att förbandsläkarna i regel icke eftersträvar att delta i dessa övningar. Skälet härtill är uppenbarligen att en kommendering till förbandet på annan tid än då läkarmottagning äger rum och till övningar m.m. — särskilt sådana som icke planlagts i god tid — ger upphov till konfliktsituationer för förbandsläkaren. De flesta förbandsläkare har privatmottagning med tidsbeställning för patienter. Det är närmast självklart, att mer eller mindre plötsliga återbud till dessa vållar irritation och kan föranleda att de söker sig till annan läkare. Det torde här icke vara fråga så mycket om den rent ekonomiska förlusten — även om uppenbarligen den ersättning som nu utgår när praktiken måste stängas på grund av den militära tjänsten, 75 kronor om dagen, aldrig kan ersätta förlorad praktikinkomst — utan fastmera om en good-will förlust, som icke kan mätas i pengar. Det är utredningens uppfattning att svårigheten för förbandsläkaren att planera sin läkarverksamhet utanför förbandet är en av orsakerna till de föreliggande rekryteringssvårigheterna inom fältläkarkåren. Då motsvarande skyldighet att delta i övningar m.m. icke i samma utsträckning är aktuell för förbandsläkare inom marinen och flygvapnet är här också med all sannolikhet en av förklaringarna att finna till att dessa försvarsgrenar icke har att kämpa med motsvarande rekryteringsproblem.

Beträffande slutligen det *ekonomiska vederlaget* för förbandsläkarverksamheten har från olika håll uttalats att den ekonomiska ersättningen är för låg i förhållande till arbetsinsatsen. Jämförelse har gjorts med den ersättning som utgår till läkare inom industrisjukvården. Vidare har framhållits att majorerna uppbär lön i Ao 25, medan regementsläkarna kvarstår i Ao 23. Som rekryteringshämmande har även betecknats att förbandsövningstillägg under första halvåret 1963 utgått till samtliga militära och civilmilitära tjänstemän utom läkare och veterinärer. Vidare har i och med genomförandet av den allmänna sjukförsäkringen tjänsteläkarens skyldighet att utfärda intyg utökats utan att merarbetet ekonomiskt kompenseras. Det har uppgivits att det här icke främst gäller den uteblivna ekonomiska ersättningen — denna anses vara av obetydlig omfattning — utan att förbandsläkarna uppfattat statsmakternas beslut som uttryck för en negativ inställning gentemot förbandsläkarna. Utredningen kan för sin del endast tillägga att ersättningarna till förbandsläkarna icke kan anses vara konkurrenskraftiga i förhållande till den marknadsmässiga lönenivån. Vakansförhållandena inom armén bestyrker detta med önskvärd tydlighet. Sålunda har exempelvis den år 1962 vidtagna höjningen med två lönegrader åt bataljonsläkarna vid flerläkarförband icke lockat någon enda sökande till ett 20-tal strax därefter ledigförklarade befattningar runt hela riket. Det har också visat sig att förbandsläkaren, om möjlighet därtill erbjödes inom orten, gärna övergår till industri-

läkarverksamhet eller liknande deltidstjänstgöring med dess goda ekonomiska villkor och reglerade arbetstid. Särskilda problem av ekonomisk natur har vidare uppstått i samband med att förband förflyttats. Förbandsläkaren har i samband med sådan förflyttning i regel lämnat tjänsten, vilket helt naturligt sammanhänger med svårigheten att skaffa ny bostad och lokal för privatmottagning; varje nyetablering innebär ju också ett riskmoment och är starkt beroende av befolkningsunderlaget samt av antalet sjukvårdsinrättningar, allmänpraktiker och företrädare för förbandsläkarens eget specialintresse på den nya orten.

De här redovisade bristerna i det nuvarande systemet är så djupgående att en genomgripande omorganisation kan visa sig nödvändig. För att erhålla en grund för sina blivande ställningstaganden har utredningen ansett det lämpligt att först närmare analysera behovet av läkarmedverkan vid förbanden. Utredningen har därvid den utgångspunkten att sjukvården av värnpliktiga även i framtiden måste ombesörjas av läkare, som på ena eller andra sättet är stadigvarande knutna till förbanden. Utredningens undersökningar syftar till att utreda arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården samt i vilken omfattning läkare som förestår värnpliktsmottagning bör medverka i dessa och inom övriga verksamhetsfält vid förbanden, såsom utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning samt förvaltning m.m. I samband härmed tar utredningen ställning till, vilka läkaruppgifter vid förbanden, som bör utföras av värnpliktiga läkare samt icke ständigt tjänstgörande militärläkare.

Utredningens undersökningar har emellertid en vidare syftning. Såsom ovan påvisats har som orsak till vakansläget inom fältläkarkåren bl.a. uppgivits, att arbetet inom förbandssjukvården ej är ägnat att stimulera läkare på samma sätt som annat arbete inom framför allt sluten vård. Utredningen har vidare konstaterat, att ej heller de läkaruppgifter vid förbanden som faller utanför förbandssjukvården kan anses ägnade att främja rekryteringen av förbandsläkare. Skyldigheten att delta i övningar samt jour- och beredskapstjänsten har även ansetts rekryteringsförsvärande. Utredningen har med hänsyn härtill ansett sig böra undersöka möjligheterna att i ökad omfattning integrera sjukvården vid förbanden med den civila sjukvården och att avlasta läkarna vid förbanden. I sistnämnda hänseende kan direkt sägas att den nuvarande arbetsfördelningen mellan förbandsläkarna och övrig personal vid förbanden icke är i allo tillfredsställande. Vissa arbetsuppgifter bör sålunda kunna överföras till sjuksköterskor och annan hjälppersonal, medan andra arbetsuppgifter, som instruktionsmässigt åvilas förbandsläkarna, överhuvudtaget icke är av den beskaffenheten att de kräver medverkan av medicinalpersonal. Med hänsyn till vikten av att den läkare som förestår värnpliktsmottagningen avlastas all verksamhet, vilken icke ovillkorligen kräver hans medverkan, synes även kunna tänkas att överföra vissa av de nuvarande arbetsuppgifterna till regional eller central nivå. En

administrativ reglering, som exempelvis innebär att rådgivning för och kontroll över viss medicinsk verksamhet vid förbanden kan ombesörjas från regional instans, icke blott avlastar läkarna vid förbanden utan ger också större förutsättningar att stärka det medicinska inflytandet inom hithörande verksamhetsområde.

Den översyn som här skisserats redovisas i kap. 7—9. I kap. 8 diskuteras jämväl vissa materiel- och lokalfrågor, som hänför sig till den sjukvårdande verksamheten vid förbanden.

KAP. 7

Förslag rörande hälsovården

7.1. *Allmän hälsovård och hygien*

Hälsovårdsstadgan och livsmedelsstadgan är icke tillämpliga på krigsmaktens verksamhet. Krigsmakten är sålunda undandragen den tillsyn över hälsovården, som utövas av hälsovårdsnämnderna. Arbetarskyddslagens bestämmelser om åtgärder till förebyggande av ohälsa och olycksfall m.m. är däremot tillämpliga på sådant arbete inom krigsmakten som utföres under väsentligen samma förhållanden som motsvarande arbete i civil verksamhet. Yrkesinspektionens tillsyn av att arbetarskyddslagens bestämmelser efterlevs inom krigsmakten har dock hittills haft begränsad omfattning. Ansvaret för hälsovården vid förbanden åvilar vederbörande förbandschef, som biträdes i denna verksamhet av läkarna vid förbandet. Förbandsläkare har att minst två gånger årligen förrätta hälsovårdsinspektion vid förbandet, och han skall beredas tillfälle att ur hälsovårdssynpunkt yttra sig vid uppgörandet av förbandets underhållsanslag och förslag rörande nybyggnader och större ändringsarbeten ävensom vid frågor rörande prövning av portionsstater. Under den till tjänsteställningen främste vid förbandet tjänstgörande läkaren sorterar vidare den veterinär, som har det direkta ansvaret för den hygieniska livsmedelskontrollen. Arbetstiden inom den allmänna hälsovården och hygienien torde för förbandsläkarnas vidkommande f.n. vara obetydlig. Varken förbandsläkare eller sjuksköterska bedriver sålunda någon egentlig hälsovårdsverksamhet på fältet.

Inom det civila samhället lägges alltmer ökad vikt vid hälsovården. Bestämmelserna i hälsovårdsstadgan, livsmedelsstadgan och arbetarskyddslagen samt hälsovårdsnämndernas och yrkesinspektionens energiska tillsyn av att bestämmelserna efterlevs har medfört en betydande standardförbättring under de senaste decennierna. Inom industrin nedlägges ett betydande arbete på förebyggande hälsovårdande åtgärder, vilket medverkat till att antalet förlorade arbetsdagar nedgått kraftigt. Inga skäl finnes för att man inom krigsmakten skulle godta lägre medicinska krav på hälsovården än inom den civila sektorn. Ur medicinsk synpunkt är kravet på god hälsovård särskilt angeläget med hänsyn till bl.a. trångboddheten i kasernerna och ombord, den förekommande massutspisningen och de ofta provisoriska förhållandena under övningar utom förlägningsorten.

De medicinska kraven på hälsovården inom krigsmakten är sålunda minst desamma som motsvarande krav inom det civila samhället. Utredningen har tidigare pekat på att de hygieniska förhållandena inom krigsmakten f.n. icke till alla delar är tillfredsställande. Härom ger de epidemier som av och till uppträder ett värtaligt vittnesbörd. En god hälsovård är en viktig stödfunktion till förbandsproduktionen och leder till en minskning av antalet sjukdagar, vilket kommer utbildningen direkt till godo. Kraven på hälsovården skärpes vid mobilisering, vilken måste äga rum under fältförhållanden. Hälsovården vid förbanden måste därför i fred vara så uppbyggd, att den dels kan möta mobiliseringsskedets behov, dels snabbt kan omställas med hänsyn till krigets krav. Ehuru förhållandena, speciellt i fält och ombord, till icke oväsentlig del skiljer sig från förhållandena inom det civila samhället, anser utredningen mot bakgrunden av det anförda önskvärt, att hälsovårdsstadgan och livsmedelsstadgan i den utsträckning som är möjlig bör göras tillämpliga på verksamheten inom krigsmakten. Härigenom synes ökade garantier skapas för att den militära hälsovården hålles på minst samma nivå som den civila. De av försvarets sjukvårdsstyrelse nyligen utfärdade provisoriska bestämmelserna angående livsmedelskontrollen m.m. inom krigsmakten representerar ett steg i denna riktning.¹ Utredningen har vidare med tillfredsställelse hälsat, att Kungl. Maj:t uppdragit åt överbefälhavaren att inkomma med förslag till föreskrifter rörande åtgärder till förebyggande av ohälsa och olycksfall m.m., vilka med utgångspunkt i de syften som tillgodoses genom arbetarskyddslagen anses erforderliga för övning inom krigsmakten så ock för annat arbete inom krigsmakten, å vilket bestämmelserna i arbetarskyddslagen icke är tillämpliga. I samband härmed vill utredningen framhålla önskvärdheten av, att yrkesinspektionens tillsyn av fasta arbetsplatser inom krigsmakten, såsom verkstäder m.m., får vidgad omfattning.

Upprätthållandet av en god hygien inom krigsmakten är främst en disciplinär fråga, som fordrar befälets förståelse, medverkan och kontroll. Ingjutandet av denna förståelse är en viktig förberedelse för hälsovårdsverksamheten vid krigsförbanden. Denna verksamhet måste åvila de militära instanserna. Den nuvarande ansvarsfördelningen, som innebär att ansvaret för upprätthållande av god hygien i lokal instans ytterst åvilar förbandschefen, är därför naturlig och bör behållas. Utredningen anser sålunda, att den lokala tillsynen av hälsovården inom krigsmakten liksom hittills bör vara en militär angelägenhet och att den militära organisationen måste ges erforderliga resurser härför. Detta innebär, att förbanden enligt utredningens mening icke bör ställas under hälsovårdsnämndernas tillsyn även om bestämmelserna i livsmedelsstadgan och hälsovårdsstadgan i övrigt såvitt möjligt göres tillämpliga på verksamheten inom krigsmakten. Förbandscheferna bör sålunda alltså ytterst ha ansvaret för upprätthållandet av en god hygien vid

¹ Bestämmelserna är intagna i försvarets sjukvårdsstyrelsens tjänstemeddelanden (Tsjv 1963 nr 15).

förbanden. Deras åtgärder måste emellertid grundas på en medicinsk bedömning. De måste därför till sitt förfogande ha viss medicinsk sakkunskap, vars arbete till huvudsaklig del kan bedrivas på fältet, icke minst i form av utbildning och rådgivning. Denna verksamhet måste bli expertbetonad och kräver medverkan av läkare, veterinär och hälsovårdsinspektör. Det är icke möjligt att förse varje förbandschef med all den medicinska expertis som erfordras för att täcka hela fältet. Förbandets behov av särskild sakkunskap för de allmänt hälsovårdande och hygieniska uppgifterna bör därför lämpligen tillgodoses genom att regional chef i mån av behov ställer läkare, veterinär eller hälsovårdsinspektör till förbandschefens förfogande. De regionala staberna måste förse med ett tillräckligt inslag av kvalificerad hälsovårdsutbildad personal för sådana uppgifter. Utredningen hävdar sålunda den uppfattningen att för ifrågavarande uppgifter specialutbildad personal i första hand bör tillhandahållas förbanden från de regionala staberna och att dessa bör dimensioneras så, att erforderlig medicinsk expertis kan ställas till förfogande inom olika specialområden.

Utredningens förslag innebär att viss hälsovårdande verksamhet, som f.n. bedrivs lokalt, utföres av personal placerad vid regionala staber. Vidare bör högre regional chef ges ökade resurser att genom egna inspektioner kontrollera hälsovården vid underställda förband. Den medicinska övervakningen av den allmänna hälsovården och hygien utom förläggningssorten, i fält och ombord, bör i fred främst utövas av personal, som är knuten till de regionala staberna och som i mån av behov ställes till förbandschefens förfogande eller som användes för att på regional chefs uppdrag inspektera verksamheten i fråga. Utredningen fäster stor vikt vid att de högre regionala staberna förse med erforderliga resurser för att kunna lösa dessa viktiga uppgifter och kommer i ett senare betänkande att återkomma med förslag i denna fråga. I övrigt bör förbandets sjukvårdsinstruktörer utnyttjas för rådgivning och kontroll i fält och ombord inom den allmänna hälsovårdens och hygienens område. Viss läkarmedverkan erfordras härjämte vid förbanden. När verksamheten bedrivs utom förläggningssorten bör den läkare som förestår värnpliksmottagningen icke anlitas. Behovet av medicinsk medverkan inom berörda område bör då tillgodoses av värnpliktig läkare och i förekommande fall veterinär, som tjänstgör vid förbandet. Detta är fullt försvarbart, eftersom motsvarande verksamhet vid krigsförband är en angelägen uppgift för den vid förbandet krigsplacerade läkaren (veterinären). De värnpliktiga läkarna måste därför utbildas för denna viktiga krigsuppgift. Övervakningen av hygien i fält och ombord är för övrigt en uppgift som i första hand bör åvila det militära befälet. Läkarnas vid förbanden befattning med underhållsanslag och byggnadsverksamhet bör helt kunna upphöra. Byggnadsplaneringen inom krigsmakten bedrivs utom i vad gäller smärre ändringsarbeten centralt eller regionalt. Den hygieniska granskning som i anledning härav aktualiseras bör anknytas till byggnadsplaneringen i övrigt. De

lokala myndigheterna bedömes därför icke annat än i undantagsfall behöva belastas med sådan verksamhet. Ej heller bör ifrågavarande läkare belastas med frågor rörande prövning av portionsstater. Sammansättningen av portionsstaterna måste prövas av näringsfysiologisk expertis; sådan expertis bedömes icke erforderlig i lokal instans. Staterna bör utarbetas i central instans i samarbete med bl.a. statens institut för folkhälsan. Den kontroll som kan erfordras av verksamheten i lokal instans bör utövas genom att lokalt upprättade matsedlar blir föremål för granskning av regional myndighet. Den hygieniska livsmedelskontrollen slutligen är icke av den omfattning att särskild heltidsanställd personal kan anställas vid förbanden för ifrågavarande uppgift. Den bör antingen utföras av veterinärer, placerade vid de regionala staberna, eller av civila veterinärer, som arvodesanställes vid förbanden, ett förfarande som f.n. praktiseras vid de förband där militärveterinär icke finnes.

Förbandschefen måste emellertid för vissa allmänt hälsovårdande uppgifter alltjämt ha tillgång till egen medicinsk expertis. Sådan personal måste bl.a. medverka i den medicinska övervakningen av hygienien på förbandets fasta arbetsplatser och i dess permanenta fredsöreläggningar. Denna övervakning synes lämpligen under läkares överinseende kunna utföras av översköterska. Inom industrin har sådan verksamhet i stor utsträckning med framgång anförtrotts åt sjuksköterskepersonal. Detta innebär en avlastning av läkares arbete samtidigt som verksamheten inom vissa områden torde kunna intensifieras. En sjuksköterska, som är väl förtrogen med de yrkesriskerna vilka finnes inom ett förband, är en värdefull länk mellan läkaren och förbandet. Det bör sålunda ankomma på översköterska vid förbandet att göra erforderliga belysnings- och bullermätningar, att göra vissa synprövningar, att bestämma halten av luftföroreningar vid förbandets verkstäder och andra fasta arbetsplatser m.m. Hon bör genom regelbundna ronder kontrollera olycksfallsriskerna på de ur arbetshygienisk synpunkt viktigaste arbetsplatserna samt instruera beträffande arbetsställningar, bärande av skyddsglasögon och hörselskydd etc. I anslutning härtill får hon rika tillfällen till hälsovårdsupplysning och rådgivning samt kan ge undervisning i första hjälpen m. m. Även för kontroll av hygienien inom kasernföreläggningarna bör översköterska kunna utnyttjas. Verksamheten bör samordnas med verksamheten vid läkarmottagningen. Ifrågavarande översköterska bör sålunda lyda under den läkare som förestår värnpliktsmottagningen och hon bör även utnyttjas i öppen och slutet vård vid förbandet. Självfallet måste översköterskans utbildning anpassas med hänsyn till dessa nya arbetsuppgifter, vilka ställer höga krav på hennes kunskaper, initiativ och erfarenhet. Utredningen återkommer härtill i ett senare sammanhang liksom till frågan om läkares medverkan i hälsovårdsutbildningen. Slutligen vill utredningen i detta sammanhang framhålla, att den läkare som förestår värnpliktsmottagningen bör vara förbandschefens rådgivare i frågor rörande allmän hälsovård och hygien.

7.2. Hälsoundersökningar m. m.

I förbandsproduktionen ingår som ett viktigt led att rätt man krigsplaceras på rätt plats. Strävandena i denna riktning påbörjas redan vid inskrivningen av de värnpliktiga, då uttagning och tilldelning grundas på bl.a. hälsoundersökning. I inskrivningsnämnd skall två militärläkare ingå för denna uppgift. Vid brist på militärläkare får dock annan läkare anlitas. Utredningen har funnit att denna möjlighet ofta utnyttjas. Ett närmare urval av de värnpliktiga sker vid inryckning till första tjänstgöring. Då företas förnyad hälsoundersökning avsedd att skapa underlag för slutlig placering inom utbildningsorganisationen. Senast i samband med denna undersökning avlägsnas de värnpliktiga som är behäftade med smittsamma och andra allvarigare sjukdomar, samt företas skärmbildsundersökning, tuberkulinprov, skyddsympning och blodgruppering av de värnpliktiga. Hälsoundersökning sker vidare i samband med inryckning till repetitionsövning och äger i övrigt rum bl.a. när fast anställning tillträdes och i samband med befordran av fast anställt befäl. Värnpliktig, som vid inskrivning eller under tjänstgöring hänförs till besiktningsgrupp 3 eller 4, prövas inför förbandets granskningsnämnd. Inför granskningsnämnd prövas även värnpliktig, som icke uppfyller de fordringar tjänsten ställer på honom. Prövningen inför granskningsnämnd har till syfte att bestämma den utbildning eller tjänstgöring för vilken den värnpliktige är användbar. I granskningsnämnd skall militärläkare ingå. Slutligen företas vid marinen och flygvapnet undersökningar vid förbanden av personal i undervattenstjänst respektive av flygande personal.

Den tekniska utvecklingen har lett fram till att ett stort antal krigsbefattningar kan skötas endast av tekniskt skolad personal med erforderliga förutsättningar för uppgiften. Andra befattningar åter kräver god allmän yrkesskicklighet och skolmognad. Den nuvarande yttaktiken, som innebär att även små förband måste vara beredda att strida självständigt och under lång tid vara avskurna från förbindelser med bl.a. underhållsförbanden, medför att stora fysiska och psykiska krav måste ställas på personalen. Genom de varierande kraven på olika befattningar är det i dag viktigare än någonsin att varje värnpliktig krigsplaceras i sådan befattning att hans kvalifikationer bäst kan utnyttjas. I första hand skall därvid tillvaratas den värnpliktiges fysiska och psykiska utrustning samt hans skolunderbyggnad och yrkeskunskaper. Krigsförbandens och därmed krigsmaktens effektivitet blir i hög grad beroende av hur urvalet lyckas. Även för den enskilde är det angeläget att han krigsplaceras i befattning, där hans kvalifikationer blir utnyttjade. Som ett led i den strävan som föreligger att placera rätt man på rätt plats kan ses den forsknings- och försöksverksamhet som pågår vid militärmedicinska undersökningscentralen. Verksamheten har bl.a. gått ut på att belysa sådana kroppsliga funktioner och förhållanden som är av betydelse för människans inpassning i krigsmakten. Hur den fysiska arbetsförmågan varierar hos

olika grupper av värnpliktiga under första tjänstgöringen har sålunda följts under flera år. På undersökningscentralen har vidare forskningsverksamhet bedrivits kring urvalsproblemen. Möjligheterna har prövats att genom medicinska undersökningar registrera och värdera olika fysiska funktioner för att därigenom få fram den värnpliktiges kvalifikationer i en s.k. fysisk profil. Inom detta område återstår emellertid ett betydande forskningsarbete.

Av det anförda framgår att det är ett starkt militärt önskemål att den värnpliktiges fysiska och psykiska status kan följas under hela värnplikts-tiden, fr.o.m. inskrivningen t.o.m. utträdet ur värnpliktsåldern. Det är särskilt angeläget, att den värnpliktiges fysiska och psykiska profil blir ordentligt klarlagd i samband med inskrivningen och att den värnpliktige sedan följes medicinskt under första tjänstgöringen, så att han vid senare delen av denna kan krigsplaceras i lämplig befattning med hänsyn till sina då föreliggande fysiska och psykiska kvalifikationer. Minst lika viktigt är att det fast anställda befälets fysiska och psykiska kvalifikationer kan följas under anställningstiden.

Inskrivningsväsendet anses f.n. föråldrat. Kungl. Maj:t har därför beslutat om översyn av nuvarande inskrivnings- och personalredovisningsväsende. Parallellt härmed har under ledning av centrala värnpliktsbyråns arbete igångsatts i syfte att analysera alla befattningar i krigsorganisationen för att bl.a. klarlägga, vilka krav dessa befattningar i fysiskt och psykiskt hänseende ställer på sina innehavare. Härigenom skapas bättre grund för placering av rätt man på rätt plats. Det är ännu omöjligt att närmare uttala sig om hur en omorganisation av inskrivningsväsendet kan komma att gestalta sig. En sannolik utveckling är enligt vad utredningen inhämtat från centrala värnpliktsbyråns att man söker anknyta inskrivningsväsendet till den nya regionala ledningsorganisationen. Försvarsledningsutredningen har i sitt betänkande »Totalförsvarets regionala ledning» (SOU 1963: 65 s. 172) uttalat, att det bör övervägas att till militärbefälsnivån överföra den nuvarande inskrivningsverksamheten och att skapa ett maskinellt skött militärområdesregister för redovisning av personal ur alla försvarsgrenar. Härigenom skulle inom varje inskrivningsområde större värnpliktsunderlag erhållas, vilket skulle medföra att inskrivningsverksamheten kan utsträckas under större delen av året. Fördelen härmed är bl.a. jämnare arbetsbelastning, vilket i sin tur torde medföra rationaliseringsvinster. Ett större värnpliktsunderlag ökar också förutsättningarna för övergång till ett datasystem för personalredovisning. Det är vid den blivande omorganisationen särskilt angeläget att hälsoundersökningarna i samband med inskrivningen förbättras. F.n. är vid inskrivningsförrättning mindre än 10 minuter anslagna för läkarundersökning av den värnpliktige. Viss försöksverksamhet med utvidgad läkarundersökning har visserligen igångsatts hösten 1963 inom två inskrivningsområden. Härvid har — förutom den vanliga läkarundersökningen — bl.a. företagits EKG-registrering, speciella hörsel- och synundersökningar samt

funktionsprov för att utröna muskelstyrka och fysisk arbetsförmåga. En generell förbättring av hälsoundersökningarna kräver emellertid, att varje undersökande läkare har tillgång till erforderlig registreringsapparat och att erforderliga laboratorieundersökningar kan genomföras. Erfarenheterna av nuvarande undersökningsmetoder visar klart, att dessa i alltför hög grad kan skifta beroende på vilken specialitet vederbörande undersökningsläkare företräder. Utredningen är för sin del övertygad om att den ambulerande verksamhet, som hittills bedrivits av inskrivningsnämnderna, ur medicinsk synpunkt icke är ägnad att tillgodose kravet på kvalitet. En möjlig utväg att råda bot härpå vore, att hälsoundersökningarna utfördes före inskrivningen vid civila lasarett eller hälsovårdscentraler och att den värnpliktige för sådant ändamål ålades skyldighet att viss kortare tid före inskrivningen genomgå hälsoundersökning vid anvisad civil sjukvårdsanstalt. En annan utväg vore, att militära hälsoundersökningscentraler organiserades regionalt i anknytning till militärbefälsstaberna. Möjligen skulle även vissa specialundersökningar kunna utföras vid sådana centraler. Under förutsättning att ett klart definierat militärmedicinskt undersökningsprogram ställdes till undersökningsläkarens förfogande, skulle enligt utredningens mening hälsoundersökningarna vid inskrivningarna helt kunna utföras av civila läkare på den värnpliktiges hemort eller i närmaste tätort med erforderliga sjukvårdsresurser. Möjlighet skulle då också erbjuda sig att samordna verksamheten med de allmänna hälsoundersökningar av vår befolkning som med all sannolikhet efter hand torde komma att växa fram. Oavsett om utvecklingen tar den av utredningen antydda riktningen eller icke, anser sig utredningen på goda grunder kunna räkna med att hittillsvarande anknytning av inskrivningsverksamheten till förband kommer att upphöra och att verksamheten får en mera kontinuerlig prägel. Med hänsyn härtill finnes varken saklig anledning eller möjlighet att tillgodose inskrivningsmyndighetens behov av militärmedicinsk expertis genom att anlita läkare vid förbanden. Att särskild militärmedicinsk expertis även framdeles kommer att erfordras är uppenbart, eftersom inskrivningsverksamheten kräver kännedom om de påfrestningar och olycksfallsrisker, för vilka de värnpliktiga utsättes i olika befattningar under skilda tjänstgöringsförhållanden. Samtidigt måste garantier skapas för en enhetlig militärmedicinsk bedömning olika inskrivningsnämnder emellan. Då det får anses sannolikt att inskrivningsverksamheten på ett eller annat sätt anknytes till högre regional stab, anser utredningen det vara mest rationellt, att den militärmedicinska expertis som alltjämt erfordras vid inskrivningsförrättningarna i första hand hämtas ibland militärläkare i dessa staber. Det förutsättes att dessa läkare kommer att besitta erforderlig miljökännedom förvärvad genom praktisk tjänstgöring inom utbildningsorganisationen. Såsom ovan framhållits synes dock själva hälsoundersökningarna med fördel kunna utföras av civila läkare enligt ett av central militärmedicinsk myndighet utarbetat undersökningsprogram. Ut-

redningen anser sålunda att medverkan i inskrivningsverksamheten icke bör vara ett tjänsteåliggande för läkare vid förband.

Synnerlig vikt måste fästas vid de hälsoundersökningar m.m. som äger rum i samband med inryckning till första tjänstgöring och repetitionsövning samt i samband med att fast anställning tillträdes eller befordran vinnes. Dessa uppgifter bör i viss utsträckning kunna delegeras till översköterska men måste till väsentlig del utföras av läkare. Som underlag för läkarens slutliga bedömande kan sålunda tjäna av översköterska tagna laboratorieprov samt av henne upptagen sjukdomshistoria (anamnes).

Den prövning som äger rum i granskningsnämnden måste vidare vila på en medicinsk undersökning. Problemställningen är att finna lämplig utbildning eller användning för värnpliktiga med nedsatt fysisk eller psykisk prestationsförmåga. De medicinska förutsättningarna måste därför vägas mot de militära krav som ställes på olika befattningar i freds- och krigsorganisationen. Medicinsk expertis bör därför finnas företrädd vid den debatt som föres inom granskningsnämnden.

Slutligen bör beröras de specialundersökningar som äger rum vid förbanden av personal i undervattenstjänst och av flygande personal. Personal som ifrågakommer för undervattenstjänst undersökes centralt vid militärmedicinska undersökningscentralen, men förberedande hälsoundersökning utföres dessförinnan vid förbanden. Även vissa undersökningar av den flygande personalen utföres centralt vid flygvapnets medicinska undersökningscentral. Vid förbanden nedlägges emellertid också, såsom naturligt är med hänsyn till flygsäkerheten, ett stort arbete på att kontrollera den flygande personalen såväl ur fysisk som psykisk synpunkt. Eftersom även under vanliga förhållanden bagatellartade sjukdomar är av betydelse i flygsammanhang, är den kontinuerliga övervakningen vid förbanden av den flygande personalen en angelägen läkaruppgift. Förbandsläkarna vid flygvapnet gör redan nu sin viktigaste insats inom detta arbetsområde. Läkare vid flygförbanden bör vidare regelmässigt delta i de sammanträden rörande flygsäkerhetsfrågor som anordnas vid förbanden.

Då många av nu ifrågavarande hälsovårdsuppgifter är av den art att de kan och bör utföras i samband med ordinarie läkarmottagning, måste det vara rationellt att för dessa uppgifter utnyttja samma personal som användes inom den öppna vården. Uppgifterna bör därför såvitt avser värnpliktiga utföras av den läkare som förestår förbandets värnpliktsmottagning och såvitt avser fast anställda m.fl. av den läkare som förestår tjänsteläkarmottagningen, allt med biträde av sjuksköterskepersonalen vid mottagningarna. Beträffande flygande personal råder särskilda förhållanden; se kap. 10. 1. Den läkare som förestår värnpliktsmottagningen bör även delta i granskningsnämndens sammanträden och vara förbandschefens rådgivare i hälsovårdsfrågor. Då de angivna uppgifterna på hälsovårdens område i huvudsak kommer att utföras i anslutning till läkarmottagningen, torde

uppgifterna tidsmässigt icke behöva undergå större förändring i förhållande till nuläget, såvitt icke hälsokontrollen av befäl och värnpliktiga undergår en kvalitativ höjning eller får ökad frekvens. Utredningen anser, att läkares medverkan inom denna del av hälsovården, såvitt nu kan bedömas på grundval av erfarenheterna inom industrisjukvården, tidsmässigt bör beräknas enligt normen en veckotimme per en rekrytstyrka av 300 värnpliktiga, respektive per 200 fast anställda och kollektivavtalsanställda. Med hänsyn till de särskilda förhållanden som råder vid Karlskrona örlogsskolor, där ett stort antal av de inryckande utgöres av sjömanshusinskrivna, bör tidsåtgången för hälsovård vid dessa örlogsskolor uppräknas. Vid de marina förband, där speciella hälsoundersökningar företas av personal i undervattenstjänst, bör också en uppräknning av tidsåtgången ske (jfr *bilaga 9*). Beträffande den flygande personalen har utredningen beräknat tidsåtgången för hälsovårdande åtgärder enligt särskild norm; jfr kap. 10. 1. Med den av utredningen använda beräkningsnormen blir för det stora flertalet förband den genomsnittliga veckoarbetstiden inom hälsovården 1—4 timmar för den läkare som förestår värnpliktsmottagningen och ungefärligen lika lång för tjänsteläkaren.

I detta sammanhang vill utredningen peka på vikten av att regelbunden hälsoundersökning äger rum av befäl som upprätthåller högre beställning. Det är enligt utredningen ett oeftergivligt krav att garantier skapas för att i första hand regementsofficerare och andra högre officerare beredes tillfälle att genomgå noggrann hälsoundersökning före befordran och därefter förslagsvis en gång vartannat år. Särskilt för äldre officerare måste det vara en förutsättning för krigsplaceringen att resultatet av hälsoundersökningen är tillfredsställande. Sådan undersökning bör icke utföras av läkare vid förbanden, vilket av såväl undersökningstekniska som psykologiska skäl synes olämpligt, utan bör utföras vid centrallasarett eller särskilda militärmedicinska undersökningscentraler. Vid sistnämnda centraler bör jämväl personal som i tjänsten utsättes för särskilda fysiska och psykiska påfrestningar regelbundet undergå specialundersökning. Hit hör främst ubåtsbesättningar, dykare och flygande personal.

Förslag rörande sjukvården

8.1. Medicinska krav på sjukvården

Kraven på den sjukvårdande verksamheten inom krigsmakten är i princip desamma som kraven på den civila sjukvården. Här föreligger dock vissa skiljaktigheter med hänsyn till verksamhetens art.

Den civila sjukvården i Sverige står högt medicinskt sett. Visserligen ligger Sverige lägst bland de högt utvecklade länderna i fråga om resurser för öppen vård utanför sjukhusen, men Sverige torde höra till de länder, som har det högsta antalet vårdplatser per 1 000 invånare. Vårt land intar likaledes en ledande ställning i fråga om pågående sjukhusinvesteringar. År 1940 utgjorde antalet intagningar på sjukhus och motsvarande sjukvårdsinrättningar ca 450 000, medan samma siffra år 1958 var drygt 810 000. Samtidigt minskade vårdtiden genomsnittligt från 22,2 dagar år 1940 till 14,7 dagar år 1958 eller med inte mindre än 7,5 dagar. Det förhållandet att denna ökning i vårdkapaciteten omedelbart utnyttjades för en ökad intagning ger en antydning om det växande sjukvårdsbehovet i landet. Även det antal personer som sysselsättes inom sjukvården har, bl. a. till följd av ökad utbildning av läkare och medicinsk hjälppersonal, vuxit från ca 50 000 år 1940 till mer än 100 000 år 1960. Ökningen har sålunda under en 20-årsperiod varit mer än 100-procentig, och sjukvården torde i fråga om arbetskraftsutveckling ha varit en av de mest expansiva under efterkrigstiden. Trots detta råder fortfarande läkarbrist i Sverige. Större delen av vårt lands läkare arbetar emellertid på sjukhus, där de får assistans av välutbildad hjälppersonal, och de är därför i genomsnitt mer effektivt utnyttjade än sina kolleger i flertalet andra länder. Denna hjälppersonal, särskilt sjuksköterskorna, fullgör vidare vissa arbetsuppgifter, som i andra länder åvilar läkare. Detta utgör en av förklaringarna till att vi, trots relativt lågt läkarantal, har en mycket hög sjukvårdsstandard. Kostnaderna för denna standard är helt naturligt betydande. De totala offentliga sjukvårds-kostnaderna har sålunda vuxit från 420 mkr. år 1946 till 1 962 mkr år 1958; se läkarprognosutredningens betänkande (SOU 1961: 8, kap. 5).

Utvecklingen av den civila sjukvården kännetecknas av att ansvaret för sjukvården i allt högre grad överförts från statlig till kommunal regi. Sedan så skett även med mentalsjukvården är, förutom viss av undervisningsuppgifter beroende sjukvård, förbandssjukvården den enda kvarvarande stat-

liga sektorn av betydelse. Utvecklingen innebär vidare en ökad specialisering. Hit hör den pågående differentieringen inom lasarettsvården, vilken börjat med de s.k. odelade lasarettens uppdelning på kirurgisk avdelning, medicinsk avdelning och röntgenavdelning, vid de större centrallasaretten fortgått till en uppdelning på ett tiotal specialavdelningar samt vid undervisnings- och storstadssjukhusen gått längst med en uppdelning av de större specialiteterna på underspecialiteter. Samtidigt har en vertikal specialiseringsprocess ägt rum. En uppdelning har nämligen skett på åldrar; barnens, vuxnas och åldringars vård. Genom denna utveckling har lasaretten alltmer kommit att framstå som kärnan i den svenska sjukvården. Till lasaretten hänföres den kvalificerade sjukvården, och dessa blir direkt eller indirekt i allt högre grad bestämmande också för den öppna vårdens kvalitet och möjlighet att fylla sin uppgift. Samtidigt sker en medveten strävan att avlasta lasaretten från sådan vård, som kan bedrivas i enklare och mindre kostnadskrävande form.

Mot denna bakgrund kan konstateras att sjukvården vid förbanden under 1900-talets första decennier var en kvalitativt sett betydelsefull del av sjukvården, oaktat den militära sjukvården bedrevs skild från den civila. Garnisonssjukhusen var sålunda i klass med de civila lasaretten, och även förbandssjukhusen fyllde enligt samstämmiga rapporter från de dåvarande förbandsläkarna väl sin uppgift som sjukhus i detta ords egentliga mening. Den militära sjukvården har emellertid ej följt med i den utveckling som kännetecknat den civila sjukvården. Garnisonssjukhusen var under de senaste decennierna nästan helt belagda med civila patienter och har i snabb takt skilts från krigsmakten. Förbandssjukhusen förtjänar ej längre, såsom tidigare påvisats, benämningen sjukhus, och krigsmaktens behov av kvalificerad sluten vård tillgodoses numera så gott som helt av lasaretten. Det oaktat har sjukvården vid förbanden alltså — inom ramen för sina uppgifter — samma mål som den civila sjukvården, nämligen att ge varje skadad eller sjuk bästa möjliga behandling. Det är angeläget att sjukvården vid förbanden når det medicinska målet, eftersom de värnpliktiga är inkallade med tvång och ej har samma möjlighet som övriga samhällsgrupper att välja läkare. Om en i och för sig önskvärd integration med den civila sjukvården icke kan komma till stånd och sjukvården vid förbanden alltså även i fortsättningen måste bedrivas skild från den civila sjukvården, är det därför ett oavvisligt krav, att den personal som verkar inom den militära sjukvården har samma kvalifikationer som fordras för motsvarande sjukvård inom den civila sektorn samt att sjukvården vid förbanden tilldelas tillräckliga resurser för att fylla vårdbehovet.

8.2. Militära krav på sjukvården

Sjukvården vid förbanden har icke enbart ett socialt syfte, betingat av att staten under värnpliktstiden ikläder sig ansvaret för att den värnplik-

tiges hälsa upprätthålles och att han erhåller erforderlig vård vid sjukdom och olycksfall. Den har också till syfte att tillse att den sjuke eller skadade så snart som möjligt kan återgå i tjänst. Sjukvården är alltså en stödfunktion till förbandsproduktionen. En god sjukvård leder till en minskning av antalet sjukdagar och kommer sålunda utbildningen direkt till godo. Det nära sammanhanget mellan sjukvården och förbandsproduktionen medför att ett flertal militära krav måste ställas på den sjukvårdande verksamheten vid förbanden.

Det är till en början nödvändigt att läkarmottagningen organiseras på sådant sätt, att värdefull utbildningstid icke går till spillo. Kravet på bästa möjliga utnyttjande av utbildningstiden kommer, som resultat av pågående utredningar, med all sannolikhet att skärpas. Med hänsyn härtill kan en centralisering av läkarmottagningarna icke godtas ur militär synpunkt. Läkarmottagning måste kunna äga rum dagligen, så tidigt på morgonen som möjligt och genomföras med minsta möjliga spilltid för förflyttning och väntan. Fylles icke dessa krav kan en värnpliktig genom sjukankmälan, som icke föranleder sjukredovisning, undanhålla sig utbildningen under större delen av dagen eller, därest läkarmottagningen icke äger rum dagligen, t.o.m. under längre tid än en dag. Det måste nämligen beaktas att värnplikten är en form av tvångstjänstgöring som, även om den omfattas positivt av flertalet värnpliktiga, oundvikligen medför risk för att vissa värnpliktiga genom försök till sjukredovisning söker undandra sig i första hand ansträngande övningar. En sjukankmälan måste, även om grundad anledning finnes att anta att sjukdomen simuleras eller fråga är om aggravaion, prövas av läkare, eftersom truppbefälet icke ens om uppenbart missbruk bedömes föreligga i princip kan påta sig ansvaret att nonchalera sådan anmälan.

Läkarens ställningstagande till frågan, om en värnpliktig kan botas genom behandling i öppen vård och därunder delta i tjänsten helt eller delvis eller om han bör inläggas på sjukhus eller sjukredovisas i förläggningen, måste grundas på kännedom om pågående utbildnings art. För att möjliggöra sådant bedömande måste ett dagligt samarbete äga rum mellan truppbefälet och läkare. Det är ett militärt krav att ifrågavarande samarbete möjliggöres. Kännedom om de påfrestningar och olycksfallsrisker, som de värnpliktiga utsättes för i olika befattningar under skilda tjänstgöringsförhållanden, är därför nödvändig.

Att vissa krav ur förbandsproduktionens synpunkt måste ställas även på den slutna sjukvården inom krigsmakten redovisas närmare i kap. 8. 5.

De militära krav som berörts i det föregående har motiverats med sjukvårdens nära sammanhang med förbandsproduktionen. Lika viktiga är emellertid de krav som måste ställas på sjukvården med hänsyn till mobiliserings- och krigsberedskapen. Då grunden för all fredsverksamhet är krigets krav, måste sjukvården i likhet med övriga fredsfunktioner inom krigsmakten vara så uppbyggd, att övergången till krigsorganisation underlättas. Sjuk-

vårdsorganisationen måste därför ha sådan beredskap att krigsförbanden kan mobiliseras snabbt och säkert. Verksamheten måste därför skyndsamt kunna omställas för ett kvantitativt ökat vårdbehov, som till väsentlig del har en annan lokalisering än i fred. Eftersom mobiliseringen sker utspjitt måste läkarmottagning och läkarundersökning kunna anordnas på ett stort antal platser utanför förläggningsorterna. Den läkarmottagning som normalt finnes i anslutning till kasernetablisementet kan i regel endast tillgodose en begränsad del av det vårdbehov som uppstår vid mobilisering. Även den slutna vården måste, för att långa transporter skall kunna undvikas, då huvudsakligen bedrivas vid mobiliseringsgruppvis anordnade sjukvarter.

Under krig omvandlas vissa fredsförband till personalersättningsdepåer. Verksamheten avses till viss del bedrivas på garnisonsorterna men utflyttas i vissa fall till mindre sårbara platser. I den mån personalersättningsdepåerna ligger kvar på förbandens fredsförläggningsort utnyttjas förbandssjukhuset som depåsjukhus. Fredsförbanden vid marinen och flygvapnet utnyttjas i många fall på sådant sätt att dessa försvarsgrenars förbandssjukhus av sårbarhetsskäl icke kan utnyttjas. Vissa förbandssjukhus saknar sålunda i krig militär betydelse; i stället tillkommer olika slag av krigssjukvårdsanstalter, som enligt gällande föreskrifter främst planlägges av regionala myndigheter. Det är emellertid ett militärt önskemål att förbandssjukhusens materiel lätt kan förflyttas och att deras personal åtminstone till viss del är krigsplacerad vid depå- eller basorganisationen.

Sjukvård måste slutligen kunna bedrivas även vid förband, som organiseras för att tillgodose kravet på insatsberedskap. För att vårdbehovet skall kunna tillgodoses även i ett skärpt läge med ökad insatsberedskap måste sjukvårdsorganisationen vara flexibel. Även utan att krigsorganisation intas kan situationer snabbt uppkomma, då läkarmottagning och sjukvarter måste anordnas utom förläggningsorten även på oförutsedda platser. Sjukvårdsorganisationen vid förbanden bör vara kapabel att genomföra en sådan omställning.

8.3. Öppen sjukvård för värnpliktiga

Den öppna sjukvården för värnpliktiga meddelas vid särskilda läkarmottagningar, som med enstaka undantag finnes anordnade vid varje förband. Utrustningen vid värnpliktsmottagningarna är av varierande beskaffenhet. Vid mottagningarna undersökes den värnpliktige av läkare. Enklare kliniska laboratorieundersökningar samt visst för- och efterarbete utföres därvid efter läkares anvisningar av översköterska. Den bild utredningen kunnat göra sig av arten av verksamheten vid värnpliktsmottagningarna visar att vanliga övre luftvägs- samt mag- och tarmåkommor och enklare olycksfall dominerar. Alla svåra fall remitteras till mottagning vid civilt lasarett eller till privatpraktiserande specialist. De s. k. behandlingsfallen omhändertas av

sjuksköterskepersonal med biträde av annan hjälppersonal. Omfattningen av verksamheten vid de ordinarie läkarmottagningarna varierar såsom framgår av *bilaga 1* avsevärt vid olika förband. Den genomsnittliga tidsåtgången för läkarens verksamhet vid värnpliktsmottagning utgör inom armén i regel 2—3 timmar om dagen och överstiger endast undantagsvis 4 timmar per dag. Inom marinen varierar motsvarande tidsåtgång mellan 0,5—3,5 timmar och inom flygvapnet mellan 1—2 timmar. Tidsåtgången för sjukvård av flygande personal har då icke medräknats.

Staten har iklätt sig ansvaret för att den värnpliktiges hälsa upprätthålles under värnpliktstjänstgöringen. Den värnpliktige har då rätt att fordra att han vid behov undersökes och behandlas med samma noggrannhet som övriga medborgare, som är berättigade till fri sjukvård. Den öppna sjukvården för värnpliktiga har också medicinskt samma mål som motsvarande civila sjukvård. Ur krigsmaktens synpunkt är det vidare såsom redan framhållits väsentligt, att verksamheten inriktas på sådant sätt att utbildningstid icke i onödan går till spillo. Å ena sidan skall sålunda samhällets resurser i fråga om specialundersökning och specialistbehandling vid behov kunna ställas till den värnpliktiges förfogande, å andra sidan skall det stora flertalet värnpliktiga, som lider av lättdiagnostiserade, okomplicerade sjukdomar, kunna undersökas och behandlas utan tidsförlust. Varje läkarmottagning för värnpliktiga kan av lätt insedda skäl icke förses med sådan specialutbildad personal och specialutrustning att alla sjukdomsfall kan diagnostiseras och behandlas. Det är ej heller vare sig ur militär eller civil synpunkt lämpligt att remittera alla värnpliktiga till sjukhusmottagningar eller anvisningsläkare. Härigenom skulle värdefull utbildningstid gå förlorad samtidigt som den civila sjukvården skulle utsättas för en betydande och onödig merbelastning. Undersökningen och behandlingen av värnpliktiga bör därför i första hand utföras i militär regi, men möjligheter till civil remissvård måste alltså finnas. Ur medicinsk synpunkt bör sålunda verksamheten vid läkarmottagningarna för värnpliktiga icke ändras nämnvärt. I syfte att effektivisera arbetet vid värnpliktsmottagningarna och befria läkarna från arbetsuppgifter, som ur medicinsk synpunkt är mindre intresseväckande, bör dock tillses att översköterskor och annan hjälppersonal avlastar läkaren arbetsuppgifter så långt detta är praktiskt möjligt och medicinskt försvarligt. Översköterska bör sålunda inom ramen för sin kompetens utföra erforderligt medicinskt för- och efterarbete samt kliniska laboratorieundersökningar. Den registrerande verksamheten vid läkarmottagningarna bör i allt väsentligt utföras av hjälppersonalen. Den behandling som meddelas på annan tid än i samband med läkarmottagningen bör även i fortsättningen omhänderhas av översköterska med biträde av annan hjälppersonal. Översköterska bör vidare självständigt kunna ombesörja en stor del av den enklare olycksfallsvården. Hon bör därför ha sådan utbildning att hon kan ta hand om olycksfall i samma utsträckning som distriktssköterska. Remittering till civilt lasa-

rett bör också i viss omfattning kunna ombesörjas av översköterska, då läkare icke finnes tillgänglig på mottagningen. Fall, som kräver specialundersökning eller specialistvård, bör alltjämt remitteras till mottagning vid civilt lasarett, medan remiss till privatpraktiserande läkare bör förekomma endast i undantagsfall. Det nuvarande relativt omfattande remissförfarandet torde såsom antytts i kap. 3. 1 sammanhånga med att läkarundersökningarna inom armén och marinen ofta utföres av icke färdigutbildade, korttids-tjänstgörande värnpliktiga läkare, vilka saknar tillräcklig erfarenhet av verksamheten. Utredningen har emellertid utgått från den förutsättningen att värnpliktsvården skall ombesörjas av läkare, som är stadigvarande knutna till förbanden. Härigenom torde remissvårdens omfattning automatiskt komma att minska samtidigt som de militära kraven att mottagningen skall äga rum tidigt på morgonen och genomföras snabbt tillgodoses. Vidare uppfylles kravet på kontinuerligt samarbete mellan truppbefälet och läkaren. Utredningen anser sålunda att värnpliktiga läkare samt icke ständigt tjänstgörande militärläkare icke i princip skall medverka i verksamheten vid förbandens läkarmottagningar i annan mån än som är erforderligt för deras utbildning i värnpliktsvård, d.v.s. omkring 30 dagar (jfr prop. 1963: 106 s. 43). Värnpliktiga läkare bör alltså som ett led i sin egen utbildning kortare tid kunna inkallas för att biträda läkare som förestår värnpliktsmottagning och bör vidare kunna anlitas vid större belastningar på mottagningarna i samband med epidemier etc. I sistnämnda fallet bör regional chef ha möjlighet tillgodose ett tillfälligt ökat läkarbehov genom att omflytta inom förbandssjukvården tjänstgörande värnpliktiga läkare från ett förband till ett annat. Det kan givetvis även bli nödvändigt att anlita värnpliktiga läkare i det fall då ett förband saknar läkare, som är stadigvarande knuten till förbandet. Sådant utnyttjande kan måhända bli aktuellt vid vissa ensligt belägna förband. Huru skall förfaras vid semester, tjänstledighet m.m. för den till förbandet stadigvarande knutne läkaren behandlas av utredningen i kap. 10. 4.

Av det anförda framgår, att utredningen icke föreslår några särskilda ändringar i fråga om arten av den öppna sjukvård för värnpliktiga som bedrivs vid förbanden. Även omfattningen av verksamheten vid förbandens värnpliktsmottagningar, sådan denna redovisats i *bilaga 1*, beräknas bli oförändrad. Av bilagan framgår att läkarens genomsnittliga arbetsinsats för det stora flertalet förband varierar mellan 3—24 timmar per vecka (jfr kap. 3. 1). Det i bilagan redovisade genomsnittligt erforderliga antalet läkartimmar per värnpliktsmottagning ger alltså en representativ bild även av den framtida verksamhetens omfattning. Uppgifterna kan därför läggas till grund för erforderliga personal- och kostnadsberäkningar. Att värnpliktig flygande personal icke omfattas av bilagan har redovisats i kap. 3. 1 (jfr kap. 10. 1).

Vid övningar utom förläggningssorten på sådant avstånd, att daglig trans-

port av de värnpliktiga till och från ordinarie läkarmottagning eller till läkarmottagning vid annat närbeläget förband icke kan utnyttjas utan större tidsförlust, måste möjlighet finnas att ordna tillfällig läkarmottagning i anslutning till den aktuella förläggningsplatsen. Behovet av sådan läkarmottagning kommer sannolikt att öka beroende på att en allt större del av utbildningstiden under första tjänstgöringen framdeles kommer att ägnas åt förbandsutbildning. Verksamheten vid dessa tillfälliga läkarmottagningar bör i första hand ombesörjas av värnpliktiga läkare. Som ett viktigt element i förbandsproduktionen ingår numera vidare de krigsförbandsvisa repetitionsövningarna, vilka i ökad utsträckning fördelas över året och till stor del bedrivs utom förläggningsorten. Läkarbehovet vid repetitionsövningsförbanden bör enligt utredningens mening i första hand tillgodoses av de läkare som är krigsplacerade vid förbanden och som bör fullgöra repetitionsövning tillsammans med dessa. I varje bataljons krigsorganisation ingår sålunda i regel värnpliktig läkare. Finnes sådan läkare icke, bör hänvisning ske till lämplig läkarmottagning vid förband eller, då så med hänsyn till avståndet icke låter sig göra, till civil läkare i orten. Vad här sagts om repetitionsövningar äger motsvarande tillämpning vid marinens och flygvapnets basövningar. Vid större inryckningar till repetitionsövningar erfordras emellertid en relativt omfattande planering av läkarundersökningar m.m. i samband med inryckningen. I denna planering torde läkare som förestår värnpliktsmottagning vid förband behöva medverka. Även för genomförande av undersökningar torde i sådana fall, speciellt om det rör sig om äldre värnpliktiga och inryckningen sker till plats utom förläggningsorten, så att den ordinarie läkarmottagningen icke kan utnyttjas, särskilda åtgärder bli nödvändiga. Det kan t.ex. erfordras att inkalla andra värnpliktiga läkare än de vid förbanden krigsplacerade för att medverka i undersökningarna. Utredningen vill emellertid understryka att läkarundersökningar i samband med sådan inryckning är en viktig förberedelse för den krigsplacerade läkarens arbete vid mobilisering och därför i första hand bör ankomma på denne.

För arméns del förekommer att värnpliktiga tillhörande vissa skolor, såsom artilleri- och luftvärnskjutskolan, under del av året förlägges till skjutfält på betydande avstånd från ordinarie förläggningsorter. Behovet av läkare vid sådana skjutfält har hittills i regel tillgodosetts genom inkallelse av värnpliktiga läkare eller icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Utredningen finner att användning av värnpliktiga läkare även i fortsättningen kan bli nödvändig främst vid det blivande artilleriskjutfältet i Älvdalen, som är ensligt beläget. Emellertid bör läkarbehovet i anslutning till sådana skjutfält om möjligt tillgodoses genom att särskild läkare stadigvarande knytes till förbandet under den del av året, då förbandet är förlagt till skjutfält. Enligt utredningens mening råder sålunda ingen principiell skillnad mellan det

sätt, varpå läkarbehovet bör tillgodoses på ifrågavarande platser och i de ordinarie förläggningssorterna.

Vad beträffar kustartilleriet uppstår speciella behov i samband med att värnpliktiga, som fullgör första tjänstgöring, under del av utbildningsåret förläggas i anslutning till kustartillerianläggningar i skärgårdarna. Den läkare som förestår förbandets värnpliktsmottagning kan härvid icke annat än i undantagsfall anordna läkarmottagning i anslutning till förläggningarna. Så sker icke heller i nuläget utan antingen transporteras de värnpliktiga till förbandets ordinarie läkarmottagning, anlitas civil läkare i orten eller inkallas värnpliktig läkare eller icke ständigt tjänstgörande militärläkare till tjänstgöring vid förbandet. Enligt utredningens mening bör vid korta transportavstånd den förstnämnda utvägen tillgripas. Vid större avstånd bör i första hand civil läkare i orten anlitas men inkallelse av värnpliktig läkare bör även kunna komma ifråga, om förbandets storlek motiverar en sådan åtgärd.

Slutligen erbjuder tillgodoseendet av läkarbehovet vid kustflottan speciella problem. Eftersom kustflottan under utbildningsårets olika delar replierar på skilda örlogsbaser måste dess behov av läkare kunna tillgodoses, även då den icke ligger i någon av de ordinarie fredsbaserna, där läkarmottagning finnes i land. Kustflottans fartyg måste därför åtföljas av läkare, som tjänstgör ombord på vissa av fartygen och där svarar för erforderlig läkarvård. F.n. tjänstgör värnpliktiga läkare samt icke ständigt tjänstgörande militärläkare i berörda befattningar. Dessa är väl ägnade att tillgodose behovet av miljöutbildning och har ur utbildningssynpunkt väsentlig betydelse för de läkare som är krigsplacerade ombord. Utredningen finner därför, att de krigsplacerade fartygsläkarna i första hand bör tjänstgöra i dessa befattningar. Eftersom behovet av fartygsläkare i krig är relativt litet, kan dock kustflottans fredsbehov av läkare icke tillgodoses enbart genom att de krigsplacerade fartygsläkarna tas i anspråk. Även andra läkare vid marinen, främst värnpliktiga läkare, måste därför utnyttjas. Detta förhållande påverkar marinens tilldelningsbehov av värnpliktiga läkare. Det kan beträffande de värnpliktiga läkarnas användning som fartygsläkare invändas, att dessa läkare vid fullgörande av ifrågavarande tjänstgöring i regel är tämligen unga och oerfarna. Det skulle med hänsyn härtill vara tveksamt, om värnpliktig läkare kan godtas som fartygsläkare eftersom han, då fartyget är till sjöss eller icke baserat i ordinarie örlogsbas, kan komma i lägen, då han på eget ansvar har att träffa betydelsefulla medicinska avgöranden. Utredningen anser emellertid, att en sådan anordning kan försvaras med hänsyn till de begränsade avstånden till närmaste hamn, som kan ifrågakomma vid flottans operationer, och de stora möjligheter som numera finnes att med helikopter till havs hämta svårt insjuknade eller olycksfallskadade. Det bör också beaktas att många av de mindre fartygen, t.ex. ubåtar

och motortorpedbåtar, oavsett hur frågan i övrigt löses, måste kunna klara sig utan läkare under sina operationer. Under den långfärdsfärdskryssning, som årligen förekommer i främmande farvatten, kan det dock vara befogat att kommendera militärläkare som fartygsläkare.

I detta sammanhang diskuterar utredningen slutligen vissa lokal- och materielfrågor som hänför sig till den öppna sjukvården.

Det militära kravet på att värnpliktsmottagningen skall bedrivas så att utbildningen störes så litet som möjligt utesluter att sådan mottagning annat än i undantagsfall anordnas gemensamt för flera förband inom samma garnisonsort. Utredningen avvisar bestämt tanken på en centralisering av värnpliktsmottagningarna. Varje förband med egen förvaltningsorganisation måste i princip ha tillgång till egen mottagning i direkt anslutning till kasernetablissemnet. Detta innebär att nuvarande läkarmottagningar i princip bör behållas. En centralisering av värnpliktsmottagningar bör sålunda endast komma till stånd eller behållas, där förbandens kasernetablissemnet, såsom vid I 19, P 5 och S 3 (Boden) gränsar till varandra eller där förvaltningsorganisationen för närliggande förband är gemensam såsom vid I 20 — K 4 (Umeå) eller P 4 — K 3 (Skövde). Under del av året måste vidare läkarmottagning kunna anordnas i anslutning till permanenta läger och övningsplatser. Förberedelser härför bör liksom hittills vara träffade i lokalt och materiellt hänseende. Utredningen räknar sålunda med att nuvarande värnpliktsmottagningar kommer att behållas utom vid K 3.

I syfte att åstadkomma en kvalitetshöjning av vården vid värnpliktsmottagningarna och därmed minska kravet på remissvård bör garantier skapas för att mottagningarna erhåller modern utrustning. Såsom i kap. 3. 1 framhållits föreligger redan nu möjligheter för vederbörande förbandsläkare att efter framställning hos försvarets sjukvårdsstyrelse erhålla teknisk utrustning, även för specialundersökningar. Det är emellertid nödvändigt, att den medicinska utrustningen vid samtliga läkarmottagningar står i nivå med tidens krav på undersöknings- och behandlingsmetoder. Möjligheter måste vidare finnas för läkare med specialinriktning att komplettera utrustningen så, att även kvalificerade undersökningar inom hans specialområde kan bli utförda. Utredningen har särskilt övervägt, om röntgenapparat, EKG-apparat och cykelergometer bör ingå i normalutrustningen. Eftersom tolkningen av röntgenbilder fordrar specialistkompetens anser utredningen att röntgenapparat normalt icke bör ingå i utrustningen. De läkare som så önskar och besitter erforderlig kompetens bör dock på begäran kunna erhålla röntgenutrustning. Härvid bör i första hand sådan röntgenutrustning utnyttjas, som anskaffas för krigsorganisationens behov. Även tolkningen av elektrokardiogram fordrar specialistkompetens, men viloundersökningar synes kunna äga rum i anslutning till läkarmottagningen, varvid kurvorna i förekommande fall insändes till lämplig instans för tolkning. Utred-

ningen anser därför att EKG-apparatur bör finnas vid läkarmottagningarna. Vad till sist cykelergometern beträffar är denna utnyttjad tillsammans med EKG-apparatur ett värdefullt diagnostiskt instrument. Då specialistkompetens erfordras för handhavandet har utredningen ansett att cykelergometer icke bör ingå i normalutrustningen vid läkarmottagning. Sedan är det en annan sak att cykelergometer användes vid förbanden för genomförande av konditionstest, som utföres utan samband med hälsoundersökning.

Vad beträffar lokaliteterna för läkarmottagningarna vill utredningen anföra följande. Försvarets sjukvårdsstyrelse har utarbetat projekteringsunderlag för militära sjukvårdsanstalter, vilket överlämnats till fortifikationsförvaltningen för att läggas till grund för pågående generalplanering av krigsmaktens kasernetablissemment. Enligt ifrågakvarande projekteringsunderlag erfordras vid varje läkarmottagning, utom mottagningsrum för varje läkare, ett behandlingsrum, ett olycksfallsrum, ett undersökningsrum för fast anställda och kollektivavtalsanställda, två väntrum, ett för värnpliktiga och ett för övrig personal, ett laboratorium, ett mörkrum, ett röntgenrum, ett rum för fysikalisk behandling och ett rum för fysiologiska undersökningar. Eftersom röntgenapparatur icke bör ingå i normalutrustningen anser utredningen för sin del, att röntgenrum normalt icke erfordras. De angivna utrymmena för fysikalisk behandling och fysiologisk undersökningar torde icke heller vara alldeles nödvändiga; möjlighet bör i vart fall finnas att disponera utrymmena alltefter specialinriktningen hos den läkare som förestår mottagningen. Eftersom all kvalificerad sjukvård även fortsättningsvis avses skola bedrivas på lasarett synes det projekterade olycksfallsrummet kunna ersättas av ett vådrum för tillfällig vård av patienter, som väntar på transport till civilt sjukhus. Vid läkarmottagning, i anslutning till vilken sjukrum finnes, synes olycksfallsrummet överhuvudtaget icke erfordras. Utrymme bör däremot finnas för handoperationsbord m.m., så att smärre sårskador kan sys.

Det är i anslutning till det anförda angeläget för utredningen att framhålla, att en upprustning av läkarmottagningarna icke får eftersättas. Utredningen har genom egna undersökningar och erfarenheter kunnat konstatera, att många av de nuvarande läkarmottagningarna icke fyller de krav, som måste ställas på dem, vare sig ur utrymmes- eller kvalitetssynpunkt. De sanitära anordningarna är otillfredsställande vid många äldre etablissemment. I vissa fall saknas t.o.m. tillgång till tvättmöjligheter. Väntrummen är ofta små och otillräckligt ventilerade m.m. och lokalerna är svåra att hålla rena. Sålunda befinner sig t.ex. läkarmottagningarna vid I 3 (Örebro), I 11 (Växjö), I 15 (Borås), I 16 (Halmstad), I 17 (Uddevalla), I 21 (Sollefteå), P 4 (Skövde), P 7 Y (Ystad), A 6 (Jönköping), KA 1 (Vaxholm), F 21 (Kallax) och krigsflygskolan i ett icke tillfredsställande skick. Det är viktigt att medel ställes till förfogande, så att man inom en nära framtid kan upprusta och i förekommande fall om- eller tillbygga dessa mottagningar.

Utredningen förutsätter att fortifikationsförvaltningen i samråd med försvarets sjukvårdsstyrelse prövar de här väckta frågorna och framlägger därav betingade förslag.

8.4. Öppen sjukvård för fast anställda m. fl.

Den öppna sjukvården vid förbanden för fast anställd militär, civilmilitär och civil personal samt för kollektivavtalsanställda meddelas av tjänsteläkare. Varje vid förband anställd eller tjänstgörande läkare, i första hand vederbörande förbandsläkare, som ombesörjer sjukvård för värnpliktiga, har jämväl att fullgöra tjänsteläkarbestyren. Sjukvården bedrivs vid särskild tjänsteläkarmottagning, som är inrymd i anslutning till värnpliktsmottagningen. Tjänsteläkaren åtnjuter särskild gottgörelse för sjukvård och intygsgivning åt de civila tjänstemännen och den kollektivavtalsanställda personalen, medan vård och intygsgivning åt den militära och civilmilitära personalen ingår i hans ordinarie tjänsteåligganden. Särskild ersättning utgår dock för läkarvård, som meddelas militär och civilmilitär personal i den sjukes bostad eller i läkarens egen mottagningslokal. Verksamheten vid tjänsteläkarmottagningarna är i huvudsak av samma art som verksamheten vid läkarmottagningarna för värnpliktiga. Omfattningen av verksamheten vid tjänsteläkarmottagningarna redovisas i *bilaga 2*. Det framgår av bilagan att tidsåtgången för verksamheten icke är obetydlig, trots att läkarbesöken är relativt färre än för de värnpliktigas del. Den uppgår vid enstaka förband till mer än 3 timmar per dag; vid det stora flertalet förband tas dock i medeltal mindre än 2 timmar per dag i anspråk. Tidsåtgången för sjukvård av flygande personal har då icke medräknats.

Den fast anställda militära, civilmilitära och civila personalen samt de kollektivavtalsanställda inom krigsmakten är genom statens allmänna avlöningsreglemente eller kollektivavtal tillförsäkrade fri sjukvård. Samma krav måste ställas på denna sjukvård som på den som åtnjutes av tjänstemän inom civila statsförvaltningen. Enligt statens allmänna avlöningsreglemente meddelas sjukvården inom denna av särskilda verksläkare. Verksläkarinstitutionen har, ehuru formellt i kraft, emellertid de facto avskaffats inom en mycket stor del av statsförvaltningen. Verksläkare torde numera förekomma endast vid de affärsdrivande verken, bl.a. SJ, där provinsialläkare efter frivilligt åtagande i viss utsträckning utnyttjas. I övrigt ombesörjes hälso- och sjukvården inom den civila statsförvaltningen av anvisningsläkare och konsultationsläkare.

Möjligheten för myndighet att anvisa berörda tjänstemän till anvisningsläkare i stället för till verksläkare öppnades genom beslut av 1955 års riksdag (jfr prop. 1955:208). Enligt kungörelsen angående anvisningsläkare m.m. (SFS 1955:666) bör som anvisningsläkare i första hand ifrågakomma läkare i öppen sjukvård anställd av stat och kommun; i andra hand får

allmänpraktiserande läkare anlitas. Det har förutsatts att ifrågavarande läkare skall utöva sin verksamhet som fria företagare obundna av taxor, och de erhåller icke ersättning av myndigheten i form av fast ersättning eller häremot svarande förmåner. Myndigheten är icke bunden att behålla anvisningsläkare, om dennes debiteringar visar sig vara oskäligen eller om anmärkning föreligger mot det sätt, varpå tjänstemännens behov av sjukvård tillgodoses. Anställningsavtal upprättas icke. Departementschefen avvisade i propositionen bestämt ett förslag från Sveriges läkarförbund att läkare som var taxeobunden, skulle förordnas för en tid av sex år. En dylik anordning skulle enligt departementschefens uttalande medföra orimliga konsekvenser, som icke kunde accepteras av statsmakterna. I systemet ligger sålunda en mycket lös anknytning mellan myndigheten och anvisningsläkaren.

Vid vissa större verk, främst de affärsdrivande, förekommer att anvisningsläkaren av verket i anslutning till arbetsplatsen tillhandahålles mottagningslokal med utrustning och sjuksköterskepersonal, vilket medför fördelar för såväl verket som dess personal bl.a. i form av minskad förlust av arbetstid. Denna verksamhetsform har godtagits av statsmakterna. I nyssnämnd proposition förutsattes dock att avtal i sådant fall skulle upprättas mellan verket och anvisningsläkaren av innebörd, att läkaren dels förband sig att begränsa den på läkarmottagningen bedrivna verksamheten till verkets anställda, dels icke betingade sig högre ersättning för lämnad vård än exempelvis sjukkassetaxa, dels erlade skälig ersättning för de nyttigheter som verket ställde till förfogande. Såvitt utredningen kunnat utröna arbetar emellertid även här berörda anvisningsläkare utan att formellt vara bundna av särskild taxa. Däremot förekommer att dessa anvisningsläkare till vederbörande verk erlägger viss ersättning per läkarbesök för disposition av lokaler och hjälppersonal.

Eftersom anvisningsläkaren till skillnad från verksläkaren endast ombesörjer sjukvård, måste myndigheternas behov av medicinsk rådgivning, hygienisk övervakning och hälsoundersökningar m.m. tillgodoses på annat sätt. Samtidigt med att anvisningsläkarinstitutionen tillskapades infördes därför ytterligare en läkarkategori — konsultationsläkare eller som de i vissa fall benämnes förtroendeläkare — med uppgift att exempelvis kontrollera hygien och sjuklighet samt utföra läkarundersökningar m.m. i samband med nyanställning av personal. Vid SJ finnes sålunda t.ex. ett antal järnvägläkare med sådan uppgift. Flertalet av dessa läkare är deltidsanställda och ersättes per veckotimme. I vissa fall är konsultationsläkare och anvisningsläkarefunktionerna förenade i en person. Förslag föreligger emellertid inom SJ att järnvägläkarna skall ersättas med heltidsanställda konsultationsläkare, som icke skall utföra någon sjukvårdande verksamhet men däremot förutsättes utföra nyanställnings- och andra hälsoundersökningar utan särskilt arvode.

Inom krigsmakten användes, såsom framgår av kap. 3. 2, anvisningsläkare vid örlogsvarv, vissa centrala staber och myndigheter samt vissa regionala staber m.m. Utredningen har nu att överväga, om det nuvarande tjänsteläkarsystemet bör behållas för de fast anställda m.fl. eller om en vidgad övergång bör ske till anvisningsläkarsystemet.

Som skäl för att övergå från tjänsteläkarsystemet till anvisningsläkarsystemet åberopas ofta att anvisningsläkarsystemet medger ett friare läkarval. Den som är hänvisad till anvisningsläkare har vid sjukdom i regel att uppsöka vederbörande läkares privatpraktik. Remittering för specialundersökning eller specialbehandling ombesörjes av anvisningsläkaren, som har att attestera räkningar för sådan vård. Statstjänsteman är oförhindrad att direkt anlita annan läkare än anvisningsläkaren men kan då i regel icke påräkna annan ersättning än den som utbetalas till honom av allmän försäkringskassa enligt för varje försäkrad gällande grunder. Återstoden av kostnaden betalas icke av myndigheten med mindre anvisningsläkaren utfärdat attest; denne är oförhindrad att vägra detta. Om helt fri sjukvård skall erhållas, är sålunda läkarvalet de facto begränsat till en eller i bästa fall ett par anvisningsläkare, i vars hand det ligger att avgöra, om remiss till specialist skall ske eller icke. Fritt läkarval i kombination med fullt fri sjukvård finnes sålunda icke för statstjänstemännens del. Krigsmaktens nu ifrågavarande personal befinner sig i samma situation som övriga statstjänstemän. Inget hindrar sålunda en fast anställd eller kollektivavtalsanställd, som icke hyser förtroende för förbandets tjänsteläkare, att uppsöka annan läkare, men vederbörande får då vara beredd att själv bestrida kostnaden för skillnaden mellan läkares arvode och den ersättning som utbetalas av allmän försäkringskassa. Tjänsteläkarsystemet är sålunda med hänsyn till valmöjligheterna icke sämre än ett anvisningsläkarsystem. Tjänsteläkaren har också i princip samma möjligheter som anvisningsläkaren att remittera patient till mottagning vid civilt lasarett eller privatpraktiserande specialist. Anledning att frångå tjänsteläkarsystemet enbart för att öka personalens valmöjligheter föreligger sålunda icke. Utredningen har emellertid prövat, om anledning finnes att av andra skäl ersätta tjänsteläkarsystemet med ett anvisningsläkarsystem.

Eftersom den läkare som förestår värnpliktsmottagningen i regel är tjänsteläkare kan en fördel med övergång till ett anvisningsläkarsystem synas vara, att denne läkare befrias från en tidsödande verksamhet till förmån för den öppna sjukvården av värnpliktiga. Behålles läkarvården av fast anställda m.fl. som en uppgift för den läkare som ombesörjer läkarvården av värnpliktiga — utredningen återkommer härtill i kap. 10. 1 — uppstår nämligen såsom visats vid vissa förband svårigheter att medhinna såväl denna verksamhet som värnpliktsvården. Än mindre blir det då möjligt för denne läkare att ägna tid åt annan läkarverksamhet vid förbandet. Den angivna fördelen med övergång till ett anvisningsläkarsystem — att avlasta

den läkare som förestår värnpliktsmottagningen — kan emellertid uppnås på annat sätt och väger lätt mot de betydande nackdelar, som är förenade med en sådan övergång. Kostnaderna för läkarvården skulle öka, eftersom anvisningsläkaren är taxebunden. En kostnadsjämförelse som företagits inom SJ avseende budgetåret 1962/1963 visar att kostnaderna för anställda, som är hänvisade till anvisningsläkare, är omkring 80 % större än för anställda, som är hänvisade till verksläkare, beroende på dels högre arvode per konsultation dels större besöksfrekvens. De mottagningslokaler som måste finnas vid förbandet för värnpliktsvården skulle vidare utnyttjas sämre liksom den hjälppersonal, som ändock måste finnas för denna verksamhet och för den slutna vården. Avsevärd tid skulle vidare gå förlorad under förflyttningar från arbetsplatsen till anvisningsläkaren.

De angivna olägenheterna skulle till viss del elimineras, om anvisningsläkare vid förbanden i likhet med anvisningsläkarna vid t.ex. de affärsdrivande verken kostnadsfritt av kronan tillhandahölls mottagningslokal med utrustning och sjuksköterskepersonal, vilket i så fall också borde kunna motivera att de i enlighet med förutsättningarna i propositionen 1955:208 bands till viss taxa. Utredningen har därför övervägt, om sjukvården av anställningshavarna vid förbanden skulle kunna meddelas av taxebundna anvisningsläkare, som utövar sin verksamhet vid förbandens läkarmottagningar. Skillnaden mellan detta modifierade anvisningsläkarsystem och tjänsteläkarsystemet ligger närmast däri att en anvisningsläkare, eftersom han icke är tjänsteman vid förbandet, icke kan tjänstgöra som förbandschefens medicinske rådgivare och ej heller kan åläggas hälsovårdande uppgifter med mindre än att han samtidigt utses till konsultationsläkare. En övergång till ett modifierat anvisningsläkarsystem synes därför kräva, att — om anvisningsläkaren icke tillika kan utses till konsultationsläkare, i vilket fall hans uppgifter helt kommer att överensstämma med tjänsteläkarens — de av tjänsteläkarens uppgifter, som har avseende på tillgodoseende av förbandschefens behov av medicinsk rådgivning, hälsoundersökningar m.m., måste överföras på den läkare som förestår värnpliktsmottagningen, eftersom en tredje läkarkategori icke gärna kan införas vid förbanden. De nuvarande tjänsteläkarnas arbetsuppgifter skulle sålunda bli uppdelade mellan den läkare som förestår värnpliktsmottagningen och en civil anvisningsläkare med enda uppgift att sköta sjukvården av anställningshavarna vid förbandet. Utredningen kan icke finna, att en sådan ansvarsuppdelning skulle vara rationell vare sig ur hälso- eller sjukvårdssynpunkt. Hälso- och sjukvården av den fast anställda personalen, särskilt av befälet, bör enligt utredningens mening ligga i samme läkares hand. Härtill kommer att en anvisningsläkare ur militär synpunkt blir alltför löst knuten till förbandet. Det bör även beaktas att taxebunden anvisningsläkarverksamhet f.n. icke förekommer inom statsförvaltningen och får anses strida mot systemets grundidé.

Med hänsyn till det anförda har utredningen stannat vid att behålla tjänsteläkarsystemet inom krigsmakten. Detta innebär att all berörd personal för erhållande av sjukvård även framdeles bör hänvisas till särskilt förordnad taxebunden tjänsteläkare. Anvisningsläkare torde dock även fortsättningsvis böra anlitas vid exempelvis örlogsvarv med stort antal civila tjänstemän och kollektivavtalsanställda. I övrigt bör anvisningsläkare icke utnyttjas annat än för sådana centrala staber och förvaltningar, som med hänsyn till personalstyrkans omfattning och avståndet m. m. till närmaste förband icke lämpligen kan hänvisas till tjänsteläkare.

I kap. 10. 3 upptar utredningen frågan om ersättningen till tjänsteläkare. Redan här vill utredningen dock peka på den olikhet som råder i ersättningshänseende mellan de civila tjänstemännen och de kollektivavtalsanställda å ena samt den fast anställda militära och civilmilitära personalen å andra sidan. Det förhållandet att ersättning i princip icke utgår för tjänsteläkarens sjukvård och intygsgivning åt militär och civilmilitär personal har uppfattats som en orättvis diskriminering. Utredningen erinrar om att förslag tidigare framförts av försvarets civilförvaltning, dåvarande försvarets sjukvårdsförvaltning och närmast berörda personalförbund, att tjänsteläkarna borde erhålla samma gottgörelse för vård av militär och civilmilitär personal som för civil personal. Utredningen kan för sin del icke finna några motiv för den åtskillnad som i ersättningshänseende göres mellan de olika personalkategorierna. Som skäl för att vård av militär och civilmilitär personal skall vara ett tjänsteåliggande för den läkare som ombesörjer vården av värnpliktiga har åberopats, att vid övningar utom förläggningssorten och ombord samme läkare av praktiska skäl bör vårda såväl befälet som de värnpliktiga. Äger läkarmottagning för fast anställt befäl och värnpliktiga rum på annan plats än i ordinarie mottagningslokal och ombesörjes befälets sjukvård härvid av annan läkare än förbandets ordinarie tjänsteläkare, torde emellertid hinder icke möta att förordna den läkare som tillfälligt ombesörjer sjukvården till tjänsteläkare för ifrågavarande befäl och att låta honom, om han ej är värnpliktig läkare, tillgodoräkna sig samma ersättning härför som eljest skulle ha utgått till den ordinarie tjänsteläkaren. Utredningen ansluter sig sålunda till tanken att arvode till tjänsteläkaren för behandling m.m. av militär och civilmilitär personal skall utgå efter samma grunder som för den civila personalen. Med hänsyn härtill föreslår utredningen att övergång sker till ett enhetligt taxesystem för alla berörda personalkategorier.

De krav som ur medicinsk och militär synpunkt ställes på tjänsteläkarverksamheten är i huvudsak desamma som kraven på den öppna sjukvården för värnpliktiga. Härav följer att vad utredningen i föregående avsnitt anför om *arten* av värnpliktsvården i huvudsak gäller även vården av anställningshavarna. Bl.a. bör sålunda sjukdomsfall, som kräver specialistundersökning eller specialistvård, alltjämt remitteras till mottagning vid civilt lasarett,

medan remiss till privatpraktiserande läkare bör förekomma endast i undantagsfall. Såsom framgått av kap. 3. 2 finnes särskilda arvodesanställda ögonläkare dels vid karolinska sjukhuset, dels vid marinkommande Ost. Ett relativt betydande antal fast anställda genomgår ögonundersökningar hos dessa läkare. Tillgång till arvodesanställda ögonläkare har uppenbarligen vissa fördelar. Bl.a. ges möjlighet till konsultationer utan onödigt dröjsmål. Å andra sidan kan som 1944 års militärsjukvårdskommitté påpekat (SOU 1947: 5 s. 159 f) systemet medföra opåkallade undersökningar. Enligt utredningens mening bör remiss till civilt lasarett eller privatpraktiserande specialist ske vid sådana ögonundersökningar, som icke kan utföras vid förbandet. Detta förfarande praktiseras redan nu på andra orter i landet än Stockholm, exempelvis inom flygvapnet samt vid marinkommando Syd, där arvodesanställd ögonläkare tidigare funnits. Behov av militära ögonläkare anställda mot fast arvode synes därför icke finnas. Förslag av enahanda innebörd har framlagts av militärsjukvårdskommittén. Beträffande *omfattningen* av tjänsteläkarverksamheten beräknas denna icke undergå några större förändringar under de närmaste åren. Liksom motsvarande uppgifter beträffande värnpliktsvården beräknas sålunda det i *bilaga 2* redovisade antalet erforderliga läkartimmar per tjänsteläkarmottagning ge en god bild av mottagningens beräknade tidsmässiga omfattning även för framtiden. Av bilagan framgår att läkarens genomsnittliga arbetsinsats vid det stora flertalet förband varierar mellan 3—15 veckotimmar. Uppgifterna bedömes därför kunna läggas till grund för erforderliga personal- och kostnadsberäkningar. Att den fast anställda flygande personalen icke omfattas av bilagan har redovisats i kap. 3. 2 (jfr kap. 10. 1).

Eftersom tjänsteläkarsystemet föreslås behållas åligger det kronan att även framdeles kostnadsfritt ställa lokaler liksom hjälppersonal och undersökningsmateriel till tjänsteläkarens förfogande. Såsom redovisats i föregående avsnitt bör i vissa fall mottagningarna upprustas i materiellt och lokalmässigt hänseende. Härigenom ernås en kvalitetshöjning av vården även vid tjänsteläkarmottagningarna, så att onödiga remisser kan undvikas. Tjänsteläkarmottagning bör finnas vid varje förband med egen värnpliktsmottagning. Den bör hållas öppen varje arbetsdag; i *bilaga 2* har utredningen förutsett femdagarsvecka.

Som framgår av kap. 3. 2 förekommer vid vissa förband mottagning av civila patienter, i ett par fall med stöd av särskilt avtal. Utredningen är av den uppfattningen, att kronans tjänsteläkarmottagningar i princip icke bör motta annan personal än som genom anställning inom krigsmakten är tillförsäkrad fri sjukvård. Undantag bör enligt utredningens mening kunna göras i de fall landsting påvisar, att behov föreligger av förstärkning av de civila sjukvårdsresurserna inom t. ex. glesbygdsområde. I sådana fall bör — under förutsättning att de militära säkerhetskraven icke trädes förnär och att verksamheten icke inkräktar på övrig läkarverksamhet vid förbandet —

avtal kunna träffas mellan kronan och landsting att kronan upplåter militär tjänsteläkarmottagning för bygdens civilbefolkning, varvid vederbörande tjänsteläkare förordnas som biträdande provinsialläkare med särskild tjänstgöring. De ökade kostnader för personal och materiel som med anledning härav kan uppkomma bör gäldas av landstinget. Privat läkarverksamhet i av kronan tillhandahållen tjänsteläkarmottagning bör däremot icke få förekomma. Ej heller bör anvisningsläkare tillåtas utnyttja tjänsteläkarmottagning för sin verksamhet.

8.5. *Slutna sjukvård*

Den slutna sjukvården beredes krigsmaktens personal vid militära förbands-sjukhus och civila lasarett. Krigsmakten disponerar f.n. 56 förbands-sjukhus med sammanlagt något över 2 000 vårdplatser. Den kvalificerade slutna vården ombesörjes vid civila lasarett. På förbandssjukhusen vårdas i huvudsak värnpliktiga, och den sjukvård som bedrivs där är i allt väsentligt betingad av kaserneringen. Patienterna på förbandssjukhusen skulle i det civila med få undantag ha vårdats i sina hem. Drygt hälften av fallen vårdas för okomplicerade övre luftvägsinfektioner, och även i övrigt dominerar bagatellartade sjukdomar. Vårdpersonalen och vårdutrustningen är icke heller dimensionerad för intensivvård eller vård av kirurgfall. Den medicinska standarden är närmast jämförbar med och t. o. m. lägre än den vid ett B-sjukhus. Vården ombesörjes väsentligen under läkarens överinseende av översköterskor och annan hjälppersonal. Förbandssjukhusen kan alltså på intet sätt jämföras med civila lasarett. De är praktiskt taget aldrig fullbelagda. Av de tillgängliga vårdplatserna är genomsnittligt ungefär halva antalet obelagda under 11 månader av året, och mer än 75 % under hälften av året. Endast i samband med större repetitionsövningar eller vid epidemier och andra exceptionella förhållanden kan toppbelastning förekomma men denna är då i regel av kortvarig natur.

Utredningen har undersökt möjligheterna att på ett eller annat sätt integrera den slutna sjukvård som bedrivs vid förbandssjukhusen med den civila lasarettsvården. Lasarettens utgör grundvalen för den svenska sjukvården. All den kvalificerade sjukvården utföres vid lasarett, som direkt eller indirekt i allt högre grad blir bestämmande även för den öppna vårdens kvalitet och möjlighet att fylla sin roll. Lasarettsvården åtnjuter med rätta allmänhetens förtroende. Det vore därför ur denna synpunkt otvivelaktigt en fördel, om den slutna sjukvården av krigsmaktens personal i någon form kunde anknytas till lasarettsvården. En sådan anknytning skulle också med stor sannolikhet verka befrämjande för rekryteringen av läkare till förbanden. Den frågeställning utredningen velat belysa är ingalunda ny. Redan de sakkunniga, vilkas förslag i betänkande den 30 juli 1908 låg till grund för 1911 års omorganisation av fältläkarkåren, ansåg hithörande problem vara av intresse. De sakkunniga uttalade bl. a. (bet. s. 32 f).

Att civil sjukvårdsinrättning icke bör anlitas för dem, som böra läggas å sjukrum, än mindre för dem som äro sjuka i kvarter, därom torde knappast några skiljaktiga meningar råda. Det skulle icke vara ändamålsenligt att taga in anspråk sängplatser å sådan inrättning för sjuka, vilkas tillfrisknande är att motse efter en jämförelsevis kort tid, och förflyttningen av dessa sjuka till och från det civila sjukhuset skulle vara förenad med kostnader och besvär, som näppeligen torde kunna betecknas såsom oundgängligen nödiga. Frågan om anlitaandet av civil sjukvårdsinrättning för vården av militärpersonal vid ensamt förlagt truppförband skulle sålunda vara begränsad till de sjuka, som äro i behov av sjukhusvård.

Det torde emellertid ej vara lämpligt att uppställa såsom regel, att alla sjuka, som prövas vara i behov av sjukhusvård, skulle överlämnas till densamma. Därigenom skulle truppförbandsläkarna berövas all fortsatt övning och utbildning i sådan vård, och det skulle även i andra avseenden verka ofördelaktigt, om man skulle anförtro all militärpersonal, som behöver vårdas å sjukhus, åt civila läkare och undandraga densamma truppförbandsläkarnas omsorger. Då det vid truppförbandet, inom dess kasernetablissemang, måste finnas särskilda lokaler för sjukvisitationerna, nämligen mottagningsrum och väntrum, och då det även måste finnas särskilda sjukrumslokaler, synes det vara en klok och ändamålsenlig åtgärd att med dessa lokaler förena rum för sjukhusvård, så att vid truppförbandet skulle kunna skötas även de, som tillhöra gruppen »sjuka å sjukhus» eller »till sjukhus avpolletterade». Truppförbandet skulle sålunda hava ett eget sjukhus. Då emellertid detta av kostnadsskäl icke torde kunna anordnas och utrustas på samma fullständiga sätt som ett länslasarett eller därmed jämförlig civil sjukvårdsinrättning, synes det önskvärdt, att särskilt svårare sjukdomsfall, t. ex. svårare operationsfall, vilkas behandling fordrar möjligast fullständiga anordningar i tekniska och andra avseenden, må kunna överlämnas till länslasaretten (den civila sjukvårdsinrättningen).

Till en början vill utredningen framhålla att vissa försök redan gjorts att integrera den militära och civila sjukvården. Utredningen bortser i detta sammanhang från att krigsmaktens behov av kvalificerad sluten sjukvård tillgodoses vid de civila lasaretten. Den låga beläggningen vid förbandssjukhusen har nämligen föranlett åtgärder för att belägga dessa sjukhus med civila patienter, som ej tillhör krigsmakten. Förslag härom väcktes första gången vid ett årsmöte med svenska militärläkarföreningen år 1907, men förslaget avvisades av 1908 års sakkunniga (bet. s. 27) med den motiveringen att »länslasaretten eller den motsvarande civila sjukvårdsinrättningen genom sin speciellt utbildade personal är bättre skickad för ifrågakommande vård än de sjukhus, som i allmänhet anordnas för arméns truppförband. Frågan om ett närmare samarbete mellan förbandssjukhusen och de civila sjukhusen har härefter vid olika tillfällen behandlats av riksdagens revisorer. På grundval av gjorda iakttagelser angående beläggningen vid vissa förbandssjukhus underströk sålunda redan 1933 års revisorer betydelsen av ett dylikt samarbete för bättre och rationellare utnyttjande av tillgängliga vårdplatser vid landets samtliga för allmän sjukvård avsedda anstalter. Såväl år 1940 som år 1941 återkom revisorererna till ifrågavarande spörsmål. I 1952 års revisionsberättelse upptog revisorererna på nytt frågan om ett samarbete mellan landsting och de militära myndigheterna rörande möjligheterna att disponera förbandssjukhusen för civilsjukvård. Revisorererna uttalade bl. a.

Fördelarna av ett sådant samarbete är så uppenbara att enligt revisorernas mening här föreliggande möjligheter omsorgsfullt måste tillvaratas. För kronans del skulle i första hand en direkt ekonomisk vinst uppstå. Genom att tillgängliga sjukhusutrymmen och därmed även personalen bättre utnyttjades skulle nämligen den genomsnittliga vårdkostnaden för ineliggande militära patienter icke oväsentligt kunna nedbringas. Saken kan emellertid och bör även ses ur en vidare synpunkt, varvid frågan om tillgodoseende av samhällets totala behov av sjukhusplatser träder i förgrunden. Som bekant föreligger f. n. svår platsbrist vid de flesta civila lasarett av vilka många är överbelagda och nödgas avvisa vårdbehövande medborgare. Ett utnyttjande av förbandssjukhusen för den civila sjukhusvården skulle åtminstone i någon mån avhjälpa denna platsbrist. Det torde därför få förutsättas, att även vederbörande landsting skulle äga ett betydande intresse av att vidgat samarbete med de militära sjukvårdsorganen kom till stånd.

På grundval av förslag av försvarets sjukvårdsstyrelse träffades år 1956 avtal med 8 landsting om vård av civila patienter. Enligt uppgift av riksdagens revisorer i 1961 års revisionsberättelse har åren 1958/1959, 1959/1960 och 1960/1961 totalt 907 civila patienter vårdats på 6 av de berörda 8 förbandssjukhusen. Under budgetåret 1960/1961 vårdades sammanlagt 356 civila patienter på förbandssjukhusen vid I 4 (Linköping), I 19 (Boden), A 3 (Kristianstad), dåvarande Lv 2 (Linköping) och KA 3 (Fårösund). Civilsjukvård av obetydlig omfattning förekom då även på förbandssjukhuset vid I 15 (Borås). Härvid svarade sjukhusen vid I 19 och Lv 2 för 235 patienter. Sedan 8 år förflutit från det år då avtal träffades om vård av civila patienter vid förbandssjukhusen, kan konstateras, att vård av sådana patienter numera endast förekommer på 5 sjukhus och i nämnvärd omfattning endast på 2 sjukhus. Från I 19 har dessutom meddelats, att intagningen troligen kommer att upphöra helt, varjämte det från I 4 uppgivits, att möjligheterna att motta civila patienter starkt kommer att minska på grund av förutsatt ökat militärt behov. Det kan tilläggas, att Östergötlands läns landsting år 1962 avböjde ett anbud att i samband med indragning av dåvarande Östgöta luftvärnsregemente under vissa villkor få disponera förbandssjukhuset därstädes för uteslutande civila patienter. Sammanfattningsvis torde kunna sägas, att de hittillsvarande försöken att disponera förbandssjukhusen även för civila patienter i stort sett misslyckats. Riksdagens revisorer uttalade i 1961 års revisionsberättelse, att anledningen till att samarbete med landsting kommit till stånd i så ringa omfattning var dem obekant, men att de ansåg det vara ett samhälleligt intresse av stor vikt, att förbandssjukhusens överskottsplatser togs i anspråk i större utsträckning, framför allt för vårdfall av mindre komplicerad natur. Revisorerna fann därför, att åtgärder borde vidtas för att på lämpligt sätt stimulera intresset för ett ökat samarbete på förevarande område mellan de civila och militära sjukvårdsorganen. I yttrande över revisorernas uttalande framhöll försvarets sjukvårdsstyrelse och svenska landstingsförbundet, att de fördelar som stod att vinna på denna väg säkerligen var begränsade. Det framhölls i sammanhanget, att förbandssjukhusen i fråga om standard icke kunde mäta sig med de civila lasarett, att

sålunda någon mera specialistbetonad vård icke kunde erhållas, att beläggningen snabbt växlade och att därför för civilsjukvård tillgängliga vårdplatser var svåra att beräkna samt att de militära säkerhetsproblemen var svår-
bemästrade etc. Sjukvårdsstyrelsen förklarade sig dock beredd att vidga det samarbete som kommit till stånd.

Trots de nedslående erfarenheter som sålunda redovisats har utredningen gjort en förutsättningslös undersökning av möjligheterna att belägga förbandssjukhusen med civila patienter eller att på annat sätt integrera vården vid förbandssjukhus med den civila lasarettsvården. Den har härvid haft att ta ställning till fyra huvudalternativ.

Alternativ I. Förbandssjukhusen nedlägges helt. Den slutna vården förlägges i sin helhet till civila lasarett och till dessa anknutna B-sjukhus.

Alternativ II. Krigsmakten upprättar ett mindre antal militära sjukhus för kvalificerad vård av civila och militära patienter. Förbandssjukhusen behålles för enklare vård av militära patienter.

Alternativ III. Förbandssjukhusen upprustas till minst sjukstugnivå, så att förutsättningar skapas dels att med framgång kunna motta även civila patienter, dels att i ökad utsträckning vårda svårt sjuka militära patienter.

Alternativ IV. Förbandssjukhusen behålles i princip med nuvarande begränsade medicinska målsättning. Vårdresurserna dimensioneras för endast vård av värnpliktiga patienter. All kvalificerad vård ombesörjes av lasaretten.

Alternativ I, att i sin helhet överföra vården till den civila sektorn, kan av lätt insedda skäl icke ifrågakomma. Det är uteslutet att i nuvarande brist-situation vårdplatser av B-typ i erforderlig omfattning skulle kunna ställas till förfogande av sjukhushuvudmännen. En tänkbar variant är emellertid att förbandssjukhusen bibehålles men överföres i kommunal regi, varvid de på lämpligt sätt anknytes till närbeläget sjukhus såsom annex (B-sjukhus). Den läkare som förestår vederbörlig värnpliktsmottagning skulle i så fall tillika tjänstgöra som chefsläkare vid B-sjukhuset. Härvid skulle på ett naturligt sätt förutsättningar skapas att med civila patienter belägga de vårdplatser, som f. n. står outnyttjade under större delen av året. Beläggningen med civila patienter borde under huvuddelen av året kunna bli hög. Härigenom skulle läkarna vid förbanden och hjälppersonalen kunna beredas ett mer intresseväckande arbete och deras yrkesstandard höjas. Förutsättningarna för sjukhusutbildning av personal för krigsorganisationens behov skulle i viss ehuru begränsad utsträckning förbättras. Ett överförande av vården från statlig till kommunal regi skulle även vara rationellt såtillvida, att vården skulle samlas under en hatt, och skulle sålunda ligga i linje med den allmänna överflyttningen av huvudmannaskapet för landets sjukvård från statlig till kommunal regi. Nackdelarna är emellertid uppenbara. Alternativet kräver bl. a. en kostnadskrävande personell och materiell upprustning av förbandssjukhusen. Eftersom staten i alla övriga hänseenden övertar ansvaret för den värnpliktiges välfärd, torde landstingen säkerligen med

fog vara utomordentligt litet intresserade att överta vården av ett värnpliktigt klientel som i det civila skulle ha vårdats i sina hem. En rad andra olägenheter av administrativ och förvaltningsteknisk natur skulle vidare uppstå. Även ur medicinsk synpunkt skulle, som utredningen nedan kommer att beröra närmare, olägenheter uppstå, om militära lättvårdsfall blandas med civila sjukhusfall av den typ som plägar inläggas på B-sjukhus. Risk skulle otvivelaktigt uppstå, att de förstnämnda måste utskrivas för att lämna plats åt civila patienter i trängande behov av vård. Resultatet skulle då bli att tillfälliga sjukrum i ökad utsträckning måste anordnas i kasernerna för de värnpliktiga. Alternativet är därför icke godtagbart vare sig ur militär, civil eller medicinsk synpunkt.

Alternativ II kan sägas innebära ett återupprättande av garnisonssjukhusen. Det löser emellertid icke frågan om vården av de enkla sjukdomsfallen, vilken i så fall alltså måste bedrivas vid förbanden. Belastningen av de civila lasaretten med militära patienter skulle emellertid upphöra, vilket skulle vara en fördel ur sjukhushuvudmännens synpunkt. Eftersom antalet vård dagar vid civila lasarett för värnpliktiga samt tjänstemän och kollektivavtalsanställda tillhörande krigsmakten f. n. icke uppgår till mer än 60 000 per år, vilket vid 80 % medelbeläggning motsvarar ett vårdplatsbehov av drygt 200 platser, inses lätt att militärt patientunderlag f. n. icke finnes ens för ett enda militärsjukhus. Alternativet kräver därför att även civilsjukvård bedrivs vid ifrågavarande militärsjukhus. Redan om mer än ett sjukhus skulle organiseras, torde det civila inslaget bli dominant. Den enda men viktiga fördel, som stod att vinna med att upprätta ett eller ett par militärsjukhus, skulle vara att krigsmakten härmed erhöi möjlighet att bedriva kvalificerad klinisk utbildning av medicinalpersonal i egen regi, vilket med stor sannolikhet skulle stimulera rekryteringen och förbättra utbildningen av militärläkare och kvalificerad militär hjälppersonal. Behovet av sjukhusutbildning för det stora flertalet sjukvårdare i krigsorganisationen skulle emellertid med stor sannolikhet icke kunna tillfredsställas på detta sätt. Utredningen har mot denna bakgrund och under hänsynstagande till att denna lösning radikalt skulle bryta mot rådande utveckling funnit sig böra avvisa ifrågavarande alternativ. Avvecklingen av garnisonssjukhusen har för svenska förhållanden varit följdriktig.

Alternativ III innebär att förbandssjukhusen behålles i militär regi men upprustas till minst sjukstugnivå, så att reella förutsättningar skapas att ta emot även civila patienter. Två väsentliga ting står härvid att vinna. För det första förbättras utnyttjandegraden av förbandssjukhusen och härmed ställes ett antal vårdplatser till den civila sektorns förfogande. För det andra förbättras möjligheterna att bedriva klinisk utbildning av fast anställd och värnpliktig personal i krigsmaktens egen regi samtidigt som arbetet på sjukhusen kan väntas bli mera intresseväckande och därmed också rekryteringsbefrämjande. Utredningen har emellertid nyss visat, att det militära patient-

underlaget, såvitt avser fall som fordrar lasarettsvård, i fred är obetydligt. Även om man helt orealistiskt skulle räkna med att samtliga dessa fall kan vårdas vid de till sjukstugenheim upprustade förbandssjukhusen, skulle beläggningen av dessa sjukhus med sådana krigsmakten tillhöriga patienter som fordrar kvalificerad vård stanna vid ett fåtal fall. En upprustning kan därför försvaras endast under förutsättning att förbandssjukhusen i allt väsentligt kan beläggas med civila patienter, som ej tillhör krigsmakten. En av utredningen utförd genomgång av garnisonsorterna har emellertid visat, att med enstaka undantag välutrustade lasarett finnes i garnisonsorterna eller inom räckhåll för dessa. Att på sådana orter upprusta förbandssjukhusen till sjukstugenheim i stället för att i mån av behov utbygga lasarett kan ur ekonomisk synpunkt knappast försvaras. Samarbetsproblem skulle vidare med säkerhet uppstå mellan de kommunala lasarett och de statliga förbandssjukhusen vid överförande av patienter från de förra till de senare. Kompetenskonflikter mellan överläkaren vid lasarettet och den läkare som förestår vården vid förbandssjukhuset kan vidare befaras. Förlorar läkaren vid förbandet det fulla ansvaret för utredningen och behandlingen av de på förbandssjukhuset intagna civilfallen, måste detta verka motsatsen till stimulerande. En splittrad ansvarsfördelning blir vidare knappast till fördel för patienterna. Ett till sjukstuga upprustat förbandssjukhus är till yttermera visso olämpligt för slutna vård av värnpliktiga med bagatellartade sjukdomar. Dels blir sjukhusets resurser överkvalificerade för sådan vård, dels är det ur medicinsk synpunkt olämpligt att utan tvingande skäl sammanföra sådana värnpliktiga patienter med civila sjukhuspatienter, eftersom de sistnämnda skulle utsättas för betydande smittorisk. Då vården av sjukhusfall både av medicinska och humanitära skäl måste ges prioritet, kan vård av typ »hemsjukvård» icke accepteras vid ett till sjukstugenheim upprustat förbandssjukhus annat än i den mån outnyttjade vårdplatser för tillfället står till förfogande. Vid platsbrist inom civilsjukvården torde sålunda det militära lättvårdsklientelet snabbt få utrymmas. En upprustning av förbandssjukhusen till sjukstugenheim skapar med andra ord behov att ordna den slutna vården för den allt övervägande delen värnpliktiga på annat sätt, ett förhållande som ur militär synpunkt icke kan accepteras. Den förbättrade utnyttjandegraden av förbandssjukhusen kan endast vinnas till betydande kostnader och medför olägenheter ur både medicinsk, militär och civil synpunkt. Utredningen måste därför avvisa även detta alternativ.

Alternativ IV innebär i huvudsak att nuvarande ordning bibehålles. Förbandssjukhusen avses för värnpliktiga lättvårdsfall. Alla sjukhusfall remitteras till civila lasarett. Förbandssjukhusens storlek anpassas till det verkliga vårdbehovet. Det bortses därvid från civila patienter. Den obetydliga civilsjukvård som f. n. förekommer på ett fåtal förbandssjukhus avvecklas. Avvecklingen har de facto redan inletts, men ännu löpande avtal mellan försvarets sjukvårdsstyrelse och berörda landsting om intagning av civila

patienter på förbandssjukhusen bör efterhand uppsägas. Utredningen, som i det föregående funnit sig på goda grunder böra avstyrka de tre första alternativen, förordar detta alternativ såsom varande det enda genomförbara och realistiska. Det låter sig också bäst förena med de krav som ur medicinsk och militär synpunkt måste ställas på den slutna sjukvården för värnpliktiga.

Utredningen anser sålunda, att den kvalificerade vården alltjämt måste förläggas till de civila lasaretten och att förbandens ytterligare behov av slutna sjukvård, vilket väsentligen betingas av kaserneringen, måste tillgodoses inom krigsmakten. Ställningstagandet att civila patienter icke bör vårdas på förbandssjukhusen bör emellertid motiveras ytterligare. Med förbandssjukhusens nuvarande medicinska målsättning, vilken föreslås bli oförändrad, kan som civilpatienter endast ifrågakomma s. k. sjukhushotellgäster, okomplicerade eftervårdsfall och kronikerfall. Eventuellt kan läkarna vid förbanden även tänkas lägga in sina privata patienter på förbandssjukhusen. Kronikerfallen har emellertid behov av och rättighet till rehabilitering och socialmedicinska åtgärder, som faller helt utanför förbandssjukhusens uppgifter. Såväl kronikerfallen som eftervårdsfallen och läkarens privata patienter måste vidare skyddas mot infektioner. Det kan ur medicinsk synpunkt icke vara lämpligt att utan tvingande skäl lägga in exempelvis eftervårdspatienter inom invärtes medicin eller kirurgi på förbandssjukhusen, vars huvuduppgift ändock måste vara att vårda militära patienter, vilka såsom förut påvisats i stor utsträckning lider av övre luftvägsinfektioner. Viktigare är emellertid att även de angivna patientkategorierna måste följas på ett helt annat sätt än de militära lättvårdsfallen, vilket kräver ytterligare personella och materiella resurser. Härtill kommer att ifrågavarande civila patientunderlag saknar större utbildningsvärde ur militärmedicinsk synpunkt. Det kan då icke vara rimligt att förbandssjukhusen, som främst ur medicinsk synpunkt är olämpliga för civilsjukvård, skall motta icke värnpliktiga patienter endast för att lediga platser skall kunna utnyttjas. Naturligare synes vara att skära ned organisationen och därigenom minska överskottet på vårdplatser. Sedan är det en annan sak att ett samarbete bör kunna etableras mellan landsting och kronan i de sannolikt sällsynta undantagsfall, då landstinget har ett dokumenterat behov av civilsjukvård, som icke lämpligen kan tillgodoses annorstädes än på förbandssjukhus, och landstinget är berett att stå för uppkommande merkostnader för personal, lokaler och utrustning.

Då utredningen sålunda anser, att en integration mellan den civila lasarettsvården och vården vid förbandssjukhusen är genomförbar, har utredningen endast haft att överväga, hur den slutna vården av värnpliktiga lättvårdsfall bör ordnas.

En viss hemsjukvård förekommer f. n. även för de värnpliktigas del. En värnpliktig som genomgått allvarligare sjukdom hempermitteras sålunda i regel för viss konvalescens. Även en värnpliktig som insjuknar i hemmet

under permission kan få kvarligga där, om läkare intygar att tillståndet omöjliggör transport till förbandet; eljest transporteras han snarast till vederbörligt förbandssjukhus. Utredningen har övervägt, om vidgad övergång till hemsjukvård är möjlig. Med hänsyn till de i genomsnitt korta vårdtiderna medför hemsjukvård otvivelaktigt ökade kostnader, förlust av utbildningstid och risk för missbruk m. m. Någon möjlighet att genom ökad användning av sådan vård i nämnvärd grad minska belastningen på den slutna vården vid förbanden bedömer utredningen därför icke möjlig. Andra militära skäl, för vilka redogöres nedan, talar också för att de värnpliktiga vårdas inom räckhåll för sitt förband. Ej heller är det med hänsyn till smittorisk m. m. möjligt att i någon mera betydande utsträckning tillgodose ifrågavarande vårdbehov inom de värnpliktigas ordinarie förläggningar. Möjligheter måste därför alltjämt finnas att isolera sjuka värnpliktiga från friska kamrater på sådant sätt att erforderlig enklare medicinsk övervakning underlättas. Förbanden måste därför ha tillgång till ett antal sjukrum, på vilka icke tjänstbara värnpliktiga lättvårdsfall kan inläggas för behandling och vård. Denna funktion fullgöres f. n. av förbandssjukhusen. Anledning att ändra detta sakförhållande finnes icke. Däremot finnes anledning att ändra benämningen förbandssjukhus, som icke är adekvat och gett anledning till missförstånd angående vårdens art. Med hänsyn till den begränsade medicinska målsättningen för den slutna vården bör den byggnad som nu kallas förbandssjukhus hellre benämnas sjukrumsavdelning.

Ett särskilt problem erbjuder de halvepidemiska sjukdomarna. Dessa spelar, som utredningen tidigare visat, kvantitativt ringa roll. Däremot kan de vara besvärande ur andra synpunkter, eftersom de anses kräva särskilda isoleringsutrymmen. Då dessa sjukdomar fordrar relativt korta smittvägar och intim kontakt för att insjuknande skall ske, är förutsättningen för uppträdande av epidemier under militärtjänst stor. Å andra sidan genomgår allt fler dessa sjukdomar redan som barn eller i varje fall före inryckningen till första tjänstgöring. Detta är en följd av förbättrade kommunikationer, minskad isolering, inflyttning till tätorter och kollektiv barnavård. Sjukdomarna medför lång, vanligen livslång immunitet och riskerna för epidemier under militärtjänstgöring bör minska för varje år. Att så är förhållandet bekräftas av tillgänglig statistik. Den procentuella andelen av dessa sjukdomar har oavbrutet sjunkit under de senaste 50 åren. År 1962 vårdades inom hela krigsmakten mindre än 2 000 fall i påssjuka, röda hund, mässling och vattkoppor. Eftersom epidemier förekommer ungefär vart fjärde år och då är av relativt kort varaktighet, vanligen 10 veckor per förband, framstår det som föga rationellt att hålla en dyrbar militär vårdplatsreserv endast för dessa sjukdomar. Utredningen har övervägt att överföra vården av halv-epidemiska fall till epidemisjukhusen, eftersom de möjligheter till isolering, som sjukrummen kan erbjuda, är föga ägnade att hindra smittspridning till övriga sjukrumspatienter. Epidemisjukhusen har låg genomsnittlig be-

läggning — riksdagens revisorer har i 1961 års revisionsberättelse räknat med 61 % — och det ligger då nära till hands att söka utnyttja de obelagda vårdplatser som här står till förfogande för sådana halvepidemiska fall, som icke lämpligen kan vårdas i hemmet. Möjligheterna härtill bör undersökas närmare av försvarets sjukvårdsstyrelse. Under inga omständigheter bör sjukrummen dimensioneras för att möta vårdbehovet vid epidemier. Det rationella är att i mån av behov skapa tillfälliga isoleringsutrymmen vid förbanden. I anslutning härtill vill utredningen framhålla att det med hänsyn till risken för utbrott av epidemiska och halvepidemiska sjukdomar bland de värnpliktiga vid förbanden är nödvändigt att viss epidemiberedskap upprätthålles vid varje förband. Det bör därför ankomma på läkare som förestår värnpliktsmottagning att upprätta epidemiplan efter anvisningar från regional eller central myndighet.

Med hänsyn till den medicinska målsättningen för den slutna sjukvården vid förbanden föreslår utredningen ingen ändring i fråga om arten av den vård som bedrivs på sjukrumsavdelningarna. Vården bör sålunda alltså under läkarens överinseende i allt väsentligt ombesörjas av sjuksköterske- och biträdespersonal. Den läkare som förestår värnpliktsmottagningen bör vara medicinskt ansvarig för vården och bör varje vardag gå rond, främst för att se till de patienter som enligt översköterskas bedömning bör undersökas av läkare eller kan utskivas. Utredningen har i kap. 3. 3 erinrat om att militärsjukvårdskommittén för läkarronden räknat med en tidsåtgång av 1,5 minuter per patient och dag men att utredningen för sin del bedömt att den verkliga rondtiden ofta är kortare. Detta sammanhänger med att översköterska regelmässigt bör kunna välja ut de patienter som läkaren behöver undersöka. För sådan patient kan den av kommittén angivna tiden komma att avsevärt överskridas, men för att ge en uppfattning om rondtiden har utredningen räknat med en genomsnittlig daglig tidsåtgång av 0,5 minut för varje vårdplats på sjukrumsavdelningen. Även med en vidgad centralisering av sjukrumsavdelningarna torde tidsåtgången för läkarronden endast i enstaka undantagsfall komma att överstiga 3 timmar i veckan.

I inledningen till detta avsnitt har utredningen erinrat om att krigsmakten f. n. disponerar 56 sjukrumsavdelningar med något över 2 000 vårdplatser samt att av dessa vårdplatser genomsnittligt ungefär halva antalet står obelagda under 11 månader av året och mer än 75 % under hälften av året. Utredningen har i kap. 3. 3 beräknat vårdplatsbehovet till 2,5 % av rekrytstyrkan och med denna utgångspunkt i *bilaga 7* kommit fram till ett sammanlagt vårdplatsbehov av omkring 1 300 platser. Dessa beräkningar kan läggas till grund för bedömning av det framtida vårdplatsbehovet. Detta innebär att det disponibla vårdplatsantalet överstiger vårdplatsbehovet med närmare 55 %. Sjukrumsavdelningarna är sålunda starkt överdimensionerade, trots att en icke obetydlig minskning genomförts under senare år i samband med företagen centralisering. Utredningen har i kap. 3. 3 betonat

att överdimensioneringen skett avsiktligt i syfte att få reservutrymmen för toppbelastningar m. m. Personalbehovet för sjukrumsavdelningarna har också beräknats för högst 65 % beläggning, vilket innebär att avdelningarna i personellt hänseende kan anses fullbelagda, när 1 300 av de omkring 2 000 platserna tagits i anspråk. En direkt jämförelse med de beläggningssiffror som gäller vid civila lasarett, 83 %, eller vid sjukstugor, 85 %, ger därför icke en rättvisande bild. Utredningen har emellertid tidigare framhållit det lämpliga i att skära ned organisationen och har därför närmare undersökt, om icke en ytterligare centralisering av sjukrumsavdelningarna kan genomföras.

Vid sina överväganden har utredningen funnit, att ur militära synpunkter en mera vittgående centralisering måste avvisas. Det är ett militärt önskemål, att sjukrumsvården såvitt möjligt anknytes till förbandens läkarmottagningar. Ett regionalt sammanförande av sjukrumsavdelningarna medför med hänsyn till de korta vårdtiderna onödiga transportkostnader. Tillfälle måste också finnas att så snart som möjligt överföra de intagna från slutet till öppen vård, varigenom värdefull utbildningstid kan vinnas. Den intagne bör vidare helst stå under tillsyn av samme läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Det bör även beaktas att de patienter som är elever vid skolor och kurser av skilda slag bör ha viss möjlighet att hålla kontakt med sina lärare och kamrater. I så fall blir det för dem möjligt att åtminstone i begränsad utsträckning bedriva självstudier under tid, då de inlagts för slutet vård. De militära önskemålen talar sålunda för att vården av lätt sjuka icke centraliseras mer än som skett. En vidgad centralisering medför också ökade transportkostnader och kan ställa krav på anskaffning av sjuktransportfordon. Å andra sidan är det av naturliga skäl angeläget, att åtgärder vidtas, så att de outnyttjade vårdplatsutrymmena kommer till användning. Krav på centralisering har också vid olika tillfällen framförts av riksdagens revisorer. En centralisering måste vidare från ekonomisk synpunkt vara att föredra i de fall man härigenom kan undvika kostnadskrävande upprustning av sjukrumsavdelningar som är i dåligt skick. Utredningen har även beaktat att ur arbetskraftsbesparande synpunkt alltför små sjukrumsavdelningar icke bör förekomma. Behovet av biträdespersonal vid sjukrumsavdelningar bestämmes nämligen i första hand av kravet på jourtjänst, eftersom upprätthållandet av denna fordrar minst tre personer, hur liten sjukrumsavdelningen än är. Mindre sjukrumsavdelningar än på 20 vårdplatser bör ur denna synpunkt icke förekomma. En vidgad centralisering medför sålunda rationaliseringsvinster beträffande biträdespersonal. Mot denna bakgrund anser utredningen att de militära önskemålen i viss utsträckning måste vika och rekommenderar sålunda att centraliseringen fortsättes. Dock bör långa sjuktransporter såvitt möjligt undvikas, dels med hänsyn till de genomsnittligt korta vårdtiderna, dels med hänsyn till att patienterna under transporten icke skall utsättas för risker ur medicinsk synpunkt. Utred-

ningen har funnit sig böra uppställa kravet, att transport av sjuka värnpliktiga från läkarmottagning till förband med sjukrumsavdelning skall kunna genomföras på kortare tid än en timme. Avståndet mellan läkarmottagning och sjukrumsavdelning bör därför icke annat än i undantagsfall få överstiga 5 mil. Är så fallet måste enligt utredningens mening sjukrumsavdelning drivas i anslutning till läkarmottagningen, även om avdelningen f. n. är i dåligt skick eller skulle bli mindre än på 20 vårdplatser. Utredningen har i anledning härav studerat de geografiska och lokalmässiga förutsättningarna för att genomföra en ytterligare centralisering av sjukrumsvården. Utredningen har därvid funnit det möjligt att successivt nedlägga den slutna vården vid 18 förband. Förslagen redovisas närmare i *bilaga 8* och sammanfattas i nedanstående tabell. Av tabellen framgår jämväl, vid vilka förband sjukrumsvården framdeles bör tillgodoses.

Förslag till centralisering av sjukrumsavdelningar

<i>Behov av sluten sjukvård vid</i>		<i>Tillgodoses vid</i>	
<i>Förband</i>	<i>Förläggningssort</i>	<i>Förband</i>	<i>Förläggningssort</i>
K 1	Stockholm	I 1	Kungsängen
P 4	Skövde	K 3	Skövde
P 7 Y	Ystad	P 7 R	Revingehed
P 10	Strängnäs	Ing 1	Almnäs
A 9	Kristinehamn	I 2	Karlstad
Lv 4	Malmö	P 7 R	Revingehed
Lv 6	Göteborg	KA 4	Göteborg
Lv 7	Luleå	F 21	Kallax
Tyg S	Sundbyberg	I 1	Kungsängen
MKO	Stockholm	BÖS	Berga
KA 2	Karlskrona	MKS (KÖS)	Karlskrona
KA 5	Härnösand	Lv 5	Sundsvall
F 1	Västerås	P 1	Enköping
F 7	Såtenäs	I 17	Uddevalla
F 10	Barkåkra	F 5	Ljungbyhed
F 11	Nyköping	Ing 1	Almnäs
F 13	Norrköping	I 4	Linköping
F 17	Kallinge	MKS (KÖS)	Karlskrona

Utredningen är medveten om att enligt dess förslag några förband hänvisats till sjukrumsavdelning, som ligger mer än 5 mil från förbandet. Så blir förhållandet vid KA 5, F 7 och F 11. Sjukrumsavdelningarna vid KA 5 och därmed också vid Lv 5, samt vid F 7 och F 11 skulle emellertid bli så små och därmed oekonomiska ur driftssynpunkt, att utredningen funnit att olägenheterna därav bör tas. Det bör vidare pekats på att utredningen i några fall icke ansett sig böra föreslå en centralisering, ehuru väl vårdplatsbehovet understiger den av utredningen satta minimigränsen. Så är fallet vid A 6 (Jönköping), jägarskolan, KA 3 (Fårösund), F 12 (Kalmar) och F 15 (Ös-

tansjö). Avståndet till närmaste förband är emellertid i dessa fall för långt för att en centralisering skall kunna komma till stånd.

Utredningens förslag medför vidare att vissa förband, som f. n. saknar sjukrumsavdelning, måste erhålla ny hänvisning. Detta är bl. a. en följd av att utredningen med hänsyn till Järvafältets utrymning icke räknar med att nuvarande sjukrumsavdelningarna på I 1 och tygförvaltningsskolan framdeles skall kunna disponeras. I 1 ombesörjer f. n. slutenvården för F 2 (Hägerås). När I 1 utflyttat till Kungsängen bör F 2 hänvisas till sjökrigsskolan. Tygförvaltningsskolan ombesörjer slutenvården för krigsskolan och F 8 (Barkarby). I samband med I 1:s utflyttning bör krigsskolan hänvisas till sjökrigsskolan och F 8 till I 1. Som en följd av att sjukrumsavdelningen vid Lv 6 föreslås skola nedläggas bör vidare F 9 (Säve), som nu är hänvisad till Lv 6, hänvisas till KA 4. Slutligen bör F 18 (Tullinge), som nu är hänvisad till Berga örlogsskolor, av praktiska skäl — bättre förbindelser m. m. — och för att undvika utbyggnad av sjukrumsavdelningen vid Berga örlogsskolor hänvisas till Ing 1, när detta förband utflyttat till Almnäs.

Av ovanstående framgår att sjukrumsavdelningen vid tygförvaltningsskolan icke kan nedläggas förrän I 1 utflyttat till Kungsängen och sjukrumsavdelning upprättats på den nya förlägningsorten. Av motsvarande skäl kan sjukrumsavdelningarna vid P 10 och F 11 icke nedläggas förrän Ing 1 utflyttat till Almnäs. Enligt förslaget skall K 1 för slutenvården hänvisas till I 1. I avvaktan på I 1:s utflyttning kan den slutna sjukvården vid K 1, som jämväl tillgodoser Ing 1:s behov, provisoriskt överföras till tygförvaltningsskolan, varigenom sjukrumsavdelningen vid K 1 omedelbart kan nedläggas. Detta synes önskvärt med hänsyn till föreliggande planer för användning av K 1:s etablissemang.

Utredningens förslag förutsätter att helt nya sjukrumsavdelningar bygges på I 1:s och Ing 1:s nya förlägningsorter. Sådan nybyggnad torde under alla omständigheter vara avsedd, men det måste tillses att de nya sjukrumsavdelningarna dimensioneras för att täcka tilläggsbehovet enligt utredningens förslag. Utredningen erinrar i detta sammanhang om att en ny sjukrumsavdelning måste byggas i anslutning till artilleriskjutskolans förläggning i Älvdalen. Denna kommer emellertid att utnyttjas endast under delar av året och blir därför närmast att jämföras med de sjukrumsavdelningar som redan finnes vid ett antal av arméns läger. Eftersom det kan förutsättas att skjutfältet i Älvdalen kommer att utnyttjas för relativt omfattande tillämpningsövningar, bör vårdplatsutrymmet vid denna sjukrumsavdelning tas till med relativt god marginal. Ett samarbete med landstinget synes i detta fall kunna komma ifråga.

Härutöver är vissa ombyggnader och renoveringar nödvändiga. Utredningens förslag kan sålunda icke genomföras om icke sjukrummen ökas vid främst K 3, P 7 R, sjökrigsskolan och F 5. En utökning av antalet vårdplatser är även nödvändig vid P 2 (Hässleholm), där vårdkapaciteten f. n. icke

motsvarar vårdbehovet. Vid P 2, P 7 och sjökrigsskolan, liksom vid andra förband där utökningen begränsas till några få platser, bedömer utredningen dock att utökningen av vårdplatsantalet kan genomföras genom omdisponering av tillgängliga lokaler och ianspråktagande av sjuksköterskeboistäder. Vid F 5 torde det däremot bli nödvändigt att ersätta den i dåligt skick befintliga sjukrumsavdelningen med en nybyggnad; sådan planeras f. n. Vid K 3 torde det ökade lokalbehovet i första hand böra tillgodoses genom omdisponering av tillgängliga lokaler, men nybyggnad av en för garnisonen gemensam sjukrumsavdelning kan bli nödvändig. Av de sjukrumsavdelningar utredningen funnit alltså böra drivas befinner sig vissa i dåligt skick. Sålunda är vissa sjukrumsavdelningar illa medfarna och otidsenliga. Isoleringsutrymmena är i flera fall otillräckliga och de sanitära förhållandena otillfredsställande. Exempel på sjukrumsavdelningar, som måste behållas och är i behov av en snar genomgripande renovering eller som bör ersättas av andra lokaler är de vid I 3 (Örebro), I 11 (Växjö) och I 17 (Uddevalla). Nyss nämndes att även sjukrumsavdelningen vid F 5 är i dåligt skick. Detta är även förhållandet med sjukrumsavdelningen vid I 16 (Halmstad). En helrenovering av lokalerna är här nödvändig. I anledning härav bör undersökas möjligheterna att åter öppna den nedlagda sjukrumsavdelningen vid F 14 (Halmstad) och lägga ned sjukrumsavdelningen vid I 16. Ytterligare ett antal sjukrumsavdelningar är i behov av byggnadsteknisk upprustning. Utredningen vill i detta sammanhang peka på att den av fortifikationsförvaltningen föreslagna renoveringen och tillbyggnaden av sjukrumsavdelningen vid KA 1 (Vaxholm) bör projekteras med utgångspunkt i den av utredningen föreslagna målsättningen för den slutna vården (jfr prop. 1964: 55).

Av det anförda framgår att vissa kapitalinvesteringar blir nödvändiga för den slutna sjukvårdens vidkommande. Omfattningen av dessa investeringar låter sig svårligen bedömas, dels med hänsyn till att läkarmottagningarna vid vissa förband torde bli mer utrymmeskrävande, dels med hänsyn till att det i samband med generalplanering kan bli aktuellt att omdisponera vissa av de lokaler, som f. n. utnyttjas som förbandssjukhus. Å andra sidan medför utredningens förslag att en kostnadskrävande upprustning av sjukrumsavdelningarna vid K 1, P 4, P 7 Y, P 10, KA 2 och F 1 kan undvikas. Besparingar torde jämväl stå att finna, därest sjukrumsavdelningen vid I 16 nedlägges. Vidare ges möjligheter till vissa rationaliseringsvinster i vad avser översköterskor och sjukvårdsbiträden. Utredningen återkommer här till kap. 11.

Genomföres utredningens förslag kommer sjukrummen i fred att successivt helt nedläggas vid 18 förband. Även vid många andra förband blir vårdplatsbehovet mindre än vårdplatstillgången. Utredningen har därför haft att överväga hur de friställda lokalerna bör användas. Den har härvid funnit att övertaliga sjukrum, som finnes i omedelbar anslutning till läkarmottagning eller sjukrumsavdelning, ej kan få någon annan godtagbar användning

än som lektionssalar eller som lokaler för förrådsuppläggning av sjukvårdsmateriel. Utredningen har tidigare hävdat, att vårdkapaciteten i samband med epidemier och toppbelastning under kortare tid av året måste kunna vidgas genom att extra personal och tillfälliga utrymmen ställas till förfogande. Även vid de förband som normalt saknar sjukrum kan det då bli nödvändigt att iordningställa tillfälliga sjukrum. Detta kan också bli erforderligt i samband med mobilisering. Utredningen har därför funnit, att de övertaliga sjukrummen bör disponeras på sådant sätt, att de vid behov snabbt på nytt kan återställas för sitt ursprungsändamål. Åtgärder som försvårar en sådan användning bör undvikas. Utredningen rekommenderar sålunda att övertaliga sjuksalar, i den mån de icke måste tas i anspråk för läkarmottagningarnas ökade lokalbehov, hållas i sådant skick att de vid behov kan användas för att möta toppbelastning vid t. ex. epidemier. Detta bör icke hindra att de normalt användes som lektionssalar, företrädesvis vid undervisning i hälso- och sjukvård.

KAP. 9

Förslag rörande övrig läkarverksamhet

9.1. *Utbildning*

Den kvalificerade sjukvårdsutbildningen bedrivs inom krigsmakten för arméns vidkommande främst vid trängregementena. Denna utbildning omfattar *dels* befälsutbildning och fackutbildning av värnpliktig medicinalpersonal, *dels* utbildning av personal, som är avsedd att krigsplaceras vid de speciella sjukvårds- och sjuktransportförband på brigad- och etappnivå, som organiseras av trängtrupperna. Inom marinen är motsvarande utbildning i huvudsak koncentrerad till sjökrigsskolan och marinens sjukvårdsskola. För vidareutbildning av instruktörer anordnas särskilda kurser. Utredningen anser, att den kvalificerade sjukvårdsutbildningen även i fortsättningen måste koncentreras till ett fåtal förband, om utbildningens medicinska kvalitet skall kunna hållas på hög nivå till rimliga kostnader. Härvid kommer främst trängregementena och marinens sjukvårdsskola ifråga, men det kan även bli aktuellt att centralisera viss utbildning inom armén till ett mindre antal infanteri- och pansarregementen. Organiserandet av en för krigsmakten gemensam central sjukvårdsskola kan också ifrågakomma. Såsom militärsjukvårdskommittén, militära läkarlöneutredningen och läkarutredningen förutsatt (jfr kap. 4. 1) bör nu ifrågavarande utbildning med hänsyn till dess krävande karaktär i stor utsträckning omhänderhas av militärläkare. Sådan militärläkare bör alltså fullgöra förbandsläkares nuvarande skyldighet att leda för medicinalpersonal anordnade kurser och övningar samt bör vidare biträda det militära utbildningsbefälet vid planläggningen av utbildningen och bedömandet av utbildningsresultaten. Vid de angivna förbanden föreligger sålunda stort behov av militärläkare. Särskilda åtgärder blir därför nödvändiga vid dessa förband. Utredningen avser att i ett senare betänkande ta upp frågan om den kvalificerade sjukvårdsutbildningens omfattning och organisation. I det följande begränsar sig därför utredningens överväganden till frågan om behovet av läkarmedverkan i sjukvårdsutbildningen vid de förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning i egentlig mening icke förekommer.

Vid dessa förband meddelas i första hand åt alla värnpliktiga en grundläggande hälsovårdsutbildning och utbildning i första hjälpen. Vidare ges viss repetitionsutbildning avseende truppens hygien och vård åt fast anställda

officerare, underofficerare och underbefäl. Dessutom förekommer utbildning av värnpliktiga sjukvårdsmän samt viss befattningsutbildning av värnpliktiga sjukvårdare. Befattningsutbildningen av sjukvårdare är emellertid till väsentlig del centraliserad till trängregementena, marinens sjukvårdsskola och två av flygvapnets flottiljer. Erforderlig klinisk utbildning av värnpliktiga och fast anställda bedrivs vid civila sjukhus utom vid marinen och flygvapnet, där viss kompletterande klinisk utbildning av sjukvårdare bedrivs även vid sjukrumsavdelningarna. Slutligen bedrivs vid förbanden utbildning av mindre sjukvårdsenheter, såsom sjukvårdstrossar, förbandsplatsgrupper och sjuktransportgrupper. Sådan utbildning förekommer såväl under första tjänstgöring som under repetitionsövning. Förbandsutbildningen bedrivs till huvudsaklig del tillsammans med de stridande förband, vari ifrågavarande organisationsenheter ingår. I samband med repetitionsövningarna förekommer även viss befälsutbildning i sjukvårdstjänst.

Utredningens undersökningar har visat, att förbandsläkarna hittills i endast relativt ringa omfattning medverkat i nu ifrågavarande utbildning. Vid planläggningen av utbildningen har sålunda förbandsläkarens medverkan inskränkt sig till viss övervakning och rådgivning, främst i anslutning till förekommande förbandsövningar. Vid genomförandet har förbandsläkarens medverkan i regel bestått i att han hållit ett begränsat antal truppföredrag och föreläsningar.

Utredningen anser till en början, att all klinisk utbildning av värnpliktiga och fast anställda i princip bör bedrivas vid civila sjukhus. Bedrivande av klinisk utbildning vid förbandens sjukrumsavdelningar kan icke ge godtagbart resultat, så länge dessa icke öppnats för ett kvalificerat civilt patientunderlag. Eftersom utredningen tidigare påvisat, att detta är ogenomförbart, torde beordrande av värnpliktiga och fast anställda sjukvårdare till tjänstgöring vid sjukrumsavdelningarna icke tjäna något annat ändamål än att tillföra dessa arbetskraft. Vad härefter angår den hälso- och sjukvårdsutbildning, som meddelas åt alla värnpliktiga, torde den grundläggande hälsovårdsutbildningen kunna meddelas av kompanibefälet, under förutsättning att detta ges erforderlig utbildning och att centralt utarbetad undervisningsmateriel står till förfogande. Utbildningen i första hjälpen, s. k. samaritkurs, är av sådan art, att läkarmedverkan icke synes erfordras annat än möjligen för kontroll av utbildningen. Detta förutsätter emellertid att väl utbildade instruktörer står till förfogande samt att lämpliga utbildningsanordningar och riklig utbildningsmateriel (bl. a. film) disponeras. Översköterska vid förband har i samband med denna utbildning en viktig uppgift att fylla. Planläggningen av ifrågavarande utbildning är främst en organisatorisk fråga, som bör kunna handhas av förbandets utbildningsavdelning under medverkan av sjukvårdsutbildade instruktörer. Den repetitionsutbildning avseende truppens hygien och vård m. m., som måste meddelas det fast anställda befälet och som utredningen finner synnerligen viktig, bedömes däremot ställa krav

på läkarmedverkan. Sålunda måste bl. a. betydelsen av att en god fälthygien upprätthålles regelbundet inskräpas. Det förutsättes dock att erforderlig grundutbildning i ifrågavarande hänseende meddelas före anställningen som officer, underofficer och underbefäl, så att den fortsatta utbildningen i huvudsak får karaktär av egentlig repetition. Utredningen vill därför betona vikten av att hälso- och sjukvården ges erforderligt utrymme på utbildningsprogrammet vid de skolor, där det fast anställda befälet utbildas. För att planlägga och genomföra nyssnämnd repetitionsutbildning bör läkare disponeras. Den del av utbildningen som fordrar läkarmedverkan bedömes emellertid få relativt obetydlig omfattning. Vad härefter angår utbildningen av värnpliktiga sjukvårdsmän är denna ganska okvalificerad och bör med undantag för ett fåtal föreläsningstimmar kunna anförtros åt sjukvårdsinstruktörer av skilda kategorier. Utredningen har vidare förutsatt, att befattningsutbildningen av sjukvårdare till huvudsaklig del alltjämt kommer att centraliseras och att den även för infanteriets och pansartruppernas del koncentreras till förband, där militärläkare finnes. Läkarmedverkan vid övriga förband i förekommande utbildning av sjukvårdare bör då kunna begränsas till viss planläggning, ett mindre antal lektioner och viss utbildningskontroll. Även i samband med denna utbildning har översköterska vid förband en angelägen uppgift att fylla. Utbildningen av sjukvårdstrossar, förbandsplatsgrupper och sjuktransportgrupper m. fl. liknande enheter under första tjänstgöring är av den natur att den till stor del kan och bör genomföras av sjukvårdsinstruktörer under viss medverkan av läkare. Viss läkarmedverkan erfordras slutligen för repetitionsutbildningen i samband med de krigsförbandsvisa övningarna. Av särskild betydelse blir härvid handledningen av de värnpliktiga läkare som tjänstgör i krigsbefattning främst vid bataljonstrossar (motsvarande enheter). Särskilda instruktörsgrupper utgående från de förband där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs bör vid behov förstärka utbildningsorganisationen vid förbanden under senare delen av första tjänstgöringen och under repetitionsövningar. Under befälsövningar bör vidare vissa centrala kurser bedrivas vid förstnämnda förband. Genomförande av här ifrågavarande förbandsutbildning bedömes i övrigt icke erfordra annan läkarmedverkan än för planering och kontroll.

Sammanfattningsvis anser utredningen, att behovet av läkarmedverkan i utbildningsarbetet med undantag för sådana förband och skolor, dit den kvalificerade sjukvårdsutbildningen bör förläggas och dit befattningsutbildningen av sjukvårdare bör koncentreras, är begränsat men att läkare måste medverka i planläggning och genomförande av del av ifrågavarande sjukvårdsutbildning samt utöva viss utbildningskontroll. Utredningens bedömande grundas på att fast anställda, väl utbildade instruktörer — bl. a. underofficerare, underbefäl och instruktionssköterskor — står till förbandschefens förfogande för att genomföra huvuddelen av utbildningen och att

god tillgång råder på lämpliga utbildningsanordningar och lämplig undervisningsmateriel. Utredningen återkommer i ett senare betänkande till frågan, hur förbandets behov av sjukvårdsinstruktörer skall tillgodoses liksom till frågan hur dessas medicinska kompetens skall kunna höjas. För utbildningsverksamheten bör förutom nyssnämnda instruktörer anlitas *dels* läkare vid förband som förestår värnpliktsmottagning, *dels* värnpliktiga läkare, *dels* militärläkare placerade vid regional stab och vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrives. Militärläkare bör användas främst för planering och kontroll av utbildningen vid förbanden av sjukvårdstrossar, förbandsplatsgrupper och sjuktransportgrupper m. fl. Militärläkare bör också medverka som instruktörer i första hand under repetitionsövningar. De bör ställas till förfogande av regional chef företrädesvis från de förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning äger rum. Värnpliktiga läkare, som fullgör facktjänstgöring inom förbandssjukvården eller vinterutbildning, bör som instruktörer medverka i utbildning under första tjänstgöring av förbandsplatsgrupper och sjuktransportgrupper m. fl. och härvid givas tillfälle att föra befäl över sjukvårdstross. Utbildningen i samband med de krigsförbandsvisa övningarna bör i första hand genomföras med utnyttjande av de värnpliktiga läkare som är krigsplacerade vid ifrågavarande förband. Läkare som förestår värnpliktsmottagning bör planlägga och genomföra den repetitionsutbildning avseende truppens hygien och vård m. m. som meddelas det fast anställda befälet samt i begränsad utsträckning medverka i utbildningen av sjukvårdsmän och förekommande decentraliserad utbildning av sjukvårdare. Inom utredningen har experten Åberg gjort gällande att medverka i utbildningsverksamheten av läkare som förestår värnpliktsmottagning bör ske enligt frivilligt åtagande. Utredningen bedömer att nu ifrågavarande utbildning icke är av beskaffenhet att böra handhas av militärläkare på regional nivå eller värnpliktig läkare. Utbildningsomfånget är begränsat, och det blir för läkarens del mest fråga om föreläsningssamhet riktad till såväl befäl som meniga. Utredningen har därför funnit nödvändigt att läkare, som förestår värnpliktsmottagning, ianspråktares för nämnda utbildning. Sammanlagda tidsåtgången för sådan verksamhet bedömes beroende på förbandets storlek med vissa undantag uppgå till i genomsnitt 1—3 veckotimmar. För att beräkna arbetstidsåtgången för läkare använder utredningen som norm en veckotimme per en rekrytstyrka av 500 värnpliktiga. Vid vissa skolor, såsom krigsskolan, arméns underofficersskola, Berga örlogsskolor, sjökrigsskolan och krigsflygskolan, har behovet av utbildningstimmar uppräknats med hänsyn till bedömt behov av befälsutbildning. En uppräknings har även skett vid I 16 (Halmstad), dit infanteriets aspirant- och kadettskola är förlagd, samt vid F 4 (Frösö) och F 12 (Kalmar), dit flygvapnets befattningsutbildning av sjukvårdare är koncentrerad.

Utredningen tar slutligen i detta sammanhang upp frågan om förbands-

läkarnas skyldighet att handleda de värnpliktiga läkare som fullgör fack-tjänstgöring vid förbanden. Detta åliggande är beträffande militärläkare vid armén inskrivet i instruktionen för fältläkarkåren. Utredningen vill först konstatera, att denna verksamhet ej kan få formen av katedral undervisning. I den mån medicinalpersonalen måste ges teoretisk vidareutbildning bör denna meddelas vid centrala eller regionala kurser. Fråga är sålunda närmast om praktisk rådgivning och vägledning. Att sådan rådgivning och vägledning kommer till stånd är särskilt viktigt för de värnpliktiga läkarnas del. Dessa fullgör i regel sin facktjänstgöring vid unga år och saknar erfarenhet av arbetet inom förbandssjukvården. De har hittills till skillnad från andra värnpliktiga i regel tjänstgjort under endast den begränsade del av dagen, då läkarmottagning äger rum. Att de värnpliktiga läkarna även framgent i viss utsträckning avses skola medverka inom förbandssjukvården under viss del av facktjänstgöringen framgår av föregående kapitel. Såsom tidigare i detta avsnitt sagts har utredningen vidare förutsatt, att värnpliktiga läkare skall i viss utsträckning medverka i utbildningsarbetet vid förbanden, varvid de bör användas som instruktörer och truppförare. Utredningen anser det vara av synnerlig vikt, att de värnpliktiga läkarna under ifrågavarande tjänstgöring tas om hand av en kollega, som är förtrogen med förhållandena vid förbandet. Ett sådant förfarande är nödvändigt, om fack-tjänstgöringen skall bli till gagn i utbildningssyfte och kravet på kontinuitet i verksamheten skall kunna upprätthållas. Uppgiften kan bli tidsödande, men om den utövas på rätt sätt bör den tid som tas i anspråk i huvudsak kunna återvinnas i form av den avlastning, som den värnpliktige läkarens arbetsinsats representerar inom förbandssjukvården och utbildningsarbetet. Uppgiften att vägleda de värnpliktiga läkarna bör såvitt avser förbandssjukvården ankomma på den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Fråga uppstår då vem som skall handleda de värnpliktiga läkarna under deras medverkan i utbildningsarbetet. Då de värnpliktiga läkarna hittills i regel endast tjänstgjort vid läkarmottagningarna, har sådan handledning icke förut varit aktuell (jfr kap. 4. 1). Det naturliga och önskvärda är att handledningen utövas av läkare som tjänstgör vid förbandet. Såsom utredningen tidigare konstaterat har emellertid förbandsläkarnas egen medverkan i sjukvårdsutbildningen hittills i regel varit av ganska obetydlig omfattning. Utredningen har för sin del av bl. a. rekryteringsskäl strävat efter att finna former som ger täckning åt denna praxis. Enligt utredningens förslag skall också läkare som förestår värnpliktsmottagning i endast begränsad omfattning delta i sjukvårdsutbildningen. Härav följer att sådan läkare icke utan särskild pedagogisk utbildning torde vara kompetent att handleda värnpliktiga läkare i deras utbildningsverksamhet; värnpliktig läkare skall ju enligt utredningens förslag tjänstgöra som instruktör och truppförare. Att ge läkare som förestår värnpliktsmottagning särskild utbildning enbart i syfte att göra honom kompetent att handleda värnpliktiga

läkares utbildningsverksamhet kan enligt utredningens mening icke komma i fråga. Däremot har utredningen förutsatt att de militärläkare som skall tjänstgöra på regional nivå eller vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs, skall vara kompetenta att planera och kontrollera utbildningen vid förbandens sjukvårdstrossar, förbandsplatsgrupper och sjuktransportgrupper m. fl. Med hänsyn härtill har utredningen funnit den bästa lösningen vara att dessa läkare i medicinskt hänseende handleder de värnpliktiga läkarna i deras utbildningsverksamhet.

9.2. *Krigs- och mobiliseringsplanläggning*

Planläggningen för krigssjukvården grundas på överbefälhavarens direktiv och anvisningar samt på en på grundval härav av försvarets sjukvårdsstyrelse utarbetad krigssjukvårdsplan. Flertalet förbandsläkare, särskilt de vid armén, torde medverka endast obetydligt vid denna planläggning främst beroende på att de lokala myndigheterna beröres av planläggningen i endast begränsad omfattning. Mobiliseringsplanläggningen vid förbanden, vilken väsentligen har till ändamål att upprätta plan för sjukvårdstjänsten vid mobiliseringsenheterna, ombesörjes vid flertalet förband inom armén till huvudsaklig del vid förbandets mobiliseringsavdelning under ledning av mobiliseringsofficeren. I den mån förbandsläkaren medverkar är hans roll i vart fall inom armén närmast att jämföra med den medicinske konsultens.

Beträffande först krigsplanläggningen anser utredningen att den nuvarande ansvarsfördelningen, enligt vilken planläggningen i allt väsentligt åvilar de högre och lägre regionala cheferna, är riktig även ur medicinsk synpunkt. En delegering till det lokala planet bör sålunda icke ske annat än undantagsvis. I den mån delegering av planlägningsansvar skett till underställda lokala myndigheter bör denna såvitt möjligt upphöra. Det kräves emellertid att de regionala cheferna har tillgång till erforderlig medicinsk sakkunskap bland den personal som tjänstgör i berörda staber. Läkare vid förbanden synes därför icke behöva medverka i krigsplaneringsarbetet annat än i begränsad omfattning. I den mån läkare som tjänstgör vid förband är krigsplacerad vid högre stab kan det dock, icke minst ur utbildningssynpunkt, bli aktuellt för honom att delta i förekommande stabstjänstövningar och fältövningar, som bedrivs i anslutning till krigsplanläggningen. Självfallet bör sådan läkare även delta i förekommande befäls- och repetitionsövningar med krigsorganiserade staber.

I fråga om mobiliseringsplanläggningen vill utredningen först konstatera, att denna i sina detaljer måste utföras i lokal eller lägre regional instans och att mobiliseringsmyndigheten är ansvarig för att föreskrivna mobiliseringsplaner upprättas och hålles aktuella för de enheter som myndigheten skall mobilisera. Det är sålunda i princip icke möjligt att bryta ut delar av

ifrågavarande planläggningsarbete för att koncentrera det till högre regional instans. Planläggningen måste ske på mobiliseringsmyndighetens ansvar under överinseende av den regionale chefen, som utfärdar erforderliga samordnande föreskrifter och genom inspektioner kontrollerar planernas ändamålsenlighet och fullständighet. Däremot synes det möjligt att tillgodose behovet av speciell sakkunskap genom att högre regional chef ställer personal ur sin stab till mobiliseringsmyndighetens förfogande. Den regionale chefen bör ges möjlighet att i likhet med de centrala myndigheterna tillhandahålla mobiliseringsmyndigheterna underlag för detaljplanläggningen på områden, som fordrar speciell sakkunskap. På detta sätt kan verksamheten vid mobiliseringsmyndigheten utan men för planläggningen underlättas, så att myndighetens eget behov av personal för medicinsk rådgivning begränsas. Utredningen har mot denna bakgrund analyserat behovet av läkarmedverkan vid förbandens mobiliseringsplanläggning. Därvid är den särskilda planen för mobiliseringsgruppchef och mobiliseringskalendern av mindre intresse, eftersom arbetet härmed är rutinbetonat och icke kräver läkarmedverkan i annan mån än att planerna bör granskas ur medicinsk synpunkt. Denna granskning bör i första hand göras vid de mobiliseringskontroller som utföres av högre regional chef. Däremot kan beträffande den för mobiliseringen grundläggande planen för sjukvårdstjänsten (se kap. 4. 2) skäl finnas att närmare undersöka, om behov föreligger av ökad medicinsk medverkan.

I sjukvårdsplanen skall till en början ingå bestämmelser för prövning av krigstjänstedugligheten i samband med inryckning. Underlag för dessa bestämmelser tillhandahålls av central eller regional myndighet. I bestämmelserna skall regleras till vilken läkare varje mobiliseringsenhet skall hänvisas. Någon medicinsk prövning, om vederbörande läkare med hänsyn till sin militära och medicinska utbildning är kompetent att pröva tjänstedugligheten torde icke behöva göras. Nu ifrågavarande bestämmelser bör därför kunna utfärdas utan medverkan av läkare vid förbanden.

Sjukvårdsplanen skall vidare innehålla bestämmelser för förebyggande åtgärder för begränsning av smittsamma sjukdomar. Planläggningen av hälsovården under mobiliseringsskedet är en angelägen uppgift, som fordrar medicinsk sakkunskap. Huvuddelen av erforderliga föreskrifter synes emellertid vara av den art, att det medicinska underlaget för planläggningen bör tillhandahållas av central eller regional myndighet. Viss verksamhet på fältet är emellertid nödvändig. Bl. a. bör vattentäkterna kontrolleras i hygieniskt hänseende och behovet av vattenrening kartläggas. Lokaler som avses utnyttjas för utspisning och som kök bör likaledes bli föremål för hygienisk kontroll. Denna fältverksamhet bedömes emellertid med fördel kunna utföras av hälsovårdsinspektör, som ställes till förfogande av regional myndighet.

Beträffande den öppna och slutna sjukvården skall sjukvårdsplanen innehålla bestämmelser för den öppna vården vid mobiliseringsenheterna, för

anordnande av sjukkvarter vid mobiliseringsgrupp och mobiliseringsdepå samt för drift och eventuell förflyttning av förbandets sjukrumsavdelning. Anordnandet av den öppna vården vid mobiliseringsmyndigheterna är en uppgift av liknande art som prövningen av tjänstedugligheten. Dess planläggning är sålunda främst av organisatorisk art. Det medicinska underlag som erfordras för planläggningen vid mobiliseringsmyndigheten kan därför med fördel ställas till förfogande av central eller regional myndighet. Behovet av läkarmedverkan i lokal instans bedömes därmed vara mycket begränsat. Vad den slutna vården beträffar innebär planläggningen ur medicinsk synpunkt närmast en rekognosering av lämpliga vårdlokaler för sjukkvarter. I övrigt är även denna uppgift närmast av organisatorisk art och kan lösas av militär personal på grundval av anvisningar rörande behovsberäkningar m. m., som tillhandahållits av central eller regional myndighet. Driften vid förbandets sjukrumsavdelning avses i regel fortsätta under mobiliserings-skedet. I vissa fall förberedes en utflyttning till mindre sårbar plats. Som följd av att mobiliseringen avses ske alltmer utspritt har sjukrumsavdelningens betydelse under mobiliserings-skedet efter hand minskat. Driften torde i den mån avdelningen kvarligger på fredsörläggningen i allt väsentligt kunna skötas enligt fredsmässiga normer, ehuru verksamheten kvantitativt kan komma att öka i icke obetydlig grad. Planläggningen får därför mera betydande omfattning endast därest sjukrumsavdelningen måste förflyttas. Det är naturligt att läkare som förestår värnpliktsmottagning medverkar i denna planläggning genom att delta i förekommande rekognoserings m. m. I övrigt bör planläggningen bedrivas vid mobiliseringsavdelningen. Behovet av medverkan från läkarens sida är sålunda, även om sjukrumsavdelningen måste förflyttas, av begränsad omfattning.

Slutligen skall bestämmelser ges i sjukvårdsplanen för att tillgodose behovet av sjuktransporter, sjukvårdsmateriel och läkemedel. För att beräkna transportbehovet erfordras en medicinsk bedömning. Under förutsättning att mobiliseringsmyndigheten av central eller regional myndighet tillhandahåller erforderliga hållpunkter för sina behovsberäkningar erfordras enligt utredningens mening ingen ytterligare medicinsk medverkan vid detta arbete. Uppgiften att tillgodose behovet av sjukvårdsmateriel och läkemedel har i princip avseende på sådan förbrukningsmateriel som beräknas åtgå under själva mobiliserings-skedet. Utrustningsbehovet av sjukvårdsmateriel och läkemedel för den fortsatta verksamheten tillgodoses enligt föreskrifterna i gällande materielplaner. Underlag för uppgörande av sistnämnda planer tillhandahålls av central myndighet, som upprättar erforderliga krigsutrustningslistor och på beställning tillhandahåller erforderlig materiel. Inom en snar framtid kommer behovsberäkningarna för krigsorganisationen att i sin helhet utföras centralt. För förbrukningen under mobiliserings-skedet erforderliga behovsberäkningar måste däremot utföras vid förbanden. Dessa beräkningar bör grundas på en medicinsk bedömning av åtgången. Liksom

ifråga om sjuktransporterna synes det mest rationellt att mobiliseringsmyndigheten tillhandahålles erforderligt beräkningsunderlag av högre myndighet. Behovet av läkarmedverkan på det lokala planet blir då mycket begränsat. Planläggningen kan därför i huvudsak utföras av militär personal på grundval av centralt eller regionalt utarbetade anvisningar.

Sammanfattningsvis har utredningen sålunda funnit, att vid förbanden behov i endast ringa utsträckning föreligger av läkarmedverkan i krigsplanläggningen och att behovet av läkarmedverkan i mobiliseringsplanläggningen bör kunna begränsas under förutsättning att de högre regionala cheferna ges erforderliga resurser, så att de kan tillhandahålla förbanden erforderligt medicinskt underlag och kontrollera verksamheten samt i vissa fall ställa personal ur sin stab till mobiliseringsmyndigheternas förfogande. Den arbetsmängd som vid sådant förhållande kommer att åvila läkare som förestår värnpliktsmottagning kan visserligen variera i viss grad, men torde — med undantag för de mobiliseringsmyndigheter, främst trängregementena, som har mobiliseringsansvar för den bakre sjukvårdsorganisationen — enligt utredningens mening icke komma att överstiga en veckotimme. Vid de förband som icke har mobiliseringsansvar, främst vissa utbildningsanstalter, finnes inget behov av medverkan på ifrågavarande område av läkare som förestår värnpliktsmottagning. Vid marinkommandon och kustartilleriförsvaret, bör uppgifterna åtminstone t. v. ankomma på befintliga stabsläkare.

9.3. Förvaltning m. m.

Grundläggande bestämmelser för förvaltningen av sjukvårdsmateriel vid förbanden återfinnes i allmänt försvarsförvaltningsreglemente och sjukvårdsmaterielreglementet och en av försvarets sjukvårdsstyrelse utfärdad sjukvårdsmaterielinstruktion. Ansvar för förvaltningen åvilar förbandschefen i hans egenskap av lokal förvaltningsmyndighet. Förbandschefen biträdes av den till tjänsteställningen främste förbandsläkaren som är förvaltningsgrenschef. Vid förband, där läkare icke finnes, är i regel intendenten förvaltningsgrenschef. Vid marinen råder särskilda förhållanden. Sjukvårdsförvaltningen vid kustartilleriförbanden ombesörjes av den till kustartilleriförsvarets staben knutna sjukvårdsförvaltningen, för vilken vederbörande stabsläkare är chef. Till vardera marinkommando Ost, Syd och Väst är likaledes en sjukvårdsförvaltning knuten med stabsläkare som chef. Förvaltningsgrenschef vid marinens regionala och lokala myndigheter är sålunda en stabsläkare, vilken såsom framgår av kap. 5. 1 endast i vissa fall ombesörjer hälso- och sjukvård vid förband. Förvaltningsgrenschefen är bl. a. skyldig att kontrollera sjukvårdsmaterielens krigsduglighet, vård och underhåll, att genom inspektioner förvissa sig om att förrådspersonalen är väl förtrogen med sina åligganden och att utfärda erforderliga förvaltnings-

grensanvisningar. Det åligger vidare förbandsläkaren att förvalta förbandets sjukvårdsanslag och till förfogande ställda medel för underhåll och vård av sjukvårdsmateriel, att själv beställa viss sjukvårdsmateriel och att pröva vissa behovsberäkningar som ligger till grund för materielbeställningar från försvarets sjukvårdsstyrelse. Utredningens undersökningar har visat, att förbandsläkarens medverkan i förvaltningsverksamheten särskilt inom armén hittills huvudsakligen varit av formell natur. Huvuddelen av ifrågasvarande förvaltningsverksamhet har sålunda delegerats till uppbördsmanen för sjukvårdsmateriel, i regel intendenturförrådsförvaltare, respektive expeditionsföreståndare vid läkarmottagning.

Statskontoret och försvarets förvaltningsdirektion har påbörjat undersökningar, som har till mål att skapa ett för krigsmakten gemensamt system för mottagning, förrådsförvaring, utlämning och redovisning av förnödenheter av olika slag. Detta system förutsätter att förrådsverksamheten inom krigsmakten integreras och att gemensam förrådshållning införes för olika materielgrupper. För sjukvårdsmaterielens del har redan ett steg tagits i denna riktning. Vid lokala sjukvårdsmaterieförråd förvaras nämligen sjukvårdsmaterielen regelmässigt tillsammans med intendenturmaterielen. Ur denna synpunkt är det naturligt att intendenturförrådsförvaltaren utsetts till uppbördsman och att intendenten tjänstgör som förvaltningsgrenschef vid de förband där läkare saknas. Utifrån dessa utgångspunkter har utredningen prövat om icke förvaltningsansvaret genomgående kan överföras på intendenten eller eventuellt på uppbördsmanen.

Flertalet av de på förbandsläkaren ankommande arbetsuppgifterna rörande sjukvårdsmaterieförvaltningen är enligt utredningens mening av sådan natur, att ingen medicinsk sakkunskap erfordras för deras utförande. Undantag utgör kontrollen över förvaring och vård av läkemedel och viss tekniskt komplicerad sjukvårdsmateriel. En närmare analys visar emellertid, att den materielgrupp som erfordrar sådan tillsyn är förhållandevis liten. Vad först läkemedlen beträffar förvaras huvuddelen av dessa vid särskilda läkemedelscentraler, som ej står under förbandschefens tillsyn utan kontrolleras genom militärapoteket och dess filialapotek. Erforderlig fackmässig kontroll av övriga läkemedel och komplicerad sjukvårdsmateriel bör med fördel kunna utföras av centrala och regionala myndigheter. Förbandets förrådspersonal bör kunna handha materielen enligt centralt utfärdade anvisningar under förutsättning att personalen utbildas härför. Viss kursverksamhet måste därför såsom hittills bedrivs i central eller regional myndighets regi. Under sådana förhållanden synes det icke erforderligt att ställa uppbördsmanen under befäl av läkare. Verksamheten bör bli betydligt mer rationell, om uppbördsmanen — i likhet med vad som är fallet vid försvarsområdesstaberna — lyder under intendenten, som i så fall regelmässigt bör vara förvaltningsgrenschef även för sjukvårdsmaterielen. Härigenom skapas enklare lydadsförhållanden och ökas förutsättningarna för ratio-

nell arbetsledning och användning av förrådspersonalen. Materielredovisningen och materielkontrollen torde vidare underlättas. En sådan lösning stödjdes av de goda erfarenheterna från försvarsområdesstaberna och är enligt utredningens mening också naturlig med hänsyn till de strävanden mot ett enhetligare förvaltningssystem, som f. n. pågår inom krigsmakten. Utredningen får därför föreslå att läkare icke vidare skall vara förvaltningsgrenschef vid förbanden. Att en annan ordning kan bli tänkbar vid vissa förband framgår av kap. 10. 5. Förslaget innebär emellertid icke att behovet på det lokala planet av medicinsk rådgivning vid utövande av förvaltningsverksamheten helt elimineras. Handhavandet av förbandets förråd av narkotika bör t. ex. ställas under tillsyn av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Utredningens förslag ställer vidare ökade krav på de regionala myndigheternas kontrollerande verksamhet. Det är ur denna synpunkt viktigt att regional förvaltningsmyndighet förses med erforderlig medicinsk expertis för att kunna kontrollera förrådshållningen m. m. inom militärområdet av sjukvårdsmateriel och läkemedel.

Vad beträffar förvaltningen av sjukvårdsanslagen vill utredningen framhålla följande. Förbandsläkare är i egenskap av förvaltningsgrenschef bemyndigad att i ärenden, som icke är av principiell natur eller större räckvidd, besluta om personalen tillkommande ersättningar för sjukvård. Förbandets kassachef har motsvarande bemyndigande i fråga om utbetalning av löner och ersättningar, vilkas storlek regleras av fastställda stater, reglementen m. m. (t. ex. avlönings- och resereglementen, värnpliktsavlöningskungörelsen etc.) eller grundar sig på kollektivavtal. De ersättningar som bekostas av sjukvårdsanslaget är enligt utredningens mening av samma natur som nyssnämnda löner och ersättningar. Ett överförande av ifrågavarande förvaltningsansvar till kassachefen skulle — förutom att tjäna syftet att avlasta läkaren en arbetsuppgift, för vilken han genom sin utbildning är föga skickad — medföra fördelar ur kameral synpunkt. Utredningen är emellertid medveten om att kassacheferna redan i dagens läge har en betydande arbetsbörda. Denna kan emellertid begränsas genom att expeditionsföreståndaren vid läkarmottagningen under kassachefen liksom hittills sköter den rutinemässiga verksamheten och bemyndigas göra smärre utbetalningar. Utredningen anser, att övervägande fördelar står att vinna genom att överföra ifrågavarande förvaltningsansvar till kassachefen. Den föreslår därför att läkare vid förband även på detta område befrias från sitt förvaltningsansvar och att detta övertages av kassachefen med biträde av den på läkarmottagningen tjänstgörande expeditionsföreståndaren. Läkarens uppgift på ifrågavarande område kommer härigenom att begränsas till att i förekommande fall ur medicinsk synpunkt granska och attestera debiterade kostnader för remissvård, sjuktransporter o. d.

Den expeditionella förvaltningsverksamhet som f. n. åvilar förbandsläka-

ren hänför sig till skyldigheten att avge årsberättelse över sjukvårdstjänsten vid förbandet, att föra rullor över sjukvårdspersonalen, att ansvara för att anteckningar föres såväl över varje sjukdomsfall som över de allmänna hälso- och sjukvårdsförhållandena vid förbandet, ävensom att handlägga sjukkasseärenden och i undantagsfall besvara remisser. Inom de områden av verksamheten vid förbanden, där läkare enligt utredningens förslag alltjämt skall medverka, bör ansvaret för angivna expeditionella göromål åvila honom. Göromålen bör dock såsom utredningen tidigare antytt i största möjliga utsträckning delegeras till hjälppersonalen. Utredningen vill i sammanhanget betona vikten av att sjukdomsregistreringen inom krigsmakten utföres enligt enhetliga normer och att statistiken föres på sådant sätt, att därur kan utläsas dels besöksfrekvensen vid läkarmottagningarna, dels beläggningen vid sjukrumsavdelningarna. Den nu tillgängliga statistiken lämnar härvidlag åtskilligt övrigt att önska.

Förbandsläkare kan slutligen kallas att delta i vissa sammanträden inom förbandet. I s. k. »regementsrapport» deltar sålunda regelmässigt bl. a. förvaltningsgrenscheferna. Utredningen har emellertid erfarit att förbandsläkare, som är förvaltningsgrenschef, torde delta i regementsrapport vid endast ett fåtal förband. På samma sätt deltar förbandsläkaren endast sporadiskt i sammanträde med förbandsnämnd och skyddskommitté. Utredningen har tidigare föreslagit att läkare vid förband skall befrias från förvaltningsgrenschefsansvar. Läkarmedverkan i sjukvårdsutbildning kommer även att bli begränsad. Läkare kan emellertid behöva närvara vid regementsrapport för att ge råd om utbildningen vid förbandet bör genomföras med hänsyn till rådande sjukläge och klimatiska förhållanden. Skäl synes dock knappast föreligga att kräva att läkare regelmässigt skall delta i regementsrapport. Eftersom läkarens verksamhet på förbandens arbetsplatser torde bli av begränsad natur, finnes ej heller anledning att påkalla hans medverkan i skyddskommitténs arbete. Däremot kan det vara lämpligt att översköterska adjungeras. Lika litet torde närvaro av läkare behöva påfordras generellt vid förbandsnämndens sammanträden. Uppkommer vid regementsrapport och liknande sammanträden fråga, som påkallar medicinsk sakkunskap, bör den läkare som förestår värnpliktsmottagningen enligt förbandschefens bestämmande delta i sammanträdet. Sådant sammanträde bör så vitt möjligt till tiden förläggas i anslutning till läkarmottagningen.

Utredningens förslag till begränsning av läkares förvaltningsansvar medför att den läkare som förestår värnpliktsmottagningen icke torde behöva medverka i förvaltningsgöromål och liknande göromål under mer än 1—3 veckotimmar beroende på förbandets storlek. Som norm för bedömning av tidsåtgången räknar utredningen med en veckotimme per en rekrytstyrka av 500 värnpliktiga.

9.4. Jour- och beredskapstjänst

En betydande jourtjänstbörda åvilar f. n. förbandsläkarna. Visserligen är jourtjänsten samordnad inom garnisonsorterna, men i de fall förbandsläkaren är ensamläkare på orten och annan militärläkare eller värnpliktig läkare icke finnes tillgänglig är förbandsläkaren skyldig att ständigt vara anträffbar. Skyldighet att fullgöra jourtjänst åvilar enligt förbandsläkares bestämmande även sjuksköterske- och biträdespersonalen vid förbanden. Jour-tjänsten för förbandsläkare är i huvudsak begränsad till inskränkt personlig rörelsefrihet. Det förekommer endast mera sällan att förbandsläkare på icke tjänstetid kallas till förbandet för att ta hand om jourfall. Svårare sådana fall överföres i regel direkt till närmaste lasarett, medan enklare sjukdoms- och olycksfall primärt omhändertas av översköterska eller annan hjälppersonal.

Utredningen har i det föregående tagit den ställningen att allvarligt sjuka och skadade regelmässigt skall vårdas på civila lasarett. Sådan remittering kan i vissa fall göras av översköterska eller av dagbefälet. Såsom tidigare framhållits bör en stor del av olycksfallsvården självständigt kunna ombesörjas av översköterska. Utifrån dessa utgångspunkter kan vid förband, som är belägna i närheten av civila lasarett och sjukstugor, ett generellt upprätthållande av läkarjour icke försvaras. Kravet på ständig läkarjour står vid dessa förband icke i proportion till sannolikheten för behov av ingripande och verkar starkt rekryteringshämmande. Utredningen hävdar därför att läkarjour bör finnas endast vid förband, som är beläget avlägset från lasarett eller sjukstuga. Även i sådana fall bör emellertid jouden såvitt möjligt antingen anknytas till den jourtjänst som upprätthålles inom provinsialläkarväsendet (motsvarande) eller anförtros åt värnpliktig läkare. Jour-tjänst bör sålunda normalt icke åvila läkare vid förband. Undantag kan behöva göras vid flygförbanden, där läkaren under pågående flygning i vissa fall bör kunna anträffas på telefon. Vad beträffar översköterskornas medverkan i jourtjänsten har utredningen funnit att sådan bör ifrågakomma endast då det medicinska tillståndet hos de på sjukrummen intagna så påfordrar, t. ex. i samband med epidemier. Eljest bör, sedan översköterska företagit rond i samband med ordinarie tjänstetids utgång, sjukrummen på icke tjänstetid i ordningshänseende ställas under dagbefälets tillsyn. Det bör därför ankomma på dagofficer (dagunderofficer) att företa inspektionsrond på sjukrummen minst två gånger om dygnet på icke tjänstetid. Tjänstefria dagar bör inspektionsrond företas minst fyra gånger om dygnet. Utredningen har ej heller funnit anledning att räkna med att översköterska normalt går rond sön- och helgdagar, då erfarenhetsmässigt beläggningen på sjukrummen är låg. Inträffar svårare olycksfall eller hastigt insjuknande på kvälls- eller nattid eller i anslutning till tjänstefri dag, bör det ankomma på dagbefälet att ordna transport till närmaste lasarett. Dessförinnan bör,

om värnpliktig läkare icke är i tjänst vid förbandet, om möjligt telefonförfrågan ske hos den läkare som förestår värnpliktsmottagningen eller hos översköterska. Utredningen hävdar sålunda, att normalt varken läkar- eller sjuksköterskejour erfordras. Det är emellertid alltså nödvändigt, att ett sjukvårdsbiträde ständigt uppehåller sig på sjukrumsavdelningen för att passa patienterna, övervaka ordningen och vid behov tillkalla dagbefälet eller värnpliktig läkare samt vara till hands för att primärt ta hand om enkla jourfall. Hon får emellertid icke i anledning härav åläggas större medicinskt ansvar än som motsvarar hennes utbildning.

En viss skyldighet föreligger för läkare vid förbanden att delta i övning inom eller utom förläggningssorten, då övningen är av sådan farlig beskaffenhet att läkare bör närvara för att kunna ingripa vid en olycka. Exempel på sådan beredskapstjänst förefinnes inom armén, där läkare skall finnas tillgänglig inom övningsområdet vid stridsskjutning, vari mer än 500 man deltar. Beredskapstjänst förekommer även inom flygvapnet vid viss flygverksamhet, bl. a. vid nattflygningar. Militärsjukvårdskommittén upptog frågan om förbandsläkarnas skyldighet att av säkerhetsskäl närvara vid fältmässiga skjutningar med skarp ammunition och flygövningar samt uttalade (SOU 1947: 5 s. 86 f) den principiella uppfattningen att militärläkaren icke borde tas i anspråk för annan verksamhet än sådan som krävde en läkares kvalifikationer. Kommittén utgick sålunda från att förbandsläkaren icke skulle anlitas för här berörda ändamål annat än i speciella fall. Utredningen ansluter sig till militärsjukvårdskommitténs uttalande och hävdar alltså att det ur medicinsk synpunkt icke är motiverat att generellt bibehålla kravet på beredskapstjänstgöring för läkare vid ifrågavarande övningar. Nu ifrågavarande beredskap bör enligt utredningens mening upprätthållas genom att sjukvårdare och sjuktransportmedel finnes tillgängliga i anslutning till övningsplatsen, så att första hjälpen kan lämnas i samband med att transport ordnas till civilt lasarett. Läkare bör endast i undantagsfall vid långa avstånd till närmaste lasarett finnas omedelbart tillgänglig. Att läkare vid flygförband under pågående flygning i vissa fall bör kunna anträffas på telefon har nyss sagts. Erforderlig läkarmedverkan i beredskapstjänsten torde ofta kunna fullgöras av värnpliktiga läkare. I den mån läkare som förestår värnpliktsmottagning i undantagsfall måste ianspråktagas för jour- eller beredskapstjänst, bör särskilt arvode utgå.

KAP. 10

Förslag rörande läkare

10.1. *Behov av läkarmedverkan*

För att få en grund för sina överväganden rörande organisationen i personellt hänseende av förbandssjukvården m. m. har utredningen i kap. 7—9 analyserat behovet av läkarmedverkan vid förbanden. Utredningen har därvid haft den utgångspunkten att sjukvården av värnpliktiga även i fortsättningen måste ombesörjas av läkare, som på ena eller andra sättet är stadigvarande knutna till förbanden. Utredningens undersökningar har syftat till att utreda arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården och i vilken omfattning läkare som förestår värnpliktsmottagning bör medverka i dessa och inom övriga verksamhetsfält vid förbanden såsom utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning samt förvaltning m. m. I samband härmed har utredningen tagit ställning till vilka läkaruppgifter vid förbanden, som bör utföras av värnpliktiga läkare och icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Tillika har utredningen undersökt möjligheterna att i vidgad utsträckning integrera sjukvården vid förbanden med den civila sjukvården och att avlasta läkarna vid förbanden genom att överföra arbetsuppgifter till annan personal. Innan utredningen lämnar en redogörelse för sina undersökningar rörande behovet av sådana läkare, som för bedrivande av förbandssjukvård m. m. stadigvarande bör vara knutna till förbanden, vill den inledningsvis sammanfatta de arbetsuppgifter, som enligt utredningens förslag kommer att åvila andra berörda läkarkategorier, nämligen dels ständigt tjänstgörande militärläkare som utredningen förutsett skola finnas i regionala staber och vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs, dels icke ständigt tjänstgörande militärläkare och dels värnpliktiga läkare.

Vad först de *ständigt tjänstgörande militärläkarna* beträffar räknar utredningen med att en hel del arbetsuppgifter rörande allmän hälsovård och hygien, som f. n. ankommer på förbandsläkare, överflyttas till militärläkare och annan medicinalpersonal som tjänstgör i regionala staber. Hit hör bl. a. viss medicinsk övervakning av hygien i fält och ombord men också granskning av byggnadsritningar m. m. Dessa militärläkare jämte annan vid staberna tjänstgörande medicinalpersonal bör också tillgodose förbandschefs behov av särskild sakkunskap, t. ex. vid kontroll av livsmedel och vattentäkter m. m. Den militärmedicinska expertis som erfordras vid in-

skrivning av värnpliktiga synes vidare i första hand böra hämtas bland militärläkare anknutna till högre regionala staber. Att dessa läkare kan behöva utöva ett visst överinseende över den öppna och slutna sjukvård som bedrivs vid förbanden genom att t. ex. i samband med epidemier eller mera omfattande repetitionsövningar medverka till att värnpliktiga läkare överflyttas från ett förband till ett annat har påvisats i kap. 8. 3. Ständigt tjänstgörande militärläkare föreslås vidare utnyttjas för planering och kontroll av viss sjukvårdsutbildning som bedrivs vid förbanden samt för medicinsk handledning av de värnpliktiga läkare som är verksamma som truppförare och instruktörer. Beträffande krigsförberedelsearbetet föreslår utredningen att förekommande krigsplanläggning i allt väsentligt koncentreras till regionala staber och att förbandschefers behov av medicinskt underlag för mobiliseringsplanläggningen såvitt möjligt bör tillhandahållas av högre regional chef. De militärläkare som är verksamma i högre regional stab måste till följd härav dels i ökad utsträckning tillhandahålla medicinskt underlag för mobiliseringsplanläggningen, dels själva ombesörja viss krigsplanläggning, som tidigare utförts vid förbanden, bl. a. inom flygvapnet. Eftersom utredningen härjämte föreslagit att läkare som förestår värnpliktsmottagning icke vidare skall vara förvaltningsgrenschef utan att uppgiften i regel skall överföras på icke medicinskt skolad personal — intendent och kassachefer — ökar behovet av medicinsk kontroll från de högre regionala myndigheternas sida. Militärläkare och annan medicinalpersonal ingående i högre regionala staber måste därför i ökad utsträckning kunna utöva sådan kontroll över förrådshållning m. m. av läkemedel och sjukvårdsmateriel. Av det anförda framgår att ökade krav kommer att ställas på medverkan i högre regionala staber av bl. a. ständigt tjänstgörande militärläkare. Det är därför av vikt att dessa staber förstärkes med medicinskt skolad personal, om möjligt redan i samband med den omorganisation, som föreslagits skola genomföras på grundval av 1960 års försvarsledningsutrednings förslag (prop. 1964: 109). Utredningen har vidare förutsatt att den kvalificerade sjukvårdsutbildningen såvitt möjligt koncentreras till ett fåtal förband; hit torde inom armén böra hänföras dels ett mindre antal infanterieller pansarregementen, dels trängregementena. Denna utbildning anser utredningen böra ledas av ständigt tjänstgörande militärläkare. Sådana läkare bör vidare, främst i samband med repetitionsövningar, kunna ställas till annan förbandschefers förfogande för att medverka vid planering, genomförande och kontroll av den utbildning av sjukvårdstrossar och andra mindre sjukvårdsenheter, som förekommer vid förbanden. En förstärkning av militärläkarresurserna erfordras jämväl vid de förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs. Utredningen återkommer till dessa frågor i ett följande betänkande men vill redan nu framhålla den synnerliga vikt som måste fästas vid att de läkaruppgifter vilka enligt det anförda pålagts ständigt tjänstgörande militärläkare icke blir eftersatta.

Beträffande de *icke ständigt tjänstgörande militärläkarna* innebär utredningens förslag att dessa läkare icke bör medverka inom förbandssjukvården m. m. i vidare omfattning än som är erforderligt för deras utbildning för krigsbefattningarna. Behovet av arvodes- och reservanställda militärläkare måste bedömas mot bakgrund av krigsorganisationens krav. Utredningen är ännu icke beredd att ta ställning till behovet av icke ständigt tjänstgörande militärläkare utan återkommer till frågan i samband med att den i ett följande betänkande tar upp organisationen av de nuvarande militärläkarkårerna till diskussion. Att särskilda arvodesanställda ögonläkare icke bör ingå i organisationen framgår av kap. 8.4.

Vad härefter angår de *värnpliktiga läkarna* framgår av utredningens i det föregående redovisade förslag, att sådana läkare som ett led i sin egen utbildning bör utnyttjas för övervakning m. m. av hygien i fält och ombord och att värnpliktiga läkare i princip icke bör medverka i verksamheten vid läkarmottagningarna vid förbanden i annan mån än som erfordras för deras egen utbildning. Den vård som meddelas i fält och ombord bör däremot i första hand bestridas av den vid förbandet krigsplacerade, d. v. s. i regel värnpliktige läkaren. Sådan läkare bör också kunna tas i anspråk för tjänstgöring vid tillfälliga läkarmottagningar, som upprättas i samband med andra övningar utanför förlägningsorten. Värnpliktig läkare kan också behöva utnyttjas för verksamhet inom förbandssjukvården vid ensligt belägna förband eller då annan läkare icke kunnat stadigvarande knytas till förbandet. Värnpliktig läkare, som fullgör facktjänstgöring eller vinterutbildning vid förbanden, föreslås vidare medverka i den utbildning av sjukvårdstrossar och andra sjukvårdsenheter som förekommer vid förbanden under första tjänstgöring. Under repetitionsövning bör den på läkare ankommande utbildningen i första hand ombesörjas av den vid förbandet krigsplacerade, d. v. s. i regel värnpliktige läkaren, men utredningen räknar som nyss framhållits med att utbildningen planeras och kontrolleras samt till viss del genomföres under medverkan av ständigt tjänstgörande militärläkare. Värnpliktiga läkare som tjänstgör vid förbanden förutsättes slutligen i första hand fullgöra förekommande jour- och beredskapstjänst. De förslag utredningen framlagt om utnyttjandet av de värnpliktiga läkarnas facktjänstgöring står enligt utredningens mening i god överensstämmelse med riksdagens beslut i anledning av förslagen i propositionen 1963: 106. Denna personalgrupps andel i verksamheten inom förbandssjukvården torde sålunda väsentligt komma att begränsas i förhållande till nuläget, främst inom armén men även inom marinen; inom flygvapnet utnyttjas f. n. värnpliktiga läkare ej alls.

Utredningen övergår härefter till att närmare undersöka behovet av *läkare som avses skola vara stadigvarande knutna till förbanden*. Av förslagen

i kap. 7—9 framgår att dessa läkares verksamhet avses koncentreras till förbandssjukvården och att de i endast begränsad utsträckning förutsättes skola medverka inom utbildnings- och förvaltningsverksamheten samt inom krigsförberedelsearbetet. Vad beträffar allmän hälsovård och hygien skall enligt förslagen sådan läkare visserligen vara förbandschefens medicinske rådgivare, men den hygieniska övervakningen på fältet uppdras åt annan personal. Eftersom hälsoundersökningarna i samband med inskrivning icke vidare torde bli aktuella för läkarna vid förbanden, begränsas verksamheten inom hälsovården för nu ifrågakvarande läkare främst till utförande av anbefallda hälsoundersökningar, skyddssympningar m. m. på läkarmottagningarna och till viss övervakning av översköterskas fältarbete. Läkare, som förestår värnpliktsmottagning, bör vidare deltaga i granskningsnämndens sammanträden och i sammanträden rörande flygsäkerhetsfrågor. Vad angår sjukvården innebär utredningens förslag att arbetsuppgifter som är mindre krävande ur medicinsk synpunkt i största möjliga utsträckning delegeras till översköterska och annan hjälppersonal men att verksamheten i övrigt i stort förblir oförändrad till sin art. Eftersom de värnpliktiga läkarnas och de icke ständigt tjänstgörande militärläkarnas arbetsinsats vid värnpliktsmottagningarna avses begränsas, ökar behovet av medverkan inom värnpliktsvården av läkare, som stadigvarande är knutna till förbanden, främst vid armén men även vid marinen. Krav kvarstår vidare på att värnpliktiga läkare, som för egen utbildning tjänstgör vid värnpliktsmottagning, i medicinskt hänseende handledes av den läkare som förestår mottagningen. Sistnämnda läkare bör vidare i förekommande fall ha överinseendet över den vård som bedrivs vid förbandets sjukrumsavdelning och dagligen gå rond på avdelningen. Ifråga om utbildningsverksamheten bör medverkan från den läkare som förestår värnpliktsmottagningen begränsas till planläggning och genomförande av den repetitionsutbildning avseende truppens hygien och vård m. m. som meddelas det fast anställda befälet samt till ett mindre antal lektioner m. m., vilka hålles i samband med sådan utbildning av sjukvårdare och sjukvårdsmän som förekommer vid förbanden. I egenskap av förbandschefens medicinske rådgivare bör den läkare som förstår värnpliktsmottagningen vid behov kunna ge råd om den militära utbildningsverksamhetens bedrivande med hänsyn till sjukläge och klimatiska förhållanden. Ifråga om krigsförberedelsearbetet begränsas den verksamhet, vilken bedrivs av läkare som förestår värnpliktsmottagning, i huvudsak till viss rådgivning åt förbandets mobiliseringsavdelning. Eftersom sådan läkare icke längre blir förvaltningsgrenschef, inskränkes verksamheten inom hithörande område främst till övervakning av journalföring och sjukredovisning, attestering av räkningar m. m. Läkare som förestår värnpliktsmottagning måste emellertid i begränsad omfattning ge råd åt förbandschefen inom förvaltningssektorn och vid behov delta i förekommande regementsrapporter m. m. ävensom i undantagsfall besvara remisser. I jour-

och beredskapstjänst bedömes läkare som förestår värnpliktsmottagning endast i undantagsfall behöva delta.

Med utgångspunkt i de förslag som utredningen sammanfattat ovan och i de beräkningsgrunder som utredningen använt för att bedöma tidsåtgången inom de olika verksamhetsfälten har utredningen i *bilaga 9* för varje förband beräknat det genomsnittliga behovet av veckoarbetstimmar för läkare, som stadigvarande är knutna till förband. En sammanställning är intagen i nedanstående tabell, som ger en bild av variationsbredden för de olika funktionerna vid det stora flertalet förband.

Genomsnittligt veckobehov av läkartimmar vid förbanden

<i>Verksamhetsfält</i>	<i>Veckotimmar</i>
Hälsovård för värnpliktiga	1— 4
Hälsovård för fast anställda	1— 4
Öppen sjukvård för värnpliktiga	3—24
Öppen sjukvård för fast anställda m. fl.	3—15
Sluten sjukvård	0— 3
Utbildning	1— 3
Krigsförberedelsearbete	0— 1
Förvaltning	1— 3
Hälso- och sjukvård för flygande personal	3— 9 ¹

Av *bilaga 9* framgår att antalet läkartimmar varierar starkt mellan skilda förband beroende på de värnpliktigas och de fast anställdas skiftande styrka. Minimibehovet av läkartimmar uppgår i genomsnitt till 15 veckotimmar och maximibehovet i genomsnitt till 60 veckotimmar. Vid förband med särskilt små eller stora personalstyrkor kan dessa värden komma att under- respektive överskridas. Stora säsongvariationer förekommer dessutom, främst i fråga om tidsåtgången för värnpliktsmottagningen. Tabellen ger emellertid god ledning för bedömning av behovet av läkarmedverkan under huvuddelen av året vid det stora flertalet förband.

Tabellen ger omedelbart vid handen att läkarverksamheten vid de större förbanden ej kan medhinnas av en enda läkare även om denne skulle heltidsanställas. Det blir sålunda under alla förhållanden nödvändigt att vid de större förbanden anställa mer än en läkare. Behålles systemet med deltidspanställning av läkare, kan läkarbehovet icke bedömas med utgångspunkt i den nuvarande indelningen i en-läkar- och flerläkarförband. Antalet beställningar står icke alltid, såsom påvisats i kap. 3. 1, i relation till arbetsomfånget, vartill kommer att läkaruppgifterna förändrats genom utredningens förslag. För att bedöma behovet av deltidspanställda läkare bör som

¹ Utredningen har tidigare angivit, att tidsåtgången för hälso- och sjukvård för den flygande personalen — inbegripet medverkan i flygsäkerhetssammanträden — beräknats efter särskild norm. Behovet av läkartimmar har framräknats genom att multiplicera den beräknade genomsnittliga tidsåtgången per vecka för hälso- och sjukvård av den enskilde med antalet flygande personal vid varje berört förband.

utgångspunkt tas — förutom det beräknade antalet läkartimmar — den veckoarbetstid som anses böra uttas av vederbörande läkare. Veckoarbetstiden för de nuvarande förbandsläkarna — 24 timmar fördelade på minst 5 vardagar — har bestämts med hänsynstagande till att förbandsläkaren är skyldig att ombesörja viss jour- och beredskapstjänst; militärläkare som icke är förbandsläkare har en veckoarbetstid av 30 timmar. Utredningen anser — med beaktande av att jour- och beredskapstjänst icke vidare normalt skall åligga läkarna vid förbanden — att ett maximiarbetstidsuttag av 27 timmar i veckan i och för sig kan vara godtagbart. Vid förband med beräknat genomsnittligt högre arbetstidsuttag bör alltså, om deltidsanställning av läkare alltjämt skall förekomma, två läkare anställas. Samtidigt utgör emellertid enligt utredningens mening ett uttag av 18 timmar per vecka och läkare för värnpliktsmottagning ett maximum som icke bör överskridas. Överstiger behovet av läkartimmar för öppen vård av värnpliktiga i genomsnitt detta värde bör verksamheten delas mellan två läkare. Härför talar icke blott verksamhetens natur utan även militära skäl; läkarundersökningen får icke stjäla dyrbar utbildningstid och får därför icke anordnas så, att de värnpliktiga i timal måste vänta på att bli undersökta. Med dessa utgångspunkter är det lätt att beräkna behovet av deltidsanställda läkare. Utredningen har utfört dessa beräkningar i *bilaga 9*. Av bilagan framgår att med utredningens utgångsvärden 88 deltidsanställda läkare skulle erfordras inom armén, 17 inom marinen och 25 inom flygvapnet. Bilagan utvisar vidare att mer än en deltidsanställd läkare skulle behöva anställas vid följande arméförband, nämligen varje infanteri-, signal- och trängregemente, varje pansarregemente utom P 1 (Enköping), varje artilleriförband utom A 8 (Boden) ävensom vid Lv 3 (Norrhälje), Lv 6 (Göteborg), Ing 1 (Solna) och arméns underofficersskola. Inom marinen erfordras mer än en deltidsanställd läkare vid marinkommando Ost med Stockholms örlogsvarv och marinkommando Syd med Karlskrona örlogsskolor, vid KA 1 (Vaxholm), KA 2 (Karlskrona) och KA 4 (Göteborg) samt vid Berga örlogsskolor. Inom flygvapnet kan F 11 (Nyköping), F 12 (Kalmar), F 13 (Norrköping), F 16/20 (Uppsala), och F 21 (Kallax) samt krigsflygskolan med utredningens beräkningsgrunder bedömas som flerläkarförband; vid åtskilliga av sistnämnda förband ligger dock det genomsnittliga behovet av läkartimmar strax ovanför den av utredningen valda maximigränsen för en-läkarförband.

Vid de förband, där enligt utredningens beräkningar läkarverksamheten skulle kunna ombesörjas av *en* deltidsanställd läkare, är det givetvis icke uteslutet att den öppna vården av fast anställda m. fl. jämte den del av hälsovården som har avseende på denna personalgrupp brytes ut och lägges på särskild tjänsteläkare. Det är nämligen ingalunda givet, att den läkare som förestår värnpliktsmottagningen automatiskt bör förestå även tjänsteläkarmottagningen. I vissa fall kan det tvärtom vara lämpligt, att olika

läkare sköter de bägge mottagningarna. Eftersom verksamheten vid tjänsteläkarmottagningen enligt utredningens mening av läkaren till ingen del bör utföras kostnadsfritt, finnes ingen anledning att behålla nuvarande obligatoriska bindning mellan förbandsläkarverksamhet och tjänsteläkarverksamhet. Detta utesluter självfallet icke, då så är lämpligt och möjligt med hänsyn till arbetsomfånget i övrigt och verksamhetens rationella bedrivande, att den läkare som förestår värnpliktsmottagningen även utses till tjänsteläkare. Vid förband där behov av två läkare föreligger kan också tänkas att båda utses till tjänsteläkare och på lika villkor får konkurrera om patienterna. Avgörande för om läkare som förestår värnpliktsmottagning tillika skall vara tjänsteläkare får emellertid, såsom nyss antytts, endast vara om tjänsteläkarverksamheten kan utföras vid sidan av värnpliktsmottagningen och övrig läkarverksamhet vid förbandet. Bedömes tjänsteläkarverksamheten inkräkta på övriga läkarfunktioner bör särskild läkare utses till tjänsteläkare.

Vid de förband, där med utredningens beräkningsgrunder redan från början mer än en deltidsanställd läkare skulle behöva finnas, bör arbetsuppgifterna avseende utbildningen, krigsförberedelsearbetet och förvaltningsgöromålen regelmässigt ombesörjas av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Däremot kan hälso- och sjukvården, alltså verksamheten vid värnpliktsmottagningen och, såsom nyss sagts, tjänsteläkarmottagningen på lämpligt sätt uppdelas mellan de båda läkarna. Utredningen har i olika sammanhang betonat vikten av medicinsk rådgivning åt förbandschefen. Krav på sådan rådgivning uppstår främst i hygieniska frågor samt i frågor som rör hälsovården av värnpliktiga och fast anställda. Rådgivning är även aktuell inom den militära utbildningsverksamheten, när frågor uppstår som rör utbildningens bedrivande med hänsyn till rådande hälsoläge och klimatiska förhållanden m. m. Visst behov av rådgivning föreligger vidare i frågor rörande krigsförberedelsearbete och förvaltning. Ur förbandschefens synpunkt är det angeläget att han vid behov av medicinsk rådgivning kan vända sig till *en* läkare, som tillika är ansvarig för att den verksamhet som bedrivs av medicinalpersonalen vid förbandet — övriga läkare, tandläkare, veterinärer, sjuksköterske- och annan hjälppersonal — i mån av behov samordnas. Med hänsyn härtill har utredningen förutsatt att den läkare som förestår värnpliktsmottagningen skall vara målsman för hälso- och sjukvården vid förbandet. Den personal som tjänstgör vid förbandets läkarmottagning och sjukrumsavdelning bör lyda under denne läkare. Viktigt är emellertid, att arbetsbördan mellan förste läkaren, d. v. s. den läkare som förestår värnpliktsmottagningen och är förbandschefens ansvarige medicinske rådgivare m. m., samt den biträdande läkaren fördelas på sådant sätt, att förste läkarens arbetsuppgifter avseende utbildning, krigsförberedelsearbete, förvaltning, rådgivning m. m. icke förtränges av påträngande löpande uppgifter inom den öppna och slutna vården.

Huvuddelen av ansvaret för värnpliktsmottagningen och det medicinska ansvaret för sjukrumsvården bör därför vid två-läkarförband läggas på den biträdande läkaren. Vid flygförbanden bör arbetsuppgifterna inom hälso- och sjukvården, såvitt avser all flygande personal, läggas i samme läkares hand och företrädesvis ombesörjas av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. I nedanstående tabell redovisar utredningen ett exempel på veckoarbetstidens fördelning vid förband med två deltidsanställda läkare.

Exempel på fördelning av läkaruppgifter vid två-läkarförband

	Veckoarbetstid timmar							
	Hälso- vård	Vpl.- mot- tag.	Tjl- mot- tag.	Sjukr.- rond	Utb.	Krigs- förb. arbete	För- valtn.	Summa
Förste läkare	4	8	4	—	2	1	2	21
Bitr. läkare	2	12	4	2	—	—	—	20
Summa	6	20	8	2	2	1	2	41

10.2. Anställningsform

I kap. 6 har utredningen sammanfattat de brister som enligt utredningens uppfattning utmärker nuvarande organisation. Utredningen konstaterar, att den öppna och slutna värnpliktsvården inom armén i betydande omfattning fullgöres av andra läkare än förbandsläkare och att även inom marinen vissa värnpliktsmottagningar skötes av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktiga läkare. Utredningen anser det vara en allvarlig brist i nuvarande organisation, att värnpliktiga läkare i så stor utsträckning användes inom förbandssjukvården, främst inom armén men även inom marinen. Utredningen har vidare funnit, att förbandsläkarna ofta i endast ringa utsträckning medverkar inom hälsovård, utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning m. m. Slutligen fastslår utredningen, att vakansläget inom fältläkarkåren är den kanske allvarligaste bristen. Den 1 januari 1964 var 4 regementsläkarbeställningar och 22 eller nära hälften av bataljonsläkarbeställningarna vid arméns förband vakanta. Utredningen har sökt analysera orsakerna till vakanserna och funnit att dessa kan hänföras såväl till arbetsuppgifterna som till arbetsförhållandena. Vidare har utredningen funnit, att ersättningarna till förbandsläkarna icke kan anses vara konkurrenskraftiga i förhållande till den marknadsmässiga lönenivån.

Utredningen har tidigare uttalat att bristerna i det nuvarande systemet är så djupgående att en genomgripande omorganisation skulle kunna visa sig nödvändig. Utredningen har visserligen i det föregående framlagt för-

slag beträffande de värnpliktiga läkarnas tjänstgöring vid fredsförbanden, som står i god överensstämmelse med riksdagens tidigare redovisade beslut om dessa läkares facktjänstgöring. Men garantier måste också skapas för att förslagen förverkligas; här lägger redan vakansläget inom fältläkarkåren hinder i vägen. Åtskilliga försök att med bibehållande av organisationen förbättra rekryteringen till fältläkarkåren har gjorts tidigare. Redan de år 1908 tillkallade sakkunniga, vilkas förslag låg till grund för den omorganisation av fältläkarkåren som beslöts av 1911 års riksdag, uttalade att vakanserna »talade kraftigt för en omorganisation av fältläkarkåren, vilken, därest icke en annan sakernas ordning komme att inträda, allt mer skulle råka i upplösning». Genom beslut av 1911 års riksdag indrogs sedermera ett flertal beställningar i uteslutande syfte att häva vakansläget. De förslag som framlagts av militärsjukvårdskommittén och militära läkarlöneutredningen om särskild ersättning till förbandsläkarna för tjänsteläkarverksamhet och om reglering av förbandsläkarnas arbetstid m. m. har likaledes haft rekryteringssvårigheterna som bakgrund. Samma syfte hade den av statsmakterna för några år sedan vidtagna höjningen av bataljonsläkarlönerna. Ingen av de hittills vidtagna åtgärderna har emellertid haft någon effekt; antalet vakanser har tvärtom ökat på senare år. Denna utredning har sökt finna en framkomlig väg för att avhjälpa rekryteringssvårigheterna genom att undersöka möjligheterna att i ökad omfattning integrera sjukvården vid förbanden med den civila sjukvården och att överföra olika arbetsuppgifter från läkare till annan personal. Även om genom utredningens förslag läkarna avlastats från åtskilliga arbetsuppgifter, har utredningen likväl nödgats acceptera att arbetsuppgifterna inom den öppna och slutna vården i allt väsentligt förblir oförändrade. Denna väsentliga orsak till rekryteringssvårigheterna kvarstår alltså liksom förbandsläkarnas i kap. 6 närmare redovisade missnöje med sina ekonomiska förhållanden. Det kan själfallet ligga nära till hands att anta, att rekryteringssvårigheterna skulle avhjälpas, om förbandsläkarlönerna kraftigt höjdes och/eller lönerna förstärktes med ett betydande arvode. Så skulle måhända bli fallet, ehuru utredningen bedömer det som osannolikt, men enbart aldrig så stora avlöningsförstärkningar garanterar icke att utredningens förslag i fråga om de värnpliktiga läkarna förverkligas. Garantier skapas icke heller för att läkaruppgifterna vid förbanden blir rationellt fullgjorda. Skälen härtill har berörts i kap. 6. Utredningen har för sin del kommit till den uppfattningen, att en omorganisation är nödvändig men att den ej kan ske inom ramen för gällande anställnings- och avlöningssystem, om bristerna i nuvarande organisation skall kunna avhjälpas. Systemet är enligt utredningens mening alltför stelt för att medge önskvärd flexibilitet med hänsyn till såväl förbandens varierande storlek som den skiftande arbetsbelastningen under olika årstider. Förekommade kombination av fast lön för vissa arbetsuppgifter och prestationslön för vård av civil personal leder vidare till att

det ligger nära till hands, att verksamheten inom den utmäta arbetstidsramen i första hand kommer att ägnas åt tjänsteläkarmottagningen; denna verksamhet är vid många förband tidsödande. Helt nya vägar måste därför prövas.

Utredningen har till en början övervägt möjligheterna att ersätta åtminstone vissa av de nuvarande deltidstjänstgörande förbandsläkarna med heltidstjänstgörande militärläkare. Flera skäl talar emellertid mot en sådan lösning. Verksamheten vid särskilt värnpliktsmottagningarna blir även i fortsättningen ur medicinsk synpunkt föga stimulerande. Mycket litet kan göras för att förbättra detta förhållande, eftersom de värnpliktiga som fullgör första tjänstgöring representerar en utvald kategori i unga år med god hälsa. Missbruk av sjukanmälan kan vidare aldrig helt undvikas, eftersom fråga är om tvångstjänstgöring och ekonomiska förluster icke riskeras. Verksamheten kommer därför alltid till viss del att bestå i kontroll av att okynnesanmälan icke föreligger och har sålunda ett polisiärt inslag. Detta bidrar till att göra läkararbetet mindre intresseväckande. Utredningen anser, att en läkare som enbart arbetar med sjukvård vid förbanden i längden icke kan upprätthålla en godtagbar yrkesstandard. Härav följer att läkarverksamheten vid förbanden på ett eller annat sätt måste kombineras med annan verksamhet ägnad att upprätthålla läkarens yrkesskicklighet. Utredningen delar alltså den uppfattning som framförts i olika sammanhang (se kap. 5. 1) att en kombination av läkarverksamhet vid förbanden och exempelvis privatpraktik är ändamålsenlig. Detta innebär att utredningen i princip icke kan förorda ett system med heltidstjänstgörande läkare vid förbanden. Ett sådant system torde ej heller vara möjligt att genomföra ur rekryteringssynpunkt. För att krigsmakten i konkurrens med den civila sjukvården överhuvudtaget skall kunna rekrytera läkare för förbandssjukvården torde det vara ett oeftergivligt villkor, att läkarna ges möjlighet också till annan medicinsk yrkesverksamhet än vården av värnpliktiga.

Utredningen anser sålunda att deltidstjänstgörande läkare alltjämt skall bilda kärnan i krigsmaktens förbandssjukvård. Vid sina överväganden av anställningsformen för dessa läkare har det legat nära till hands för utredningen att hämta ledning från industrin. Inom industrin tillämpas sedan länge ett system med avtalsanställda läkare, s. k. industriläkare. Utredningen anser lämpligt att i detta sammanhang närmare redogöra för hur systemet fungerar.

Industrisjukvården omfattar i huvudsak fyra grenar, nämligen *skyddstjänst*, *förebyggande hälsovård*, *sjukvård* och *rehabiliteringsverksamhet*. Skyddstjänsten avser de tekniska åtgärder, som erfordras för att förebygga olycksfall och yrkesjukdomar samt för att anpassa arbetsmetoder och arbetsmiljö till människokroppens byggnad och funktion. Den förebyggande hälsovården omfattar nyanställningsundersökningar och särskilda hälsoundersökningar beträffande olika kategorier anställda, t. ex. partiellt arbetsföra men även personer i ledande ställning. Målet för sjukvården är att medverka till att hälsa och arbetsförmåga

snabbt återställes vid olycksfall eller sjukdom. Sjukvården omfattar huvudsakligen bagatellskador och smärre krämpor, som med enkla diagnostiska och terapeutiska ingrepp kan botas under loppet av några få konsultationer. Fall som kräver mer kvalificerad eller tidskrävande utredning och behandlingar omhändertas av sjukhusen. Denna s. k. vardagssjukvård är ofta av betydande omfattning; erfarenheten har också visat att flertalet av de skador och krämpor som drabbat anställda vid företag är av så lindrig natur att de ej kräver långvarig utredning eller behandling och ej heller medför nedsättning av arbetsförmågan. Genom att dessa fall omhändertas på eller intill arbetsplatsen blir arbetsavbrottet obetydligt samtidigt som skadan eller sjukdomen blir tillsedd. Utöver denna vardagssjukvård behandlar industriläkaren även yrkesskador samt förmedlar specialistvård och utövar sådan vård inom sitt kompetensområde. Rehabiliteringsverksamheten slutligen, som avser återplacering av sjuka och skadade i arbetet, innebär bl. a. hälsokontroll av långtidssjuka och skadade jämte uppsikt över konvalescenter och partiellt arbetsföra.

Organisationen av industrisjukvården växlar från företag till företag. I starkt centraliserade företag har man ej sällan en eller flera industriläkare anställda, som jämte nödig hjälppersonal utför sitt arbete i för ändamålet byggda läkarmottagningar inom eller intill företagsområdet. I andra fall kan industriläkaren använda sin privata mottagning i samhället och arbeta med en förbandsstation i företaget, där sjuksköterska finnes tillgänglig. I några fall har flera företag gått samman om en industrisjukvårdscentral. Särskilt vid småföretag förekommer att verksamheten sammanhålls av en sjuksköterska och att företaget abonnerar på några veckotimmar hos en industriläkare, som är knuten till en större industri i orten. Antalet industriläkare är f. n. ca 150. En undersökning, som företogs år 1957 och omfattade 80 industriläkare, knutna till 68 företag, utvisade att 60 av läkarna hade annat arbete vid sidan av industriläkarverksamheten, mest i form av privatpraktik. Av de 80 läkarna hade 46 specialistkompetens, varav nära hälften i invärtes medicin. Inom företagen var hälften av läkarna placerade direkt under verkställande direktören, medan en tredjedel sorterade under personalchef eller tjänsteman i liknande ställning.

Industriläkarna är i viss utsträckning avlönade med fast lön eller fast arvode, men ersättning för prestation eller fast arvode kombinerat med prestationsersättning förekommer även. Gemensamt för samtliga industriläkare är att löneförmanerna beräknats på grundval av en s. k. veckotimmsnorm, som innebär att lönen ställes i relation till arbetstiden i timmar per vecka. Arbetstiden för uppgifterna inom den förebyggande hälsovården uppskattas med utgångspunkt från antalet årsanställda i företaget. I den mån läkaren engageras för de anställdas sjukvård sker detta i regel utan att läkaren i denna verksamhet bindes vid fixerad taxa. Är industriläkaren icke heltidsanställd med uppgift att som ett led i anställningen ombesörja sjukvården åt företagets anställda, är industriläkarverksamheten koncentrerad på de hälsovårdande åtgärderna.

Utredningen är medveten om att en jämförelse mellan industrisjukvården och förbandssjukvården kan bli endast schematisk. Åtskilliga tids- och arbetskrävande uppgifter, som åvilar industriläkaren, är sålunda icke aktuella vid de militära förbanden. Hit hör vissa arbetsuppgifter inom skyddstjänsten och rehabiliteringsverksamheten. Särskilt den hälso- och sjukvård som bedrivs inom industrisjukvårdens ram är emellertid så nära besläktad med förbandssjukvården, att utredningen icke kan undgå att beakta erfa-

renheterna från industrisjukvården. Utredningen konstaterar då att industriläkarens arbete anses relativt intressant och omväxlande samt att även kvalificerade läkare gärna söker befattningarna som industriläkare. Detta torde framför allt bero på att industriläkarna har goda möjligheter att följa en grupp människors hälsotillstånd och att bedöma samverkan mellan människa och miljö, varjämte det ekonomiska vederlaget för verksamheten är tillfredsställande. Det är vidare utredningen bekant, att industriläkarnas medicinska anseende är högt och att deras bedömning av även svåra avvägningsproblem i regel accepteras av arbetsgivare och anställda.

Arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården borde i och för sig vara lika lockande för läkare som arbetsuppgifterna inom industrins hälso- och sjukvård. Även om de sjukvårdande uppgifterna inom krigsmakten är av något annan natur har också en läkare som arbetar vid förbanden goda möjligheter att följa en grupp människors hälsotillstånd och bedöma samverkan mellan människa och miljö. De hälsovårdande uppgifterna vid förbanden borde vara lika intressanta som motsvarande uppgifter inom industrin. Utredningen kan inte komma till annan uppfattning än att det som i verkligheten skiljer industriläkaren från förbandsläkaren — bortsett från det förhållandet att förbandsläkaren är inordnad i ett militärt system och i anledning härav i viss utsträckning även tas i anspråk i militär utbildningsverksamhet och krigsförberedelsearbete m. m. — främst är att ersättningen till industriläkaren på ett helt annat sätt än ersättningen till förbandsläkaren står i relation till de krav en läkare anser sig ha rätt att ställa på skäligt vederlag för sin arbetsinsats. Kunde nuvarande anställnings- och avlöningsystem med dess kombination av fast lön och prestationsersättning i förening med en schematisk, svårkontrollerad och därför olämplig arbetstidsreglering ersättas med ett mera flexibelt system, som belönar *prestationen* icke blott i fråga om vården av civila anställningshavare utan *över hela linjen*, skulle stora möjligheter öppnas. Garantier skulle då skapas för att arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården fullgöres rationellt och förekommande användning av värnpliktiga läkares arbetskraft inom förbandssjukvården skulle bringas att minska. En prestationsersättning kan vidare ställas i relation till marknadslön och arbetsinsats på ett helt annat sätt än en fast lön och följer smidigt de av skiftande personalstyrkor m. m. betingade växlingarna i arbetsbelastningen. Härigenom onödiggöres nuvarande form av arbetstidsreglering. Utredningen anser för sin del, att en övergång från nuvarande system med fasta löner till ett system med prestationsersättning medför så bestämda fördelar, att det ingående måste prövas om icke de nackdelar, som ur den enskildes och krigsmaktens synpunkt otvivelaktigt måste vara förenade med en sådan övergång, kan överbyggas. Utredningen beaktar i detta sammanhang, att inom staten på senare tid prövats ett system liknande det utredningen nu överväger. Till de större affärsdrivande verken har sålunda genom avtal mot veckotimersättning knutits

konsultationsläkare (förtroendeläkare), som vid sidan av anvisningsläkare svarar för hälsovård och allmän personalledning. Även den nyinrättade statens personalvårdsnämnd har på enahanda villkor genom avtal anställt särskild läkare, vilken bedriver sin verksamhet — denna är dock ej av sjukvårdande natur — i lokaler som tillhandahålles av staten.

Vid sina överväganden om fördelarna av att läkare vid förbanden anställes mot prestationsersättning överväger nackdelarna har utredningen först att beakta, att sådan läkare bör anställas genom avtal. Då avtalet bör tidsbegränsas och kan uppsägas om exempelvis avtalsbrott föreligger eller om läkaren utför ett »dåligt» arbete, medför avtalsanställning mindre trygghet för den enskilde läkaren än innehav av en beställning. Denna minskade trygghet i arbetet kan emellertid kompenseras genom en lämplig utformning av ersättningsbestämmelserna. Allvarligare är konsekvenserna ur krigsmaktens synpunkt. Skäl talar för att en mot prestationsersättning avtalsanställd läkare är civil. Får de till förbanden stadigvarande knutna läkarna icke längre civilmilitär ställning försvinner emellertid förbandsläkarinstitutionen i sin nuvarande form. Det är ett allvarligt steg att så genomgripande ändra en mer än 150-årig institution; den första instruktionen för fältläkarkåren utfärdades år 1808. När nu utredningen funnit att förbandsläkarinstitutionen i sin nuvarande form överlevt sig själv kan givetvis inte det förhållandet att institutionen har anor tillmätas avgörande betydelse. Men det måste noga undersökas, vilka konsekvenserna blir för förbandssjukvården och krigssjukvården, om de läkare som skall vara fast knutna till förbanden icke vidare kommer att vara civilmilitära beställningshavare.

Till en början kan göras gällande, att en civil läkare icke kan utöva erforderligt befäl. En civilmilitär läkare har i fred viss befälsrätt och för i krig i vissa fall ständigt befäl över förband, t. ex. sjukvårdstross, samt är eljest skyldig att vid behov ta tillfälligt befäl över splittrade eller decimerade förband. Som ett yttre tecken på denna rätt och skyldighet att ta befäl bär den civilmilitära läkaren uniform. Enligt utredningens förslag är emellertid den primära uppgiften för läkare vid förband att hålla personalen frisk och bota sjuka. Arbetet utanför läkarmottagningen samt i fält och ombord blir begränsat och avser vissa specificerade uppgifter. Fältarbetet inom hälso- och sjukvården kommer sålunda enligt förslaget att till övervägande del läggas på annan fast anställd personal, delvis placerad i regionala staber, och i övrigt att fullgöras av värnpliktiga läkare. Medverkan i utbildningsarbetet kommer huvudsakligen att ske i föreläsningsform. Inom läkarmottagningen och på sjukrummen kan läkare påfordra lydnad av patienter och underordnad hjälppersonal utan att vara civilmilitär. Även erforderlig medicinsk handledning av värnpliktiga läkare som biträder inom förbandssjukvården kan enligt utredningens mening ombesörjas av civil läkare. Behov av att ta befäl utanför läkarmottagningen och sjukrummen

föreligger enligt majoritetens mening icke i vidare omfattning än för t. ex. civil lärare eller arbetsledare. I den mån särskilda föreskrifter härom erfordras kan dessa införas i tjänstereglementet för krigsmakten. Med hänsyn till befälsrätten anser utredningens majoritet sålunda icke nödvändigt att avtalsanställd läkare i fred ges civilmilitär ställning. Befälsrätt i krig torde icke vara aktuell för en avtalsanställd läkare, såvida han icke samtidigt är värnpliktig läkare eller icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Är han i sådan egenskap krigsplacerad i civilmilitär befattning, är han i krig tillförsäkrad erforderlig befälsrätt oavsett sin ställning i fred.

Fråga uppstår vidare, om en avtalsanställd läkare behöver ha civilmilitär ställning för att kunna ges erforderlig militär skolning och militärmedicinsk vidareutbildning. Med hänsyn till det sätt på vilket utredningen bestämt läkarens arbetsuppgifter anser utredningen icke att detta är nödvändigt. En viss vidare- och repetitionsutbildning är visserligen nödvändig för den enskilde läkaren — utredningen återkommer härtill i ett följande avsnitt — men möjligheter föreligger att ålägga även en civil läkare skyldighet att underkasta sig denna utbildning. Det möter nämligen icke hinder att i anställningsavtalet införa en klausul, som ålägger läkaren att med vissa intervall underkasta sig militär och medicinsk vidareutbildning, varför han dock givetvis måste kompenseras ekonomiskt.

Den civilmilitära ställningen anses slutligen i vissa fall underlätta rekryteringen. Den ger vidare möjlighet att inordna läkaren i en personalkår och kan i viss mån bidra till att utveckla läkarens samhörighetskänsla med förbandet och ge honom ökade kontaktmöjligheter med förbandets befälskårer i och utom tjänsten. Läkaren kan härigenom i ökad grad bli delaktig av förbandets inre liv. Det psykologiska värdet av att tillhöra en krigsmaktens personalkår och att bära uniform är synnerligen svårbedömbart. I vissa fall underlättas otvivelaktigt rekryteringen, men det får inte bortses från att inordningen i ett militärt system också kan stöta bort vissa kategorier, som eljest är lämpade för verksamhet inom förbandssjukvården. Det har sålunda från flera håll påståtts att det förhållandet att förbandsläkaren är inordnad i ett militärt system skulle medföra en avog inställning till förbandsläkaryrket hos speciellt yngre läkare. Skall läkaren ha civilmilitär ställning försvåras vidare möjligheterna att anlita kvinnliga läkare för förbandssjukvården. Utredningen anser med hänsyn till önskemålet om breddning av rekryteringsunderlaget att även kvinnliga läkare skall kunna anställas vid förbanden; de erfarenheter av sådana läkares medverkan inom förbandssjukvården som hittills gjorts har varit goda. Härtill kan fogas att bärandet av uniform kan vara en nackdel i den sjukvårdande verksamheten. Det påpekas ibland att en läkare i uniform — han må vara aldrig så kompetent — inte inger samma förtroende hos den personal som han skall behandla som en civil läkare. Den militära sjukvården har nämligen ett inslag av förmanskap, motiverat av att så få utbildningstim-

mar som möjligt skall gå förlorade. Läkaren uppfattas gärna i första hand som en befälsperson, om han är iklädd uniform. Det kan icke heller blundas för att den civilmilitära ställningen medfört vissa problem av mera speciell natur. Från förbandsläkarhåll har bl. a. nämnts att man tolkat gällande tjänsteställningsföreskrifter som ett uttryck för statens misstroende; det har ansetts stötande att förbandsläkarna skall ha högst majors tjänsteställning oavsett ålder och ställning i det civila samhället. Sammanfattningsvis vill utredningen uttala att de psykologiska för- och nackdelarna med den civilmilitära ställningen omöjligt kan vägas mot varandra med någon större grad av säkerhet. Utredningens majoritet anser det emellertid tvivelaktigt, att fördelarna nämnvärt skulle överväga. Samhörighetskänsla med förbandet kan utvecklas och kontaktmöjligheter med befälskårerna kan komma till stånd även om läkaren är civil. Även det viktiga dagliga samarbetet mellan truppbefälet och läkaren (jfr kap. 8. 2) och den lika viktiga medicinska rådgivningen till förbandschefen synes kunna säkras med en civil läkare under förutsättning, att denne har erforderliga kunskaper om den militära miljön och om arten av pågående utbildning.

Av det anförda framgår att en anställningsform som kan beröva de till förbanden stadigvarande knutna läkarna deras civilmilitära ställning enligt utredningens majoritets mening icke synes vara förenad med större olägenheter med hänsyn till krigsmaktens verksamhet i fred. Ej heller torde civil anställningsform medföra några särskilda olägenheter ur den enskilde läkarens synpunkt. Det bör i detta sammanhang framhållas, att möjlighet föreligger för läkare vid förband, som är behörig härtill, att söka inträde i reserv och i denna egenskap erhålla civilmilitär ställning. Sådan reservanställning är önskvärd ur krigsmaktens synpunkt, eftersom läkarens krigs-användbarhet därigenom ökas.

Utredningen har då att klarlägga konsekvenserna för krigssjukvården, om förbandsläkarinstitutionen avskaffas i nuvarande form. Det har gjorts gällande, att krigsorganisationen kräver, att ständigt tjänstgörande militärläkare finnes vid förbanden för att kunna krigsplaceras i kvalificerade läkarbefattningar. Givetvis måste ledande läkarbefattningar i högre staber i krig besättas med personal, som redan i fred fått tillfälle att studera krigsplanläggningen och sätta sig in i sina krigsuppgifter; denna personal måste i fred genom utbildning bibringas militär kompetens vid sidan av den medicinska. Personal som är avsedd att krigsplaceras i nämnda befattningar bör om möjligt vara fast anställd och ständigt tjänstgörande. Den måste emellertid beredas meningsfylld tjänstgöring i fred och bör därför i första hand förbehållas centrala och regionala staber samt de förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning äger rum. Det skulle givetvis vara önskvärt, att även andra kvalificerade läkarbefattningar i krigsorganisationen kunde besättas med ständigt tjänstgörande militärläkare. Men de stora lönekostnaderna och även möjligheterna att i fred rekrytera och sysselsätta sådana

läkare i kvalificerad verksamhet sätter en övre relativt snäv gräns för antalet läkare på aktiv stat. Härav följer, att alla kvalificerade befattningar i krigsorganisationen icke kan besättas med ständigt tjänstgörande militärläkare utan andra läkarkategorier måste utnyttjas. I nuvarande krigsorganisation fyller sålunda icke ständigt tjänstgörande militärläkare viktiga befattningar. Mot denna bakgrund är det uppenbart, att läkarna vid förbanden ur krigsorganisationens synpunkt bör utgöras av fast anställda och ständigt tjänstgörande militärläkare under förutsättning endast, att deras fredstjänstgöring utgör en god förberedelse för deras tjänstgöring i viktiga befattningar i krig. Men de nuvarande arbetsuppgifterna i fred vid förbanden ger enligt utredningens mening icke utbildning av större värde för bestridande av högre stabsbefattning i krig; detta gäller än mer de av utredningen föreslagna mer begränsade arbetsuppgifterna. Konsekvenserna härav har också tagits, eftersom de nuvarande förbandsläkarna i regel icke är krigsplacerade i sådana befattningar, i vart fall icke inom armén. Såsom framgår av kap. 5. 1 är flertalet regements- och bataljonsläkare krigsplacerade som depåläkare, medan endast ett mindre antal avses skola tjänstgöra som fördelningsläkare, brigadläkare, försvarsområdesläkare eller läkare vid etappförband. Marinläkare av 1. graden är i regel krigsplacerade som stabsläkare eller brigadläkare och flygläkare av 1. graden sättes till största delen i krigsbefattning som sektorläkare eller som 1. basläkare vid flygbas. Enligt utredningens uppfattning bör många av nu angivna befattningar i vart fall inom armén och marinen kunna fyllas av andra läkarkategorier; för de flesta av de krigsbefattningar som nu beklädes av förbandsläkare synes icke ständigt tjänstgörande militärläkare vara ett godtagbart alternativ, förutsatt att de bibringas erforderlig utbildning. Utredningen anser därför att de olägenheter för krigsorganisationen som följer av övergång till ett system med civila avtalsanställda läkare vid förbanden kan övervinnas men vill samtidigt understryka vikten av att dessa läkares erfarenhet inom förbands-sjukvården kommer krigsorganisationen till godo. De bör därför så långt möjligt krigsplaceras inom krigsmakten, t. ex. som depåläkare eller basläkare.

Vad här anförts har lett utredningen till den slutsatsen, att fördelarna med en övergång från nuvarande avlönings- och anställningssystem för förbandsläkare till ett system med deltidstjänstgörande läkare, anställda genom avtal mot prestationsersättning, så avgjort överväger nackdelarna att en sådan övergång bör komma till stånd. För arméns vidkommande är övergången enligt utredningens mening en förutsättning för att förbandssjukvården skall kunna reorganiseras med framgång. Utredningen är medveten om att de skäl, som främst föranlett utredningen att ompröva nuvarande anställnings- och avlöningssystem — den omfattande användningen av värnpliktiga läkare och vakansläget inom armén — icke har bärkraft såvitt avser förhållandena inom flygvapnet och endast till viss del inom marinen.

Det är emellertid nödvändigt, att garantier skapas för att riksdagens beslut angående de värnpliktiga läkarnas tjänstgöring vid fredsförbanden icke åsidosättes och att läkaruppgifterna vid förbanden blir fullgjorda. Utredningen anser, att endast den av utredningen föreslagna avtalsanställningen ger en sådan garanti. Härtill kommer att ett system med avtalsanställning med prestationsersättning är överlägset det nuvarande anställnings- och avlöningssystemet av andra skäl, nämligen genom att prestationsersättningen, såsom redovisats i det föregående, kan ställas i bättre relation till läkarens arbetsinsats än en fast lön och följer den verkliga arbetsbelastningen på ett smidigare sätt. Ersättningen kan också lättare anpassas till gällande marknadslöner. Då det slutligen icke kan ifrågakomma att tillämpa olika anställningsformer vid de skilda försvarsgrenarna, utgår utredningen från att dess förslag skall omfatta samtliga försvarsgrenar.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen, att läkare vid förband skall anställas genom avtal mot prestationsersättning. Utredningens majoritet anser, att sådan läkare icke behöver ha civilmilitär ställning. Ledamoten Hasselrot och experten Nordström har — utan att dock reservera sig — givit uttryck för den uppfattningen att läkare som förestår värnpliktsmottagning bör ha civilmilitär ställning under förutsättning att detta kan ordnas inom ramen för ett system med avtalsanställda, prestationsavlönade läkare. De hävdar till stöd härför, att läkaren under viss del av sin tjänsteutövning bör bära uniform för att på samma sätt som de militära instruktörerna kunna ta befäl vid genomförandet av lektioner och annan utbildning och vidare, att den civilmilitära ställningen även torde ge läkaren en förbättrad ställning och förbättrade kontaktmöjligheter inom förbandet och därför är att föredra. Beträffande ledamoten Troells uppfattning hänvisas till av honom avgivet särskilt yttrande.

10.3. *Ersättningsnormer*

I föregående avsnitt har uttalats att det av utredningen föreslagna systemet med avtalsanställning av läkare för förbandssjukvården m. m. innebär minskad trygghet för den enskilde läkaren. Detta kompenseras i viss mån genom tillkomsten av den allmänna tilläggs pensionen, men det måste även tillses att ersättningen för verksamheten blir tillräckligt hög. Vid bestämmande av ersättningens storlek måste vidare beaktas att krigsmaktens behov av läkare vid förbanden skall tillgodoses i konkurrens med den civila sjukvårdssektorn, en konkurrens som icke underlättas av att sjukvården inom krigsmakten är mindre intresseväckande än exempelvis lasarettsvården. Utredningen har till en början övervägt, om ersättningen för sjukvården bör vara taxebunden eller om vederbörande läkare skall få fria händer härvidlag. Såsom framgår av den tidigare redogörelsen för industri-

sjukvården är det vanligt, att industriläkare vid sidan av arbetsuppgifterna inom hälsovården bedriver taxeobunden sjukvårdande verksamhet, varvid utnyttjas lokaler och materiel som tillhandahålles av företaget. Även de anvisningsläkare som utnyttjas vid statliga verk samt vid vissa centrala och regionala staber m. m. är taxeobundna. Utredningen har emellertid i annat sammanhang (kap. 8. 4) föreslagit, att taxeobunden anvisningsläkare inom krigsmakten ej bör medges utnyttja tjänsteläkarmottagning för sin verksamhet. Av svenska landstingsförbundets avlöningsbestämmelser för olika läkarkategorier framgår vidare, att läkare som kostnadsfritt tillhandahålles mottagningslokal, erforderlig hjälppersonal samt viss undersöknings- och vårdmateriel regelmässigt är taxebunden. Så är fallet med provinsialläkare, förtroendeläkare, skolläkare m. fl. Överläkare, som håller enskild öppen mottagning inom lasarett, är jämväl taxebunden. I vissa fall föreligger dessutom skyldighet för vederbörande läkare att betala ersättning till landstinget för lokal, personal, instrument m. m. Då de läkare som enligt utredningens förslag skall avtalsanställas för förbandssjukvården avses skola utöva sin verksamhet i av staten tillhandahållna lokaler för värnpliktsmottagning och tjänsteläkarmottagning samt då erforderlig hjälppersonal m. m. ställes till förfogande av kronan, kan det enligt utredningens mening icke ifrågakomma att göra ersättningen för läkarverksamheten taxeobunden. Ett system med fria ersättningar låter sig icke heller rätt väl förena med den typ av sjukvård, varom här ofta är fråga.

Ställning måste då tas till frågan efter vilka grunder den taxebundna ersättningen skall beräknas. Utredningen har under hand varit i kontakt med Sveriges läkarförbund och införskaffat närmare uppgifter om industriläkarnas anställningsförhållanden. Såsom ovan redovisats är de sistnämnda i viss utsträckning avlönade med fast lön eller fast arvode, men ersättning för prestation eller fast arvode kombinerat med prestationsersättning förekommer även. Gemensamt för samtliga industriläkare är emellertid, att ersättningen f. n. i princip motsvarar en inkomst av ca 2 000 kronor per veckotimme och år. Motsvarande norm tillämpas för beräkning av arvoden till deltidsanställda konsultationsläkare vid de statliga affärsdrivande verken. Utredningen menar att även ersättningen till krigsmaktens avtalsanställda läkare i princip bör bygga på ett arvode beräknat per veckotimme och år. Utredningen anser sig förhindrad att avge förslag rörande arvodets storlek och vill endast framhålla att en icke oväsentlig löneyftning i förhållande till nuvarande lönenivå för förbandsläkare enligt utredningens mening torde vara oundgänglig för att rekryteringen framgångsrikt skall kunna bedrivas i konkurrens med den civila sektorn.

Ersättningen till de avtalsanställda läkarna bör emellertid icke annat än till viss del bygga direkt på timarvode. Beträffande sjukvården av värnpliktiga är det sålunda ur militär synpunkt betydelsefullt, att läkarens ersättning göres oberoende av antalet läkarbesök. Den bör därför beräknas

på grundval av det antal värnpliktiga som är hänvisade till mottagningen. Genom en dylik anordning inriktas läkarens verksamhet i högre grad på att genom förebyggande åtgärder hålla de värnpliktiga friska än på att genom upprepad behandling söka bota de sjuka. Genom profylaktiska åtgärder minskas behovet av läkarbesök och därmed läkarens arbetsbörda. Härav följer att jämväl ersättningen för hälsovården av de värnpliktiga bör beräknas på samma grundval. Med hänsyn till det naturliga samband, som råder mellan den öppna och den slutna vården, bör läkarens ersättning för slutna vård av värnpliktiga utgå efter samma norm. Alltså bör såväl hälsovård som öppen och slutna sjukvård för de värnpliktigas del ersättas med visst belopp per värnpliktig, som är hänvisad för sjukvård till läkaren.

Utredningen har på grundval av tidigare redovisade uppgifter om besöksfrekvens, tidsåtgång per besökande värnpliktig och rondtid samt den härur beräknade tidsåtgången för läkare kunnat exemplifiera ersättningen för de värnpliktigas hälso- och sjukvård. Skall den för industri- och konsultationsläkare gällande lönenivån uppnås, bör läkarens arvode för hälsovård och öppen sjukvård av de värnpliktiga utgå med 3 kronor 80 öre per värnpliktig och månad. Under samma förutsättning bör för den slutna vården till läkaren utgå ett belopp av 20 öre per värnpliktig och månad. För beräkning av värnpliktsstyrkan måste av praktiska skäl ett representativt medelvärde användas; värnpliktsstyrkan och därmed också anspråken på läkarens arbetsinsats varierar i många fall under olika årstider. För att administrationen skall förenklas och systemet göras smidigare ur läkarens synpunkt bör vid förbandet en gång årligen uppskattas genomsnittligt antal värnpliktiga, som beräknas belasta förbandets värnpliktsmottagning, respektive sjukrumsavdelning under det kommande året. På grundval av denna uppgift utbetalas månatligen en basersättning till vederbörande läkare. Sedan kassaavdelningen förslagsvis en gång i kvartalet med ledning av bl. a. de för mathållningen upprättade portionsbeskeden beräknat ett styrkemedelvärde, fastställes i efterhand de slutliga ersättningsbeloppen och utbetalas i förekommande fall intjänata tilläggsarvoden. Hänsyn bör härvid självfallet tas även till värnpliktsstyrkan vid de övriga förband och staber som i förekommande fall kan ha hänvisats till förbandet för sjukvård. Att den flygande personalen härvid bör undantagas framgår nedan.

För tjänsteläkarverksamhetens del är det naturligt att vårdersättning utgår per besök efter viss taxa enligt samma system, som tillämpas inom provinsialläkarväsendet och vid sjukhusmottagningar. Berörda läkare arbetar nämligen, om man bortser från provinsialläkarnas betungande verksamhet inom hemsjukvården och den därav följande jourtjänstbördan, väsentligen under samma villkor som tjänsteläkaren. Den bindning till provinsialläkartaxan som föreligger redan nu har också den väsentliga fördelen att anknytning härigenom erhålles till taxan för beräkning av ersättning för läkarvård enligt lagen om allmän försäkring; detta underlättar samarbetet

med de allmänna försäkringskassorna. Nuvarande ersättningsbestämmelser för läkarvård och utfärdande av intyg m. m. bör sålunda i princip behållas, dock med den av utredningen i kap. 8.4 föreslagna utvidgningen att bestämmelserna jämväl skall gälla för den militära och civilmilitära personalen. Det kan tilläggas att provinsialläkartaxan enligt en av utredningen företagen överslagsmässig kontrollberäkning — byggande på den av utredningen använda genomsnittliga tidsåtgången för läkarbesök, 10 minuter — med viss marginal ger läkaren inkomster, som ligger i nivå med industri- och konsultationsläkarnas, 2 000 kronor per veckotimme och år.

F. n. utgår vid sidan av ersättning enligt provinsialläkartaxan ett särskilt tjänsteläkararvode, motsvarande för varje till läkaren hänvisad anställningshavare ett belopp av 4 kronor per person och år, såvida läkarvården meddelas i av staten kostnadsfritt upplåten mottagningslokal. Såsom närmare redovisats i kap. 3.2 var förbandsläkarna tidigare skyldiga att utan särskild ersättning bestrida vård av tjänsteläkarklientelet i direkt anslutning till ordinarie sjukvisitation av de värnpliktiga. Tjänsteläkararvodet tillkom för att förbandsläkaren skulle erhålla kompensation för det merarbete, som han utförde vid hembesök hos fast anställd militär, civilmilitär och civil personal. Arvodet har härefter behållits trots att tjänsteläkaren numera har rätt till särskild gottgörelse vid hembesök hos alla berörda personalkategorier. Den ursprungliga motiveringen för tillskapandet av tjänsteläkararvodet har sålunda bortfallit. Utredningen har emellertid funnit, att ett arvode konstruerat på samma sätt som nuvarande tjänsteläkararvode bör behållas av andra skäl. Utredningen föreslår nämligen, att det arbete som tjänsteläkaren nedlägger inom hälsovården ersättes på så sätt, att till läkaren utgår visst belopp per år och anställningshavare, som är hänvisad till tjänsteläkarmottagningen. Ersättningen för hälsovården kan nämligen icke anknytas till gällande taxor, eftersom sjukförsäkringen ännu icke omfattar ersättning för förebyggande åtgärder. Genom att man behåller ett tjänsteläkararvode för verksamheten inom hälsovården undvikes sålunda införandet inom krigsmakten av en särskild taxa för hälsoundersökningar och skyddssympningar m. m., vilken f. n. saknar civil motsvarighet. I gengäld bör tjänsteläkaren vara skyldig att utan annan gottgörelse än tjänsteläkararvodet utföra föreskrivna hälsoundersökningar, skyddssympningar och annat ur arbetarskyddslagssynpunkt erforderligt arbete inom hälsovården, som har avseende på den fast anställda och kollektivavtalsanställda personalen. Arvodet bör avpassas så, att det ger samma ekonomiska utbyte som läkarens verksamhet inom sjukvården. Utredningen har mot bakgrund härav funnit sig böra föreslå, att tjänsteläkararvodet i princip behålles som ersättning för tjänsteläkarens arbete inom hälsovården. Arbetsinsatsen för hälsovården av fast anställd militär och civilmilitär personal, civila tjänstemän och kollektivavtalsanställd personal har utredningen med bortseende från den flygande personalen beräknat till en veckotimme per 200 anställ-

ningshavare och år (jfr kap. 7. 2). Häremot svarar ett arvode av 10 kronor per anställningshavare och år, om den lönenivå skall uppnås som gäller för industri- och konsultationsläkare.

För hälso- och sjukvården av den flygande personalen har utredningen beräknat den sammanlagda tidsåtgången enligt särskild norm. Ersättning för denna arbetsprestation bör utgå med visst belopp per person och år. Skall den för industri- och konsultationsläkare gällande lönenivån uppnås, kommer detta arvode att ligga avsevärt högre än motsvarande arvoden för annan värnpliktig eller fast anställd personal. Särskilt arvode bör vidare utgå för de hälsoundersökningar av personal i undervattentjänst, vilka utföres vid förbanden. Även detta arvode bör grundas på den beräknade genomsnittliga tidsåtgången.

Ett särskilt problem i hälsovårdshänseende erbjuder den fast anställda personal som icke är ständigt tjänstgörande, d. v. s. militär och civilmilitär personal i reserv. Denna personal är, då den fullgör författningsenlig eller frivillig tjänstgöring, tillförsäkrad fri sjukvård. Eftersom den måste bli föremål för hälsoundersökning och i vissa fall skyddsypning och blodgruppering m. m. vid tjänsteläkarmottagningen, bör tjänsteläkararvode utgå även för denna grupp. Arvodet bör härvid beräknas efter visst belopp per person och månad men bör utgå under förutsättning endast att tjänstgöringsperioden överstiger en vecka. Samma ersättningsnorm för hälsovård bör tillämpas på andra icke ständigt tjänstgörande personalgrupper, som är tillförsäkrade fri sjukvård och hänvisas till tjänsteläkarmottagning. Hit hör kvinnlig krigsfrivillig personal, vilken är berättigad till fri sjukvård enligt bestämmelserna i det s. k. frivilligbrevet¹.

Återstående läkarverksamhet inom utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. bör ersättas per veckotimme. I samband med anställningen av läkare bör sålunda det genomsnittliga veckoarbetstidsbehovet för ifrågavarande verksamhet beräknas. Läkaren bör därefter genom avtal bindas för viss genomsnittlig veckoarbetstid inom ifrågavarande verksamhetsfält mot ett efter centrala förhandlingar fastställt arvode per veckotimme och år. Detta arvode bör vara detsamma som det arvode som ligger till grund för att beräkna ersättningen för hälso- och sjukvård av varje värnpliktig. Det ankommer härefter på förbandschefen att tillse att det till följd härav erhållna utrymmet för utbildnings- och krigsförberedelsearbete på lämpligt sätt uttages. I de undantagsfall då avtalsanställd läkare anlitas för jour- eller beredskapstjänst bör särskilt tilläggsarvode utgå för varje dygn som verksamheten omfattar.

Utredningen vill i anslutning till sina här ovan framlagda förslag till beräkning av ersättning för läkarverksamheten vid förbanden med några

¹ Bestämmelser den 17 maj 1963 om frivillig tjänstgöring vid krigsmakten m.m. Bestämmelserna är intagna i Tjänstemeddelanden rörande Lantförsvaret (TLA 1963 nr 35).

exempel belysa de praktiska konsekvenserna av förslagen. I exemplen har utredningen antagit att ersättningen till läkare beräknats enligt ovan angivna normer och har således utgått från en lönenivå av 2 000 kronor per veckotimme och år.

Exempel 1

Till läkarmottagningen vid ett arméregemente i landsorten är i årsgenomsnitt 750 värnpliktiga hänvisade. Till förbandets tjänsteläkarmottagning är 500 fast anställda hänvisade. Förbandet har egen sjukrumsavdelning. Med utredningens i tidigare kapitel anvisade beräkningsmetoder utgör den genomsnittliga veckoarbetstiden, för hälsovården av värnpliktiga (1 veckotimme per 300 värnpliktiga =) 2 timmar 30 minuter, för den öppna sjukvården av värnpliktiga ($5\% \times 750$ värnpliktiga $\times 4$ minuter $\times 6$ dagar =) 15 timmar, för den slutna sjukvården av värnpliktiga ($2,5\% \times 750$ värnpliktiga $\times 0,5$ minuter $\times 6$ dagar =) 1 timme, för hälsovården av fast anställda (1 veckotimme per 200 anställda =) 2 timmar 30 minuter samt för den öppna sjukvården av fast anställda ($2\% \times 500$ anställda $\times 10$ minuter $\times 5$ dagar =) 8 timmar 20 minuter. Sammanlagt kräver sålunda hälso- och sjukvården av värnpliktiga en genomsnittlig veckoarbetstid av 18,5 timmar samt hälso- och sjukvården av fast anställda en genomsnittlig veckoarbetstid av ca 11 timmar. Inom verksamhetsfälten utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. har vid förbandet beräknats åtgå i genomsnitt 6 veckoarbetstimmar. Totala veckoarbetstiden för läkare vid förbandet blir sålunda 35,5 timmar.

Läkarens ersättning för hälso- och sjukvården av värnpliktiga uppgår till 3 kronor 80 öre per värnpliktig och månad, såvitt avser hälsovården och den öppna sjukvården, samt till 20 öre per värnpliktig och månad, såvitt avser den slutna vården, vilket vid förbandet medför en årsinkomst av ($4:- \times 750 \times 12 =$) 36 000 kronor. Då den genomsnittliga veckoarbetstiden beräknats till 18,5 timmar motsvarar denna ersättning nära den i exemplet valda lönenivån 2 000 kronor per veckotimme och år. För hälsovården av fast anställda uppgår tjänsteläkararvodet till ($10:- \times 500 =$) 5 000 kronor per år. Om ersättningen för den öppna sjukvården av fast anställda m. fl. enligt provinsialläkartaxan för landsorten beräknas till i genomsnitt 8 kronor per besök, erhålles med en daglig besöksfrekvens av ($2\% \times 500 =$) 10 besök och 250 arbetsdagar om året en årsinkomst av 20 000 kronor. Hälso- och sjukvården av de fast anställda inbringar sålunda sammanlagt 25 000 kronor om året, vilket vid en lönenivå på 2 000 kronor per veckotimme och år motsvarar ett genomsnittligt veckoarbetstidsuttag av 12,5 timmar. Då veckoarbetstiden för ifrågavarande verksamhet enligt ovan beräknats till ca 11 timmar ligger ersättningen för hälso- och sjukvård av fast anställda något högre än 2 000 kronor per veckotimme. Slutligen utgår för läkarens verksamhet inom utbildning m. m. en årlig ersättning av ($6 \times 2\ 000:- =$) 12 000 kronor.

En vid förbandet avtalsanställd läkare som ombesörjer all läkarverksamhet där, erhåller sålunda en årsinkomst av ($36\ 000:- + 5\ 000:- + 20\ 000:- + 12\ 000:- =$) 73 000 kronor för en veckoarbetstid av 35,5 timmar, vilket belopp något överstiger den i exemplet valda lönenivån, 2 000 kronor per veckotimme och år. Sedan är det en annan sak att det vid ett förband av ifrågavarande storlek torde bli nödvändigt att anställa två läkare. Två alternativ är då möjliga.

Enligt *alternativ I* förutsättes att särskild tjänsteläkare förordnas vid sidan av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Arbetstiden och inkomsten kommer då att fördelas enligt följande.

Läkare	Vecko- timmar	Årersätt- ning	Årersätt- ning/vecko- timme
Läkare som förestår värnpliktmottagning	24,5	48 000	1 930 kr
Tjänsteläkare	11	25 000	2 270 kr

Per veckotimme kommer sålunda med utredningens beräkningsgrunder en viss skillnad att råda mellan ersättningen till tjänsteläkaren och till den läkare som handhar övrig läkarverksamhet vid förbandet. Detta bedömes icke helt gynnsamt ur rekryteringssynpunkt, eftersom tjänsteläkarbefattningen sannolikt rekryteras lättare än den andra läkarbefattningen.

Enligt *alternativ II* förutsättes att två läkare anställs, som båda tillika är tjänsteläkare och sålunda delar på verksamheten vid tjänsteläkarmottagningen. Arbetsuppgifterna och arbetstiden kan då exempelvis fördelas på sätt som framgår av nedanstående tabell.

Läkare	Hälso- och sjukv. av värn- pliktiga	Hälso- och sjukv. av fast anställda	Utb. m.m.	Summa	Årersätt- ning
Förste läkare	6	5,5	6	17,5	36 000 kr
Bitr. läkare	12,5	5,5	—	18	37 000 kr

I detta alternativ uppnås full ekonomisk rättvisa, varjämte mottagningen av värnpliktiga kan genomföras snabbare, vilket är ett militärt önskemål. Alternativet synes därför vara att föredra såväl ur militär synpunkt som ur rekryteringssynpunkt.

Exempel 2

Till läkarmottagningen vid en flygflottilj i landsorten är i genomsnitt 300 värnpliktiga hänvisade för öppen vård. Den slutna vården är centraliserad till närliggande förband. Till förbandets tjänsteläkarmottagning är 400 fast anställda hänvisade. Härtill kommer den flygande personalen. Den genomsnittliga veckoarbets-tiden utgör enligt förut redovisade grunder för hälsovården av värnpliktiga 1 timme, för den öppna sjukvården av värnpliktiga 6 timmar, för hälsovården av fast anställda 2 timmar samt för den öppna sjukvården av fast anställda 6 timmar 40 minuter. Sammanlagt kräver sålunda hälso- och sjukvården av värnpliktiga en genomsnittlig veckoarbetstid av 7 timmar samt hälso- och sjukvården av fast anställda en genomsnittlig veckoarbetstid av 8 timmar 40 minuter. Härtill kommer hälso- och sjukvården av den flygande personalen; tidsåtgången härför har med den av utredningen använda normen beräknats till 4 timmar. Tidsåtgången inom verksamhetsfälten utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. har vid flottiljen beräknats till i genomsnitt 4 veckotimmar. Totala veckoarbets-tiden för läkare vid förbandet blir sålunda 23,5 timmar.

En avtalsanställd läkares ersättning för hälso- och sjukvården av värnpliktiga vid förbandet uppgår — med utgångspunkt i en ersättning av 3 kronor och 80 öre per värnpliktig och månad för hälsovård och öppen sjukvård — till $(3:80 \times 300 \times 12 =)$ 13 700 kronor per år. Då den genomsnittliga veckoarbetstiden beräknats till 7 timmar motsvarar denna ersättning mycket nära en lönenivå av 2 000 kro-

nor per veckotimme och år. För hälsovården av fast anställda uppgår tjänsteläkararvodet till $(10:- \times 400 =)$ 4 000 kronor per år. Ersättningen enligt provinssiällläkartaxan för landsorten, beräknad enligt ett medelvärde av 8 kronor per besök, uppgår till $(2\% \times 400 \times 8:- \times 250 =)$ 16 000 kronor. Hälso- och sjukvården av de fast anställda inbringar sålunda sammanlagt 20 000 kronor, vilket vid en lönenivå på 2 000 kronor per veckotimme och år motsvarar ett genomsnittligt veckoarbetstidsuttag av 10 timmar. Då veckoarbetstiden beräknats till 8 timmar 40 minuter ligger lönenivån för tjänsteläkarverksamheten på samma sätt som i exempel 1 något högre än 2 000 kronor per veckotimme. Arvodet för hälso- och sjukvården av den flygande personalen uppgår till $(4 \times 2\,000:- =)$ 8 000 kronor. Slutligen utgår ersättning för övrig läkarverksamhet vid förbundet med likaledes 8 000 kronor per år.

En vid förbundet avtalsanställd läkare, som ombesörjer all läkarverksamhet där, erhåller sålunda en årsinkomst av $(13\,700:- + 4\,000:- + 16\,000:- + 8\,000:- + 8\,000:- =)$ 49 700 kronor för en veckoarbetstid av 23,5 timmar, vilket belopp något överskrider den i exemplet valda lönenivån, 2 000 kronor per veckotimme och år.

De av utredningen anförda exemplen visar, att här föreslaget ersättnings-system fyller kravet på flexibilitet samtidigt som den i exemplen valda lönenivån uppnås och behovet av arbetstidsreglering i dess nuvarande form onödiggöres. Utredningen vill emellertid betona, att ovanstående beräkningar utgör exempel. De verkliga löneinkomsterna av tjänsteläkarverksamheten kan sålunda komma att undergå fluktuationer beroende på skiftande besöksfrekvens, men arbetstidsuttaget varierar då i motsvarande grad. Årsinkomsten av värnpliktsvården samt av verksamheten inom utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. torde däremot till följd av ersättningssystemets uppbyggnad i huvudsak bli konstant under förutsättning, att värnpliktsstyrkan vid förbundet icke genomgår större förändringar från år till år. Den avtalsanställda läkaren kan härigenom garanteras en viss minimilön för ifrågavarande verksamhet, medan inkomsterna av tjänsteläkarverksamheten i viss mån blir beroende av om läkaren kan förvärva de fast anställdas förtroende; dessa är ju oförhindrade att uppsöka annan läkare, om de är beredda att betala viss del av vårdkostnaderna själva. För tjänsteläkarverksamheten kan sålunda ingen minimilön garanteras, vilket synes vara fullt i sin ordning, eftersom denna verksamhet bör drivas på affärsmässig grund i konkurrens med andra läkare. Systemet är sålunda uppbyggt så, att huvuddelen av den avtalsanställda läkarens inkomster är oberoende av tillfälliga variationer i de värnpliktigas sjuklighet. Det är däremot väl anpassat till de stora variationer i fråga om värnpliktsstyrka och personalstyrka, som råder mellan olika förband. Då ersättningen för hälso- och sjukvården av värnpliktiga beräknas på grundval av antalet värnpliktiga, som hänvisats till förbundet för hälso- och sjukvård, kommer läkarens inkomster att automatiskt differentieras efter förbandets storlek och sålunda stå i proportion till läkarens genomsnittliga dagliga arbetstid.

Genom att arvodet i vad avser de värnpliktiga icke beror på antalet läkarbesök kommer det också att ligga i vederbörande läkares eget intresse att förhindra och avslöja obehörig sjukanmälan samt att hejda onödiga återbesök. Vidare torde genom denna anordning läkares intresse för hälsovårdande åtgärder stimuleras i fördelaktig riktning. Detta är betydelsefullt ur kostnads- och rekryteringssynpunkt.

Utredningen föreslår sammanfattningsvis att ersättningen till de avtalsanställda läkare som enligt utredningens förslag skall omhänderha förbandssjukvården m. m. i princip uppbygges på ett arvode per veckotimme och år. Beträffande ersättningen för sjukvård åt de värnpliktiga användes som mätvärde på prestationen icke antalet läkarbesök utan den värnpliktsstyrka, som är hänvisad till läkarmottagningen respektive till sjukrumsavdelningen. I fråga om hälsovården av de värnpliktiga och tjänsteläkarklientelet användes i princip samma mätvärde, d. v. s. respektive personalstyrka. Ersättning utgår dels för hälso- och sjukvård av de värnpliktiga med visst belopp per värnpliktig och månad, dels för hälsovård av fast anställd personal m. fl. med visst belopp per anställningshavare och år. Beträffande sjukvården åt den fast anställda militära och civilmilitära personalen, de civila tjänstemännen och den kollektivavtalsanställda personalen tillämpas provinsialläkartaxan. Arvodet för hälso- och sjukvård av all flygande personal beräknas per person och år. För verksamheten inom utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. utgår fastställt årsarvode per kontrakterad veckotimme. Till frågan om storleken av det arvode per veckotimme och år som ligger till grund för ersättningssystemet tar utredningen ej ställning men betonar ånyo att en i förhållande till den civila sjukvården konkurrenskraftig lönenivå måste eftersträvas.

10.4. Anställningsvillkor m.m.

För att vinna anställning som förbandsläkare fordras, såsom redovisats i kap. 5. 1, i medicinskt hänseende att vederbörande uppfyller gällande fordringar för behörighet som provinsialläkare. Detta krav innebär, att den som söker förbandsläkarbeställning måste inneha legitimation som läkare och ha fullgjort minst 8 månaders sjukhustjänstgöring som underläkare. Militärt kräves för anställning som förbandsläkare genomgång av viss del av värnpliktstjänstgöringen, nämligen fackutbildningskursen och därutöver mindre del av facktjänstgöringen. Vidare förutsättes att vederbörande äger sådan kroppsbeskaffenhet, som enligt besiktningssystemet erfordras för fast anställning vid krigsmakten. Inom marinen fordras härjämte vitsord om duglighet till sjötjänst. För att bli regementsläkare kräves vidare vid armén 2 års tjänstgöring som bataljonsläkare. Motsvarande krav finnes icke vid marinen och flygvapnet. Som kompetenskrav för vinnande av anställning som regementsläkare vid armén uppställs även, att vederbörande

har genomgått militärläkarkurs. Inom marinen och flygvapnet är genomgången marinläkarkurs respektive flygläkarkurs krav för förbandsläkarbeställning. Härutöver genomgår förbandsläkare f. n. vissa icke obligatoriska specialkurser. Förbandsläkarna har i övrigt med enstaka undantag efter tillträdet av anställningen små möjligheter att sörja för sin medicinska vidareutbildning.

Utredningen har ingående övervägt, vilka medicinska krav som bör ställas på de avtalsanställda läkarna vid förbanden. Utredningen vill då genast slå fast, att med hänsyn till kravet på fullgod sjukvård inom krigsmakten någon sänkning av nuvarande medicinska kompetenskrav för anställning som förbandsläkare icke kan ifrågakomma. Å andra sidan har utredningen funnit, att ur medicinsk synpunkt komplicerade fall alltjämt bör remitteras till sjukhusmottagning, specialist eller lasarettsvård. Utredningen anser sig med hänsyn härtill och till rådande knapphet på läkare icke ha anledning eller möjlighet att påfordra specialistkompetens. De nuvarande medicinska kompetenskraven är emellertid enligt utredningens mening för låga för att läkaren skall ha hunnit förvärva erforderlig erfarenhet. Kravet på fullgjord sjukhusutbildning bör därför höjas från 8 månader till minst 3 år, varav minst 2 år inom kroppssjukvården. Detta krav är enligt utredningens mening ett minimikrav, varifrån dispens icke bör medges annat än i undantagsfall. Detta innebär en icke oväsentlig skärpning av kompetenskraven, icke minst med hänsyn till att sjukvården f. n. i stor utsträckning handhas av unga värnpliktiga läkare, som saknar både legitimation och egentlig sjukhusutbildning som underläkare.

Beträffande härefter de militära kraven på de avtalsanställda läkarna har utredningen i annat sammanhang uttalat, att kvinnliga läkare bör kunna anställas i syfte att bredda rekryteringen. Härav följer att det nuvarande kravet på genomgång av viss del av värnpliktsutbildningen samt kraven på kroppsbeskaffenhet m. m. måste slopas som kompetensvillkor. Genom det sätt på vilket utredningen begränsat läkarens arbetsuppgifter vållar emellertid ett eftergivande av dessa krav icke särskilda betänkligheter. Såsom utredningen uttalat i samband med att frågan om läkarens civilmilitära ställning diskuterades kommer den avtalsanställda läkarens arbete i fred utanför läkarmottagningen att bli begränsat. Medverkan i utbildningsarbetet torde huvudsakligen kunna ske i föreläsningsform. Fältarbetet inom hälso- och sjukvården kommer enligt förslaget till allt övervägande del att läggas på annan fast anställd personal och i övrigt att fullgöras av värnpliktiga läkare. Verksamheten ombord på flottans fartyg avses skola ombesörjas av andra läkarkategorier. Det får emellertid icke bortses från att värnpliktsutbildningen ger kännedom om verksamheten inom krigsmakten och om de krav som ur fysisk och psykisk synpunkt ställas på den enskilde under olika former av utbildning och övningar. Kännedom om dessa krav är givetvis av stort värde för den läkare som skall handha de värnpliktigas

och befälets sjukvård. Även om värnpliktsutbildning icke kräves som kompetensvillkor för anställning som läkare vid förband bör därför genomgång av fackutbildningskurs och viss del av facktjänstgöringen betraktas som en betydelsefull merit. Av samma skäl bör reserv- eller arvodesanställning som militärläkare anses ha stort meritvärde.

Med hänsyn bl. a. till att även icke värnpliktiga läkare kan komma att avtalsanställas vid förbanden måste en kompletterande utbildning ges åt läkare efter anställningen. Verksamheten inom öppen och slutna vård kräver nämligen, såsom ovan antytts, att läkaren har kännedom om den miljö, vari den värnpliktige och fast anställde arbetar. En viss medicinsk kompletteringsutbildning erfordras vidare för läkarens verksamhet inom hälsovården. För läkarens verksamhet inom utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. erfordras även vissa militära och militärmedicinska kunskaper. Utredningen anser därför, att varje avtalsanställd läkare bör vara skyldig att snarast efter anställningen genomgå en särskild kurs. Dispens från denna kurs bör ges endast åt avtalsanställd läkare, som nyligen genomgått värnpliktsutbildning minst t. o. m. fackutbildningskurs eller läkarfackskola och tillika styrker sig på annat sätt ha förvärvat de kunskaper som kursen har till mål att ge. Under tid då läkare vid förband genomgår kursen bör han beredas full ekonomisk gottgörelse för inkomstbortfall. Utredningen bedömer, att kursen behöver ha en längd av ca 6 veckor. Den bör t. v. anordnas av försvarets sjukvårdsstyrelse i samarbete med statens institut för folkhälsan. Det framstår som sannolikt, att kursen behöver anordnas årligen eller i vart fall minst en gång vartannat år. I direkt anslutning till kursen bör utbildning i naval- och flygmedicin anordnas för avtalsanställda läkare vid marinens respektive flygvapnets förband. Utredningen framlägger icke några timplaner för kursen men vill peka på att statens institut för folkhälsan sedan några år tillbaka anordnar treveckorskurser för industriläkare. Vidare anordnar svenska arbetsgivareföreningen regelbundet återkommande seminarier för dessa läkare. Här har sådana ämnen behandlats som bullerskadeprefylax, frånvarobedömning, hälsobedömning m. m. Då utredningens förslag till anställningssystem innebär, att läkarverksamheten vid förbanden kommer att närma sig industriläkarverksamheten skulle det vara till fördel om de avtalsanställda läkarna vid förbanden i viss utsträckning kunde rekryteras ur industriläkarnas krets. Det är tänkbart att verksamheten som läkare vid förband kan kombineras med verksamheten som industriläkare. Detta talar för att den nu ifrågakommande kursen för läkare vid förband bör kunna samordnas med kursverksamheten för industriläkare. Denna fråga bör närmare utredas av försvarets sjukvårdsstyrelse i samråd med statens institut för folkhälsan.

Det är i detta sammanhang angeläget att betona vikten av att de avtalsanställda läkarna vid förbanden beredes bättre möjligheter till medicinsk

fortbildning än den som ges de nuvarande förbandsläkarna. Denna vidareutbildning bör anknytas till den fortbildning för provinsialläkare och allmänpraktiker som f. n. håller på att växa fram. De avtalsanställda läkarna bör med regelbundna mellanrum vara skyldiga att genomgå vissa av de för ifrågavarande läkare anordnade repetitions- och vidareutbildningskurserna och härunder erhålla kompensation för mistade inkomster. Det bör ankomma på försvarets sjukvårdsstyrelse att övervaka att läkarna beredes erforderlig tjänstledighet för att genomgå sådana kurser.

Ledigbliven plats som läkare vid förband bör utannonseras av vederbörande förbandschef. Ansökningarna bör ställas till försvarets sjukvårdsstyrelse och insändas tjänstevägen. Sjukvårdsstyrelsen har härefter att på grundval av sökandes meriter och avgivna yttranden föra förhandlingar med de sökande. Sedan förhandlingarna slutförts, bör styrelsen efter samråd med vederbörande försvarsgrenschef bemyndiga förbandschefen att teckna avtal med viss sökande i enlighet med vid förhandlingarna överenskomna villkor. Avtalet bör löpa på minst 3 år med 6 månaders uppsägningstid och automatiskt förlängas med ett år i taget, om uppsägning icke äger rum. Avtalet bör kompletteras med särskild instruktion, som närmare reglerar läkarens arbetsuppgifter, förekommande skyldighet att vara förbandschefens medicinske rådgivare m. m.

Slutligen vill utredningen i detta sammanhang ta upp frågan om vikarie för avtalsanställd läkare vid semester, tjänstledighet, sjukdom, oförutsedd avgång eller annat förfall. Vikariatsbehovet för de nuvarande förbandsläkarna har tillgodosetts dels genom att annan förbandsläkare inom samma garnisonsort under kortare tid beordrats som vikarie, dels genom att icke ständigt tjänstgörande militärläkare inbeordrats till tjänstgöring, dels genom att värnpliktig läkare inkallats till fullgörande av facktjänstgöring, dels ock genom att avtal tecknats med civil läkare i orten. Genom utredningens förslag är det uteslutet att beordra avtalsanställd läkare att tjänstgöra som vikarie vid annat förband. Tjänstgöring utanför den ort där förbandet är förlagt torde icke vara aktuell annat än i undantagsfall. Att ett frivilligt åtagande kan ifrågakomma är självklart. Vid en-läkarförband bör emellertid i första hand anlitas möjligheten att teckna avtal med kompetent civil läkare på orten. Läkare vid förband bör själv medverka till att anskaffa sådan vikarie. Vikarien bör i princip ha samma löneförmåner som den ordinarie avtalsanställda läkaren. Värnpliktig läkare bör enligt utredningens mening om möjligt icke anlitas som vikarie vid en-läkarförband, ej heller icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Behov av vikarie vid två-läkarförband bör också i första hand tillgodoses genom att kompetent civil läkare anlitas; vid kortare vikariat bör emellertid även värnpliktig läkare kunna ifrågakomma, eftersom den kvarvarande avtalsanställda läkaren kan ge den värnpliktige läkaren erforderlig handledning.

10.5. Övergångsanordningar

Såsom utredningen i ett tidigare avsnitt i detta kapitel visat förutsätter dess personalförslag att arbetsuppgifter, som f. n. ankommer på förbandsläkare, i icke obetydlig utsträckning överföres på annan personal. Ständigt tjänstgörande militärläkare och annan medicinalpersonal tjänstgörande i högre regional stab föreslås sålunda överta vissa av förbandsläkarnas uppgifter. Vidare räknar utredningen med att ständigt tjänstgörande militärläkare skall finnas vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs, och att dessa i viss utsträckning skall ställas till annan förbandschefes förfogande för att medverka i utbildningsarbetet. I detta avses vidare i ökad utsträckning delta sjukvårdsinstruktörer. Andra uppgifter överföres dels på icke medicinskt skolad personal — intendenten och kassachefer — dels på läkarens hjälppersonal, främst översköterskor. Utredningens förslag berör varken de regionala staberna eller organisationen vid de förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning framdeles bör bedrivas. Ej heller tar utredningen upp frågan om sjukvårdsinstruktörernas utbildning m. m. Till dessa spörsmål avser utredningen återkomma i ett följande betänkande. Utredningen har tidigare framhållit den synnerliga vikt som måste fästas vid att de läkaruppgifter vilka pålagts ständigt tjänstgörande militärläkare i regionala staber och vid de förband där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs icke blir eftersatta. Intill dess de högre regionala stabernas resurser förstärkts, organisationen för den kvalificerade sjukvårdsutbildningen förbättrats och instruktörkadrarnas kompetens m. m. höjts, uppstår sålunda vissa övergångsproblem, som kan påverka den takt i vilken utredningens förslag kan genomföras.

Utredningens majoritet anser till en början att dess förslag rörande förbandssjukvården m. m. i huvudsak kan genomföras trots att förslag icke framlagts rörande militärläkarbehovet på regional nivå; beträffande ledamoten Troells mening hänvisas till särskilt yttrande. Utredningens ställningstagande sammanhänger med att den funnit, att de arbetsuppgifter som f. n. ankommer på förbandsläkare och som utredningen föreslagit skola överföras på personal placerad i högre regionala staber av olika skäl i vissa fall icke alls eller i övrigt i endast begränsad utsträckning utföres av många förbandsläkare. Detta gäller såväl hälsovårdsarbetet på fältet som inskrivningsverksamheten. Förbandsläkarnas insatser i fråga om utbildning och krigsförberedelsearbete har vidare med vissa undantag varit begränsade, och deras medverkan i förvaltningsverksamheten har i regel varit av formell natur. Med hänsyn härtill synes utredningens förslag kunna genomföras vid flertalet förband utan att ifrågavarande verksamhetsområden blir lidande i förhållande till nuläget under den tid som förflyter, intill dess de högre regionala staberna fått sådana personella resurser att ansvarsfördelningen mellan lokal och regional instans kan ordnas på sätt utredningen föreslagit; detta gäller i vart fall armén. Inom marinen förekommer emellertid i viss

utsträckning en blandning av stabsläkarfunktioner i lägre regionala staber och förbandsläkarfunktioner. Utredningen har funnit att detta är ofördelaktigt för såväl stabstjänsten som förbandssjukvården. Erfarenheterna visar nämligen att båda uppgifterna icke medhinnas vid sidan av varandra, i vart fall icke vid deltidstjänstgöring. De bör därför såvitt möjligt framdeles åtskiljas. Eftersom behovet av läkarmedverkan på den regionala nivån ännu icke utretts, blir det emellertid nödvändigt att t. v. iaktta återhållsamhet med att införa utredningens förslag vid marinen. Förslagen bör därför genomföras endast beträffande sådana förbandsläkarbefattningar, som icke är förenade med stabsläkaruppgifter i regional stab. Eftersom förvaltningsgrenschefsansvaret vid marinkommandostaber och kustartilleriförsvar åvilar stabsläkare, som i varje fall t. v. bör behållas i organisationen, finnes ej heller anledning att, innan behovet av läkarmedverkan klarlagts i militärområdesstaber, försvarsområdesstaber och örlogsbasstaber, överflytta förvaltningsgrenschefsansvaret vid marinkommandostaber och kustartilleriförsvarsstaber från militärläkare till annan personal. Inom flygvapnet är krigsförberedelsearbetet i hög grad decentraliserat till flygförbanden, beroende på att ständigt tjänstgörande militärläkare saknas i eskaderstaberna. Intill dess av försvarsledningsutredningen föreslagen omorganisation av de högre regionala staberna genomförts och dessa försetts med erforderliga personella resurser på läkarsidan, synes det därför nödvändigt att övergångsvis vid ett mindre antal förband behålla aktiva flygläkare, som tillika fullgör krigsförberedelsearbete i eskaderstaberna. Dessa läkare kan om så av praktiska skäl befinnes önskvärt övergångsvis behålla även sitt förvaltningsgrenschefsansvar.

Det förhållandet att förslag om utformandet av organisationen för den kvalificerade sjukvårdsutbildningen ännu icke föreligger kan beträffande vissa förband ge anledning till återhållsamhet med genomförandet av utredningens förslag. Såsom ovan sagts räknar utredningen med att ständigt tjänstgörande militärläkare skall finnas vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs. Vid de förband, där sådan utbildning bedömes sannolik, bör vissa av förbandsläkarbeställningarna behållas. Det är i så fall naturligt, att dessa förbandsläkare t. v. behåller sitt förvaltningsgrenschefsansvar och i övrigt främst utnyttjas för utbildningsuppgifter och förekommande krigsförberedelsearbete.

Vad beträffar den överföring av uppgifter, som föreslagits skola äga rum till intendent, kassachefer, expeditionsföreståndare, översköterskor och instruktörer, är en viktig förutsättning att berörda personalgrupper bibringas kompletterande utbildning. För intendent, kassachefer och expeditionsföreståndare bedömes denna utbildning bli av begränsad omfattning. Kortare kurser synes emellertid efter hand få anordnas av försvarets sjukvårdsstyrelse. Omskolningen av översköterskor och instruktörer blir däremot relativt tidsödande och kan genomföras först på lång sikt, främst i samband

med att personalkadrarna förnyas. Med hänsyn härtill bedömer utredningen, att överföringen av förvaltningsgrenschefsansvaret till intendentur och kas-sachefer kan genomföras utan mera omfattande förberedelser, speciellt som utbildade uppborrdsmän och erfarna expeditionsföreståndare finnes vid flertalet förband. Delegeringen av medicinska arbetsuppgifter på översköterskorna kan däremot genomföras först efter hand, vilket främst medför att översköterskornas möjligheter att delta i fältarbete på hälsovårdens område under en övergångsperiod begränsas. Instruktörer med tillräcklig medicinsk kompetens torde vidare under avsevärd tid komma att saknas vid många förband. De angivna förhållandena synes emellertid icke böra försena genomförandet av utredningens förslag, eftersom, såsom förut framhållits, försämringar ej ens övergångsvis torde uppstå i förhållande till nuläget.

Övergången till det av utredningen föreslagna anställningssystemet måste emellertid helt naturligt ske successivt. De nuvarande förbandsläkarna bör beredas tillfälle att välja, om de vill kvarstå på oförändrade villkor eller övergå till det nya systemet. Frågan om pensionsförmåner till förbandsläkare, som övergår till avtalsanställning, får lösas genom särskilda förhandlingar. Genomförandet av det nya systemet underlättas emellertid av den förhållandevis höga medelåldern bland förbandsläkarna och för arméns vidkommande jämväl av det stora antalet vakanser i bataljonsläkarbeställningarna. Utredningen har funnit, att medelåldern bland förbandsläkarna uppgår till omkring 50 år. Inom armén avgår fram till år 1970 icke mindre än 20 förbandsläkare med ålderspension. Vid marinen har vid samma tidpunkt 6 och vid flygvapnet 9 av förbandsläkarna uppnått pensionsåldern. Utredningen anser vidare, att det nya systemet bör kunna genomföras relativt snabbt av det skälet, att de ekonomiska fördelarna med utredningens förslag och de ändrade tjänstgöringsförhållandena torde göra det lockande för förbandsläkarna att övergå.

Under en övergångsperiod kommer emellertid de bägge systemen att fungera vid sidan av varandra, vilket innebär vissa nackdelar. Dessa blir minst framträdande vid de förband, där f. n. endast en militärläkarbeställning finnes och där utredningen ej heller förutser behov av mer än en läkare. Hit hör främst flertalet flygflotiljer samt vissa arméförband såsom K 1 (Stockholm), Lv 5 (Sundsvall), Ing 3 (Boden), arméns jägarskola och krigsskolan. Vid dessa förband kommer antingen det gamla systemet att övergångsvis finnas kvar eller också kommer det nya systemet att tillämpas direkt. Men vid de förband, där mer än en militärläkarbeställning finnes eller där mer än en läkare framdeles kommer att erfordras, kan lätt inträffa att en förbandsläkare kommer att tjänstgöra vid sidan av en avtalsanställd läkare. Gränsdragningen mellan de båda läkarnas arbetsuppgifter kan vålla svårigheter, vilka accentueras, om förbandsläkaren innehar bataljonsläkarbeställning (motsvarande beställning), medan den avtalsanställda läkaren ersätter regementsläkaren (motsvarande läkare). Läkaren på aktiv stat bör

i sådana fall utnyttjas inom ramen för gällande veckoarbetstid, 24 timmar, men det är enligt utredningens mening icke möjligt att generellt ange vilka uppgifter, som bör falla på honom respektive på den arvodesanställda läkaren. Naturligast synes emellertid vara, att läkaren på aktiv stat i första hand fullgör uppgifter i fråga om utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning m. m. samt att han i övrigt medverkar inom den öppna vården, främst som tjänsteläkare. Annan ansvarsfördelning kan emellertid förekomma beroende på vederbörande läkares håg och fallenhet. Det bör ankomma på försvarets sjukvårdsstyrelse att i samråd med vederbörande försvarsgrenschef i varje enskilt fall reglera gränsdragningen mellan de båda läkarnas arbetsområden. Detta bör ske i samband med att anställningsavtalet upprättas. Det är av vikt att gränsdragningen göres sådan, att användning av värnpliktiga läkare och icke ständigt tjänstgörande militärläkare inom förbandsjukvården begränsas till vad som erfordras med hänsyn till deras utbildning för krigsuppgiften. Ur denna synpunkt torde det vara nödvändigt att vidtaga ytterligare åtgärder för att stimulera övergången från det gamla till det nya systemet. En sådan åtgärd, vilken utredningen rekommenderar, är att förbandsläkare som övergår till det nya systemet — här förutsättes att de avtalsanställda läkarna får civil status — medgives rätt att behålla sin civilmilitära ställning.

Mot denna bakgrund har utredningen övervägt i vilken utsträckning det av utredningen föreslagna systemet kan införas vid förbanden. Utredningen anser lämpligt att i detta sammanhang redovisa sina synpunkter i detalj. Beträffande ledamoten Troells uppfattning i denna del hänvisas till särskilt yttrande.

Inom *armén* erbjuder till en början förhållandena i Boden särskilda problem med hänsyn till det stora antal förband, som förlagts till staden, och rådande läkarbrist i Övre Norrland. Såsom framgår av kap. 5. 1 har förbandssjukvårdens behov i Boden tillgodosetts genom avtal med Norrbottens läns landsting. Enligt detta avtal skall de på fältläkarkårens stat upptagna förbandsläkare som är stationerade i Boden (sammanlagt 6) tillika tjänstgöra som underläkare vid centrallasarettet i Boden. De åtnjuter härför av landstinget ett tilläggsarvode motsvarande 50 % av militärläkarlönen. Vidare skall högst 6 av sjukhusets övriga underläkare vara skyldiga att som extra bataljonsläkare biträda i förbandssjukvården inom garnisonen och äger härför av statsverket uppbära ett arvode motsvarande 50 % av bataljonsläkarlönen i lägsta löneklass. Tjänsteläkarverksamheten har till stor del koncentrerats till en person, stabsläkaren vid VI. militärbefälsstabben. Alla dessa åtgärder har vidtagits för att underlätta rekryteringen av läkare. Till följd av arbetsbelastningen vid sjukhuset har emellertid utbytet av ifrågakvarande avtal icke varit helt tillfredsställande. Förbands-

sjukvården inom Bodens garnison bestrides sålunda i nuläget till betydande del av värnpliktiga läkare. Utredningen har därför övervägt att föreslå en avveckling av samarbetet. Emellertid har utredningen funnit att med hänsyn till de speciella förhållandena så icke bör ske; förbandssjukvården i Boden bör alltjämt grundas på ett avtal med landstinget, så att vid central-lasarettet tjänstgörande läkare kan utnyttjas. Gällande avtal bör emellertid revideras och anpassas till det av utredningen föreslagna systemet. Möjlighet bör sålunda öppnas för erforderligt antal över- och underläkare att utan hinder av lasarettstjänstgöringen avtalsanställas vid förbanden inom Bodens garnison. Avtalsanställd läkare bör, förutom sin lön som överrespektive underläkare, åtnjuta samma löneförmåner som andra avtalsanställda läkare. Den dagliga tjänstgöringstiden inom förbandssjukvården torde med hänsyn till sjukhustjänstgöringen icke böra överstiga 2—3 timmar. Antalet erforderliga läkare blir därför relativt stort, men eftersom kostnaderna i princip är oberoende av antalet läkare, som tjänstgör inom förbandssjukvården, saknar detta betydelse ur ekonomisk synpunkt. Krigsmakten bör å sin sida gentemot landstinget förbinda sig att rekrytera ifrågavarande läkare bland sjukhusets över- och underläkare. Får avtalsanställd läkare behålla oavkortad lön från landstinget bör den föreslagna anordningen verka starkt rekryteringsfrämjande för lasarettet. Ett fortsatt samarbete bör därför vara till gagn även för landstinget. Under förutsättning att avtal enligt antydda riktlinjer kan komma till stånd mellan kronan och landstinget bör samtliga förbandsläkarbeställningar i Boden kunna indras. Lämpligt synes även vara att tjänsteläkarverksamheten inom Bodens garnison ingår i det angivna samarbetet mellan kronan och landstinget; det är önskvärt att fältläkaren i VI. militärbefälsstaben i sin militära verksamhet beredes tillfälle att koncentrera sig på sina stabsfunktioner.

Samma förhållande som i Boden kan till viss del sägas råda vid A 7 (Visby), där förbandsläkarfunktionen delvis fullgöres av den fältläkare som är stabsläkare vid VII. militärbefälsstaben. Utredningen föreslår att läkare avtalsanställes vid A 7, dit även personalen vid Lv 2 är hänvisad, och att fältläkaren i samband härmed befrias från sina arbetsuppgifter inom förbandssjukvården.

Såsom framgår av kap. 9. 1 förutsätter utredningen att inom armén den kvalificerade sjukvårdsutbildningen koncentreras till ett fåtal förband, främst trängregementena samt ett mindre antal infanteri- eller pansarregementen. Utredningen anser, att regementsläkarbeställningarna vid trängregementena i anledning härav t. v. icke bör indras men att det förhållandet, att förslag icke framlagts rörande den kvalificerade sjukvårdsutbildningen, i övrigt icke bör hindra övergång till det nya systemet. Detta innebär bl. a. att avtalsanställda läkare bör ersätta bataljonsläkarna vid de 4 trängregementena; av beställningarna är 3 f. n. (1 januari 1964) vakanta. Arbetsfördelningen mellan de nuvarande regementsläkarna vid trängregementena och

de avtalsanställda läkarna bör göras på ett sådant sätt, att regementsläkarna i ökad utsträckning kan utnyttjas i sjukvårdsutbildningen. Regementsläkarna vid dessa regementen bör därför icke vidare förestå läkarmottagning för värnpliktiga. De bör emellertid, såsom nyss framhållits, fortfarande vara förvaltningsgrenschefer samt även utnyttjas för krigsförberedelsearbete.

Av det anförda framgår att enligt utredningens uppfattning läkarverksamheten vid så gott som samtliga arméförband kan övertas av avtalsanställda läkare, i förekommande fall dock först sedan nuvarande innehavare av förbandsläkarbeställning avgått eller förklarat sig villig att övergå till det av utredningen föreslagna systemet. Endast regementsläkarbeställningarna vid trängregementena bör undantas. Därvid förutsätter utredningen att den undervisningsskyldighet vid krigsskolan och arméns underofficersskola, som f. n. åvilar vederbörande bataljonsläkare, övertas av avtalsanställda läkare. Detta innebär att 34 beställningar för regementsläkare, varav 4 är vakanta, och 46 beställningar för bataljonsläkare, varav 22 är vakanta, successivt kan indras.

Inom *marinen* försvåras, såsom redan angivits, en övergång till det av utredningen föreslagna systemet av det förhållandet att förbandsläkarfunktioner i ett flertal fall fullgöres av militärläkare med placering i stab. Beställningarna för förste marinläkare måste därför åtminstone t. v. behållas i organisationen. De förbandsläkare som icke är stabsläkare bör dock utan vidare kunna beredas tillfälle att övergå till det nya systemet. Sker sådan övergång kan 9 beställningar för marinläkare av 1. graden indras, nämligen en beställning i Ao 21 vid marinkommando Ost med Stockholms örlogsvarv, två beställningar varav en i Ao 23 och en i Ao 21 vid marinkommando Syd med Karlskrona örlogsskolor, en beställning i Ao 21 vid KA 1 (Vaxholm), en beställning i Ao 21 (f. n. vakant) vid KA 2 (Karlskrona), en beställning i Ao 21 vid KA 4 (Göteborg), två beställningar varav en i Ao 23 och en i Ao 21 vid Berga örlogsskolor, och en beställning i Ao 21 vid sjökrigsskolan. Därvid förutsätter utredningen på samma sätt som i fråga om krigsskolan och arméns underofficersskola, att den undervisningsskyldighet vid Berga örlogsskolor respektive sjökrigsskolan, som f. n. ankommer på läkare på aktiv stat övertas av avtalsanställd läkare.

Den marinläkare av 1. graden i Ao 23, som är förbandsläkare vid KA 3 (Fårösund), är tillika stabsläkare vid Gotlands kustartilleriförsvär. I avvaktan på att utredningen tar ställning till hur behovet av stabsläkare skall tillgodoses i det föreslagna Gotlands militärkommando (prop. 1964:109), bör denne stabsläkare kvarstå i organisationen och behålla sina förbandsläkaruppgifter.

Stabsläkaren vid marinkommando Väst — marinläkare av 1. graden i Ao 23, som är förbandsläkare vid marinkommandot med Göteborgs örlogsvarv — och den marinläkare av 1. graden i Ao 23, som är stabsläkare vid

fo 32/31 med Göteborgs kustartilleriförsvaret men omhänderhar del av tjänsteläkarverksamheten vid KA 4 (Göteborg), bör bibehållas i avvaktan på utredningens förslag rörande tillgodoseendet av behovet av läkarmedverkan på regional nivå. Det synes vidare utredningen lämpligt att militärläkarna i marinkommandot och kustartilleriförsvaret t. v. övertar undervisningskyldigheten för läkare vid marinens sjukvårdsskola. Denna undervisningskyldighet fullgöres f. n. av icke ständigt tjänstgörande militärläkare, vilket icke är väl förenligt med utredningens principiella ställningstaganden. Slutligen bör den stabsläkarbeställning för marinläkare av 1. graden i Ao 23 vid marinkommando Nord med Norrlands kustartilleriförsvaret, vars innehavare är förbandsläkare vid KA 5 (Härnösand), t. v. behållas i organisationen.

Sammanfattningsvis innebär utredningens förslag att de marinläkare av 1. graden i Ao 23, som är stabsläkare vid Gotlands kustartilleriförsvaret, vid marinkommando Väst med Göteborgs örlogsvarv, vid fo 32/31 med Göteborgs kustartilleriförsvaret samt vid marinkommando Nord med Norrlands kustartilleriförsvaret, t. v. bör kvarstå i organisationen samt behålla sina uppgifter inom förbandssjukvården och sitt förvaltningsgrenschefsansvar vid sidan av sina stabsuppgifter. I övrigt bedömes samtliga beställningar för marinläkare av 1. graden kunna indras så snart nuvarande innehavare av beställningarna avgått eller förklarat sig villiga övergå till det nya systemet. När så sker kan, såsom ovan angivits, 2 beställningar för marinläkare av 1. graden i Ao 23 och 7 beställningar för marinläkare av 1. graden i Ao 21, varav en är vakant, utgå ur organisationen.

Beträffande slutligen *flygvapnet* måste i avvaktan på genomförandet av den nya regionala ledningsorganisationen såsom nämnts flygläkare behållas vid ett mindre antal förband. Utredningen har funnit, att beställningarna för förste flygläkare vid F 16/20 (Uppsala), F 21 (Kallax) och krigsflygskolan samt beställningen för flygläkare av 1. graden vid F 9 (Säve) t. v. bör kvarstå i organisationen och att ifrågavarande beställningshavare — förutom att tjänstgöra som eskaderläkare — bör medverka i utbildningen och inom förbandssjukvården. De bör även behålla sitt förvaltningsgrenschefsansvar. Beställningen vid F 9 bör övergångsvis omvandlas till beställning för förste flygläkare. I övrigt bör övergång inom flygvapnet ske till det av utredningen föreslagna systemet så snart nuvarande beställningshavare avgått eller förklarat sig villiga övergå till det nya systemet. Detta innebär att 17 beställningar för flygläkare av 1. graden successivt kan indras.

Förslag rörande hjälppersonal

11.1. *Sjuksköterskepersonal*

Såsom tidigare anförts har de av utredningen i kap. 7—9 redovisade undersökningarna bl. a. haft till syfte att utreda möjligheterna att avlasta läkarna vid förbanden genom att överföra arbetsuppgifter till annan personal. De förslag utredningen framlagt innebär att sjuksköterskepersonalens arbetsområde utvidgats. Det föreslås sålunda att den hygieniska övervakningen på fasta arbetsplatser och i permanenta förläggningar skall anförtros åt översköterska under överinseende av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Vissa uppgifter i samband med hälsoundersökningar m. m. bör vidare under läkares överinseende delegeras till översköterska. Såvitt avser den öppna sjukvården har utredningen uttryckt önskemålet att arbetsuppgifter, som är mindre krävande ur medicinsk synpunkt, i största möjliga utsträckning överföres på hjälppersonalen. Härmed avses i första hand delegering till översköterska. Hon bör sålunda inom ramen för sin kompetens under läkares överinseende utföra erforderligt medicinskt för- och efterarbete vid läkarmottagning samt kliniska laboratorieundersökningar. Hon bör vidare, såsom redan sker, med biträde av annan hjälppersonal självständigt omhändera de s. k. behandlingsfallen. Översköterska bör också kunna ombesörja en stor del av den enklare olycksfallsvården. Hon bör därför ha sådan utbildning, att hon kan ta hand om olycksfall i samma utsträckning som distriktssköterska. Remittering till civilt lasarett bör också i viss utsträckning kunna ombesörjas av översköterska. Den slutna sjukvården föreslås liksom hittills under läkares överinseende i allt väsentligt skola handhas av sjuksköterskepersonalen. Utredningen förutsätter även, att denna medverkar i den hälso- och sjukvårdsutbildning som meddelas alla värnpliktiga samt i den befattningsutbildning av sjukvårdare som icke är centraliserad. Däremot är det enligt utredningens mening icke nödvändigt att översköterska medverkar i jourtjänsten annat än då det medicinska tillståndet hos de på sjukrummen intagna så påfordrar, t. ex. i samband med epidemier. Utredningens ställningstagande till frågan om jourtjänsten innebär att veckoledigheten för översköterskornas del normalt kan anslutas till veckosluten, vilket bedömes betydelsefullt ur rekryteringssynpunkt. Det innebär vidare att behov att anställa särskilda ambulerande sjuksköterskor för att bereda personalen veckoledighet normalt bortfaller.

Behovet av sjuksköterskemedverkan inom hälsovården och den öppna sjukvården kan enligt utredningens mening på grundval av erfarenheter från industrisjukvården och den polikliniska vården ställas i direkt relation till behovet av läkarmedverkan på så sätt, att varje läkartimme bör motsvaras av 2 sjukskötersketimmar. Inom hälsovården räknar utredningen alltså med att 2 veckotimmar åtgår per en rekrytstyrka av 300 värnpliktiga och lika många timmar per 200 anställningshavare. Behovet av sjuksköterskemedverkan i fråga om hälso- och sjukvård av flygande personal bör beräknas enligt särskild norm (jfr sid 134, not 1). Inom den slutna vården kan behovet av sjuksköterskemedverkan överslagsmässigt grundas på det förhållandet, att översköterska bör företa tre ronder om dagen; härför erfordras i medeltal 6 minuter per vårdplats och dag. Sistnämnda tid inkluderar tidsåtgången för den behandling och kurativa verksamhet som bör åvila översköterskan. Vid en sjukrumsavdelning med 20 vårdplatser skulle med denna beräkningsnorm erfordras 12 sjukskötersketimmar i veckan. För utbildning kan behovet av sjuksköterskemedverkan på samma sätt som i fråga om hälsovården och den öppna sjukvården ställas i relation till antalet läkartimmar; även på detta område bör sålunda varje läkartimme motsvaras av 2 sjukskötersketimmar. Utredningen bortser i detta sammanhang från det behov av särskilda instruktionssköterskor, vilket torde komma att föreligga vid de förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs. Det är slutligen avsett att översköterskorna skall bibehållas vid sina nuvarande arbetsledande uppgifter. Då arbetsledningen väsentligen hänförs till sjukrumsvården, kan för beräkning av tidsåtgången lämpligen antalet vårdplatser på sjukrumsavdelningen läggas till grund. Utredningen anser att för arbetsledande uppgifter en veckotimme erfordras per 20 vårdplatser.

Med angivna utgångspunkter har utredningen i *bilaga 10* beräknat det antal veckoarbetstimmar för översköterskor som genomsnittligt erfordras vid varje förband. En sammanställning är intagen i nedanstående tabell, som visar variationsbredden för de olika funktionerna vid det stora flertalet förband.

Genomsnittligt veckobehov av överskötersketimmar vid förbanden

<i>Verksamhetsfält</i>	<i>Veckotimmar</i>
Hälsovård för värnpliktiga	2— 8
Hälsovård för fast anställda	2— 8
Öppen sjukvård för värnpliktiga	6—48
Öppen sjukvård för fast anställda m. fl.	6—30
Sluten sjukvård	0—36
Utbildning	2— 6
Arbetsledande uppgifter	1— 3
Hälso- och sjukvård för flygande personal	3— 9

Minimibehovet av överskötersketimmar uppgår med dessa beräkningsgrunder vid det stora flertalet förband till i genomsnitt 20 timmar i veckan, maximibehovet till i genomsnitt 150 timmar i veckan. Vid vissa förband över- eller underskrides dessa siffror. Liksom i fråga om antalet läkartimmar föreligger sålunda stora variationer mellan olika förband. Utredningen har i *bilaga 10* jämväl redovisat behovet av översköterskor inom förbandssjukvården. Därvid har utredningen utgått från en veckoarbetstid för heltidsanställd översköterska av 45 timmar. Även vid förband, där veckoarbetstiden understiger 45 timmar, anser utredningen att heltidsanställd översköterska i regel bör finnas. Detta motiverar utredningen med kravet på att översköterska skall finnas tillgänglig för att ta emot behandlings- och olycksfall. Undantag har gjorts för några utbildningsanstalter, där behovet av sjuksköterskemedverkan bedömes vara ringa. Av bilagan framgår att behovet av heltidsanställda översköterskor vid flertalet förband varierar mellan 1—2. I vissa undantagsfall erfordras 3 heltidsanställda översköterskor. Deltidsanställning av översköterskor blir icke sällan aktuell. Med utredningens beräkningsmetoder erfordras 136 heltidstjänster för översköterska mot f. n. 119 tjänster för översköterska och 9 för ambuleraande sjuksköterska (jfr kap. 5. 3). Av dessa 136 tjänster faller 94,5 på armén, 18,5 på marinen och 23 på flygvapnet. Utredningen föreslår därför att 8 nya tjänster inrättas för översköterska. Såsom förut sagts bortfaller normalt behovet av ambuleraande sjuksköterskor. Befintliga 9 tjänster, av vilka f. n. endast en är besatt, föreslås därför utbytas mot tjänster för översköterska i Ae 13. Samtliga 136 tjänster bör av försvarets sjukvårdsstyrelse på lämpligt sätt fördelas på förband. För att möta sjukdomstoppar bör, såsom utredningen uttalat i annat sammanhang, temporära åtgärder tillgripas. Exempelvis bör i sådana fall timavlönad personal anställas eller personal ur försvarets reservsjuksköterskekår anlitas. För att möta oförutsedda anspråk bör ett lämpligt antal sjuksköterskemånader årligen tilldelas sjukvårdsstyrelsen för att vid uppkommande behov fördelas på förbanden.

För att vinna anställning som översköterska inom krigsmakten fordras endast legitimation som sjuksköterska. För sådan legitimation kräves examen från sjuksköterskeskola men icke sjukhustjänstgöring efter skolan. All vidareutbildning av översköterskor sker på frivillighetens väg och har hittills endast förekommit i begränsad utsträckning. Utredningen har övervägt, om anledning finnes att ändra kompetenskraven för anställning som översköterska. Den har därvid funnit att krav på 2 års sjukhustjänstgöring inom kroppssjukvården, varav minst ett halvt år på sjukhusmottagning, bör uppställas för att tillfredsställande medicinsk erfarenhet skall ha hunnit förvärvas. Det är vidare nödvändigt att översköterska får viss känedom om den miljö, vari krigsmaktens personal arbetar. Hennes hälsovårdsutbildning måste även kompletteras, så att hon blir kompetent att utföra

fältarbete. Hon bör vidare erhålla viss kompletterande laboratorieutbildning, t. ex. avseende räkning av vita och röda blodkroppar, bedömning av sediment samt vissa andra mikroskopiska undersökningar. Med anledning härav har utredningen ansett sig böra kräva, att översköterska snarast efter anställningen inom krigsmakten genomgår en särskild kurs. Utredningen anser en sådan kurs vara av väsentlig betydelse för att höja översköterskornas kompetens. Kursen är enligt utredningens mening ett villkor för att översköterskorna i enlighet med utredningens förslag skall kunna överta vissa av läkaruppgifterna vid förbanden. Utredningen bedömer att kursen bör ha en längd av omkring 6 veckor. Under kurstiden bör full lön utgå. Kursen synes behöva anordnas årligen eller i varje fall minst en gång vartannat år. Den bör förläggas till samma plats som den föreslagna kursen för de avtalsanställda läkarna och t. v. anordnas av försvarets sjukvårdsstyrelse i samarbete med statens distriktssköterskeskola. Lika litet som i fråga om läkarkursen framlägger utredningen några timplaner för nu ifrågasatt kurs. För att tillgodose översköterskornas behov av medicinsk fortbildning bör dessa vidare vart tredje år beredas tillfälle att med bibehållna löneförmåner tjänstgöra vid lasarettsmottagning under minst en månad. Det bör ankomma på försvarets sjukvårdsstyrelse att tillse att översköterska beredes härför erforderlig tjänstledighet.

Slutligen vill utredningen med några ord beröra utnyttjandet i fred av sjuksköterska inom försvarets reservsköterskekår. Behov av denna kår finnes i fred framför allt för att tillgodose behovet av vikarie för översköterska. Vikariefrågan vållar beträffande översköterskorna speciella problem beroende på sjuksköterskebristen. Förbandschefen äger själv anställa extra sjuksköterska som vikarie — i vissa fall skall dock ansökan om täckande av vikariebehovet göras till försvarets sjukvårdsstyrelse — men erfarenheterna visar att behovet ofta icke kan fyllas genom hänvändelse till arbetsförmedling eller genom annonsering i ortspressen. Vid förband med mer än en översköterska torde dock särskild vikarie icke behövas vid kortare förfall för en av översköterskorna eller vid hennes semester. För att klara vakanssituationer vid en-sjuksköterskeförband eller för att tillgodose mer omfattande vikariebehov eller ökat sjuksköterskebehov i samband med sjukdomstoppar är det enligt utredningens mening lämpligt att reservsjuksköterskorna anlitas. Med hänsyn till de stora vakanserna inom kåren kan det bli nödvändigt att i rekryteringsbefrämjande syfte uppräknat reservsjuksköterskornas årliga arvode. Utredningen anser sig i detta sammanhang böra framhålla, att det bör övervägas att inordna reservsjuksköterskorna i en civilmilitär sjuksköterskekår. Syftet härmed skulle främst vara att tillgodose krigsorganisationens behov av välutbildade sjuksköterskor. I en sådan kår bör även instruktionssköterskorna inordnas. Det kan tänkas att de översköterskor som tjänstgör inom förbandssjukvården också bör ingå i kåren. Utredningen framlägger icke här några konkreta förslag

men avser att i ett följande betänkande ta upp frågan om en civilmilitär sjuksköterskekår.

11.2. Övrig hjälppersonal

Biträdespersonalen inom förbandssjukvården utgöres av undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Undersköterskor och sjukvårdsbiträden är närmast underställda översköterska vid förbandet och biträder denna inom öppen och i förekommande fall slutna vård samt utför därutöver visst rengöringsarbete. Undersköterska åligger vidare att biträda översköterska med handledning av biträdespersonalen och att svara för vård och sterilisering av instrument. Härjämte utgör jourtjänsten ett betydelsefullt inslag i biträdespersonalens arbetsuppgifter. Utredningen föreslår inga principiella ändringar beträffande biträdespersonalens anställnings- och tjänstgöringsförhållanden. Personalen bör sålunda alltjämt på tjänstetid främst biträda vederbörande översköterska inom såväl öppen som slutna vård samt på icke tjänstetid svara för jourtjänsten på sjukrummen. Städning av till läkarmottagning och sjukrumsavdelning hörande trappor, korridorer, expeditioner, väntrum m. m. bör såsom f. n. torde ske vid flertalet förband ombesörjas av annan personal än biträdespersonalen.

Behovet av biträdesmedverkan inom den öppna sjukvården bör ställas i relation till antalet erforderliga läkartimmar vid värnplikts- och tjänsteläkarmottagningarna, medan behovet inom den slutna sjukvården till stor del kommer att bestämmas av de krav som jourtjänsten uppställer. Utredningen har på grundval av de erfarenheter som vunnits inom förbandssjukvården funnit, att inom den öppna sjukvården varje läkartimme bör motsvaras av 3 biträdestimmar. Den beräknade tidsåtgången för öppen sjukvård erhålles sålunda genom att öka antalet sjukskötersketimmar med 50 %. Med denna beräkningsgrund skapas jämväl erforderligt utrymme för biträdespersonalens medverkan i behandlingsverksamheten samt ges erforderlig tid för förekommande rengörings- och steriliseringsarbeten m. m. För den slutna sjukvårdens del blir som nyss sagts jourtjänstens upprätthållande av stor betydelse för beräkningen av personalbehovet. Utredningen har tidigare hävdat, att normalt varken läkar- eller sjuksköterskejourn fordras utan att sjukrummen på icke ordinarie tjänstgöringstid i ordningshänseende bör ställas under dagbefälets tillsyn. Det är emellertid alltjämt nödvändigt, att ett sjukvårdsbiträde på sådan tid uppehåller sig på sjukrumsavdelningen för att passa patienter, upprätthålla ordningen och vid behov tillkalla dagbefälet samt vara tillhands för att i första hand kunna ta hand om enklare jourfall. Hon får emellertid icke i anledning härav åläggas större medicinskt ansvar än som motsvaras av hennes utbildning. För att kunna upprätthålla sådan jour fordras minst 3 sjukvårdsbiträden. Behovet av biträdestimmar för att upprätthålla ifrågavarande jour har i övrigt be-

räknats till 31 veckotimmar per sjukrumsavdelning, utgörande 25 % av skillnaden mellan totala antalet timmar i en vecka (7×24 tim.) och ordinarie tjänstgöringstid per vecka (45 tim.). F. n. anses nämligen ur arbetstidsregleringssynpunkt 4 jourtjänsttimmar likvärda med en ordinarie arbetstimme. Vid I 19 har med hänsyn till sjukrumsavdelningens storlek dubbla antalet timmar beräknats, d. v. s. 2 biträden beräknas där samtidigt delta i jourtjänst. Som grund för att beräkna behovet av biträdestimmar för annan verksamhet inom den slutna vården har utredningen använt normen 2 veckotimmar per vårdplats.

Med angivna utgångspunkter har utredningen i *bilaga 11* beräknat det antal veckotimmar för biträdespersonal som genomsnittligt erfordras vid varje förband. I samma bilaga har utredningen angett behovet av undersköterskor/sjukvårdsbiträden. Behovet varierar vid flertalet förband mellan 1—4. Utredningen har härvid förutsatt en normal veckoarbetstid av 45 timmar och att med hänsyn till jourtjänstens krav minst 3 sjukvårdsbiträden erfordras vid varje förband med egen sjukrumsavdelning. Utredningen har vidare den uppfattningen att undersköterska eller sjukvårdsbiträde bör finnas vid varje förband med egen läkarmottagning, alltså även vid sådana förband som saknar sjukrumsavdelning och där veckoarbetstiden för arbetet inom den öppna sjukvården understiger 45 timmar. Undantag har gjorts för några utbildningsanstalter, där behovet av medverkan av biträdespersonal är ringa. I vissa fall bör såsom framgår av bilagan undersköterska eller sjukvårdsbiträde deltidsanställas.

Av *bilaga 11* framgår att utredningen räknar med ett sammanlagt behov av 215,5 heltidsanställda undersköterskor eller sjukvårdsbiträden. Av dessa tjänster faller 151,5 på armén, 31,5 på marinen och 32,5 på flygvapnet. F. n. finnes inom krigsmakten 65 tjänster för undersköterska i lönegrad Ae 7 och 178 tjänster för sjukvårdsbiträde i lönegrad Ae 5, d. v. s. sammanlagt 243 tjänster. Hur dessa fördelas på försvarsgrenarna redovisas i kap. 5. 3. Ett avsevärt antal tjänster kan alltså indras. Detta är naturligt med hänsyn till den vidsträckt centralisering av sjukrumsavdelningarna som utredningen föreslagit. Det bör emellertid beaktas att utredningens beräkningar är osäkra. Antalet undersköterskor och sjukvårdsbiträden måste vidare i viss utsträckning anpassas till de lokala förhållandena, varvid hänsyn måste tas bl. a. till sjukrumsavdelningarnas skiftande ålder och standard. Resurser måste även finnas att vid sjukdomstoppar förstärka arbetskraften. Utredningen anser emellertid att omkring 25 tjänster för undersköterskor eller sjukvårdsbiträden bör kunna indras. Det bör ankomma på försvarets sjukvårdsstyrelse att i samråd med statskontoret närmare överväga, vid vilka förband tjänster kan indras och avge därav betingade förslag. Sedan totalantalet tjänster för undersköterskor och sjukvårdsbiträden fastställts av statsmakterna, bör fördelningen av tjänsterna på förband inom samtliga försvarsgrenar ankomma på sjukvårdsstyrelsen. På sätt föreslagits beträff-

fande översköterskorna bör ett antal biträdesmånader årligen tilldelas sjukvårdsstyrelsen för att vid oförutsedda behov ställas till vederbörligt förbands förfogande.

Vid vart och ett av arméns och flygvapnets förband finnes såsom framgår av kap. 5.3 ett underbefäl — rustmästare eller överfurir — placerat som expeditionsföreståndare vid sjukvårdsavdelningen. Vid marinen återfinnes motsvarande befattningshavare endast vid vissa förband, medan vid andra förband sjukvårdsinstruktör kommenderats till motsvarande tjänstgöring. Expeditionsföreståndaren har till främsta uppgift att hjälpa förbandsläkaren i dennes egenskap av förvaltningsgrenschef. Han biträder sålunda med anslags- och materielredovisning, handläggning av sjukkasseärenden, ordnande av remissvård, förande av sjukstatistik m. m. Han deltar oftast i värnpliktsmottagningen och svarar i samband härmed för att ordningen upprätthålles, varjämte han för sjukredovisningshandlingar m. m. Expeditionsföreståndaren deltar däremot endast i undantagsfall i utbildningsarbetet och är sålunda i princip heltidssysselsatt inom förbandssjukvården. Vid de förband som saknar expeditionsföreståndare eller där vakansläget vid underbefälskåren icke medgett placering av heltidstjänstgörande expeditionsföreståndare har behovet provisoriskt tillgodosetts genom att sjukvårdsinstruktör — underofficer eller underbefäl — mer eller mindre varaktigt kommenderats till tjänstgöring i befattningen.

Utredningen har för sin del funnit, att tillgång på en i expeditionella göromål kunnig expeditionsföreståndare är en av förutsättningarna för att drägliga arbetsvillkor skall skapas för läkarna vid förbanden. Utredningen anser därför, att heltidstjänstgörande expeditionsföreståndare bör finnas vid varje förband med egen läkarmottagning och finner lämpligt att äldre underbefäl, företrädesvis rustmästare (motsvarande) placeras i befattningen. Denne bör som nämnts i kap. 9. 3 jämväl biträda kassachefen med ärenden rörande anslagsförvaltning. Befattningshavaren kan men behöver icke vara äldre sjukvårdsinstruktör. Aktiv sjukvårdsinstruktör bör framdeles icke placeras i befattningen ens vid tillfällig vakans, semester eller dylikt, eftersom detta innebär en misshushållning med hans yrkeskunskaper och får menliga konsekvenser för den sjukvårdsutbildning som bedrivs vid förbandet. I stället bör förefintliga möjligheter att anställa civil vikarie utnyttjas eller annat lämpligt underbefäl kommenderas att upprätthålla befattningen.

Slutligen framgår av utredningens i kap. 5. 3 lämnade redovisning, att värnpliktig handräckningspersonal står till förbandsläkarens förfogande men att skrivpersonal icke finnes vid läkarmottagningarna. Utredningen räknar med att behovet av värnpliktiga handräckningsmän alltjämt kommer att tillgodoses enligt de normer som f. n. tillämpas. Vapenföra värnpliktiga under utbildning bör, såsom utredningen i annat sammanhang hävdade, icke kommenderas till tjänstgöring vid läkarmottagning eller sjuk-

rumsavdelning, eftersom verksamheten i huvudsak saknar värde ur utbildningssynpunkt. Intet hinder synes emellertid föreligga för att vapenfria värnpliktiga i ökad utsträckning kommenderas till tjänstgöring inom förbandssjukvården. En sådan användning av de vapenfria värnpliktiga finner utredningen på grundval av vunna erfarenheter tvärtom lämplig. Vad behovet av skrivpersonal beträffar har detta hittills tillgodosetts genom att förbandsläkaren hänvänt sig till förbandets skrivcentral. Det har härvid förutsatts att samma skrivbiträde från dag till dag ställes till läkarens förfogande. Detta system har icke fungerat tillfredsställande. Skrivarbetet är nämligen av sådan natur att det fordrar kännedom om medicinsk nomenklatur. Vid de organisationsundersökningar som på uppdrag av 1944 års militärsjukvårdskommitté företogs av statens organisationsnämnd (jfr SOU 1947:5 s. 119 ff) befanns att som regel ett halvtidsanställt skrivbiträde erfordrades vid varje förband. Utredningen ansluter sig till denna uppfattning och föreslår sålunda att ett kontorsbiträde för skrivgöromål i reglerad beföringsgång halvtidsanställes vid varje förband med egen läkarmottagning och placeras vid mottagningen. Inalles erfordras omkring 80 halvtidstjänster; i vissa fall torde heltidsanställning kunna komma ifråga. Behovet av kontorsbiträden torde till viss del kunna tillgodoses genom omdisponering av vid förbanden befintliga tjänster.

KAP. 12

Kostnadsberäkningar

Kostnaderna för de värnpliktigas sjukvård bestrides i sin helhet av IV. huvudtiteln. De allmänna försäkringskassorna betalar sålunda icke till någon del vårdkostnaderna. I gengäld är de värnpliktiga befriade från sjukförsäkringsavgift och åtnjuter självfallet icke sjukpenning, då de är sjukredovisade. Enligt 2 kap. 7 § lagen om allmän försäkring (SFS 1962: 381) äger allmän försäkringskassa med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtar andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdersättning kan antas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader. Sådan överenskommelse har icke träffats såvitt avser kostnaderna för de värnpliktigas sjukvård. 1954 års värnpliktsavlöningsutredning uttalade i ett den 10 september 1957 avgivet betänkande med förslag till värnpliktsavlöningskungörelse (s. 46 ff), att det var orimligt att försvaret skulle helt belastas med ifrågavarande kostnader, varjämte värnpliktsavlöningsutredningen framhöll angelägenheten av att spörsmålet snarast prövades. I yttrande över betänkandet uttalade dåvarande riksförsäkringsanstalten, att det var förenat med betydande fördelar av administrativ natur, att sjukförsäkringen icke belastades med kostnaderna för de värnpliktigas sjukvård. Försvarets sjukvårdsstyrelse uttalade, att i fråga om den öppna vården vissa skäl talade för att kostnaderna härför stannade på kronan, medan beträffande den slutna vården det på goda grunder kunde krävas att kronan i en eller annan form tillfördes ersättning härför av sjukkassemedel. Försvarets civilförvaltning anslöt sig till värnpliktsavlöningsutredningens uppfattning och tillade, att det utomlänsavtal som träffats mellan landsting och städer utom landsting angående ersättning för sjukvård inom främmande sjukvårdsområde ur ekonomisk synpunkt medfört synnerligen ogynnsamma konsekvenser för kronan. Innebörden av det av civilförvaltningen angivna utomlänsavtalet är i huvudsak att patient, som vårdas på sjukhus utanför hemortslandstingets område, icke behöver erlägga högre vårdavgift än om han tagits in på sjukhus tillhörande hemortslandstinget. Skillnaden mellan den för utomlänspatienter fastställda vårdavgiften — i regel 70 kronor per dag — och den avgift som verkligen uttas — i regel 5 kronor per dag — bestrides av respektive hemortslandsting. Från tillämpningen av utomlänsavtalet är emellertid undantagen värnpliktig, som remitterats för vård på civilt sjukhus. Denna begränsning

av utomlänsavtalets räckvidd kan göras gällande mot kronan (NJA I 1955: 75), och kronan får därför svara för hela vårdavgiften, när det är fråga om värnpliktiga utomlänspatienter.

Utredningen anser i likhet med riksförsäkringsverket, att kostnaderna för den öppna sjukvården av värnpliktiga bör bestridas av IV. huvudtiteln. Då utredningen ansett sig böra avvisa en närmare integration mellan den civila lasarettsvården och den slutna sjukvården inom krigsmakten, kan det icke heller komma i fråga att, såsom försvarets sjukvårdsstyrelse antytt, överväga särskilda återbäringsregler för kostnaderna för sjukrumsvården. Såsom försvarets civilförvaltning uttalat medför den nuvarande tillämpningen av utomlänsavtalet ogynnsamma ekonomiska konsekvenser för kronan. Eftersom antalet utomlänspatienter beräknas stiga, torde utgifterna komma att öka. Det framstår för utredningen som svårförklarligt, varför värnpliktiga vid tillämpningen av avtalet skall sättas i en klass för sig. Det förefaller naturligt att hemortslandstinget står för merkostnaden för en värnpliktig utomlänspatient på samma sätt som för exempelvis en studerande, som är i behov av lasarettsvård vid vistelse utanför hemortslandstinget. Denna fråga är av beskaffenhet att böra prövas närmare vid förhandlingar mellan kronan å ena sidan samt svenska landstingsförbundet och svenska stadsförbundet å andra sidan.

Utredningen övergår härefter till att belysa kostnaderna för genomförandet av utredningens förslag.

Den samlade veckoarbetstiden för de avtalsanställda läkarna under förutsättning att utredningens förslag helt genomföres utgör 1 665 timmar vid armén, 332 timmar vid marinen och 537 timmar vid flygvapnet eller sammanlagt 2 534 timmar. Härifrån bör avräknas den beräknade tidsåtgången för tjänsteläkarverksamheten, 333 veckotimmar vid armén, 113 veckotimmar vid marinen och 124 veckotimmar vid flygvapnet, eller totalt 570 veckotimmar. Utredningen har visserligen föreslagit att tjänsteläkaren skall vara berättigad till ersättning även för sjukvården åt den militära och civilmilitära personalen men merkostnaderna härför under IV. huvudtiteln bedömes bli obetydliga, ca 0,2 miljoner kronor. Kostnaderna för tjänsteläkarverksamheten fördelas ju mellan IV. och V. huvudtitlarna på det sättet att de allmänna försäkringskassorna återbetalar på kassorna belöpande del av ersättningen, vilken utgör $\frac{3}{4}$ av beloppen (SFS 1963: 363). Det är följderiktigt att så sker, eftersom den militära, civilmilitära och civila personalen i likhet med andra statliga befattningshavare ej är undantagna från försäkringslagens tillämpningsområde utan i likhet med andra skattebetalare betalar sjukförsäkringsavgift. Frånräknas alltså tidsåtgången för tjänsteläkarverksamheten kvarstår en beräknad veckoarbetstid för läkarna vid armén av 1 332 veckotimmar, vid marinen 219 veckotimmar och vid flygvapnet av 413 veckotimmar eller sammanlagt 1 964 veckotimmar. Om exempelvis ersättningsnormerna konstrueras på grundval av en årsinkomst

för läkaren motsvarande 2 000 kronor per veckotimme, d. v. s. den norm som f. n. tillämpas för industri- och konsultationsläkare, ger en enkel multiplikation vid handen, att de årliga kostnaderna för utredningens förslag, om detta genomföres vid samtliga förband, skulle uppgå till ca 2,7 miljoner kronor vid armén, ca 0,4 miljoner kronor vid marinen och ca 0,8 miljoner kronor vid flygvapnet. De samlade årskostnaderna skulle då utgöra ca 4 miljoner kronor. Såsom framgår av kap. 10. 5 är det emellertid avsett att de förbandsläkare som önskar kvarstå i sina beställningar skall få göra detta. Utredningens förslag avses vidare f. n. överhuvudtaget icke skola genomföras vid vissa förband. De verkliga årskostnaderna blir därför lägre under lång tid framåt.

Kostnaderna för av utredningen i kap. 11. 1 föreslagna 8 nya tjänster för översköterskor uppgår — om månadslönen beräknas efter 15 löneklassen i ortsgrupp 4 — till drygt 0,1 miljoner kronor om året. Härtill kommer vissa kostnader för förstärkning av skrivpersonalen vid läkarmottagningarna, enligt utredningens beräkningar maximalt 0,5 miljoner kronor om året.

Vid de förband, där läkare avtalsanställes, kan motsvarande beställningar för förbandsläkare indras. Såsom framgår av kap. 10. 5 räknar utredningen med att inom armén indragning successivt kan ske av 34 beställningar för regementsläkare i Ao 23 och 46 beställningar för bataljonsläkare i Ao 21. Inom marinen beräknas 2 beställningar för marinläkare av 1. graden i Ao 23 och 7 beställningar för marinläkare av 1. graden i Ao 21 successivt kunna indras samt inom flygvapnet 17 beställningar för flygläkare av 1. graden i Ao 21. Med utgångspunkt i att beställningshavare i Ao 23 uppbär lön efter 25 löneklassen i ortsgrupp 4 med 2 828 kronor i månaden och att beställningshavare i Ao 21 uppbär lön efter 23 löneklassen i samma ortsgrupp med 2 541 kronor i månaden innebär detta successiva besparingar som för armén uppgår till ca 2,6 miljoner kronor om året, för marinen till ca 0,3 miljoner kronor om året och för flygvapnet till ca 0,5 miljoner kronor om året. Sammanlagda årliga besparingen uppgår om förslaget till fullo genomföres således till ca 3,4 miljoner kronor.

Genom utredningens förslag att centralisera sjukrumsavdelningarna kan vidare ett flertal tjänster för undersköterskor och sjukvårdsbiträden indras. Utredningen har i kap. 11. 2 föreslagit att ca 25 tjänster indras. En sådan indragning medför — om månadslönen beräknas efter 7 löneklassen i ortsgrupp 4 — en årlig besparing av ca 0,4 miljoner kronor.

Av det anförda framgår att utredningens personalförslag endast beräknas medföra relativt begränsade kostnadsökningar inom IV. huvudtiteln. Detta torde delvis bero på att den nuvarande läkarorganisationen är överdimensionerad vid vissa förband. Det får dock i detta sammanhang icke bortses från att ytterligare merkostnader uppstår, om utredningens förslag genomföres. De av utredningen i kap. 10. 4 och 11. 1 föreslagna kurserna för läkare vid förbanden och översköterskor medför sålunda vissa kostna-

der. Hänsyn måste vidare tas till att vissa investeringar erfordras för upp- rustning och i förekommande fall till- eller nybyggnad av läkarmottag- ningar och sjukrumsavdelningar; av skäl som närmare redovisats i kap. 8. 5 kan storleken av dessa investeringar icke anges närmare. Det bör vidare beak- tas att utredningens förslag förutsätter en överföring av vissa läkaruppgif- ter till högre nivå och av kvalificerad sjukvårdsutbildning till vissa förband. Härav följer ett ökat behov av ständigt tjänstgörande militärläkare i högre regionala staber och vid vissa förband. Utredningen har tidigare framhållit vikten av att detta behov tillgodoses. I avvaktan på utredningens förslag till ordnande av den centrala militära sjukvårdsledningen torde vidare en pro- visorisk förstärkning av försvarets sjukvårdsstyrelse bli aktuell; åtskilliga nya arbetsuppgifter har i detta betänkande föreslagits skola ankomma på sjukvårdsstyrelsen.

KAP. 13

Sammanfattning

Utredningen framlägger i detta betänkande förslag rörande organisationen av hälso- och sjukvården vid förbanden, *förbandssjukvården*, samt rörande sådan militär verksamhet vid förbanden, som vilar på ett medicinskt underlag eller har ett militärmedicinskt innehåll och som fordrar medverkan av läkare för verksamhetens bedrivande. Dock behandlas icke i detta sammanhang frågan om medverkan av läkare, sjukvårdsutbildade instruktörer och sjuksköterskor i den kvalificerade sjukvårdsutbildning, som erfordras för medicinalpersonalens m. fl. tjänstgöring i krig. Denna utbildning kommer att redovisas i ett senare betänkande. Ej heller behandlas tandvården, som är föremål för särskilda överväganden. Utredningen avser likaledes att i ett kommande betänkande ta ställning till frågan om läkarmedverkan på central och regional nivå. Förslagen i föreliggande betänkande berör i första hand förbandsläkarna men kan även påverka de icke ständigt tjänstgörande militärläkarnas ställning i fältläkarkåren, marinläkarkåren och flygvapnet. Frågan härom liksom frågan om militärläkarnas — utom förbandsläkarnas — ställning över huvud taget i organisatoriskt hänseende avses behandlas i samband med att utredningen framlägger sina förslag rörande den centrala och regionala ledningen av hälso- och sjukvården inom krigsmakten.

Nuvarande organisation av förbandssjukvården är uppbyggd från den utgångspunkten att läkarmottagningarna för värnpliktiga skall förestås av läkare på aktiv stat, som är placerade vid vederbörligt förband. Förbandsläkare — vid flerläkarförband den till tjänsten främste förbandsläkaren — förestår värnpliktsmottagningen och är överläkare på sjukrumsavdelningen, i den mån sådan finnes i anslutning till läkarmottagningen. Förbandsläkaren är vidare i första hand tjänsteläkare, och det förutsättes att han medverkar i övrig läkartjänstgöring vid förbandet. I kap. 2—4 behandlas den nuvarande organisationen av förbandssjukvården och den övriga läkarverksamheten vid förbanden. Hälsovården behandlas i kap. 2 och utredningen redogör här såväl för den allmänna hälsovården och hygienien som för de hälsoundersökningar m. m., som är aktuella för värnpliktiga och fast anställda m. fl. Kap. 3 ägnas helt åt den öppna och slutna sjukvården vid förbanden, medan i kap. 4 en redogörelse lämnas för den militära verksamhet vid förbanden, som vilar på ett medicinskt underlag eller har ett militärmedicinskt innehåll och som fordrar medverkan av läkare för verksamhetens bedrivande. I olika avsnitt behandlas här utbildning, krigs- och mobilise-

ringsplanläggning och förvaltning m. m. samt — ehuru något oegentligt — även jour- och beredskapstjänst.

Personalen för förbandssjukvården m. m. redovisas i kap. 5. Utredningen behandlar här personaltillgång, utbildningskrav samt anställnings- och tjänstgöringsförhållanden beträffande bl. a. förbandsläkarna och hjälppersonalen för förbandssjukvården.

Beträffande förbandsläkarna framgår av redogörelsen att inom *armén* beställningar för regementsläkare och/eller bataljonsläkare finnes inrättade vid så gott som samtliga förband med egen läkarmottagning. Sammanlagt finnes 38 regementsläkarbeställningar och 46 bataljonsläkarbeställningar vid förbanden. Vid A 7 och Lv 2 (Visby) fullgöres förbandsläkarfunktionen av fältläkare med placering vid VII. militärbefälsstaben. I Boden, där speciella förhållanden råder, förestår fältläkare med placering vid VI. militärbefälsstaben den för samtliga förband därstädes gemensamma tjänsteläkarmottagningen för civila tjänstemän och kollektivavtalsanställda. Beträffande *marinen* finnes vid vissa förband med egen läkarmottagning beställningar inrättade för marinläkare av 1. graden. I andra fall fullgöres förbandsläkarfunktioner av marinläkare av 1. graden med placering i stab. Förste marinläkare med placering i stab ombesörjer i begränsad omfattning tjänsteläkarverksamhet. Förhållandena har närmare redovisats i kap. 5. 1. Inom flygvapnet finnes vid förbanden 4 beställningar inrättade för förste flygläkare och 17 beställningar för flygläkare av 1. graden. För att bli anställd som förbandsläkare fordras i medicinskt hänseende att vederbörande uppfyller gällande fordringar för behörighet som provinsialläkare. I militärt hänseende uppställs krav på genomgången fackutbildningskurs i samband med värnplikstjänstgöring och minst 2 månaders facktjänstgöring. Vidare förutsättes att vederbörande äger sådan kroppsbeskaffenhet som enligt besiktningsreglementet erfordras för fast anställning vid krigsmakten. För beställningar inom *marinen* fordras härjämte vitsord om duglighet till sjötjänst. Inom *armén* fordras härutöver för regementsläkarbeställning 2 års tjänstgöring som bataljonsläkare samt att militärläkarkurs genomgåts. Inom *marinen* och flygvapnet är genomgång av marinläkarkurs respektive flygläkarkurs en förutsättning för anställning som marinläkare av 1. graden respektive flygläkare av 1. graden. Förbandsläkare innehar beställningar i lönegrad Ao 21 (bataljonsläkare, marinläkare av 1. graden och flygläkare av 1. graden), Ao 23 (regementsläkare, marinläkare av 1. graden och förste flygläkare) eller Ao 25 (fältläkare och förste marinläkare). Härutöver uppbär förbandsläkarna regelmässigt inkomster av tjänsteläkarverksamheten. Förbandsläkarna är deltidsanställda med en daglig arbetstid av i medeltal 4 timmar och en veckoarbetstid av 24 timmar. Härutöver förutsättes att förbandsläkarna utan särskild ersättning skall utföra viss jour-

och beredskapstjänst. De är skyldiga att inom ramen för veckoarbetstiden svara för sjukvård i fråga om sådan krigsmakten tillhörande fast anställd militär eller civilmilitär personal samt värnpliktiga, som tjänstgör vid vederbörligt förband eller hänvisats dit för sjukvård. I veckoarbetstiden inräknas oegentligt enligt gällande praxis även verksamheten som tjänsteläkare för civil personal, trots att denna verksamhet numera gottgöres särskilt.

Hjälppersonalen för förbandssjukvården utgöres av sjuksköterskepersonal (översköterskor och ambulande sjuksköterskor), biträdespersonal (undersköterskor och sjukvårdsbiträden) samt expeditionsföreståndare. Till gruppen hjälppersonal bör även hänföras fast anställda sjukvårdsinstruktörer — underofficerare, underbefäl och instruktionssköterskor. Sistnämnda personal beröres emellertid icke i detta betänkande. Vad först sjuksköterskepersonalen beträffar finnes f. n. inom krigsmakten 118 tjänster för översköterska i lönegrad Ae 13 och 1 tjänst för översköterska i lönegrad Ag 13, fördelade med 81 på armén, 18 på marinen och 20 på flygvapnet. Av dessa tjänster är f. n. (1 januari 1964) 6 vakanta. Härtill kommer 9 tjänster avsedda för ambulande sjuksköterskor i lönegrad Ae 11, varav 7 vid armén, en vid marinen och en vid flygvapnet. Endast en av dessa tjänster är f. n. besatt. För att bli anställd som översköterska inom krigsmakten fordras examen från sjuksköterskeskola. Vid sidan av den ständigt tjänstgörande sjuksköterskepersonalen finnes en civil kår, försvarets reservsjuksköterskekår. Vad härefter angår biträdespersonalen utgör antalet tjänster för undersköterska, vilka får betraktas som beföringstjänster, sammanlagt 65, varav 41 vid armén, 9 vid marinen och 15 vid flygvapnet. Undersköterska är placerad i lönegrad Ae 7. Antalet sjukvårdsbiträdestjänster, som är placerade i lönegrad Ae 5, uppgår sammanlagt till 178, varav 134 vid armén, 29 vid marinen och 15 vid flygvapnet. Vid varje förband inom armén och flygvapnet med egen läkarmottagning tjänstgör slutligen rustmästare eller överfurir som expeditionsföreståndare. Inom marinen har heltidstjänstgörande expeditionsföreståndare placerats vid vissa förband, medan vid andra förband sjukvårdsinstruktör kommenderats till sådan tjänstgöring. Härjämte står värnpliktig handräckningspersonal till förbandsläkarnas förfogande. Däremot finnes icke skrivpersonal vid läkarmottagningarna.

I kap. 6 har utredningen sammanfattat de brister, som enligt utredningens uppfattning utmärker nuvarande organisation. Utredningen konstaterar, att den öppna och slutna värnpliktsvården inom armén i betydande omfattning fullgöres av andra läkare än förbandsläkare och att även inom marinen vissa läkarmottagningar skötes av icke ständigt tjänstgörande militärläkare eller värnpliktiga läkare. Utredningen anser det vara en allvarlig brist i nuvarande organisation, att särskilt armén i så stor utsträckning använder värnpliktiga läkare inom förbandssjukvården. Utredningen har

vidare funnit, att förbandsläkarna ofta i endast ringa utsträckning medverkar inom hälsovård, utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning och förvaltning m. m. Slutligen fastslår utredningen, att vakansläget inom fältläkarkåren är den kanske allvarligaste bristen i organisationen. Den 1 januari 1964 var 4 regementsläkarbeställningar och 22 eller nära hälften av bataljonsläkarbeställningarna vid arméns förband vakanta. Däremot är endast en av marinens förbandsläkarbeställningar vakant, medan flygvapnet icke har någon vakans. Utredningen har sökt analysera orsakerna till vakanserna och funnit att dessa kan hänföras såväl till arbetsuppgifterna som till arbetsförhållandena. Vidare har utredningen funnit, att ersättningarna till förbandsläkarna icke kan anses konkurrenskraftiga i förhållande till den marknadsmässiga lönenivån.

För att få en grund för sina överväganden rörande organisationen i personellt hänseende av förbandssjukvården m. m. analyserar utredningen behovet av läkarmedverkan vid förbanden. Utredningen har därvid den utgångspunkten att sjukvården av värnpliktiga även i framtiden måste ombesörjas av läkare, som på ena eller andra sättet är stadigvarande knutna till förbanden. Utredningens undersökningar syftar till att utreda arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården samt i vilken omfattning läkare, som förestår värnpliktsmottagning, bör medverka i dessa och inom övriga verksamhetsfält vid förbanden, såsom utbildning, krigs- och mobiliseringsplanläggning samt förvaltning m. m. I samband härmed tar utredningen ställning till vilka läkaruppgifter vid förbanden, som bör utföras av värnpliktiga läkare samt icke ständigt tjänstgörande militärläkare. Utredningens undersökningar har emellertid en vidare syftning. Som orsak till vakansläget inom fältläkarkåren har bl. a. uppgivits att arbetet inom förbandssjukvården ej är ägnat att stimulera läkare på samma sätt som annat arbete inom framför allt sluten sjukvård. Utredningen har vidare konstaterat, att ej heller de läkaruppgifter vid förbanden som faller utanför förbandssjukvården kan anses ägnade att främja rekryteringen av förbandsläkare. Skyldigheten att delta i övningar samt jour- och beredskapstjänsten har även ansetts rekryteringsförsvärande. Utredningen har med hänsyn härtill ansett sig böra undersöka möjligheterna att i ökad omfattning integrera sjukvården vid förbanden med den civila sjukvården och att avlasta läkare vid förbanden genom att överföra arbetsuppgifter till annan personal.

Den översyn som här skisserats redovisas i kap. 7—9. I kap. 8 diskuteras jämväl vissa materiel- och lokalfrågor, som hänför sig till den sjukvårdande verksamheten vid förbanden. Utredningens undersökningar har i sammanfattning lett till följande resultat.

I fråga om *hälsovården* bör den medicinska övervakningen av hygien i fält och ombord främst utövas av militärläkare och annan medicinalper-

sonal, som är placerade i regionala staber. I övrigt bör förbandets sjukvårdsinstruktörer utnyttjas för rådgivning och kontroll inom hygienens område. Viss läkarmedverkan erfordras härjämte vid förbanden. För verksamhet, som väsentligen bedrivs utom förläggningssorten, bör anlitas värnpliktiga läkare, som tjänstgör vid förbandet. Vid repetitionsövningsförband är motsvarande verksamhet en angelägen uppgift för den vid förbandet krigsplacerade läkaren. Den hygieniska övervakningen på fasta arbetsplatser och i permanenta förläggningar bör anförtros åt översköterskor under överinseende av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Hälsoundersökningarna i samband med inskrivningen torde icke vidare bli aktuella för läkarna vid förbanden; den militärmedicinska expertis som erfordras vid inskrivningsförrättningarna bör i första hand hämtas bland militärläkare i högre regionala staber. För läkare vid förbanden begränsas därför verksamheten i huvudsak till fullgörande av anbefallda hälsoundersökningar och skyddsympningar m. m. samt till viss övervakning av översköterskas fältarbete. Hälsoundersökningarna m. m. bör, såvitt avser de värnpliktiga, ombesörjas av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen men vissa uppgifter bör under läkarens överinseende utföras av översköterska. Denne läkare bör därjämte vara förbandschefens rådgivare i hälsovårdsfrågor och delta i granskningsnämndens sammanträden. Hälsoundersökningar m. m. av den fast anställda personalen bör utföras av den läkare som förestår tjänsteläkarmottagningen. Av särskild vikt är de hälsoundersökningar av flygande personal, som måste utföras vid flygförbanden. Utredningen beräknar att läkarnas arbetsinsats kommer att beträffande de värnpliktigas hälsovård med ett fåtal undantag genomsnittligt motsvara 1—4 veckotimmar per förband enligt normen en veckotimme per en rekrytstyrka av 300 värnpliktiga. För hälsoundersökningar m. m. av den fast anställda personalen beräknas motsvarande arbetsinsats till en veckotimme per 200 anställda, vilket likaledes med ett fåtal undantag genomsnittligt motsvarar 1—4 veckotimmar per förband. Härtill kommer vid flygförbanden erforderlig tid för undersökning m. m. av flygande personal samt för deltagande i flygsäkerhetssammanträden.

Beträffande arten av den *öppna sjukvården* förutser utredningen inga speciella förändringar. Fall som kräver specialundersökningar eller specialistvård bör alltjämt remitteras till mottagning vid civilt lasarett, medan remiss till privatpraktiserande läkare bör förekomma endast i undantagsfall. Utredningen har uttalat önskemålet att arbetsuppgifter, som är mindre krävande ur medicinsk synpunkt, bör delegeras till översköterska och annan hjälppersonal så långt detta är praktiskt möjligt och medicinskt försvarligt. Såsom ovan sagts förutsätter utredningen att den *öppna sjukvården* av värnpliktiga ombesörjes av läkare, som är stadigvarande knutna till förbanden. Beträffande den *öppna vården* av den fast anställda personalen föreslår utredningen att tjänsteläkarsystemet behålles för samtliga berörda per-

sonalkategorier. Detta innebär att den fast anställda personalen och de kollektivavtalsanställda även framdeles bör hänvisas till särskilt förordnade tjänsteläkare, som för vård m. m. av all berörd personal bör åtnjuta arvode efter ett enhetligt taxesystem. Värnpliktiga läkare bör som ett led i sin egen utbildning kortare tid kunna inkallas för att biträda vid värnpliktsmottagning under handledning av läkare som förestår mottagningen, och de bör vidare kunna anlitas vid större belastningar på mottagningen vid epidemier o. d. Vidare bör värnpliktiga läkare i första hand ombesörja sjukvården i fält och ombord samt vid tillfälliga läkarmottagningar, som upprättas i samband med andra övningar utom förlägningsorten och vid repetitionsövningar. Det kan vidare bli aktuellt att inbeordra värnpliktiga läkare till tjänstgöring vid ensligt belägna förband eller då annan läkare icke kunnat stadigvarande knytas till förbandet. Även icke ständigt tjänstgörande militärläkare bör som ett led i sin utbildning kortare tid kunna utnyttjas inom den öppna sjukvården. Kustflottans behov av läkare bör i första hand tillgodoses genom ianspråktagande av de krigsplacerade fartygsläkarna men jämväl andra läkare, främst värnpliktiga, kan komma i fråga för tjänstgöring ombord. Den öppna sjukvården för värnpliktiga vid förbanden erfordrar en läkarinsats som beroende på förbandets storlek med några undantag i genomsnitt varierar mellan 3—24 timmar per vecka, medan den öppna vården för fast anställda m. fl. kräver en tid som med enstaka undantag i genomsnitt varierar mellan 3—15 timmar per vecka. Tidsåtgången för flygande personal är då icke inräknad. Den beräknade veckoarbetstiden vid varje förband för läkare som förestår värnpliktsmottagning respektive tjänsteläkarmottagning framgår av *bilaga 1* och *bilaga 2*. Den i bilagorna beräknade tidsåtgången för läkare grundas på en genomsnittlig daglig besöksfrekvens av 5 % av den till värnpliktsmottagningarna hänvisade rekrytstyrkan respektive 2 % av den till tjänsteläkarmottagningarna hänvisade personalstyrkan. Den genomsnittliga tidsåtgången för varje läkarbesök har beräknats till 4 respektive 10 minuter. Varje förband med egen förvaltningsorganisation bör alltjämt ha tillgång till egen läkarmottagning. I syfte bl. a. att minska förekommande remissvård bör lokalerna i vissa fall upprustas och utrustningen bringas i överensstämmelse med tidens krav på undersöknings- och behandlingsmetoder.

Den *slutna sjukvården* vid förbanden bör liksom för närvarande avse lättvårdsfall; civilsjukvård bör i princip icke förekomma vid sjukrumsavdelningarna. Vården bör alltjämt i allt väsentligt ombesörjas av översköterskor och biträdespersonal under läkarens överinseende. Läkarmedverkan bör i övrigt inskränkas till att läkare, som förestår värnpliktsmottagning, företar rond en gång om dagen. Då det förutsättes att översköterska väljer ut de patienter som behöver undersökas, beräknar utredningen att rondtiden — som för dag beräknats till i genomsnitt 0,5 minuter per vårdplats vid sjukrumsavdelningen — endast i enstaka undantagsfall skall behöva överstiga 3

veckotimmar. Då tillgången till sjukrumsplatser överstiger behovet med ca 700 vårdplatser (*bilaga 7*), har utredningen — i syfte jämväl att möjliggöra rationaliseringsvinster beträffande biträdespersonalen — föreslagit en vidgad centralisering av sjukrumsavdelningarna. Förslaget innebär att 18 sjukrumsavdelningar nedlägges successivt (*bilaga 8*). Beträffande de återstående sjukrumsavdelningarna föreslår utredningen viss byggnadsteknisk upprustning; i vissa fall torde nybyggnad bli erforderlig.

Frågan om behovet av läkarmedverkan inom *utbildningen* har utredningen begränsat till de förband där kvalificerad sjukvårdsutbildning icke förekommer. Den kvalificerade sjukvårdsutbildningen bör ledas och kontrolleras av ständigt tjänstgörande militärläkare och centraliseras till ett fåtal förband. Beträffande den hälso- och sjukvårdsutbildning som meddelas åt alla värnpliktiga erfordras icke läkarmedverkan vid förbanden annat än möjligen för kontroll. Översköterska bör medverka i denna utbildning. Däremot erfordras viss läkarmedverkan för planläggning och genomförande av övrig förekommande sjukvårdsutbildning vid förbanden samt för utbildningskontroll. Läkare som förestår värnpliktsmottagning bör främst planlägga och genomföra den repetitionsutbildning avseende trupps hygien och vård m. m. som meddelas det fast anställda befälet. Han bör vidare hålla ett mindre antal lektioner i samband med sådan utbildning av sjukvårdare och sjukvårdsmän som förekommer vid förbanden. I egenkap av förbandschefens medicinske rådgivare bör han slutligen vid behov kunna ge råd om utbildningsverksamhetens bedrivande med hänsyn till sjukläge och klimatiska förhållanden. Utredningen har i övrigt förutsatt att huvuddelen av utbildningsarbetet kan läggas på kompetenta instruktörer; till dessa räknas även översköterska vid förband. Militärläkare, placerade i första hand vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs, eller vid regional stab, bör användas för planering och kontroll av vid förbanden förekommande utbildning av sjukvårdstrossar och andra motsvarande mindre sjukvårdsenheter samt som instruktörer i första hand under repetitionsövningar. Värnpliktiga läkare som fullgör facktjänstgöring eller vinterutbildning bör medverka i den utbildning av förenämnda sjukvårdsenheter, vilken bedrivs vid förbanden under första tjänstgöring samt i repetitionsutbildningen i samband med de krigsförbandsvisa övningarna. Värnpliktig läkare, som deltar i utbildningsarbete, bör i medicinskt hänseende handledas av militärläkare placerad i regional stab eller vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedrivs. Omfattningen av den utbildningsverksamhet som ankommer på läkare som förestår värnpliktsmottagning har beroende på förbandets storlek av utredningen beräknats uppgå till 1—3 veckotimmar enligt normen en veckotimme per en rekrytstyrka av 500 värnpliktiga.

I fråga om *krigs- och mobiliseringsplanläggningen* bedömes medverkan av läkare vid förbanden behöva ske i endast relativt ringa omfattning och

huvudsakligen ha formen av rådgivning till förbandets mobiliseringsavdelning. Inom detta verksamhetsfält torde — under förutsättning att de högre regionala cheferna ges resurser att förse förbandscheferna med erforderligt underlag m. m. — medverkan av läkare, som förestår värnpliktsmottagning, med enstaka undantag erfordras under högst en veckotimme per förband.

Vad *förvaltningsverksamheten* beträffar föreslår utredningen, att läkare vid förband icke vidare skall vara förvaltningsgrenschef; ansvaret för förvaltningen av sjukvårdsmaterielen föreslås överföras till intendenten och för förvaltningen av sjukvårdsanslagen till kassachefen. Även om så sker, kräves en begränsad arbetsinsats av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen för attestering av räkningar, övervakning av journalföring och sjukredovisning m. m. Denne läkare måste vidare i viss utsträckning utöva medicinsk rådgivning inom förvaltningssektorn, delta i förekommande sammanträden inom förbandet och i undantagsfall besvara remisser m. m. Den härför erforderliga arbetstiden bedömes av utredningen icke behöva uppgå till mer än i genomsnitt 1—3 veckotimmar per förband enligt normen en veckotimme per en rekrytstyrka av 500 värnpliktiga.

Utredningen har slutligen kommit till den uppfattningen, att *jour- och beredskapstjänst* normalt icke bör åvila läkare vid förband. Översköterska bör ej heller medverka i jourtjänsten annat än då det medicinska tillståndet hos de på sjukrummen intagna så påfordrar, t. ex. i samband med epidemier. På icke tjänstetid bör sjukrummen i ordningshänseende ställas under tillsyn av dagbefälet. Ett sjukvårdsbiträde bör dock ständigt uppehålla sig på sjukrumsavdelningen. I vissa fall, främst vid långa avstånd till närmaste lasarett, kan dock medverkan av läkare erfordras för jour- och beredskapstjänst. Läkare vid flygförband bör vidare under pågående flygning i vissa fall vara anträffbar på telefon. I den mån läkarmedverkan erfordras för jour- och beredskapstjänsten bedömes denna ofta kunna lämnas av värnpliktig läkare.

Utredningens förslag rörande läkare redovisas i kap. 10.

Vad först angår behovet av ständigt tjänstgörande militärläkare innebär de i kap. 7—9 redovisade förslagen att ökade krav kommer att ställas på medverkan i högre regionala staber av bl. a. sådana läkare. Det är därför av vikt, att dessa stabers personella resurser i fråga om medicinskt skolad personal snarast förstärkes, om möjligt redan i samband med den omorganisation som avses genomföras på grundval av 1960 års försvarsledningsutrednings förslag (prop. 1964:109). En förstärkning av militärläkarresurserna erfordras vidare vid förband, dit den kvalificerade sjukvårdsutbildningen avses skola koncentreras. Utredningen återkommer till dessa frågor i ett följande betänkande men vill redan nu framhålla den synnerliga vikt som måste fästas vid, att de läkaruppgifter som pålagts ständigt tjänstgö-

rande militärläkare icke blir eftersatta. Av utredningens förslag framgår vidare, att icke ständigt tjänstgörande militärläkare avses skola medverka inom förbandssjukvården m. m. endast i den omfattning som är erforderligt för deras utbildning för krigsbefattningarna. Frågan i vilken omfattning behov föreligger av arvodesanställda och reservanställda militärläkare kommer att tas upp i ett följande betänkande. Beträffande de värnpliktiga läkarna står utredningens förslag om utnyttjandet av facktjänstgöringen enligt utredningens mening i god överensstämmelse med riksdagens beslut i anledning av förslagen i propositionen 1963: 106.

Vad härefter beträffar behovet av läkare som avses skola vara stadigvarande knutna till förbanden innebär utredningens förslag, att dessa läkares verksamhet kommer att koncentreras till förbandssjukvården och att de i endast begränsad omfattning förutsättes skola medverka inom utbildnings- och förvaltningsverksamheten samt inom krigsförberedelsearbetet. Utredningen har i *bilaga 9* för varje förband beräknat det genomsnittliga behovet av veckoarbetstimmar för läkare, som stadigvarande är knutna till förband. Av bilagan framgår att antalet läkartimmar varierar starkt mellan skilda förband beroende på de värnpliktigas och de fast anställdas skiftande personalstyrka. Minimibehovet av läkartimmar uppgår i genomsnitt till 15 veckotimmar och maximibehovet i genomsnitt till 60 veckotimmar. Utredningen anser att — om systemet med deltidsanställning behålles — ett maximalarbetstidsuttag av 27 timmar i veckan i och för sig kan vara godtagbart men att samtidigt ett uttag av 18 timmar per vecka och läkare för värnpliktsmottagning utgör ett värde som icke bör överskridas. Med dessa utgångspunkter har utredningen i *bilaga 9* beräknat behovet av deltidsanställda läkare vid varje förband. Bilagan utvisar, att 88 deltidsanställda läkare skulle erfordras inom armén, 17 inom marinen och 25 inom flygvapnet. Vid de förband, där med utredningens beräkningsgrunder mer än en deltidsanställd läkare skulle behöva finnas, bör arbetsuppgifterna avseende utbildning, krigsförberedelsearbete och förvaltning regelmässigt ombesörjas av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Däremot kan hälso- och sjukvården, alltså verksamheten vid värnpliktsmottagningen och tjänsteläkarmottagningen, på lämpligt sätt uppdelas mellan de båda läkarna. Enligt utredningens mening finnes emellertid ingen anledning att behålla nuvarande obligatoriska bindning mellan förbandsläkarverksamheten och tjänsteläkarverksamheten. Bedömes den senare inkräkta på övriga läkarfunktioner vid förbandet, bör särskild läkare utses till tjänsteläkare. Inom flygvapnet bör hälso- och sjukvården av all flygande personal läggas i samme läkares hand och företrädesvis ombesörjas av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Det behov av medicinsk rådgivning åt förbandschefen, vars vikt utredningen i olika sammanhang betonat, bör tillgodoses av den läkare som förestår värnpliktsmottagningen. Denne läkare bör vara målsman för hälso- och sjukvården vid förbandet. Detta moti-

veras med att det ur förbandschefens synpunkt är angeläget, att han vid behov av medicinsk rådgivning kan vända sig till *en* befattningshavare, som är ansvarig för att den verksamhet som bedrivs av medicinalpersonalen vid förbundet i mån av behov samordnas.

I fråga om anställningsformen för de läkare som avses skola vara stadigvarande knutna till förbanden konstaterar utredningen, att bristerna i det nuvarande systemet är så djupgående att en genomgripande omorganisation är nödvändig. Utredningen framför den uppfattningen att en omorganisation inom ramen för gällande anställnings- och avlöningsssystem icke avhjälpel bristerna. De försök som hittills företagits att inom ramen för nuvarande organisation förbättra rekryteringen, bl. a. genom reglering av arbetstiden och höjning av bataljonsläkarnas löner, har misslyckats. Aldrig så stora avlöningsförstärkningar garanterar enligt utredningens uppfattning icke att utredningens förslag i fråga om de värnpliktiga läkarna förverkligas, och garantier skapas ej heller för att läkaruppgifterna vid förbanden fullgöres rationellt. Utredningen anser, att nuvarande anställnings- och avlöningsssystem är alltför stelt för att medge önskad flexibilitet med hänsyn till såväl förbandens varierande storlek som den skiftande arbetsbelastningen under olika årstider. Förekommande kombination av fast lön för vissa arbetsuppgifter och prestationslön för vård av civil personal leder vidare till att det ligger nära till hands att verksamheten inom den utmäta arbetstidsramen i första hand kan komma att ägnas åt tjänsteläkarmottagningen; denna verksamhet är vid många förband tidsödande. Utredningen uttalar, att helt nya vägar måste prövas.

Till en början överväger utredningen möjligheterna att ersätta åtminstone vissa av de nuvarande deltidstjänstgörande förbandsläkarna med heltidstjänstgörande militärläkare. Utredningen avvisar emellertid denna lösning på i kap. 10 närmare redovisade skäl och anser, att deltidstjänstgörande läkare alltjämt skall bilda kärnan i krigsmaktens förbandssjukvård. Med ledning av en undersökning av förhållandena inom industrisjukvården uttalar utredningen, att en övergång från nuvarande system med fasta löner till ett mera flexibelt system, som belönar *prestationen* över hela linjen medför bestämda fördelar. Utredningen prövar ingående, om de nackdelar som ur den enskildes och krigsmaktens synpunkt är förenade med en sådan övergång kan överbyggas. Då utredningen anser, att en läkare som uppbär prestationsersättning bör anställas mot avtal och skäl synes tala för att en sådan läkare är civil, uppehåller sig utredningen särskilt vid frågan om konsekvenserna för förbandssjukvården och krigssjukvården, om de läkare som skall vara fast knutna till förbanden icke vidare kommer att vara civilmilitära beställningshavare. Utredningen tar upp frågorna, om en civil läkare kan utöva erforderligt befäl och om civilmilitär ställning erfordras för att ge läkare erforderlig militär skolning och militärmedicinsk vidareutbildning. Vidare belyser utredningen de psykologiska för- och nackdelarna med

den civilmilitära ställningen samt konsekvenserna för krigssjukvården, om förbandsläkarinstitutionen avskaffas i nuvarande form. Utredningen anser, att fördelarna med en övergång från nuvarande avlönings- och anställnings-system för förbandsläkare till ett system med deltidstjänstgörande läkare, anställda genom avtal mot prestationsersättning, så avgjort överväger nackdelarna, att en sådan övergång bör komma till stånd; ledamoten Troell har på denna punkt anmält skiljaktig mening. För arméns vidkommande är övergången enligt utredningens mening en förutsättning för att förbands-sjukvården skall kunna reorganiseras med framgång. Även om de skäl som främst föranlett utredningen att ompröva nuvarande anställnings- och av-löningsystem icke har bärkraft såvitt avser förhållandena inom flygvapnet och endast delvis såvitt avser marinen, utgår utredningen från att dess för-slag skall omfatta samtliga försvarsgrenar. Slutligen anser utredningens majoritet, att läkare som anställes genom avtal mot prestationsersättning, icke behöver ha civilmilitär ställning. Ledamoten Hasselrot och experten Nordström har — utan att dock reservera sig — givit uttryck för den upp-fattningen att läkare som förestår värnpliktsmottagning bör ha civilmilitär ställning under förutsättning, att detta kan ordnas inom ramen för ett system med avtalsanställda, prestationsavlönade läkare. Beträffande ledamoten Troells uppfattning hänvisas till av honom avgivet särskilt yttrande.

De avtalsanställda läkarna skall enligt utredningens förslag vara taxe-bundna. Ersättningarna till läkarna skall i princip bygga på visst arvode beräknat per veckotimme och år. Beträffande ersättningen för sjukvård åt de värnpliktiga användes som mätvärde på prestationen icke antalet läkarbesök utan det antal värnpliktiga som är hänvisade till läkarmottagningen respek-tive sjukrumsavdelningen. I fråga om hälsovården av de värnpliktiga och fast anställda användes i princip samma mätvärde, d. v. s. respektive personal-styrka. Ersättning utgår dels för hälso- och sjukvård av de värnpliktiga med visst belopp per värnpliktig och månad, dels för hälsovård av fast an-ställda m. fl. med visst belopp per anställningshavare och år. Beträffande sjukvården åt den fast anställda och civilmilitära personalen, de civila tjänstemännen och den kollektivavtalsanställda personalen tillämpas pro-vincialläkartaxan. Arvodet för hälso- och sjukvård av all flygande personal beräknas per person och år. För verksamheten inom utbildning, krigsför-beredelsearbete och förvaltning m. m. utgår fastställt årsarvode per kon-trakterad veckotimme. Till frågan om storleken av det arvode per vecko-timme och år, som ligger till grund för ersättningssystemet, tar utredningen ej ställning men betonar att en i förhållande till den civila sjukvården konkurrenskraftig lönenivå måste eftersträvas.

I fråga om de medicinska kompetenskraven för de avtalsanställda läkarna föreslår utredningen en icke oväsentlig skärpning. Enligt utredningens för-slag bör nämligen kravet på fullgjord sjukhusutbildning höjas från nu-varande 8 månader till minst 3 år, varav minst 2 år inom kroppssjukvården.

Utredningen föreslår vidare, att det nuvarande kravet på genomgång av viss del av värnpliktsutbildningen samt kraven på kroppsbeskaffenhet m. m. slopas som kompetensvillkor. Detta sammanhänger bl. a. med att enligt utredningens mening kvinnliga läkare bör kunna anställas vid förbanden i syfte att bredda rekryteringen. Utredningen anser dock att genomgång av fackutbildningskurs samt viss del av facktjänstgöringen bör betraktas som en betydelsefull merit för anställning som läkare vid förband. Reserv- eller arvodesanställning som militärläkare bör också anses ha sådant meritvärde. Utredningen anser, att kompletterande utbildning måste ges åt läkare vid förbanden i samband med anställningen. Denna utbildning bör ha formen av en särskild kurs om ca 6 veckor, som t. v. bör anordnas av försvarets sjukvårdsstyrelse i samarbete med statens institut för folkhälsan. I direkt anslutning till kursen bör utbildning i naval- och flygmedicin anordnas för avtalsanställda läkare vid marinen respektive flygvapnet. Utredningen betonar vidare vikten av att de avtalsanställda läkarna vid förbanden beredes bättre möjligheter till medicinsk fortbildning än de nuvarande förbandsläkarna. Denna vidareutbildning bör anknytas till den fortbildning för provinssiällkare och allmänpraktiker som f. n. håller på att växa fram. Avtal för läkare vid förband bör löpa på minst 3 år med 6 månaders uppsägningstid och automatiskt förlängas med ett år i taget, om uppsägning icke äger rum. Avtalet bör kompletteras med en särskild instruktion.

Slutligen upptar utredningen i kap. 10 frågan om erforderliga övergångs- anordningar. Intill dess de högre regionala stabernas resurser förstärkts, organisationen för den kvalificerade sjukvårdsutbildningen förbättrats och instruktörskadrernas kompetens m. m. höjts, uppstår vissa övergångsproblem, som kan påverka den takt i vilken utredningens förslag kan genomföras. Utredningen anser emellertid till en början, att dess förslag rörande förbandssjukvården m. m. i huvudsak kan genomföras, trots att förslag icke framlagts rörande militärläkarbehovet på regional nivå; ledamoten Troell har på denna punkt anmält skiljaktig mening. Utredningen grundar sitt ställningstagande på att de arbetsuppgifter som f. n. ankommer på förbandsläkare och som utredningen föreslagit skola överföras på personal placerad i regionala staber, av olika skäl i vissa fall icke alls eller i övrigt i endast begränsad utsträckning fullgöres av många förbandsläkare. Berörda verksamhetsområden blir därför enligt utredningens mening icke lidande i förhållande till nuläget under den tid som förflyter intill dess de högre regionala staberna hunnit förstärkas. Detta gäller i vart fall armén. Med hänsyn till den blandning av stabsläkarfunktioner i lägre regionala staber med förbandsläkarfunktioner som förekommer inom marinen bör vid denna försvarsgren förslagen t. v. genomföras endast beträffande sådana förbandsläkarbefattningar som icke är förenade med stabsläkaruppgifter. Det blir även nödvändigt att vid ett mindre antal förband t. v. behålla flygläkare som tillika fullgör krigsförberedelsearbete i eskaderstaberna. Vissa

förbandsläkartjänster bör vidare behållas vid förband, där kvalificerad sjukvårdsutbildning bedömes komma att fortgå. Utredningen anser, att läkarverksamheten vid så gott som samtliga arméförband kan övertas av avtalsanställda läkare, i förekommande fall dock först sedan nuvarande innehavare av förbandsläkarbeställningar avgått. Endast regementsläkarbeställningarna vid trängregementena bör undantas. Detta innebär att 34 beställningar för regementsläkare, varav 4 är vakanta, och 46 beställningar för bataljonsläkare, varav 22 är vakanta, successivt kan indras. Beträffande marinen innebär utredningens förslag att de marinläkare av 1. graden som är stabsläkare vid Gotlands kustartilleriförsvaret, vid marinkommando Väst med Göteborgs örlogsvarv, vid fo 32/31 med Göteborgs kustartilleriförsvaret samt vid marinkommando Nord med Norrlands kustartilleriförsvaret t. v. kvarstår i organisationen och behåller sina förbandsläkaruppgifter. Övriga beställningar för marinläkare av 1. graden — 2 beställningar i Ao 23 och 7 beställningar i Ao 21, varav en är vakant, anses successivt kunna indras. Beställningarna för förste marinläkare beröres ej av förslaget. Inom flygvapnet bör beställningar för förste flygläkare t. v. behållas vid F 16/20 (Uppsala), F 21 (Kallax), krigsflygskolan och F 9 (Säve), medan 17 beställningar för flygläkare av 1. graden successivt kan indras.

I kap. 11 framlägger utredningen sina förslag rörande hjälppersonalen. Beträffande översköterskorna innebär utredningens förslag att deras arbetsuppgifter utvidgas. Utredningen har i *bilaga 10* beräknat det genomsnittliga behovet av veckoarbetstimmar för översköterskor vid varje förband. Äv bilagan framgår, att vid det stora flertalet förband minimibehovet uppgår till i genomsnitt 20 timmar i veckan och maximibehovet till i genomsnitt 150 timmar i veckan. Utredningen har vidare — med utgångspunkt i en veckoarbetstid för heltidsanställd översköterska av 45 timmar — i samma bilaga beräknat behovet av översköterskor. Det framgår av bilagan att 136 heltidstjänster för översköterska erfordras mot f. n. 119 tjänster för översköterska och 9 för ambulerande översköterska. Av dessa 136 tjänster faller 94,5 på armén, 18,5 på marinen och 23 på flygvapnet. Utredningen föreslår därför, att 8 nya tjänster inrättas för översköterska. Samtidigt bör befintliga tjänster för ambulerande sjuksköterska utbytas mot tjänster för översköterska. I fråga om kompetenskraven för anställning som översköterska föreslår utredningen, att krav på 2 års sjukhustjänstgöring inom kroppssjukvården, varav minst ett halvt år på sjukhusmottagning, bör uppställas. Utredningen anser sig vidare böra kräva, att översköterska snarast efter anställningen inom krigsmakten genomgår en särskild kurs om ca 6 veckor, vilken t. v. bör anordnas av försvarets sjukvårdsstyrelse i samarbete med statens distriktssköterskeskola. Frågan om en särskild civilmilitär kår bör bildas för översköterskor, reservsjuksköterskor och instruktionsköter-

skor avser utredningen att ta upp i ett senare betänkande. — I fråga om den övriga hjälppersonalen redovisar utredningen i *bilaga 11* det beräknade genomsnittliga behovet av veckoarbetstimmar för undersköterskor och sjukvårdsbiträden vid varje förband. I samma bilaga har utredningen angett behovet av sådan biträdespersonal. Utredningen räknar med ett sammanlagt behov av 215,5 heltidsanställda undersköterskor och sjukvårdsbiträden, varav 151,5 vid armén, 31,5 vid marinen och 32,5 vid flygvapnet. Då f. n. inom krigsmakten finnes 65 tjänster för undersköterskor och 178 tjänster för sjukvårdsbiträden kan ett avsevärt antal tjänster indras. Vidare föreslår utredningen att heltidstjänstgörande expeditionsföreståndare skall finnas vid varje förband med egen läkarmottagning. Sådan befattning bör företrädesvis avses för äldre underbefäl; däremot bör aktiv sjukvårdsinstruktör icke placeras i befattningen. Utredningen anser slutligen, att ett kontorsbiträde för skrivgöromål i reglerad befordringsgång bör halvtidsanställas vid varje förband med egen läkarmottagning och placeras vid mottagningen.

Beträffande slutligen kostnaderna för genomförandet av utredningens förslag hänvisas till kap. 12; utredningen har sammanfattningsvis uttalat att kostnadsökningarna inom IV. huvudtiteln för att genomföra i detta betänkande framförda personalförslag torde bli begränsade.

Särskilt yttrande

Av ledamoten Troell

Gentemot de i betänkanudet framlagda förslagen får jag härmed anmäla avvikande mening i följande avseenden:

Beträffande förslaget om successiv indragning av vissa förbandsläkarbeställningar och införandet av ett system med deltidstjänstgörande civila läkare önskar jag anföra följande.

a) Utredningens förslag förutsätter att den främste vid förband tjänstgörande läkaren (förste läkaren) kommer att fullgöra i det närmaste samma uppgifter som de nuvarande civilmilitära förbandsläkarna har, d. v. s. även verka inom hälsovård, hygien, förvaltning, mobilisering och utbildning. Särskilt dessa uppgifter kräver för tjänstens behöriga gång att nämnde läkare bibehåller civilmilitär status. En civil befattningshavare kan knappast förväntas på godtagbart sätt engagera sig i och bör ej heller åläggas arbetsuppgifter utöver de rent sjukvårdande. Jag hänvisar här till av utredningens militära ledamöter framförda synpunkter (sid. 146) och experten Åbergs på sid. 119 uttalade mening angående läkarens deltagande i utbildningsverksamheten.

b) Krigsorganisationens behov av läkare på aktiv stat och därav betingat behov av ett antal befattningar i fredsorganisationen i central, högre och lägre regional instans samt vid förband och skolor m. m. och dessa befattningars inbördes uppdelning avseende ansvar och arbetsuppgifter inom krigsförberedelsearbetet har ännu icke i sin helhet utretts. Innan så skett kan jag icke biträda föreslagen ändring av förbandsläkarbeställningarnas art.

c) Flygvapnet har för att söka bemästra det svåra haveriproblemet organiserat ett föredömligt medicinskt kontrollsystem bestående av dels flygöverläkarinstitutionen med flygmedicinska undersökningscentralen, dels dagens förbandsläkarorganisation. Otvivelaktigt har flygläkarnas civilmilitära status med åtföljande bärande av uniform och den goda kontakt och gemenskap med flygvapnets personal som följer härav varit av väsentlig betydelse för att i görligaste mån minska den mänskliga faktorns betydelse såsom orsak till haverier. Detta förhållande har vitsordats av flygöverläkaren.

d) Inom marinen förenar läkarna i betydande utsträckning förbandsläkartjänst med stabstjänst samtidigt som övriga förbandsläkare ingår i krigsorganisationen i stabsbefattningar, vilket medför en hög beredskap med

avseende på de ledande befattningar de innehar i krigsorganisationen. Med hänsyn härtill kan jag icke under ovissa och på nuvarande stadium outreda premisser biträda föreslagen ändring av marinens och flygvapnets delvis på beredskaps- och krigsorganisationssynpunkter grundade och i nuläget fungerande förbandsläkarorganisation.

e) Visserligen råder inom armén en ohållbar situation beträffande förbandsläkarverksamheten, men det föreslagna systemet med civila läkare kommer enligt min mening att hindra den förbättring av den mångsidiga förbandsläkarfunktionen som med bibehållande av välmotiverad civilmilitär status säkerligen kan åvägbringas genom förbättrade ekonomiska villkor och de skärpta krav på kvalitet och effektivitet ett sådant steg möjliggör; att rådande ekonomiska villkor är en väsentlig orsak till missförhållandena vitsordas av utredningen, som föreslår en väsentlig förbättring därutinnan. Inom armén uträttas därtill av förbandsläkarna ett förtjänstfullt men begränsat arbete beträffande krigsplanering och utbildning. En indragning av nuvarande förbandsläkartjänster innebär således att vissa uppgifter icke kommer att täckas. Denna diskontinuitet kommer att vara under de år som åtgår, innan den regionala sjukvårdsorganisationen är utredd, beslutad och bemannad med färdigutbildade, välkvalificerade militärläkare. Detta synes mig allvarligt och rimmor icke med de krav som f. n. ställes på krigsmakten vad gäller krigsförberedelsearbete och insatsberedskap. Jag kan därför ej heller biträda föreslagen ändring av förbandsläkarorganisationen vid armén.

Under hänvisning till ovanstående reserverar jag mig sålunda mot utredningens förslag:

att med enbart civila avtalsanställda läkare bestrida förbandssjukvården och

att beslut fattas om att vissa förbandsläkarbeställningar successivt indrages, innan krigsorganisationens behov helt utretts.

Med hänsyn till det svåra vakansläget inom arméns förbandssjukvård och till att enligt min uppfattning tillräckligt underlag icke finnes för slutgiltigt förslag angående förbandsläkarorganisationen bör provisoriska åtgärder ifrågakomma. I avvaktan på utredningens fullgörande av utredningsuppdraget med avseende på läkarorganisationen i övrigt får jag därför föreslå följande åtgärder att tills vidare prövas inom samtliga försvarsgrenar, eftersom någon väsentlig organisationsskillnad icke bör föreligga dem emellan.

a) Vid varje förband bör finnas en civilmilitär läkare, vilken tillsvidare i stort får det ansvar som f. n. åligger förbandsläkaren. Definitivt förslag

angående ansvar och uppgifter för nämnde befattningshavare kan icke fastställas, förrän ansvarsfördelningen mellan honom och läkaren i annan instans, främst regional, har utformats.

b) Läkaren föreslås anställas genom förordnande i civilmilitär beställning med lönegradsbeteckning ABr. Ersättning bör för att kunna anpassas till arbetsuppgifterna utgå i form av lön jämte arvode, vilket senare göres rörligt. Ersättningen bör vara av den storleksordning som exemplifierats i utredningens förslag. Anställningsformen synes lämplig med hänsyn till vederbörandes trygghet, pensionsunderlag m. m.; den berättigar vidare till tjänsteårsberäkning, vilket allt bör verka rekryteringsfrämjande.

c) Den tid som åtgår för nämnda läkaruppgifter och som icke rymmes inom 27 timmars arbetsvecka bör vad gäller öppen vård kunna ombesörjas av civila, avtalsanställda manliga eller kvinnliga läkare.

d) Vid de förband, där fasta innehavare av vederbörliga förbandsläkartjänster finnes, bör läkaren erbjudas övergå till nyss nämnda system. Vid de förband, där läkaren bestrider såväl förbands- som stabs- och förvaltnings-tjänst bör likaledes, icke minst av rättvise- och rekryterings-skäl, övergångsbestämmelser prövas.

Jag vill avslutningsvis betyga min aktning för det omfattande arbete som övriga ledamöter av utredningen nedlagt beträffande förbandssjukvården; det har varit mycket svårbedömda frågor det gällt att ta ställning till. Att min reservation ändock kommit till stånd och omfattar samtliga försvarsgrenar beror på, att jag vill betona de krav, som krig och beredskap kommer att ställa på sjukvårdsorganisationen.

BILAGOR

BILAGOR

BILAGA 1

Beräknad besöksfrekvens och tidsåtgång vid
läkarmottagning för värnpliktiga

I A. *Armén*

Förband	Förläggningsort	Beställningar för förbandsläkare		Hänvisad rekrytstyrka	Daglig besöksfrekvens (5 % av rekrytstyrkan)	Daglig tidsåtgång (4 min. × besöksfrekvensen) tim. min.	Tidsåtgång per vecka (6 × daglig tidsåtgång)		Anmärkning	
		Ao 23	Ao 21				tim.	min.		
A	B	C	D	E	F	G		H	J	
I 1	Solna	1	2	1 030	52	3	28	20	48	Läkarmottagn. finns även i Trossnäs läger
I 2	Karlstad	1	1	1 020	51	3	24	20	24	
I 3	Örebro	1	1	1 020	51	3	24	20	24	Med InfSS. Läkarmottagn. finns även i Kvarnläget (jfr Inf SS)
I 4	Linköping	1	1	1 070	54	3	36	21	36	
I 5	Östersund	1	1	1 150	58	3	52	23	12	Viss stormkanonutbildn. förutsättes ha förflyttats till I 5
I 11	Växjö	1	1	1 020	51	3	24	20	24	Läkarmottagn. finns även i Marma läger
I 12	Eksjö	1	1	1 020	51	3	24	20	24	
I 13	Falun	1	1	1 020	51	3	24	20	24	
I 14	Gävle	1	1	1 020	51	3	24	20	24	
I 15	Borås	1	1	1 020	51	3	24	20	24	
I 16	Halmstad	1	1	800	40	2	40	16	00	InfKAS kontingent (ca 120 man) är inräkn. i rekrytstyrkan
I 17	Uddevalla	1	1	1 020	51	3	24	20	24	Läkarmottagn. finns även i Backamo läger
I 19	Boden	1	1	1 800	90	6	00	36	00	Gemensam läkarmottagn. för I 19, P 5, S 3. 100 vpl. ur F21 inräknade i rekrytstyrkan
I 20	Umeå	1	1	1 320	66	4	24	26	24	Gemensam läkarmottagn. för I 20 och K 4
I 21	Sollefteå	1	1	1 070	54	3	36	21	36	
K 1	Stockholm	—	1	460	23	1	32	9	12	
K 3	Skövde	—	1	440	22	1	28	8	48	

A	B	C	D	E	F	G	H	J
K 4 P 1	Umeå..... Enköping..	— 1	1 —	(240) 580	— 29	— — 1 56	— — 11 36	Se I 20 Läkarmottagn. finns även i Utö läger
P 2 P 4	Hässleholm. Skövde.....	1 1	— 1	660 1 160	33 58	2 12 3 52	13 12 23 12	90 vpl. ur T 2 in- räknade i rekryt- styrkan
P 5 P 6 P 7	Boden..... Kristianstad Ystad.....	— 1 1	— 1 1	(275) 660 810	— 33 41	— — 2 12 2 44	— — 13 12 16 24	Se I 19 Varav 350 vpl i Revingehed där särskild läkar- mottagn. finns
P 10 P 18	Strängnäs.. Visby.....	1 1	1 1	870 1 140	44 57	2 56 3 48	17 36 22 48	Läkarmottagn. finns även i Tingstäde
A 1 A 3	Linköping.. Kristianstad	1 1	1 1	630 620	32 31	2 08 2 04	12 48 12 24	Läkarmottagn. finns även i Rinkaby läger
A 4	Östersund..	1	1	540	27	1 48	10 48	Läkarmottagn. finns även i Grytan läger
A 6	Jönköping..	1	1	630	32	2 08	12 48	Läkarmottagn. finns även i Skillingaryd läger
A 7	Visby.....	—	—	540	27	1 48	10 48	Gemensam läkar- mottagn. för A 7 och Lv 2. Läkar- mottagn. finns även i Tofta läger
A 8 A 9	Boden..... Kristine- hamn	1 1	2 1	540 630	27 32	1 48 2 08	10 48 12 48	Läkarmottagn. finns även i Vil- lingsberg läger
Lv 2 Lv 3	Visby..... Norrtälje...	— 1	— —	(180) 780	— 39	— — 2 36	— — 15 36	Se A 7 Med LvSS. Läkar- mottagn. finns även i Väddö läger
Lv 4 Lv 5	Malmö..... Sundsvall...	1 —	— 1	590 370	30 19	2 00 1 16	12 00 7 36	Läkarmottagn. finns även i Ästö läger
Lv 6	Göteborg....	1	1	710	36	2 24	14 24	Läkarmottagn. finns även i Tånga läger
Lv 7	Luleå.....	—	1	380	19	1 16	7 36	Läkarmottagn. finns även i Tåme läger
Ing 1	Solna.....	1	1	930	47	3 08	18 48	Läkarmottagn. finns även i Laxö läger
Ing 2 Ing 3	Eksjö..... Boden.....	— —	1 1	620 620	31 31	2 04 2 04	12 24 12 24	
S 1 S 2	Uppsala..... Karlsborg...	1 1	1 —	600 720	30 36	2 00 2 24	12 00 14 24	

A	B	C	D	E	F	G	H	J
S 3	Boden	—	—	(350)	—	— —	— —	Se I 19
T 1	Linköping . . .	1	1	700	35	2 20	14 00	90 vpl hänvisade till P 4 ej inräknade i rekrytstyrkan
T 2	Skövde	1	1	610	31	2 04	12 24	
T 3	Sollefteå	1	1	690	35	2 20	14 00	
T 4	Hässleholm . .	1	1	690	35	2 20	14 00	700 elever vid FL och underofficerskurserna ej inräknade (Jfr bilaga 2)
JS	Kiruna	—	1	300	15	1 00	6 00	
RS	Strömsholm . .	—	—	40	2	0 08	0 48	
AUS	Uppsala	—	1	180	9	0 36	3 36	
InfSS	Kvarn	—	1	(450)	(23)	(1 32)	(9 12)	
KS	Solna	—	1	175	9	0 36	3 36	Läkarmottagn. vissa tider, eljest vid I 4. Rekrytstyrkan inräknad i I 4 rekrytstyrka
TygS	Sundbyberg . .	—	—	80	4	0 16	1 36	140 kadetter inräknade i rekrytstyrkan
	Summa	38	46					

I B. *Marinen*

Förband	Förläggningssort	Hänvisad rekrytstyrka	Daglig besöksfrekvens (5 % av rekrytstyrkan)	Daglig tidsåtgång (4 min. × besöksfrekvensen) tim. min.	Tidsåtgång per vecka (6 × daglig tidsåtgång) tim. min.	Anmärkning
A	B	C	D	E	F	G
MKO med ÖVS	Stockholm . .	200	10	0 40	4 00	170 aspiranter och kadetter inräknade i rekrytstyrkan
MKV med ÖVG	Göteborg . . .	130	7	0 28	2 48	
BÖS	Berga	440	22	1 28	8 48	
MKS med KÖS	Karlskrona . .	830	42	2 48	16 48	
KSS	Näsby	220	11	0 44	4 24	
KA 1	Vaxholm . . .	1 030	52	3 28	20 48	
KA 2	Karlskrona . .	750	38	2 32	15 12	
KA 3	Fårösund . . .	290	15	1 00	6 00	
KA 4	Göteborg . . .	700	35	2 20	14 00	
KA 5	Härnösand . .	400	20	1 20	8 00	

I C. Flygvapnet

Förband	Förläggningssort	Beställningar för förbandsläkare		Hänvisad rekrytstyrka	Daglig besöksfrekvens (5 % av rekrytstyrkan)	Daglig tidsåtgång (4 min. × besöksfrekvensen) tim. min.	Tidsåtgång per vecka (6 × daglig tidsåtgång) tim. min.	Anmärkning
		Ao 23	Ao 21					
A	B	C	D	E	F	G	H	J
F 1	Västerås ...	—	1	300	15	1 00	6 00	Flygande personal ej inräknad
F 2	Hägernäs ..	—	1	380	19	1 16	7 36	
F 3	Malmslätt ..	—	1	300	15	1 00	6 00	
F 4	Frösö	—	1	380	19	1 16	7 36	
F 5	Ljungbyhed	1	1	350	18	1 12	7 12	
F 6	Karlsborg ..	—	1	310	16	1 04	6 24	
F 7	Såtenäs	—	1	360	18	1 12	7 12	
F 8	Barkarby...	—	1	290	15	1 00	6 00	
F 9	Säve	—	1	410	21	1 24	8 24	
F 10	Barkåkra ..	—	1	430	22	1 28	8 48	
F 11	Nyköping ..	1	—	360	18	1 12	7 12	
F 12	Kalmar	—	1	510	26	1 44	10 24	
F 13	Norrköping.	—	1	510	26	1 44	10 24	
F 14	Halmstad ..	—	1	230	12	0 48	4 48	
F 15	Östansjö ...	—	1	320	16	1 04	6 24	
F 16/20	Uppsala	1	—	420	21	1 24	8 24	
F 17	Kallinge....	—	1	330	17	1 08	6 48	
F 18	Tullinge....	—	1	450	23	1 32	9 12	
F 21	Kallax	1	1	530	27	1 48	10 48	100 vpl hänvisade till I 19 ej inräknade i rekrytstyr.
	Summa	4	17					

BILAGA 2

Beräknad besöksfrekvens och tidsåtgång vid tjänsteläkarmottagning

2 A. Armén

Förband	Förlägg- ningsort	Hänvisad personal- styrka		Summa personal	Daglig besöks- frekvens (2 % av personal- styrkan)	Daglig tidsåtgång (10 min. × besöks- frekvensen)	Tidsåtgång per vecka (5 × daglig tidsåtgång)	Anmärkning
		Militär och civil- militär	Civil ¹					
A	B	C	D	E	F	G	H	J
I 1	Solna	193	141	334	7	1 10	5 50	
I 2	Karlstad . . .	208	126	334	7	1 10	5 50	
I 3	Örebro	276	179	455	9	1 30	7 30	
I 4	Linköping . .	219	112	331	7	1 10	5 50	
I 5	Österund . . .	270	169	439	9	1 30	7 30	
I 11	Växjö	227	80	307	6	1 00	5 00	
I 12	Eksjö	238	150	388	8	1 20	6 40	
I 13	Falun	232	175	407	8	1 20	6 40	
I 14	Gävle	215	186	401	8	1 20	6 40	
I 15	Borås	228	148	376	8	1 20	6 40	
I 16	Halmstad . .	232	122	354	7	1 10	5 50	
I 17	Uddevalla . .	241	160	401	8	1 20	6 40	
I 19	Boden	371	630	1 001	20	3 20	16 40	Gemensam läkar- mottagn. för I 19, P 5 och S 3
I 20	Umeå	336	267	603	12	2 00	10 00	Gemensam läkar- mottagn. för I 20 och K 4
I 21	Sollefteå . . .	192	138	330	7	1 10	5 50	
K 1	Stockholm . .	55	48	103	2	0 20	1 40	
K 3	Skövde	94	39	133	3	0 30	2 30	Se I 20
K 4	Umeå	—	—	—	—	—	—	
P 1	Enköping . . .	153	168	321	6	1 00	5 00	
P 2	Hässleholm .	190	281	471	9	1 30	7 30	
P 4	Skövde	332	385	717	14	2 20	11 40	
P 5	Boden	—	—	—	—	—	—	Se I 19
P 6	Kristianstad	237	152	389	8	1 20	6 40	
P 7 Y	Ystad	120	87	207	4	0 40	3 20	
P 7 R	Revingehed .	120	73	193	4	0 40	3 20	
P 10	Strängnäs . .	290	250	540	11	1 50	9 10	
P 18	Visby	173	97	270	5	0 50	4 10	
A 1	Linköping . .	220	170	390	8	1 20	6 40	
A 3	Kristianstad	207	149	356	7	1 10	5 50	

¹ Hänsyn har icke tagits till att civil personal vid I 19 med P 5 och S 3 samt A 8 och Ing 3 f. n. är hänvisad till särskild tjänsteläkarmottagning; se kap. 5. 1.

A	B	C	D	E	F	G	H	J	
A 4	Östersund . .	195	280	475	10	1 40	8 20	Gemensam läkar- mottagn. för A 7 och Lv 2	
A 6	Jönköping . .	213	200	413	8	1 20	6 40		
A 7	Visby	195	320	515	10	1 40	8 20		
A 8	Boden	186	98	284	6	1 00	5 00		
A 9	Kristineh. . .	200	191	391	8	1 20	6 40		
Lv 2	Visby	—	—	—	—	—	—		Se A 7
Lv 3	Norrhälje . . .	206	177	383	8	1 20	6 40		
Lv 4	Malmö	205	93	298	6	1 00	5 00		
Lv 5	Sundsvall . .	130	96	226	5	0 50	4 10		
Lv 6	Göteborg . . .	317	184	501	10	1 40	8 20		
Lv 7	Luleå	138	106	244	5	0 50	4 10		
Ing 1	Solna	238	151	389	8	1 20	6 40		
Ing 2	Eksjö	117	172	289	6	1 00	5 00		
Ing 3	Boden	173	116	289	6	1 00	5 00		
S 1	Uppsala	445	225	670	13	2 10	10 50		
S 2	Karlsborg . .	155	404	559	11	1 50	9 10	Se I 19	
S 3	Boden	—	—	—	—	—	—		
T 1	Linköping . . .	215	148	363	7	1 10	5 50		
T 2	Skövde	257	222	479	10	1 40	8 20		
T 3	Sollefteå . . .	213	171	384	8	1 20	6 40		
T 4	Hässelholm . .	224	133	357	7	1 10	5 50		
JS	Kiruna	79	112	191	4	0 40	3 20		
RS	Strömsholm	14	33	47	1	0 10	0 50		
AUS	Uppsala	820	56	876	18	3 00	15 00		700 elever vid FL och underoffi- cerskurserna in- räknade
InfSS	Kvarn	160	30	190	4	0 40	3 20		
KS	Solna	38	74	112	2	0 20	1 40		
TygS	Sundbyberg	240	80	320	6	1 00	5 00		

2 B. Marinen

Förband	Förlägg- ningsort	Hänvisad personal- styrka		Summa personal	Daglig besöks- frekvens (2 % av personal- styrkan)	Daglig tidsåtgång (10 min. × besöks- frekvensen) tim. min.	Tidsåtgång per vecka (5 × daglig tidsåtgång) tim. min.	Anmärkning
		Militär och civil- militär	Civil					
A	B	C	D	E	F	G	H	J
MKO med ÖVS	Stockholm . . .	470	(700)	470	9	1 30	7 30	För civil personal har anvisnings- läkare förord- nats
MKV med ÖVG	Göteborg	173	(400)	173	3	0 30	2 30	
BÖS	Berga	625	287	912	18	3 00	15 00	
MKS med KÖS	Karlskrona . . .	540	645	1 185	24	4 00	20 00	
KSS	Näsby	72	78	150	3	0 30	2 30	
KA 1	Vaxholm	474	276	750	15	2 30	12 30	
KA 2	Karlskrona . . .	341	482	823	16	2 40	13 20	
KA 3	Färösund	108	208	316	6	1 00	5 00	
KA 4	Göteborg	348	296	644	13	2 10	10 50	
KA 5	Härnösand . . .	117	219	336	7	1 10	5 50	

2 C. Flygvapnet

Förband	Förlägg- ningsort	Hänvisad personal- styrka		Summa personal (exkl. flyg- personal)	Daglig besöks- frekvens (2 % av personal- styrkan)	Daglig tidsåtgång (10 min. × besöks- frekvensen)	Tidsåtgång per vecka (5 × daglig tidsåtgång)	Anmärkning
		Militär och civil- militär (exkl. flyg- perso- nal)	Civil					
A	B	C	D	E	F	G	H	J
F 1	Västerås....	163	183	346	7	1 10	5 50	
F 2	Hägernäs...	100	196	296	6	1 00	5 00	
F 3	Malmslätt..	162	148	310	6	1 00	5 00	
F 4	Frösö	207	176	383	8	1 20	6 40	
F 5	Ljungbyhed	516	202	718	14	2 20	11 40	
F 6	Karlsborg..	145	232	377	8	1 20	6 40	
F 7	Sätenäs....	192	150	342	7	1 10	5 50	
F 8	Barkarby...	125	131	256	5	0 50	4 10	
F 9	Säve	176	194	370	7	1 10	5 50	
F 10	Barkåkra...	179	147	326	7	1 10	5 50	
F 11	Nyköping..	202	186	388	8	1 20	6 40	
F 12	Kalmar....	191	211	402	8	1 20	6 40	
F 13	Norrköping.	192	230	422	8	1 20	6 40	
F 14	Halmstad..	473	90	563	11	1 50	9 10	
F 15	Östansjö...	199	170	369	7	1 10	5 50	
F 16/20	Uppsala....	194	179	373	7	1 10	5 50	
F 17	Kallinge....	198	220	418	8	1 20	6 40	
F 18	Tullinge....	169	184	353	7	1 10	5 50	
F 21	Kallax.....	247	275	522	10	1 40	8 20	

BILAGA 3

Fördelning på sjukdomar hos vårdade vid I I förbandssjukhus åren 1961—1962

Sjukdomsdiagnos	Hjärt-kärlsjukdomar	Hudsjukdomar inkl. allergi	Lumbago, reumatism, sjukdomar i rörelseorganen	Mag-tarmsjukdomar	Nervsjukdomar	Observationsfall	Olycksfall	Lunginflammation	Psyksiska rubbningar inkl. »överanstängning»	Tandinfektioner	Urinvägsinfektioner	Vaccinationsbesvär	Mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor	Övre luftvägsinfektioner	Pre- och postop.-vård	Samtliga sjukdomar
Antal vårdade.....	7	47	153	204	5	143	248	19	64	18	21	28	64	1 054	10	2 085
Antal vård dagar.....	20	180	655	626	12	483	843	76	230	54	94	88	448	4 738	42	8 589
Genomsnittlig vårdtid dagar																
Medelvärde.....	2,9	3,8	4,3	3,1	2,4	3,4	3,4	4,0	3,6	3,0	4,5	3,1	7,0	4,5	4,2	4,1
Medianvärde.....	2,5	2,3	2,6	2,1	1,5	1,9	2,1	3,2	2,1	2,2	3,3	2,3	3,8	3,5	1,0	3,3

BILAGA 4

Beläggning på förbandssjukhus i förhållande till vårdplatsantalet åren 1958—1962 vid åtta förband inom IV. militärområdet

Förbands- sjukhus	Antal vård- platser	Belagda vårdplatser under högst 90 % av tiden	C i % av B	Belagda vårdplatser under högst 50 % av tiden	E i % av B	% av tiden 1958—62 då samtliga vårdplatser varit belagda	% av tiden 1958—62 då minst hälften av vårdplat- serna varit belagda
A	B	C	D	E	F	G	H
I 1.....	63	30	46,0	11	17,4	0	9,6
I 4.....	44	31	70,5	13	30,0	4,2	29,4
I 10.....	64	26	40,6	10	15,6	0	7,6
P 1.....	28	13	44,8	5	17,8	0,4	7,0
A 1.....	32	15	45,6	8	25,0	0,4	10,0
Lv 2.....	39	23	58,9	10	25,6	0,4	17,4
Lv 3.....	33	18	54,5	8	24,2	0,4	20,9
S 1.....	48	21	42,8	10	20,8	0,4	4,5
Summa...	351	177	—	75	—	—	—
Medeltal ..	—	—	50,5	—	22,1	(0,8)	(13,3)
Median....	—	—	45,6—46,0	—	20,8—24,2	0,4	9,6—10,0

BILAGA 5

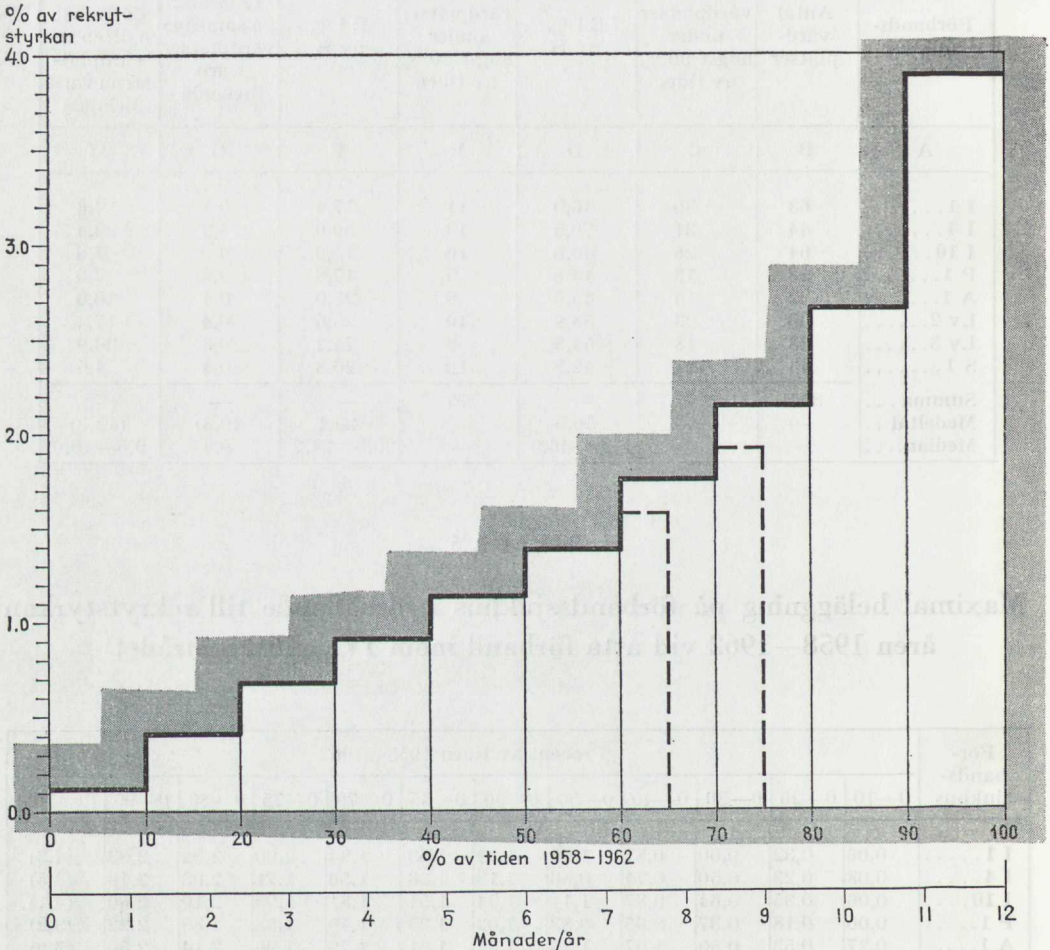
Maximal beläggning på förbandssjukhus i förhållande till rekrytstyrkan åren 1958—1962 vid åtta förband inom IV. militärområdet¹

För- bands- sjukhus	Procent av tiden 1958—1962											
	0—10	0—20	0—30	0—40	0—50	0—60	0—65	0—70	0—75	0—80	0—90	(0—100)
I 1.....	0,06	0,32	0,60	0,81	1,09	1,41	1,63	1,84	2,00	2,32	2,93	(4,3)
I 4.....	0,08	0,23	0,50	0,74	0,86	1,13	1,36	1,56	1,71	2,03	2,18	(3,5)
I 10.....	0,06	0,35	0,64	0,87	1,11	1,34	1,51	1,81	1,93	2,10	2,80	(4,1)
P 1.....	0,00	0,18	0,37	0,65	0,83	1,02	1,25	1,40	1,58	1,85	2,22	(3,2)
A 1.....	0,27	0,53	0,80	1,07	1,35	1,43	1,61	1,79	1,96	2,14	2,50	(3,6)
Lv 2.....	0,28	0,56	0,99	1,20	1,55	1,90	2,00	2,12	2,35	2,54	3,10	(4,1)
Lv 3.....	0,07	0,36	0,59	0,88	1,02	1,39	1,61	1,76	1,90	2,02	2,42	(4,1)
S 1.....	0,14	0,72	0,95	1,10	1,29	1,50	1,63	1,80	1,94	2,16	3,15	(4,2)
Medeltal	0,12	0,41	0,68	0,92	1,14	1,39	1,58	1,76	1,92	2,15	2,66	(3,89)
Median	0,07	0,35	0,60	0,87	1,09	1,39	1,61	1,79	1,93	2,10	2,50	(4,1)
	—0,08	—0,36	—0,64	—0,88	—1,11	—1,41	1,61	—1,80	—1,94	—2,14	—2,80	(4,1)

¹ I kolumnerna anges för varje förbandssjukhus den maximala beläggningen i procent av rekrytstyrkan under i vederbörande kolumns huvud angiven procent av tiden 1958—1962.

BILAGA 6

Maximal beläggning på förbandssjukhus i förhållande till rekrytstyrkan åren 1958—1962 vid åtta förband inom IV militärområdet



Anm: De heldragna staplarna anger för förbandssjukhusen vid I 1, I 4, I 10, P 1, A 1, Lv 2, Lv 3 och S 1 den maximala medelbeläggningen i procent av rekrytstyrkan under för varje stapel angiven procent av tiden 1958—1962. Under 20 % av tiden var exempelvis medelbeläggning högst 0,41 %, under 80 % av tiden högst 2,15 %.

BILAGA 7

Beräknat vårdplatsbehov vid nuvarande förbandssjukhus

7 A. Armén.

Förband	Förläggningssort	Tjänster för sjuksköt. och sjukvårdsbitr.				Hänvisad rekrytstyrka ¹	Nuv. vårdplatsantal	Behov av vårdpl. (2,5% av rekrytstyrkan)	Anmärkning
		Över-sköt. lgr. 13	Över-sköt. lgr. 11	Under-sköt. lgr. 7	Sjv-bitr. lgr. 5				
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K
I 1	Solna.....	3	—	1	4	1 460	63	37	Gemensamt förbandssjukhus för I 1, F 2 och 50 vpl ur KSS
I 2	Karlstad....	2	—	1	4	1 020	57	26	
I 3	Örebro.....	2	—	1	4	1 020	70	26	
I 4	Linköping...	2	1	1	4	1 720	44	43	
I 5	Östersund...	2	—	1	4	2 070	56	52	Gemensamt förbandssjukhus för I 4 (InfSS), F 3 och 350 vpl ur T 1
I 11	Växjö.....	2	—	1	3	1 020	74	26	Gemensamt förbandssjukhus för I 5, A 4 och F 4
I 12	Eksjö.....	3	—	1	4	1 640	65	41	
I 13	Falun.....	2	—	1	3	1 020	40	26	Gemensamt förbandssjukhus för I 12 och Ing 2
I 14	Gävle.....	2	—	1	3	1 020	55	26	
I 15	Borås.....	2	—	1	3	1 020	42	26	
I 16	Halmstad...	2	—	1	4	1 030	34	26	
I 17	Uddevalla...	2	—	1	3	1 020	40	26	
I 19	Boden.....	3	—	1	7	2 960	95	74	
I 20	Umeå.....	3	—	1	5	1 320	53	33	Gemensamt förbandssjukhus för I 20 och K 4
I 21	Sollefteå....	1	—	—	2	—	—	—	Sluten vård vid T 3
K 1	Stockholm...	1	1	1	2	1 390	28	35	Gemensamt förbandssjukhus för K 1 och Ing 1
K 3	Skövde.....	1	—	1	3	1 050	30	26	Gemensamt förbandssjukhus för K 3 och T 2
K 4	Umeå.....	—	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid I 20
P 1	Enköping ...	1	—	1	3	580	28	15	Gemensamt förbandssjukhus för P 2 och T 4
P 2	Hässleholm..	2	—	1	3	1 350	28	34	
P 4	Skövde.....	1	1	1	3	1 160	28	29	Sluten vård vid I 19
P 5	Boden.....	—	—	—	—	—	—	—	
P 6	Kristianstad.	1	—	1	—	—	—	—	
P 7	Ystad.....	1	—	1	2	460	24	12	Sluten vård vid A 3

¹ Jfr bilaga 1, Armén kol. E, Marinen kol. C och Flygvapnet kol. E.

A	B	C	D	E	F	G	H	J	K
P 7 R	Revingehed..	1	—	1	2	350	19	9	
P 10	Strängnäs...	2	—	1	3	870	64	22	
P 18	Visby.....	1	—	—	2	—	—	—	Sluten vård vid A 7
A 1	Linköping...	2	—	1	2	980	40	25	Gemensamt förbandssjukhus för A 1 och 350 vpl ur T 1
A 3	Kristianstad..	2	(1)	1	4	1 280	36	32	Gemensamt förbandssjukhus för A 3 och P 6
A 4	Östersund....	1	—	—	1	—	—	—	Sluten vård vid I 5
A 6	Jönköping...	2	—	1	3	630	62	16	
A 7	Visby.....	2	—	1	3	1 680	44	42	Gemensamt förbandssjukhus för A 7, P 18 och Lv 2
A 8	Boden.....	1	—	—	1	—	—	—	Sluten vård vid I 19
A 9	Kristinehamn	1	1	1	3	630	27	16	
Lv 2	Visby.....	—	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid A 7
Lv 3	Norrtälje....	2	—	1	2	780	28	20	
Lv 4	Malmö.....	1	—	1	2	590	20	15	
Lv 5	Sundsvall....	1	—	1	2	370	20	9	
Lv 6	Göteborg....	2	(1)	1	3	1 120	46	28	Gemensamt förbandssjukhus för Lv 6 och F 9
Lv 7	Luleå.....	1	—	1	2	380	19	10	
Ing 1	Solna.....	1	—	1	—	—	—	—	Sluten vård vid K 1
Ing 2	Eksjö.....	1	—	1	1	—	—	—	Sluten vård vid I 12
Ing 3	Boden.....	1	—	—	1	—	—	—	Sluten vård vid I 19
S 1	Uppsala.....	2	—	1	3	2 020	48	51	Gemensamt förbandssjukhus för S 1, AUS och F 16/F 20. 700 elever vid FL och underofficerskurserna inräknade
S 2	Karlsborg...	2	—	1	3	1 030	36	26	Gemensamt förbandssjukhus för S 2 och F 6
S 3	Boden.....	—	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid I 19
T 1	Linköping...	1	—	—	2	—	—	—	Sluten vård vid I 4 och A 1
T 2	Skövde.....	1	—	1	1	—	—	—	Sluten vård vid K 3
T 3	Sollefteå....	2	—	1	4	1 760	48	44	Gemensamt förbandssjukhus för T 3 och I 21
T 4	Hässleholm..	1	—	—	2	—	—	—	Sluten vård vid P 2
JS	Kiruna.....	1	—	1	2	300	18	8	
RS	Strömsholm .	—	—	—	—	40	4	1	Timanställd översköterska finnes
AUS	Uppsala.....	1	(1)	—	1	—	—	—	Sluten vård vid S 1
InfSS	Kvarn.....	1	—	—	1	—	—	—	Sluten vård vid I 4
KS	Solna.....	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid TygS
TygS	Sundbyberg .	2	—	1	2	550	33	14	Gemensamt förbandssjukhus för TygS, KS och F 8
	Summa	81	4+(3) ²	41	131	—	1 566	1 027	

² Avses indragas 1/7 1964

7 B. Marinen.

Förband	Förläggningsort	Tjänster för sjuksköt. och sjukvårdsbitr.				Hänvisad rekrytstyrka ¹	Nuv. vårdplatsantal	Behov av vårdpl. (2,5% av rekrytstyrkan)	Anmärkning
		Översköt. lgr. 13	Översköt. lgr. 11	Undersköt. lgr. 7	Sjvbitr. lgr. 5				
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K
MKO med ÖVS	Stockholm...	2	—	1	2	200	17	5	
MKV med ÖVG	Göteborg....	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid KA 4
BÖS	Berga.....	2	1	1	2	1 590	30	40	Gemensamt förbandssjukhus för BÖS och F 18. 700 vpl ur kustflottan inräknade
MKS med KÖS	Karlskrona..	3	—	1	7	1 380	63	35	550 vpl ur kustflottan inräknade
KSS	Näsby.....	1	—	1	2	170	14	4	Endast kadetter och aspiranter. Vpl hänvisade till I 1
KA 1	Vaxholm....	2	—	1	3	1 030	35	26	
KA 2	Karlskrona..	2	—	1	3	750	36	19	
KA 3	Färösund....	2	—	1	4	290	30	7	
KA 4	Göteborg....	2	—	1	4	830	52	21	Gemensamt förbandssjukhus för KA 4 och MKV
KA 5	Härnösand..	1	—	1	2	400	14	10	
	Summa	18	1	9	29	—	291	167	

¹ Jfr bilaga 1, Marinen kol. C och Flygvapnet kol. E.

7 C. Flygvapnet

Förband	Förläggningsort	Tjänster för sjuksköt. och sjukvårdsbitr.				Hänvisad rekrytstyrka ¹	Nuv. vårdplatsantal	Behov av vårdpl. (2,5% av rekrytstyrkan)	Anmärkning
		Över-sköt. lgr. 13	Över-sköt. lgr. 11	Under-sköt. lgr. 7	Sjv-bitr. lgr. 5				
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K
F 1	Västerås.....	2	—	2	2	300	30	8	
F 2	Hägernäs....	1	—	1	—	—	—	—	Sluten vård vid I 1
F 3	Malmslätt...	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid I 4
F 4	Frösö.....	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid I 5
F 5	Ljunghbyhed.	1	—	1	3	650	16	16	
F 6	Karlsborg....	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid S 2
F 7	Såtenäs.....	1	—	1	1	360	16	9	
F 8	Barkarby....	1	—	(1)	—	—	—	—	Sluten vård vid TygS
F 9	Säve.....	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid Lv 6
F 10	Barkåkra....	1	1	1	1	430	20	11	
F 11	Nyköping....	1	—	1	2	360	20	9	
F 12	Kalmar.....	1	—	1	1	510	20	13	
F 13	Norrköping..	1	—	1	1	510	20	13	
F 14	Halmstad....	1	—	(1)	—	—	—	—	Sluten vård vid I 16
F 15	Östansjö....	1	—	1	1	320	20	8	
F 16/ 20	Uppsala.....	1	—	1	—	—	—	—	Sluten vård vid S 1
F 17	Kallinge.....	1	—	1	1	330	20	8	
F 18	Tullinge.....	1	—	—	—	—	—	—	Sluten vård vid BÖS
F 21	Kallax.....	1	—	1	2	530	20	13	
	Summa	20	1	13+ (2) ²	15		202	108	

¹ Jfr bilaga 1, Flygvapnet kol. E.² Avses indragas 1/7 1964

BILAGA 8

Förslag till förläggning av sjukrumsavdelningar

Milo	Förläggningssort	Förband med sjukrumsavd.	Hänvisad rekryt styrka ¹	Behov av vårdpl. (2,5 % av rekryt styrkan)	Ökning (+) Minsk. (-) i f. t. nuv. vårdplatsant. ²	Anmärkning
A	B	C	D	E	F	G
I	Revingehed.....	P 7	1 400	35	+ 16	Gemensam sjukrumsavd. för P 7 Y (avst. 45 km), P 7 R och Lv 4 (avst. 30 km), P 7 Y och Lv 4 avd. nedlägges
	Hässelholm.....	P 2	1 350	34	+ 6	Gemensam sjukrumsavd. för P 2 och T 4 (= nuläget)
	Kristianstad.....	A 3	1 280	32	- 4	Gemensam sjukrumsavd. för P 6 och A 3 (= nuläget)
	Ljungbyhed.....	F 5	1 080	27	+ 11	Gemensam sjukrumsavd. för F 5 och F 10 (avst. 40 km). F 10 avd. nedlägges
	Karlskrona.....	MKS med KÖS	2 460	62	- 1	Gemensam sjukrumsavd. i Flottans sjukhus för MKS (KÖS), KA 2, del av kustflottan och F 17 (avst. 30 km). KA 2 och F 17 avd. nedlägges
	Kalmar.....	F 12	510	13	- 7	
	Växjö.....	I 11	1 020	26	- 48	
II	Eksjö.....	I 12	1 640	41	- 24	Gemensam sjukrumsavd. för I 12 och Ing 2 (= nuläget)
	Jönköping.....	A 6	630	16	- 46	
	Östersund.....	I 5	2 070	52	- 4	Gemensam sjukrumsavd. för I 5, A 4 och F 4 (= nuläget)
	Sollefteå.....	T 3	1 760	44	- 4	Gemensam sjukrumsavd. för T 3 och I 21 (= nuläget)
	Sundsvall.....	Lv 5	770	19	- 1	Gemensam sjukrumsavd. för Lv 5 och KA 5 (avst. 54 km). KA 5 avd. nedlägges
	Östansjö.....	F 15	320	8	- 12	
	Gävle.....	I 14	1 020	26	- 29	
III	Halmstad.....	I 16 el. F 14	1 030	26	- 8 resp. + 6	Gemensam sjukrumsavd. för I 16 och F 14 (= nuläget)
	Göteborg.....	KA 4	1 950	49	- 3	Gemensam sjukrumsavd. för MKV, KA 4, Lv 6 och F 9. Lv 6 avd. nedlägges

¹ Jfr bilaga 1, Armén kol. E, Marinen kol. C och Flygvapnet kol. E.

² Jfr bilaga 7, kol. H.

A	B	C	D	E	F	G
IV	Uddevalla	I 17	1 380	35	— 5	Gemensam sjukrumsavd. för I 17 och F 7 (avst. 67 km). F 7 avd. nedlägges
	Borås	I 15	1 020	26	— 16	Gemensam sjukrumsavd. för K 3, P 4 och T 2. P 4 avd. nedlägges
	Skövde	K 3	2 210	55	+ 25	
	Karlsborg	S 2	1 030	26	— 10	Gemensam sjukrumsavd. för S 2 och F 6 (= nuläget)
	Kungsängen	I 1	1 780	45	+ 45	Gemensam sjukrumsavd. för I 1, F 8 (avst. 20 km) och K 1 (avst. 35 km). K 1 avd. nedlägges
	Berga	BÖS	1 340	34	+ 4	Gemensam sjukrumsavd. för BÖS, del av kustflottan och MKO. MKO avd. nedlägges
	Näsby	KSS	800	20	+ 6	Gemensam sjukrumsavd. för KSS, KS (avst. 20 km) och F 2. Viss hänsyn har tagits till förutsedd ökning av kadettintagningen
	Almnäs	Ing 1	2 650	66	+ 66	Gemensam sjukrumsavd. för Ing 1, P 10 (avst. 45 km), HvSS, F 11 (avst. 55 km) och F 18 (avst. 30 km). P 10 och F 11 avd. nedlägges
	Norrtälje	Lv 3	780	20	— 8	Gemensam sjukrumsavd. för S 1, AUS och F 16/F 20 (= nuläget)
	Vaxholm	KA 1	1 030	26	— 9	
Uppsala	S 1	2 020	51	+ 3		
Enköping	P 1	920	23	— 5	Gemensam sjukrumsavd. för P 1, F 1 (avst. 35 km) och RS (avst. 50 km). F 1 och RS avd. nedlägges	
Linköping	I 4	1 880	47	+ 3	Gemensam sjukrumsavd. för I 4, InfSS, F 3 och F 13 (avst. 40 km). F 13 avd. nedlägges	
	A 1	1 330	33	— 7	Gemensam sjukrumsavd. för A 1 och T 1	
V	Örebro	I 3	1 020	26	— 44	Gemensam sjukrumsavd. för I 2 och A 9 (avst. 45 km). A 9 avd. nedlägges
	Karlstad	I 2	1 650	41	— 16	
	Falun	I 13	1 020	26	— 14	
VI	Umeå	I 20	1 320	33	— 20	Gemensam sjukrumsavd. för I 20 och K 4 (= nuläget)
	Kallax	F 21	910	23	+ 3	Gemensam sjukrumsavd. för F 21 och Lv 7. Lv 7 avd. nedlägges
	Boden	I 19	2 960	74	— 21	Gemensam sjukrumsavd. för I 19, P 5, A 8, Ing 3, S 3 samt del av F 21 (= nuläget)
	Kiruna	JS	300	8	— 10	
VII	Visby	A 7	1 680	42	— 2	Gemensam sjukrumsavd. för A 7, P 18 och Lv 2
	Färösund	KA 3	290	7	— 23	
Summa				1 297		

BILAGA 9

Behov av arbetstimmar för läkare

9 A. Armén

Förband	Förläggningsort	Vpl-mottagning ¹		Tjänsteläkarmottagn. ²		Utb. ³	Mob. ⁴	Förv. m. m. ⁵	Hälsovård av vpl ⁶	Hälsovård av fast anst. ⁷	Sjukrumsrund ⁸		Summa vecko-tim.	Behov av läkare ⁹	Anm.
		Tim.	Min.	Tim.	Min.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim.	Min.			
A	B	C		D		E	F	G	H	J	K		L	M	N
1	Kungsängen...	20	48	5	50	3	1	3	4	2	2	15	42	2	Med InfSS ¹⁰
2	Karlstad...	20	24	5	50	3	1	3	4	2	2	03	41	2	
3	Örebro....	20	24	7	30	3	1	3	4	3	1	18	43	2	
4	Linköping..	21	36 ¹⁰	9	10 ¹⁰	3 ¹⁰	1	3 ¹⁰	4 ¹⁰	3 ¹⁰	2	21	47	2	
5	Östersund..	23	12	7	30	3	1	3	4	3	2	36	47	2	
11	Växjö.....	20	24	5	00	3	1	3	4	2	1	18	40	2	
12	Eksjö.....	20	24	6	40	3	1	3	4	2	2	03	42	2	
13	Falun.....	20	24	6	40	3	1	3	4	3	1	18	42	2	
14	Gävle.....	20	24	6	40	3	1	3	4	3	1	18	42	2	
15	Borås.....	20	24	6	40	3	1	3	4	2	1	18	41	2	
16	Halmstad..	26	00	5	50	3	1	2	3	2	1	18 ¹¹	34	2	
17	Uddevalla..	20	24	6	40	3	1	3	4	3	1	45	43	2	
19	Boden....	36	00	16	40	4	1	4	6	6	3	42	78	3	
20	Umeå.....	26	24	10	00	3	1	3	5	4	1	39	54	2	
21	Sollefteå..	21	36	5	50	3	1	3	4	2	—	—	40	2	
1	Stockholm	9	12	1	40	1	1	1	2	1	—	—	17	1	
3	Skövde....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Se P 4 Se I 20
4	Umeå.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1	Enköping..	11	36	5	00	2	1	2	2	2	1	09	27	1	
2	Hässleholm	13	12	7	30	2	1	2	3	3	1	42	33	2	

¹ Se bilaga 1, Armén kol. H.

² Se bilaga 2, Armén kol. H.

³ Tidsåtgången beräknad enligt normen en veckotimme per 500 vpl (jfr kap. 9. 1). Angående rekrytstyrkan, se bilaga 1, Armén kol. E.

⁴ Tidsåtgången genomgående beräknad till en veckotimme (jfr kap. 9. 2).

⁵ Tidsåtgången beräknad enligt normen en veckotimme per 500 vpl (jfr kap. 9. 1).

⁶ Tidsåtgången beräknad enligt normen en veckotimme per 300 vpl (jfr kap. 7. 2).

⁷ Tidsåtgången beräknad enligt normen en veckotimme per 200 anställda (jfr kap. 7. 2). Angående personalstyrkan, bilaga 2 Armén kol. E.

⁸ Tidsåtgången beräknad till 0,5 minut per vårdplats och dag (jfr kap. 8. 5). Angående vårdplatsbehovet, se bilaga kol. E; föreslagen centralisering av sjukrumsavdelningar förutsattes genomförd.

⁹ En veckoarbetstid av högst 27 timmar per läkare förutsattes, varav högst 18 timmar för värnpliktsmottagning (jfr p. 10. 1).

¹⁰ Då förbandssjukvården m. m. vid InfSS förutsattes skola ombesörjas av läkare vid I 4 har i kol. C, D, E och —J tidsåtgången vid InfSS medräknats.

¹¹ Utredningens förslag (kap. 8. 5) att möjligheterna bör undersökas att nedlägga sjukrumsavdelningen vid I 16 och återupprätta sjukrumsavdelningen vid F 14 har icke beaktats här.

A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N
P 4	Skövde....	32 00 ¹²	14 10 ¹²	4 ¹²	1	4	6	5	2 45 ¹²	69	3	Se I 19
P 5	Boden....	— —	— —	—	—	—	—	—	— —	—	—	
P 6	Kristianstad....	13 12	6 40	2	1	2	3	2	— —	30	2	Se I 19
P 7	Ystad....	16 24	6 40	2	1	2	3	2	1 45	35	2	
P 10	Strängnäs..	17 36	9 10	2	1	2	3	3	— —	38	2	Se I 19
P 18	Visby.....	22 48	4 10	3	1	3	4	2	— —	40	2	
A 1	Linköping..	12 48	6 40	2	1	2	3	2	1 39	31	2	Se I 19
A 3	Kristianstad....	12 24	5 50	2	1	2	3	2	1 36	30	2	
A 4	Östersund..	10 48	8 20	2	1	2	2	3	— —	29	2	Se I 19
A 6	Jönköping..	12 48	6 40	2	1	2	3	3	0 48	31	2	
A 7	Visby.....	10 48	8 20	2	1	2	2	3	2 06	31	2	Se I 19
A 8	Boden....	10 48	5 00	2	1	2	2	2	— —	25	1	
A 9	Kristinehamn....	12 48	6 40	2	1	2	3	2	— —	29	2	Se A 7
Lv 2	Visby.....	— —	— —	—	—	—	—	—	— —	—	—	
Lv 3	Norrälje..	15 36	6 40	2	1	2	3	2	1 00	33	2	Se A 7
Lv 4	Malmö....	12 00	5 00	2	1	2	2	2	— —	26	1	
Lv 5	Sundsvall..	7 36	4 10	1	1	1	2	2	0 57	20	1	Se A 7
Lv 6	Göteborg..	14 24	8 20	2	1	2	3	3	— —	34	2	
Lv 7	Luleå.....	7 36	4 10	1	1	1	2	2	— —	19	1	Se A 7
Ing 1	Almnäs....	18 48	6 40	2	1	2	4	2	3 18	40	2	
Ing 2	Eksjö.....	12 24	5 00	2	1	2	3	2	— —	27	1	Se A 7
Ing 3	Boden....	12 24	5 00	2	1	2	3	2	— —	27	1	
S 1	Uppsala....	12 00	10 50	2	1	2	2	4	2 33	36	2	Se I 19
S 2	Karlsborg..	14 24	9 10	2	1	2	3	3	1 18	36	2	
S 3	Boden....	— —	— —	—	—	—	—	—	— —	—	—	Se I 19
T 1	Linköping..	14 00	5 50	2	2	2	3	2	— —	31	2	
T 2	Skövde....	12 24	8 20	2	2	2	3	3	— —	33	2	Se I 19
T 3	Sollefteå..	14 00	6 40	2	2	2	3	2	2 16	34	2	
T 4	Hässleholm	14 00	5 50	2	2	2	3	2	— —	31	2	Se I 19
JS	Kiruna....	6 00	3 20	1	1	1	1	1	0 24	15	1	
RS	Strömsholm....	0 48	0 50	—	—	—	—	—	— —	3	1	Se I 19
AUS	Uppsala....	3 36	15 00	3	—	—	—	—	— —	29	2	
InfSS	Kvarn....	— —	— —	—	—	—	—	—	— —	—	—	Se I 4
KS	Solna.....	3 36	1 40	3	—	—	—	—	— —	11	1	
TygS	Sundbyberg....	1 36	5 00	—	—	—	—	—	— —	10	1	Se I 4

¹² Utredningens förslag (kap. 8. 3 och 8. 4) att läkarmottagningen vid K 3 bör nedläggas och personalen hänvisas till P 4 har beaktats här. Vidare har förutsatts att behovet av läkare för utbildning och rond vid sjukrumsavdelningen vid K 3 tillgodoses av läkare vid P 4.

9 B. Marinen¹

Förband	Förläggningssort	Vpl-mottagning		Tjänsteläkarmottagn.		Utb.	Mob.	Förv. m. m.	Hälsövård av vpl	Hälsövård av fast anst.	Sjukrumsrond		Hälsö- und. av sub- marin personal ³	Summa vecko- tim.	Behov av läkare	Anm.
		Tim.	Min.	Tim.	Min.						Tim.	Min.				
A	B	C		D		E	F	G	H	J	K		L	M	N	O
MKO ned ÖVS	Stock- holm...	4	00	19	10	1	—	1	1	6	—	—	1	33	2	Inkl. civil per- sonal
MKV ned ÖVG	Göte- borg...	2	48	9	10	1	—	1	1	3	—	—	1	19	1	Inkl. civil per- sonal
BÖS	Berga....	8	48	15	00	2	—	1	2	5	1	42	2	37	2	
MKS ned	Karls- krona..	16	48	20	00	2	—	2	7 ²	6	3	06	3	60	3	
KÖS	Näsby...	4	24	2	30	3	—	1	1	1	1	00	1	15	1	
KA 1	Vaxholm.	20	48	12	30	3	—	3	4	4	1	18	2	51	2	
KA 2	Karls- krona..	15	12	13	20	2	—	2	3	5	—	—	—	41	2	
KA 3	Fårösund	6	00	5	00	1	1	1	1	2	0	21	—	17	1	
KA 4	Göteborg.	14	00	10	50	2	—	2	3	4	2	27	—	38	2	
KA 5	Härnö- sand...	8	00	5	50	1	1	1	2	2	—	—	—	21	1	

¹ Jfr noter under Armén. Angående rekrytstyrkan se bilaga 1, Marinen kol. C och angående övrig personalstyrka bilaga 2, Marinen kol. E.

² Uppräknat m. h. t. hälsoundersökning av sjömanshusinskrivna.

³ Tidsåtgången beräknad enligt särskild norm.

9 C. Flygvapnet¹

Förband	Förläggningssort	Vpl-mottagning	Tjänsteläkarmottagn.	Utb.	Mob.	Förv. m. m.	Hälsövård av vpl	Hälsövård av fast anst.	Sjukrumsrond	Häls- och sjukv. av flyg. pers. ²	Summa vecko-tim.	Behov av läkare	Anm
		Tim. Min.	Tim. Min.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim. Min.	Tim.	M	N	
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	O
F 1	Västerås .	6 00	5 50	1	1	1	1	2	— —	7	25	1	
F 2	Hägernäs	7 36	5 00	1	—	1	2	2	— —	3	22	1	
F 3	Malmslätt	6 00	5 00	1	1	1	1	2	— —	6	23	1	
F 4	Frösö . . .	7 36	6 40	2	1	1	2	2	— —	4	26	1	
F 5	Ljungbyhed . . .	7 12	11 40	3	1	2	2	4	1 21	22	54	2	
F 6	Karlsborg . . .	6 24	6 40	1	1	1	2	2	— —	5	25	1	
F 7	Sätenäs . .	7 12	5 50	1	1	1	2	2	— —	6	26	1	
F 8	Barkarby	6 00	4 10	1	—	1	1	2	— —	4	19	1	
F 9	Säve	8 24	5 50	1	1	1	2	2	— —	5	26	1	
F 10	Barkåkra	8 48	5 50	1	1	1	2	2	— —	5	27	1	
F 11	Nyköping	7 12	6 40	1	1	1	2	2	— —	7	28	2	
F 12	Kalmar . .	10 24	6 40	3	1	2	2	3	0 39	6	35	2	
F 13	Norrköping .	10 24	6 40	2	1	2	2	3	— —	5	32	2	
F 14	Halmstad	4 48	9 10	1	—	1	1	3	— —	2	22	1	Jfr I 16
F 15	Östansjö .	6 24	5 50	1	1	1	2	2	0 24	5	25	1	
F 16/20	Uppsala . .	8 24	5 50	3	1	1	2	2	— —	9	32	2	
F 17	Kallinge . .	6 48	6 40	1	1	1	2	3	— —	6	27	1	
F 18	Tullinge . .	9 12	5 50	1	1	1	2	2	— —	5	27	1	
F 21	Kallax . . .	10 48	8 20	2	1	2	2	3	1 09	6	36	2	

¹ Jfr noter under Armén. Angående rekrytstyrkan se bilaga 1, Flygvapnet kol. E och angående övrig personalstyrka se bilaga 2, Flygvapnet kol. E.

² Tidsåtgången beräknad enligt särskild norm.

BILAGA 10

Behov av arbetstimmar för översköterskor

10 A. Armén

Förband	Förläggningssort	Vpl-mottagning ¹		Tjänsteläkarmottagning ¹		Utb. ¹ Tim.	Hälsovård av vpl ¹ Tim.	Hälsovård av fast anst. ¹ Tim.	Sluten vård ²		Arbetsledande uppg. ³ Tim.	Summa veckotim.	Behov av översköt. ⁴	Anm.
		Tim.	Min.	Tim.	Min.				Tim.	Min.				
A	B	C		D		E	F	G	H		J	K	L	M
I 1	Kungsängen . . .	41	36	11	40	6	8	4	27	00	3	101	2½	Med InfSS ⁵
I 2	Karlstad	40	48	11	40	6	8	4	24	36	3	98	2½	
I 3	Örebro	40	48	15	00	6	8	6	15	36	2	93	2½	
I 4	Linköping	43	12	18	20	6	8	6	28	12	3	113	3	
I 5	Östersund	46	24	15	00	6	8	6	31	12	3	116	3	Se P 4 Se I 20
I 11	Växjö	40	48	10	00	6	8	4	15	36	2	86	2	
I 12	Eksjö	40	48	13	20	6	8	4	24	36	3	99	2½	
I 13	Falun	40	48	13	20	6	8	6	15	36	2	92	2½	
I 14	Gävle	40	48	13	20	6	8	6	15	36	2	92	2½	
I 15	Borås	40	48	13	20	6	8	4	15	36	2	90	2	
I 16	Halmstad	32	00	11	40	6	6	4	15	36 ⁶	2	77	2	
I 17	Uddevalla	40	48	13	20	6	8	6	21	00	2	97	2½	
I 19	Boden	72	00	33	20	8	12	12	44	24	4	186	4½	
I 20	Umeå	52	48	20	00	6	10	8	19	48	2	119	3	
I 21	Sollefteå	43	12	11	40	6	8	4	—	—	—	73	2	
K 1	Stockholm	18	24	3	20	2	4	2	—	—	—	30	1	
K 3	Skövde	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Se I 20
K 4	Umeå	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
P 1	Enköping	23	12	10	00	4	4	4	13	48	2	61	1½	Se I 19
P 2	Hässelholm	26	24	15	00	4	6	6	20	24	2	80	2	
P 4	Skövde	64	00	28	20	8	12	10	33	00	3	158	4 ⁷	
P 5	Boden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
P 6	Kristianstad	26	24	13	20	4	6	4	—	—	—	54	1½	
P 7	Ystad	32	48	13	20	4	6	4	21	00	2	83	2	
P 10	Strängnäs	35	12	18	20	4	6	6	—	—	—	70	2	
P 18	Visby	45	36	8	20	6	8	4	—	—	—	72	2	
A 1	Linköping	25	36	13	20	4	6	4	19	48	2	75	2	
A 3	Kristianstad	24	48	11	40	4	6	4	19	12	2	72	2	

¹ Tidsåtgången beräknad enligt normen 2 sjukskötersketimmar per läkartimme; se bilaga 9 kol. C, D, E, H och J.

² Tidsåtgången beräknad till 6 minuter per vårdplats och dag. Angående vårdplatsbehovet, se bilaga 8 Armén, kol. E; föreslagen centralisering av sjukrumsavdelningar förutsattes genomförd.

³ Tidsåtgången beräknad till en veckotimme per 20 vårdplatser.

⁴ En veckoarbetstid av högst 45 timmar per översköterska förutsattes.

⁵ Se bilaga 9, Armén not 10.

⁶ Se bilaga 9, Armén not 11.

⁷ Se bilaga 9, Armén not 12.

A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M
A 4	Östersund...	21 36	16 40	4	4	6	— —	—	52	1½	Se A 7
A 6	Jönköping...	25 36	13 20	4	6	6	9 36	1	65	1½	
A 7	Visby.....	21 36	16 40	4	4	6	25 12	3	81	2	
A 8	Boden.....	21 36	10 00	4	4	4	— —	—	44	1	
A 9	Kristinehamn	25 36	13 20	4	6	4	— —	—	53	1½	
Lv 2	Visby.....	— —	— —	—	—	—	— —	—	—	—	
Lv 3	Norrhälje...	31 12	13 20	4	6	4	12 00	1	72	2	
Lv 4	Malmö.....	24 00	10 00	4	4	4	— —	—	46	1½	
Lv 5	Sundsvall...	15 12	8 20	2	4	4	11 24	1	46	1½	
Lv 6	Göteborg...	28 48	16 40	4	6	6	— —	—	61	1½	
Lv 7	Luleå.....	15 12	8 20	2	4	4	— —	—	34	1	
Ing 1	Almnäs.....	37 36	13 20	4	8	4	30 36	4	110	2½	
Ing 2	Eksjö.....	24 48	10 00	4	6	4	— —	—	49	1½	
Ing 3	Boden.....	24 48	10 00	4	6	4	— —	—	49	1½	
S 1	Uppsala....	24 00	21 40	4	4	8	31 12	3	96	2½	
S 2	Karlsborg...	28 48	18 20	4	6	6	15 36	2	81	2	
S 3	Boden.....	— —	— —	—	—	—	— —	—	—	—	Se I 19
T 1	Linköping...	28 00	11 40	— ^s	6	4	— —	—	50	1½	
T 2	Skövde.....	24 48	16 40	— ^s	6	6	— —	—	53	1½	
T 3	Sollefteå....	28 00	13 20	— ^s	6	4	26 24	3	81	2	
T 4	Hässleholm..	28 00	11 40	— ^s	6	4	— —	—	50	1½	
JS	Kiruna.....	12 00	6 40	2	2	2	4 48	1	30	1	
RS	Strömsholm..	1 36	1 40	—	1	1	— —	—	5	½	
AUS	Uppsala....	7 12	30 00	6	2	10	— —	—	55	1½	
Inf SS	Kvarn.....	— —	— —	—	—	—	— —	—	—	—	Se I 4
KS	Solna.....	7 12	3 20	6	2	2	— —	—	21	½	
TygS	Sundbyberg..	3 12	10 00	—	1	4	— —	—	18	½	

⁸ Behovet tillgodoses av instruktionssköterska.

10 B. Marinen¹

Förband	Förläggningssort	Vpl-mot-tagning	Tjänsteläkarmottagn.	Utb.	Hälsovård av vpl	Hälsovård av fast anst.	Sluten vård	Arbetsledande uppg.	Hälso- und. avsubmarinpersonal ²	Summa vecko-tim.	Behov av översköt.	Anm.
		Tim.Min.	Tim.Min.	Tim.	Tim.	Tim.	Tim.Min.	Tim	Tim.			
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N
MKO med ÖVS	Stockholm	8 00	38 20	2	2	12	— —	—	2	64	1½	
MKV med ÖVG	Göteborg..	5 36	18 20	2	2	6	— —	—	2	36	1	
BÖS	Berga.....	17 36	30 00	4	4	10	20 24	2	4	92	2½	
MKS med KÖS	Karls-krona...	33 36	40 00	4	14	12	37 12	4	6	151	3½	
KSS	Näsby....	8 48	5 00	6	2	2	12 00	1	2	38	1	
KA 1	Vaxholm..	41 36	25 00	6	8	8	15 36	2	4	110	2½	
KA 2	Karls-krona...	30 24	26 40	4	6	10	— —	—	—	77	2	
KA 3	Fårösund..	12 00	10 00	2	2	4	4 12	1	—	35	1	
KA 4	Göteborg..	28 00	21 40	4	6	8	29 24	3	—	100	2½	
KA 5	Härnösand	16 00	11 40	2	4	4	— —	—	—	38	1	

¹ Jfr noter under Armén.

² Tidsåtgången beräknad enligt normen 2 sjukskötersketimmar per läkartimme, se bilaga 9, Marinen, kol. L.

10 C. Flygvapnet¹

Förband	Förlägg- ningsort	Vpl-mot- tagn.	Tjänste- läkar- mottagn.	Utb.	Hälso- vård av vpl	Hälso- vård av fast anst.	Sluten vård	Ar- betsle- dande uppg.	Hälso- och sjukv. av flyg- pers. ²	Sum- ma vecko- tim.	Behov av över- sköt.	Anm.
		Tim.Min.	Tim.Min.	Tim	Tim.	Tim.	Tim.Min.	Tim.	Tim.	Tim.	M	
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N
F 1	Västerås ..	12 00	11 40	2	2	4	— —	—	7	39	1	
F 2	Hägernäs..	15 12	10 00	2	4	4	— —	—	3	38	1	
F 3	Malmslätt..	12 00	10 00	2	2	4	— —	—	6	36	1	
F 4	Frösö.....	15 12	13 20	4	4	4	— —	—	4	45	1	
F 5	Ljungby- hed.....	14 24	23 20	6	4	8	16 12	2	22	96	2½	
F 6	Karlsborg .	12 48	13 20	2	4	4	— —	—	5	41	1	
F 7	Sätenäs... .	14 24	11 40	2	4	4	— —	—	6	42	1	
F 8	Barkarby .	12 00	8 20	2	2	4	— —	—	4	32	1	
F 9	Säve.....	16 48	11 40	2	4	4	— —	—	5	43	1	
F 10	Barkåkra..	17 36	11 40	2	4	4	— —	—	5	44	1	
F 11	Nyköping .	14 24	13 20	2	4	4	— —	—	7	45	1	
F 12	Kalmar... .	20 48	13 20	6	4	6	7 48	1	6	65	1½	
F 13	Norrköping	20 48	13 20	4	4	6	— —	—	5	53	1½	
F 14	Halmstad .	9 36	18 20	2	2	6	— —	—	2	40	1	Jfr I16
F 15	Östansjö ..	12 48	11 40	2	4	4	4 48	1	5	45	1	
F 16/20	Uppsala... .	16 48	11 40	6	4	4	— —	—	9	51	1½	
F 17	Kallinge... .	13 36	13 20	2	4	6	— —	—	6	45	1	
F 18	Tullinge... .	18 24	11 40	2	4	4	— —	—	5	45	1	
F 21	Kallax.... .	21 36	16 40	4	4	6	13 48	2	6	74	2	

¹ Jfr noter under Armén.² Tidsåtgången beräknad enligt normen 1 sjukskötersketimme per läkartimme, se bilaga 9, Flygvapnet, ol. L.

BILAGA 11

Behov av arbetstimmar för undersköterskor/sjukvårdsbiträden

11 A. Armén

Förband	Förläggningssort	Tidsåtg. för öppen vård ¹ Tim.	Behov av sjukrumsplatser ²	Tidsåtg. för sluten vård ³ Tim.	Summa veckotimmar	Behov av undersköt./sjvbitr. ⁴	Anm.
A	B	C	D	E	F	G	H
I 1	Kungsängen.....	80	45	90 + 31	201	4½	
I 2	Karlstad.....	79	41	82 + 31	192	4½	
I 3	Örebro.....	84	26	52 + 31	167	4	
I 4	Linköping.....	92	47	94 + 31	217 ⁵	5	Med InfSS
I 5	Östersund.....	92	52	104 + 31	227	5½	
I 11	Växjö.....	76	26	52 + 31	159	3½	
I 12	Eksjö.....	81	41	82 + 31	194	4½	
I 13	Falun.....	81	26	52 + 31	164	4	
I 14	Gävle.....	81	26	52 + 31	164	4	
I 15	Borås.....	81	26	52 + 31	164	4	
I 16	Halmstad.....	66	26 ⁶	52 + 31	149	3½	
I 17	Uddevalla.....	81	35	70 + 31	182	4½	
I 19	Boden.....	158	74	148 + 62 ⁷	368	8½	
I 20	Umeå.....	109	33	66 + 31	206	5	
I 21	Sollefteå.....	82	—	—	82	2	
K 1	Stockholm.....	33	—	—	33	1	
K 3	Skövde.....	—	—	—	—	—	Se P 4
K 4	Umeå.....	—	—	—	—	—	Se I 20
P 1	Enköping.....	50	23	46 + 31	127	3	
P 2	Hässleholm.....	62	34	68 + 31	161	4	
P 4	Skövde.....	139	55	110 + 31	280	6½	
P 5	Boden.....	—	—	—	—	—	Se I 19
P 6	Kristianstad.....	60	—	—	60	1½	
P 7	Ystad.....	69	35	70 + 31	170	4 ⁸	
P 10	Strängnäs.....	80	—	—	80	2	
P 18	Visby.....	81	—	—	81	2	
A 1	Linköping.....	58	33	66 + 31	155	3½	
A 3	Kristianstad.....	55	32	64 + 31	150	3½	
A 4	Östersund.....	57	—	—	57	1½	

¹ Tidsåtgången beräknad genom att öka antalet sjukskötersketimmar för värnpliktsmottagning och tjänsteläkarmottagning (bilaga 10, kol. C och D) med 50 %.

² Se bilaga 8, kol. E.

³ Tidsåtgången beräknad till 2 veckotimmar per vårdplats. Angående vårdplatsbehovet, se bilaga 8, kol. E; föreslagen centralisering av sjukrumsavdelningar förutsattes genomförd. För jourtjänst har beräknats 31 veckotimmar, se kap. 11, 2.

⁴ En veckoarbetstid av högst 45 timmar per undersköterska/sjukvårdsbiträde förutsattes.

⁵ Tidsåtgången vid InfSS inräknad. Se bilaga 9, Armén not 10.

⁶ Se bilaga 9, Armén, not 11.

⁷ 2 bitr. erfordras nattetid för jourtjänst p. g. a. sjukrumsavd. storlek.

⁸ Varav 3 vid P 7 R.

A	B	C	D	E	F	G	H	
A 6	Jönköping.....	58	16	32 + 31	121	3	Se A 7	
A 7	Visby.....	57	42	84 + 31	172	4		
A 8	Boden.....	47	—	—	47	1½		
A 9	Kristinehamn.....	58	—	—	58	1½		
Lv 2	Visby.....	—	—	—	—	—		
Lv 3	Norrälje.....	67	20	40 + 31	138	3½		
Lv 4	Malmö.....	51	—	—	51	1½		
Lv 5	Sundsvall.....	35	19	38 + 31	104	3		
Lv 6	Göteborg.....	68	—	—	68	1½		
Lv 7	Luleå.....	35	—	—	35	1		
Ing 1	Almnäs.....	76	66	132 + 31	239	5½		
Ing 2	Eksjö.....	52	—	—	52	1½		
Ing 3	Boden.....	52	—	—	52	1½		
S 1	Uppsala.....	69	51	102 + 31	202	4½		Se I 19
S 2	Karlsborg.....	71	26	52 + 31	154	3		
S 3	Boden.....	—	—	—	—	—		
T 1	Linköping.....	60	—	—	60	1½		
T 2	Skövde.....	62	—	—	62	1½		
T 3	Sollefteå.....	62	44	88 + 31	181	4½		
T 4	Hässleholm.....	60	—	—	60	1½		
JS	Kiruna.....	28	8	16 + 31	75	3		
RS	Strömsholm.....	5	—	—	5	½		
AUS	Uppsala.....	56	—	—	56	1½		
InfSS	Kvarn.....	—	—	—	—	—	Se I 4	
KS	Solna.....	16	—	—	16	½		
TygS	Sundbyberg.....	20	—	—	20	½		

11 B. *Marinen*¹

Förband	Förläggningssort	Tidsåtg. för öppen vård ² Tim.	Behov av sjukrumsplatser	Tidsåtg. för sluten vård Tim.	Summa vecko-timmar	Behov av undersköt./sjv-bitr.	Anm.
A	B	C	D	E	F	G	H
MKO med ÖVS	Stockholm.....	71	—	—	71	2	
MKV med ÖVG	Göteborg.....	37	—	—	37	1	
BÖS	Berga.....	73	34	68 + 31	172	4	
MKS med KÖS	Karlskrona.....	113	62	124 + 31	268	6	
KSS	Näsby.....	22	20	40 + 31	93	3	
KA 1	Vaxholm.....	102	26	52 + 31	185	4½	
KA 2	Karlskrona.....	86	—	—	86	2	
KA 3	Färösund.....	33	7	14 + 31	78	3	
KA 4	Göteborg.....	75	49	98 + 31	204	5	
KA 5	Härnösand.....	42	—	—	42	1	

¹ Se noter under Armén.² I tidsåtgången har inräknats tid för hälsundersökningar av submarin personal enligt normen 1 biträdestelle per läkartimme. Se bilaga 9, *Marinen*, kol. L.

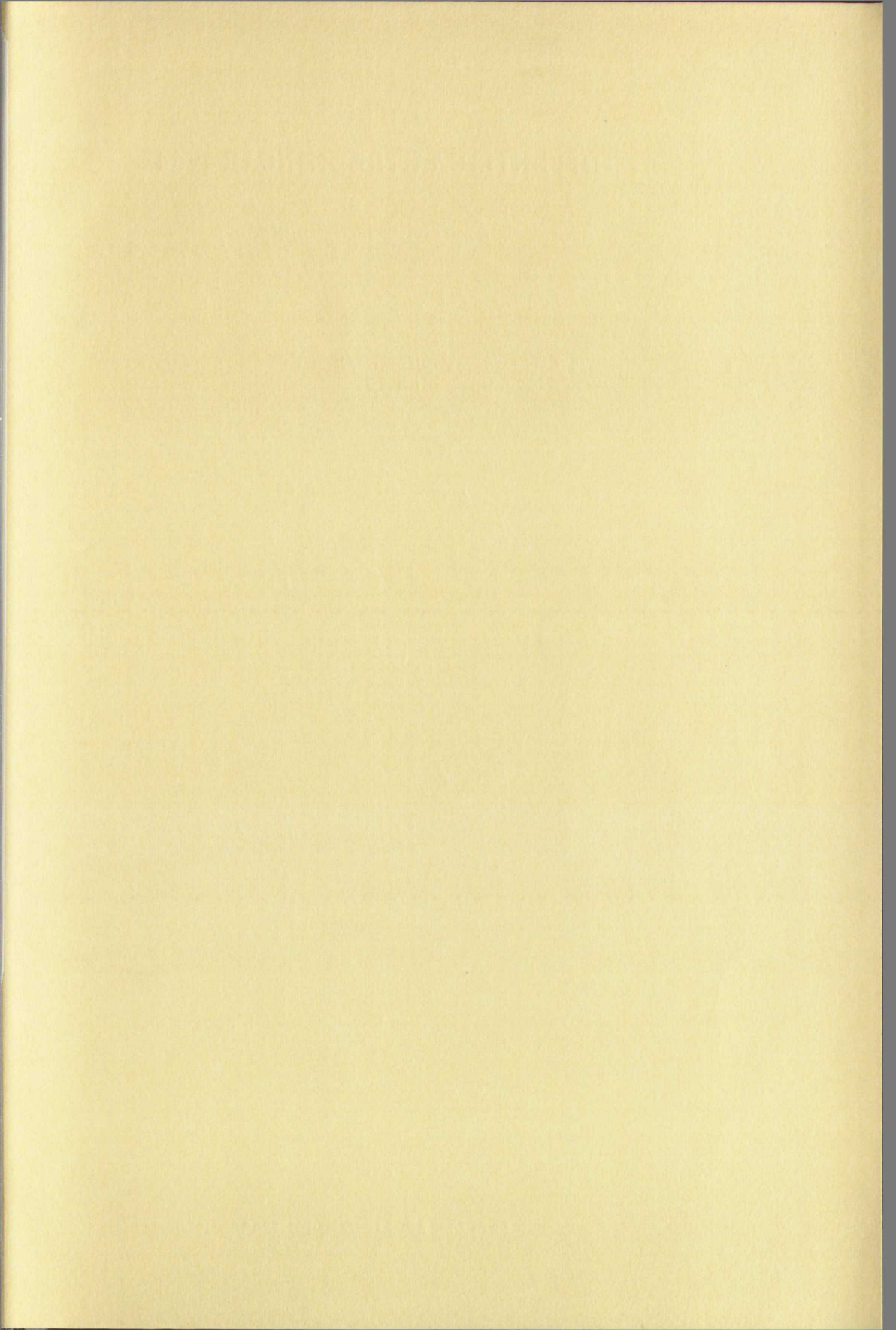
11 C. Flygvapnet¹

Förband	Förläggningssort	Tidsåtg. för öppen vård Tim. ²	Behov av sjukrumsplatser	Tidsåtg. för sluten vård Tim.	Summa veckotimmar	Behov av undersköt./sjv-bitr.	Anm.
A	B	C	D	E	F	G	H
F 1	Västerås.....	43	—	—	43	1	
F 2	Hägernäs.....	41	—	—	41	1	
F 3	Malmslätt.....	39	—	—	39	1	
F 4	Frösö.....	47	—	—	47	1½	
F 5	Ljungbyhed.....	79	27	54 + 31	164	4	
F 6	Karlsborg.....	44	—	—	44	1	
F 7	Såtenäs.....	45	—	—	45	1	
F 8	Barkarby.....	35	—	—	35	1	
F 9	Säve.....	48	—	—	48	1½	
F 10	Barkåkra.....	49	—	—	49	1½	
F 11	Nyköping.....	49	—	—	49	1½	
F 12	Kalmar.....	57	13	26 + 31	114	3	
F 13	Norrköping.....	56	—	—	56	1½	
F 14	Halmstad.....	44	—	—	44	1	Jfr I 16
F 15	Östansjö.....	42	8	16 + 31	89	3	
F 16/ 20	Uppsala.....	52	—	—	52	1½	
F 17	Kallinge.....	46	—	—	46	1½	
F 18	Tullinge.....	50	—	—	50	1½	
F 21	Kallax.....	63	23	46 + 31	140	3½	

¹ Se noter under Armén

² I tidsåtgången har inräknats tid för hälso- och sjukvård av flygande personal enligt normen 1 biträdestimme per läkartimme, se bilaga 9, Flygvapnet kol. L.

KUNGL. BIBL.
1 2 JUN 1964
STOCKHOLM



STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Justitiedepartementet

Företagsinteckning. [10]
Svensk namnbok 1964. [14]
Utlåtande av Juristkommissionen i Wennerström-
affären. [15]
Rapport av parlamentariska nämnden i Wenner-
strömmaffären. [17]

Försvarsdepartementet

Krigsmaktens förbandssjukvård. [20]

Socialdepartementet

Bättre åldringsvård. [5]
Arbetstidsförkortningens verkningar. [9]

Finansdepartementet

Värdesåkringskommittén 1. Indexlån. Del I. [1]
2. Indexlån. Del II. [2]
Alkoholreklamen. [6]
Statens skogar och skogsindustrier. [7]
Kommunal skatteutjämning. [19]

Ecklesiastikdepartementet

1958 års utredning kyrka-stat III. Religionsfrihet.
[13] IV. Historisk översikt. Kyrkobegrepp. [16]

Jordbruksdepartementet

Kapitalutvecklingen i det svenska lantbruket. [8]
Älgfrågan. [11]
Veterinärmedicinsk forskning och undervisning.
Del II. [12]

Handelsdepartementet

Effektivare konsumentupplysning. [4]
Översättning av fördrag angående upprättandet
av Europeiska atomenergigemenskapen (Euratom)
och tillhörande dokument. [18]

Inrikesdepartementet

Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. [3]

