Hälso- och sjukvårds-personalen

- Ansvarsfrågor
- Samverkan

Huvudbetänkande av medicinalansvars-kommittén

1978: 26
SOU

Ref

Hälso- och sjukvårds-personalen

- Ansvarsfrågor
- Samverkan personal – patienter

Huvudbetänkande av medicinalansvars-kommittén

1978: 26
SOU

Statens offentliga utredningar
1978:26
Socialdepartementet

Hälso- och sjukvårdspersonalen

Ansvarsfrågor
Samverkan personal – patienter

Huvudbetänkande av
medicinalansvarskommittén
Stockholm 1978

Omslag Johan Hillbom
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-03784-X
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet Troedsson

Den 18 januari 1974 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga för att se över bestämmelserna angående tillsyn över personal inom hälso- och sjukvården m. m. samt att besluta om experter, sekreterare och annat arbetsbiträde åt de sakkunniga. Med stöd av bemyndigandet tillkallade departementschefen den 21 januari 1974 såsom sakkunniga regeringsrådet Ingmar Lidbeck, tillika ordförande, verkställande direktören i Sveriges läkarförbund Bo Hjern, landstingsrådet Gunnar Hjerne, riksdagsledamöterna Göran Karlsson och Erik Larsson samt landstingsmannen Sven Wilander.

Att såsom experter biträda de sakkunniga förordnades den 21 januari 1974 dåvarande överläkaren Birger Herner, hovrättsassessorn Lars Hultstrand, byråchefen i socialstyrelsen Börje Langton, medicinalrådet Kurt Roos, direktören i landstingsförbundet Sverre Royen och informationssekreteraren Birgitta Wistrand, den 11 februari 1974 dåvarande förste förbundssekreteraren i Svensk sjuksköterskeförening Gunni Kullberg, den 26 februari 1974 första skötaren Lilly Lundqvist, den 19 april 1974 förbundsdirektören i Sveriges tandläkarförbund Jan Erik Ahlberg, den 19 november 1975 – med entledigande av Ahlberg – tandläkaren Jan Malmqvist samt den 26 februari 1976 dåvarande utredningschefen Uncas Serner.

De sakkunniga har antagit namnet medicinalansvarskommittén (MAK).

Som sekreterare i kommittén har tjänstgjort fr. o. m. den 1 februari 1974 hovrättsassessorn Peter Prom, fr. o. m. den 1 maj 1974 – med samtidigt entledigande såsom expert – Birgitta Wistrand och fr. o. m. den 1 januari 1977 hovrättsassessorn Gertrud Holmquist.

Kommittén överlämnade i december 1976 delbetänkandet (Ds S 1976:9) Legitimation av psykolog och i oktober 1977 en rapport från en expertgrupp inom kommittén (SOU 1977:66) Patienten i sjukvården – kontakt och information.

Det huvudbetänkande som nu överlämnas innehåller förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. Betänkandet innehåller vidare bl. .a. förslag om särskilda organ för kontakt, information och hjälpförmedling – s. k. förtroendenämnder – inom varje sjukvårdsområde.

Betänkandet är enhälligt bortsett från att Göran Karlsson i två frågor anmält från majoriteten avvikande mening. Särskilda yttranden har avgivits av Börje Langton och Kurt Roos gemensamt samt av Uncas Serner.

På hemställan av riksdagen, skrivelse 1976/77:32, beslutade regeringen i december 1976 att till medicinalansvarskommittén överlämna motionen

1975/76:2068 om legitimation för vissa kiropraktorer. Kommittén avser att inom kort redovisa sina överväganden och förslag i denna fråga och vad som sammanhänger med den.

Stockholm i mars 1978

Ingmar Lidbeck

Bo Hjern *Gunnar Hjerne* *Göran Karlsson*

Erik Larsson *Sven Wilander*

/Peter Prom
Gertrud Holmquist
Birgitta Wistrand

Innehåll

Sammanfattning

Samhällets tillsyn över personal inom hälso- och sjukvården syftar till att den enskilde skall få god vård och behandling när han drabbas av sjukdom eller av annat skäl kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. Personalens åligganden är i stor utsträckning författningsmässigt eller på annat sätt centralt reglerade. Bestämmelserna är ofta förenade med straffrättsliga eller disciplinära befogenheter för att trygga efterlevnaden. Socialstyrelsen utövar de disciplinära befogenheterna och det är på olika sätt, bl. a. genom omfattande inspektionsrätt och genom rapporterings- och anmälningsskyldighet, sörjt för att styrelsen skall kunna följa personalens verksamhet.

De kommunala sjukvårdshuvudmännen med direkt ansvar inför väljarna har en omedelbar tillsyn över att vårdpersonalen inom deras fögderi är kvalificerad för sina uppgifter och fullgör dem i enlighet med de krav god hälso- och sjukvård ställer. Personalen inom den offentliga hälso- och sjukvården står dessutom under tillsyn av JO och JK.

Medicinalansvarskommittén har erhållit i uppdrag att se över bestämmelserna angående tillsyn över personal inom hälso- och sjukvården m. m. (frågor om ansvar och om information). Jämsides med kommittén arbetar andra utredningar med övergripande frågor rörande hälso- och sjukvården. Förutom hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) må här nämnas utredningen (S 1977:02) angående sjukvårdens inre organisation.

Kommitténs utredningsuppdrag i vad avser de informationsfrågor som inte direkt sammanhänger med ansvarsfrågorna för personalen inom hälso- och sjukvården har avslutats i juni 1977 genom rapporten (SOU 1977:66) Patienten i sjukvården – kontakt och information, vilken utarbetats av en expertgrupp inom kommittén.

I detta huvudbetänkande framlägger kommittén förslag till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. Häri upptas bestämmelser bl. a. om disciplinansvar och ordningen för dess utkrävande samt om återkallelse av legitimation. I lagförslaget finns också regler om rätt för patient att ta del av sina journaler inom den privata hälso- och sjukvården samt om förstörande av journalanteckningar. Kommittén föreslår att det straffrättsliga ansvaret för hälso- och sjukvårdspersonalen begränsas. Förslag om landstingskommunala nämnder (s. k. förtroendenämnder) med uppgift att främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt att åt patient förmedla den hjälp som förhållandena påkallar läggs fram.

Förslaget till *lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.* ersätter de för samhällets tillsyn över vårdpersonalen grundläggande bestämmelserna i kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende och lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. Någon motsvarighet till straffbestämmelsen i 4 § lagen 1975:100 föreslår dock inte kommittén. De skäl som år 1975 ledde till avskaffande av tjänstefel enligt dåvarande 20 kap. 4 § brottsbalken bör enligt kommittén föranleda att även det för hälso- och sjukvårdspersonalen särskilda straffrättsliga ansvaret begränsas. Varje åsidosättande av föreskrift om åliggande i yrkesutövningen bör inte heller för hälso- och sjukvårdspersonalen anses som brott.

I gällande rätt omfattar samhällstillsynen den s. k. medicinalpersonalen dvs. vissa i medicinalpersonalkungörelsen särskilt uppräknade grupper av personal. Denna metod att bestämma vilken hälso- och sjukvårdspersonal som skall stå under särskild tillsyn tar inte tillräcklig hänsyn till den moderna hälso- och sjukvårdens sätt att arbeta. Kommittén föreslår att personkretsen under socialstyrelsens tillsyn vidgas och att samhällstillsynen skall omfatta i princip all personal inom den hälso- och sjukvård för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar. Denna personal kallas i lagförslaget hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommittén förutsätter att socialstyrelsen även framdeles kommer att ha tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal samt ge föreskrifter och anvisningar om vårdens bedrivande och att styrelsen genom inspektioner och på annat sätt övar kontroll över vården.

Lagförslaget innehåller bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna åligganden. Frågor om hur personalen bör arbeta och vården i övrigt bedrivas tas i princip inte upp i betänkandet. Men vissa centrala och för patientens rättsställning grundläggande regler har tagits in i lagförslaget, såsom att patienten skall behandlas sakkunnigt och med omsorg samt med aktning och förståelse och har rätt till information om sitt hälsotillstånd och om planerad behandling. Dessa regler avser inte att införa något nytt utan endast att kodifiera vad som redan gäller.

Kommittén har övervägt att överlämna frågorna om disciplinansvar inom hälso- och sjukvården åt arbetsrättslig reglering men avvisat en sådan lösning bl. a. av hänsyn till patienternas intresse. I ett arbetsrättsligt grundat disciplinförfarande möter det svårigheter att ge patienten det inflytande över prövningen som bör tillkomma honom. Ett annat skäl som talar för ett disciplinansvar på offentligrättslig grund är att disciplinärendena stundom är svårbedömbara och kräver ett prövningsorgan som har överblick över hela vårdområdet.

För att ta till vara de fördelar närmast i utredningshänseende, som en decentralisering av disciplinärendenas handläggning synes kunna medföra, har kommittén övervägt inrättandet av regionala ansvarsnämnder med sjukvårdsregion som jurisdiktionsområde. Kommittén håller dock före att man med jurisdiktionsområden av denna storlek inte skulle vinna i utredningshänseende vad man förlorar i enhetlig bedömning av disciplinärendena. Förslaget i dessa delar innebär följaktligen att den nuvarande ordningen med ett disciplinansvar på offentligrättslig grund bibehålls samt att ansvarsfrågorna för personalen inom hälso- och sjukvården även framdeles skall

handläggas av en för hela riket gemensam specialinstans. Detta organ föreslås få namnet hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd får i huvudsak samma uppgifter som nuvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd. Denna utgör en del av socialstyrelsen. Kommittén föreslår att den nya ansvarsnämnden skall få en i förhållande till socialstyrelsen fristående ställning. Enligt förslaget skall ansvarsnämnden bestå av ordförande och sju andra ledamöter utsedda av regeringen. Ordföranden skall liksom f. n. vara jurist och erfaren i domarvärv. Övriga ledamöter skall ha särskild insikt i hälso- och sjukvård. Av dem bör enligt kommitténs mening en utses efter förslag av landstingsförbundet, en efter förslag av LO, en efter förslag av TCO och en efter förslag av Centralorganisationen SACO/SR.

I fråga om anhängiggörande av ärende i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd föreslår kommittén, att fråga om disciplinansvar tas upp på anmälan av JO, JK eller socialstyrelsen eller av patient som saken rör eller, om patient inte själv kan anmäla saken, nära anhörig till honom. Annan fråga som det ankommer på nämnden att pröva, t. ex. återkallelse eller återgivande av legitimation, tas upp på anmälan av socialstyrelsen eller på ansökan av den yrkesutövare saken gäller.

Patient eller nära anhörig till honom som gjort anmälan enligt vad nyss angivits föreslås bli part i det disciplinära förfarandet inför nämnden. Härigenom får han rätt till aktinsyn m. m. enligt förvaltningslagen (1971:290). Utförliga regler föreslås för handläggningen i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Förvaltningsprocesslagens (1971:291) bestämmelser har till stor del varit förebilden. Anmälaren får samma rätt som den anmälde att förebringa egen utredning och bevisning och att påkalla nämndens medverkan för fullständigande av utredningen.

När det gäller enskild anmälares besvärsrätt, dvs. rätt att i kammarrätt och regeringsrätten föra talan i disciplinärende, föreslås denne få sådan rätt i de fall ansvarsnämndens beslut gått honom emot i processuellt hänseende. Enskild anmälare får däremot inte besvärsrätt över beslut som innebär prövning i sak. I dessa fall föreslås att JO och JK – i likhet med vad som gäller beslut om disciplinansvar enligt lagen (1976:600) om offentlig anställning – får föra talan mot beslutet. Dessutom föreslår kommittén att socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet skall få föra talan mot beslut om bl. a. disciplinansvar.

De långa handläggningstiderna vid nuvarande ansvarsnämnd har kritiserats. Åtskilliga ärenden som anmälts till nämnden hör enligt kommitténs mening egentligen inte hemma där. Många anmälningar inrymmer inte ens påstående om fel eller försummelse av någon person. De innehåller i stället ofta förfrågningar av olika slag och synes ha sänts till ansvarsnämnden i avsaknad av annat lämpligt organ. Även det förhållandet att 85–90 % av ärendena i den nuvarande ansvarsnämnden lämnats utan åtgärd tyder på att det finns behov av andra organ än en central ansvarsnämnd, till vilka frågor, klagomål och kritik kan kanaliseras. Kommittén lägger fram vissa förslag i syfte att förkorta handläggningstiderna och koncentrera hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds arbete på de väsentliga uppgifterna.

Ansvarsnämndens arbete och därigenom handläggningstiderna är givetvis beroende av de resurser som är ställda till nämndens förfogande. Nuvarande

nämndens verksamhet har av socialstyrelsen kostnadsberäknats till ca 2,5 milj. kr per år med 1977 års löner. Det är vanskligt att förutsäga omfattningen av verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Även om vissa av kommitténs förslag är ägnade att verka i begränsande riktning torde i vart fall till en början motsvarande belopp behöva anslås för nämndens verksamhet. Kommittén understryker vikten av att nämnden får sådana resurser i personellt och ekonomiskt hänseende att nämnden kan arbeta snabbt utan att säkerheten eftersätts.

Kommitténs förslag om *förtroendenämnder* syftar till att komplettera de insatser för kontakt och hjälpförmedling inom hälso- och sjukvården som sjukvårdshuvudmännen redan vidtagit. Förtroendenämnden föreslås få författningsmässigt stöd i sjukvårdslagen. Inrättandet av förtroendenämnd blir fakultativt i den meningen att det står landsting (kommun) fritt att inrätta nämnden eller att lägga dess uppgifter på någon annan redan befintlig nämnd. Nämnden avses skola främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt åt patient förmedla den hjälp som förhållandena påkallar. Förtroendenämnderna torde komma att avlasta den centrala ansvarsnämnden ärenden som bättre lämpar sig för lokal behandling.

Förslaget om förtroendenämnder skall ses mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdspersonalen av olika anledningar – bristande kontakt, tidsnöd, missförstånd etc. – inte alltid lyckas tillgodose kontakt- och informationsbehovet. Patienten behöver i sådana fall någon att vända sig till med frågor samt med klagomål och kritik över den vård han fått. Klagomålen och kritiken kan ofta röra förhållanden som inte bottnar i fel eller försummelse av någon enskild och som därför inte lämpar sig för disciplinär behandling. Förtroendenämnd förutsätts få resurser att utreda klagomål och förmedla sakkunnig medicinsk och annan information. Nämnden kan förväntas söka samarbete med en rad myndigheter och organisationer. Kommittén understryker särskilt vikten av förtroendefullt samarbete mellan nämnden samt patienternas och personalens organisationer. Sjukvårdshuvudmännen får stor frihet att utforma nämndens verksamhet.

Förtroendenämndens utredningsresurser bör kunna tas i anspråk av även andra än patienter, t. ex. av ansvarsnämnden. Också den sjukvårdande personalen kan ha behov av att få utrett om anmärkning kan riktas mot viss behandling. Nämnden, som får antas ha ingående kännedom om lokala förhållanden och kunna relatera behandlingsfallet till föreliggande resurser, torde kunna bli en naturlig instans för personalen att vända sig till.

Ledamöter och suppleanter i förtroendenämnd skall väljas av landstinget eller kommunfullmäktige till det antal landstinget eller fullmäktige bestämmer. Nämnden bör ha ett kansli dit patient eller annan som önskar komma i kontakt med nämnden kan vända sig skriftligen eller per telefon eller vid personligt besök. Handläggare av ärende kan vara ledamot eller suppleant av nämnden eller tjänsteman.

I betänkandet tas upp vissa särskilda frågor som har ansetts ha nära samband med utredningen i övrigt.

Kommittén framlägger sålunda förslag om mera tidsenliga och enhetliga regler om *återkallelse av legitimation* (deslegitimation) och om meddelande

av ny legitimation till den som fått sin legitimation återkallad (relegitimation). Härvid samordnas dessa bestämmelser för alla legitimerade inom hälso- och sjukvård. Förslaget tar sikte på förmågan att utöva det speciella yrket.

Såsom har antytts inledningsvis innehåller förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. även vissa regler om *patientjournal.*

Patient föreslås få rätt att ta del av sin journal inom den privata hälso- och sjukvården – journal som ej är allmän handling – med samma begränsningar som gäller patientjournaler inom den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. om det kan ske utan att ändamålet med vården motverkas eller någons personliga säkerhet sätts i fara. Anser den som är ansvarig för journalen inom privat utövad vård att journalen eller del av densamma inte bör lämnas ut, skall frågan hänskjutas till socialstyrelsen för prövning.

Förstörande av journal, oavsett om den förts inom offentlig eller privat hälso- och sjukvård, föreslås kunna ske under vissa förhållanden. Prövningen skall ankomma på socialstyrelsen.

Lagförslag

Förslag till
Lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

Härigenom föreskrives följande.

Inledande bestämmelser

1 § Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i denna lag

1. personal vid sjukhus eller annan inrättning för vård av patienter som drives av det allmänna eller av enskild med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd,

2. den som utan att omfattas av 1. i egenskap av legitimerad yrkesutövare meddelar vård åt patienter eller tillhör personal som biträder sådan yrkesutövare i vården,

3. personal inom sådan detaljhandel med läkemedel för vilken gäller särskilda föreskrifter,

4. annan grupp av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen föreskriver skall omfattas av lagen.

Vid tillämpningen av första stycket 2. jämställes med legitimerad yrkesutövare den som enligt särskild föreskrift har motsvarande behörighet.

2 § Hälso- och sjukvårdspersonalen står i yrkesutövningen under tillsyn av socialstyrelsen.

3 § Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen, om föreskrifterna är påkallade till skydd för enskild eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter som avses i första stycket.

4 § Socialstyrelsen eller den som styrelsen förordnar har rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet.

Allmänna åligganden

5 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Han skall ge patienten tillfälle att själv medverka i vården och skall behandla patienten med aktning för dennes personliga integritet och med förståelse för de svårigheter som kan möta en vårdbehövande.

Den som har ansvaret för vården skall, i den mån det icke motverkar vården, tillse att patienten eller patientens nära anhöriga underrättas om patientens hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som står till buds.

6 § Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen får ej yppa något som har meddelats honom i förtroende i verksamheten eller obehörigen uppenbara vad han däri har erfarit om enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt. Vad som har sagts nu medför dock ej någon inskränkning i den skyldighet att lämna uppgifter som kan följa av annan författning.

7 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall på anmaning lämna socialstyrelsen de handlingar och upplysningar rörande verksamheten som styrelsen behöver för sin tillsyn. I anmaning får vite föreläggas.

Patientjournal

8 § Beträffande journal som hälso- och sjukvårdspersonalen enligt särskild föreskrift har att föra över meddelad vård eller behandling gäller, utöver vad som följer av andra bestämmelser, vad i 9–11 §§ är föreskrivet.

9 § Om rätt att ta del av journal som är allmän handling är särskilt föreskrivet.

Journal som ej är allmän handling skall på begäran av den vars vård eller behandling journalen avser tillhandahållas honom för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift, om tillhandahållandet kan ske utan att ändamålet med vården eller behandlingen motverkas eller någons personliga säkerhet sättes i fara.

10 § Fråga om utlämnande av journal enligt 9 § andra stycket prövas av den som är ansvarig för journalen. Anser han att journalen eller del av densamma ej bör lämnas ut, skall han genast hänskjuta frågan till socialstyrelsen för prövning och med eget yttrande överlämna journalen till styrelsen.

11 § På ansökan av den vars vård eller behandling journal avser får socialstyrelsen förordna att journalen eller del av densamma skall förstöras, om den ej uppenbarligen behövs för sökandens vård eller behandling eller det ej av allmänna skäl är påkallat att den bevaras. Vad nu har sagts gäller journal som förvaras inom hälso- och sjukvården.

Innan ansökan bifalles, skall den som ansvarar för journalen beredas tillfälle att yttra sig över ansökningen.

Meddelas förordnande enligt första stycket, äger socialstyrelsen vidta eller föreskriva de åtgärder för beslutets verkställande som styrelsen finner erforderliga.

Disciplinansvar

12 § Åsidosätter den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet vad som åligger honom i hans yrkesutövning och är felet ej ringa, får disciplinpåföljd åläggas honom. Disciplinpåföljd är erinran och varning.

Disciplinpåföljd får, om särskilda skäl föreligger, åläggas även den som ej längre tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

Disciplinpåföljd får dock ej i något fall åläggas arbetstagare därför att han deltagit i strejk eller därmed jämförlig stridsåtgärd.

13 § Har åtgärd vidtagits för att anställa åtal mot den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, får disciplinärt förfarande enligt denna lag ej inledas eller fortsättas i fråga om förseelse som avses med åtgärden.

Den mot vilken disciplinpåföljd enligt denna lag ifrågasättes skall anmälas till åtal, om han är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott, för vilket är föreskrivet fängelse.

14 § Har den mot vilken disciplinär åtgärd ifrågasättes ej inom två år efter förseelsen erhållit underrättelse enligt 29 § eller motsvarande underrättelse från riksdagens ombudsman eller justitiekanslern, får disciplinpåföljd enligt denna lag ej åläggas.

Återkallelse av legitimation m. m.

15 § Legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården skall återkallas om den legitimerade

1. visat grov oskicklighet vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket,
2. på grund av sjukdom eller därmed jämförligt förhållande ej kan utöva yrket tillfredsställande,
3. begär att legitimationen skall återkallas och hinder mot återkallelse ej möter ur allmän synpunkt.

Har någon på grund av auktorisation i annat nordiskt land vunnit legitimation inom hälso- och sjukvården i enlighet med särskilda föreskrifter och fråntages honom auktorisationen, skall även legitimationen återkallas.

16 § Föreligger grundad anledning antaga att legitimation bör återkallas enligt 15 § första stycket 2., får den legitimerade åläggas att låta sig undersökas av läkare som anvisas honom.

Har förordnats om läkarundersökning enligt första stycket, får legitimationen återkallas för tiden intill dess frågan om återkallelse av legitimationen har prövats slutligt.

17 § Har legitimation återkallats, skall legitimation åter meddelas när förhållandena medger det.

18 § Bestämmelserna i 15–17 §§ om legitimation gäller även annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

19 § Fråga om disciplinansvar enligt denna lag prövas av en särskild nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Nämnden prövar även fråga som avses i 15–18 §§ samt annan fråga om begränsning av legitimerad yrkesutövares behörighet.

20 § Ansvarsnämnden består av ordförande och sju andra ledamöter. De utses av regeringen för tre år. Ordföranden skall vara lagkunnig och erfaren i domarvärv. Övriga ledamöter skall ha särskild insikt i hälso- och sjukvård. Av dem utses en efter förslag av landstingsförbundet, en efter förslag av Landsorganisationen i Sverige, en efter förslag av Tjänstemännens centralorganisation och en efter förslag av Centralorganisationen SACO/SR. De tre återstående ledamöterna utses bland personer som kan anses särskilt företräda allmänhetens intresse.

För varje ledamot skall finnas erforderligt antal ersättare utsedda av regeringen för samma tid som ledamoten. Vad i första stycket sägs om behörighetsvillkor och om förslagsrätt skall äga motsvarande tillämpning i fråga om ersättare.

Har förslag till ledamot eller ersättare ej avgivits, förordnar regeringen ändå ledamot och ersättare till erforderligt antal.

21 § Ansvarsnämnden är beslutför med ordförande och fem andra ledamöter. Till sammanträde med nämnden skall samtliga ledamöter kallas. Anmäler ledamot förfall, skall ersättare för honom kallas.

Ordföranden får ensam avgöra ärende eller fråga, som ej innefattar slutligt avgörande i sak. Vad nu har sagts gäller ej beslut enligt 16 § eller utdömande av vite enligt 27 § andra stycket.

Ärende som har avgjorts enligt andra stycket skall anmälas vid nästa sammanträde med nämnden.

22 § I fråga om jäv mot den som handlägger ärende i ansvarsnämnden gäller bestämmelserna i 4 kap. rättegångsbalken om jäv mot domare.

23 § I fråga om omröstning i ansvarsnämnden gäller bestämmelserna i 29 kap. rättegångsbalken om omröstning i domstol med endast lagfarna ledamöter. Ordföranden säger först sin mening.

Handläggningen i ansvarsnämnden

24 § Fråga om disciplinansvar tages upp på anmälan av socialstyrelsen eller av patient som saken rör eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, nära anhörig till honom.

Annan fråga som avses i 19 § tages upp på anmälan av socialstyrelsen eller på ansökan av den som saken gäller.

Om rätt för riksdagens ombudsman och för justitiekanslern att göra anmälan som avses i första stycket är särskilt föreskrivet.

25 § Anmälan eller ansökan skall ske skriftligen.

26 § Är anmälan eller ansökan så ofullständig att den icke kan läggas till grund för prövning i sak, skall ansvarsnämnden förelägga anmälaren eller sökanden att inom viss tid avhjälpa bristen vid påföljd att hans talan annars ej tages upp till prövning.

27 § Ansvarsnämnden skall tillse att ärende blir så utrett, som dess beskaffenhet kräver. Överflödig utredning får avvisas.

Nämnden får infordra patientjournal eller annan handling som behövs för utredningen. Därvid får vite om högst 1 000 kronor föreläggas den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Utdömande av vite ankommer på nämnden.

28 § Förfarandet är skriftligt.

I handläggningen får ingå muntlig förhandling beträffande viss fråga, när det kan antagas vara till fördel för utredningen. Muntlig förhandling skall hållas, om den mot vilken åtgärd ifrågasättes begär det samt förhandlingen ej är obehövlig och ej heller särskilda skäl talar mot det.

29 § Anmälan eller ansökan, varigenom ärende anhängiggöres, och det som hör till handlingen skall tillställas den mot vilken åtgärd ifrågasättes. Mottagaren skall föreläggas att svara inom viss tid. I föreläggandet skall han erinras om sin rätt enligt 28 § att begära muntlig förhandling.

Underrättelse enligt första stycket behövs ej, om det är uppenbart att talan ej kan bifallas eller att underrättelse är onödig.

30 § Den som förelagts att svara skall göra det skriftligen, om ej ansvarsnämnden förordnar att svaret får lämnas vid muntlig förhandling.

Den som svarar skall ange om han godtager eller motsätter sig åtgärd som ifrågasättes. Motsätter han sig ifrågasatt åtgärd, bör han ange skälen härför och de bevis som han vill åberopa.

31 § Ansvarsnämnden skall ge anmälare tillfälle att ta del av svar och det som hör till svaret och att inom viss tid yttra sig skriftligen över detta, om det ej är obehövligt.

32 § Ansvarsnämnden får inhämta yttrande över fråga, som kräver särskild sakkunskap, från myndighet, tjänsteman eller den, som i övrigt har att gå till handa med yttrande i ämnet, eller anlita annan sakkunnig i frågan.

I fråga om sakkunnig gäller 40 kap. 2–7 och 12 §§ rättegångsbalken i tillämpliga delar.

Ersättning för utlåtande av myndighet, tjänsteman eller den som i övrigt har att gå till handa med yttrande utgår endast om det är särskilt föreskrivet.

Annan sakkunnig är berättigad till ersättning av allmänna medel för sitt uppdrag. Nämnden får bevilja förskott på sådan ersättning.

33 § Finner ansvarsnämnden att vittne eller sakkunnig behöver höras vid domstol eller att föreläggande behöver meddelas någon att som bevis tillhandahålla skriftlig handling eller föremål, skall nämnden hemställa därom hos den allmänna underrätt inom vars område den vistas som skall höras eller annars beröres av åtgärden.

Tillhandahålles utredning som behövs, skall rätten anställa förhör eller meddela föreläggande, om laga hinder ej möter.

I fråga om åtgärd enligt andra stycket skall i tillämpliga delar gälla vad som föreskrives om bevisupptagning i rättegång utom huvudförhandling.

34 § Till muntlig förhandling skall parterna kallas. Enskild får föreläggas att inställa sig personligen vid påföljd att hans utevaro ej utgör hinder för ärendets vidare handläggning och avgörande.

Enskild part, som inställt sig till muntlig förhandling, får tillerkännas ersättning av allmänna medel för kostnad för resa och uppehälle, om ansvarsnämnden finner att han skäligen bör ersättas för sin inställelse. Nämnden får bevilja förskott på ersättningen. Närmare bestämmelser om ersättning och förskott meddelas av regeringen.

35 § Innan ärende avgöres skall part ha fått kännedom om det som tillförts ärendet genom annan än honom själv och ha haft tillfälle att yttra sig över det, om det ej föreligger sådana skäl däremot som anges i 29 § andra stycket.

36 § Bestämmelserna i 14 § förvaltningslagen (1971:290) om begränsningar i rätten att ta del av det som har tillförts ärendet äger motsvarande tillämpning i fråga om underrättelse enligt 29 § första stycket, 31 § och 35 §.

37 § Bestämmelserna i 17 och 18 §§ förvaltningslagen (1971:290) skall tillämpas även på beslut enligt 16 §.

38 § Disciplinärende beträffande arbetstagare får ansvarsnämnden överlämna till arbetsgivaren för på honom ankommande åtgärd, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden ej är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patients rätt.

Talan mot beslut m. m.

39 § Mot ansvarsnämndens beslut enligt denna lag föres talan hos kammarrätt genom besvär.

40 § Talan mot ansvarsnämndens beslut som är slutligt får föras av

1. socialstyrelsen för att tillvarata allmänna intressen,
2. enskild som enligt 24 § första stycket äger anmäla fråga om disciplinansvar, om hans anmälan icke har tagits upp till prövning.
3. annan som beslutet angår, om det har gått honom emot.

Om rätt för riksdagens ombudsman och justitiekanslern att söka ändring

i beslut om disciplinansvar är föreskrivet i lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen och i lagen (1975:1339) om justitiekanslerns tillsyn.

41 § Talan mot annat beslut av ansvarsnämnden än som avses i 40 § får föras av den som beslutet angår, om det har gått honom emot.

42 § Mot ansvarsnämndens beslut, som ej innebär att ärendet avgöres, får talan föras endast i samband med talan mot beslutet i själva ärendet. Talan får dock föras särskilt när nämnden

1. ogillat invändning om jäv mot ledamot av nämnden eller invändning om att hinder föreligger för talans prövning,
2. avvisat ombud eller biträde,
3. förordnat rörande saken i avvaktan på ärendets avgörande,
4. förelagt någon att medverka på annat sätt än genom inställelse inför nämnden och underlåtenhet att iaktta föreläggandet kan medföra särskild påföljd för honom,
5. utdömt vite eller
6. förordnat angående ersättning för någons medverkan i ärendet.

43 § Har socialstyrelsen avslagit ansökan om förstörande av journal, föres talan hos regeringen genom besvär. Mot beslut att bifalla ansökan får talan icke föras.

44 § Beslut i fråga som avses i 19 § andra stycket länder omedelbart till efterrättelse, om ej annat förordnas.

45 § Har annat icke föreskrivits, är socialstyrelsen motpart till yrkesutövare som för talan mot ansvarsnämndens eller kammarrätts slutliga beslut enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den . Genom lagen upphäves, med den begränsning som anges nedan, lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.

1. Bestämmelsen i 9 § andra stycket nya lagen äger ej tillämpning på journal som har upprättats före lagens ikraftträdande.

2. Den som ej är att hänföra till medicinalpersonal enligt kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende får ej åläggas disciplinpåföljd enligt den nya lagen för fel som har begåtts före lagens ikraftträdande.

3. Vid handläggning i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd av sådant ärende om disciplinansvar eller återkallelse av legitimation som inkommit till socialstyrelsen före den nya lagens ikraftträdande tillämpas i stället för 24–37 §§ nya lagen motsvarande äldre bestämmelser för ärendets handläggning i medicinalväsendets ansvarsnämnd.

4. Vad i 3 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. föreskrives om tystnadsplikt skall alltjämt gälla för personal som avses i nämnda lag och som inte tillhör den i 1 § nya lagen avsedda hälso- och sjukvårdspersonalen.

Förslag till
Lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242)

Härigenom föreskrives i fråga om sjukvårdslagen (1962:242)
dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 10a §, av nedan angivna lydelse,
dels att 35 § skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse — *Föreslagen lydelse*

10a §

1 mom. I landstingskommun och kommun som ej tillhör landstingskommun skall finnas förtroendenämnd med uppgift att främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt att åt patient förmedla den hjälp som förhållandena påkallar.

Landstingskommunen eller kommunen får tillsätta en eller flera särskilda förtroendenämnder eller uppdraga åt annan nämnd att vara förtroendenämnd.

2 mom. I fråga om särskild förtroendenämnd tillämpas bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt.

Nuvarande lydelse — *Föreslagen lydelse*

35 §[1]

Den som är eller varit ledamot eller suppleant i sjukvårdsstyrelse eller direktion må ej till obehörig yppa något om patients hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt, om vilka han i sin nämnda egenskap erhållit kunskap.

Den som är eller varit ledamot eller suppleant i sjukvårdsstyrelse, *förtroendenämnd* eller direktion må ej till obehörig yppa något om patients hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt, om vilka han i sin nämnda egenskap erhållit kunskap.

---

[1] Senaste lydelse 1975:102

Denna lag träder i kraft den

Förslag till
Lag om ändring i transplantationslagen (1975:190)

Härigenom föreskrives i fråga om transplantationslagen (1975:190) *dels* att i lagen skall införas en ny paragraf, 12 §, av nedan angivna lydelse, *dels* att rubriken närmast före 11 § skall lyda "Besvär m. m."

Föreslagen lydelse

12 §

Utför någon uppsåtligen ingrepp i strid med denna lag, dömes till böter eller fängelse i högst sex månader, om ej gärningen är belagd med straff i brottsbalken.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen

Härigenom föreskrives att 21 § lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

21 §[1]

Ombudsman skall verkställa de utredningsåtgärder som fordras för prövning av klagomål och andra ärenden.

När ombudsman enligt regeringsformens föreskrifter begär upplysningar och yttranden, får han förelägga vite om högst 1 000 kronor. Ombudsman får utdöma försuttet vite.

Kan det misstänkas att befattningshavare som sägs i 7 § gjort sig skyldig till förseelse, för vilken disciplinpåföljd bör åläggas, och kan det befaras att skriftlig anmaning enligt 14 kap. 1 § första stycket lagen (1976:600) om offentlig anställning ej kan tillställas honom inom två år efter förseelsen, får ombudsman utfärda sådan anmaning.

Kan det misstänkas att befattningshavare som sägs i 7 § gjort sig skyldig till förseelse, för vilken disciplinpåföljd bör åläggas, och kan det befaras att skriftlig anmaning enligt 14 kap. 1 § första stycket lagen (1976:600) om offentlig anställning ej kan tillställas honom inom två år efter förseelsen, får ombudsman utfärda sådan anmaning. *Anmaning som nu har sagts gäller även som undderrät-*

[1] Senaste lydelse 1977:1023

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	telse enligt 29 § lagen (0000:000) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

När ombudsman är närvarande vid domstols eller myndighets överläggningar har han ej rätt att yttra sin mening.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till
Lag om ändring i förvaltningsprocesslagen (1971:291)

Härigenom föreskrives att 35 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	35 §[1]
Besvär över kammarrättens beslut i fråga som fullföljts till eller underställts kammarrätten prövas av regeringsrätten endast om regeringsrätten meddelat prövningstillstånd.	
Meddelas ej prövningstillstånd, står kammarrättens beslut fast. Erinran därom skall intagas i regeringsrättens beslut.	
Vad som sägs i första stycket gäller ej mål om utlämnande av allmän handling.	Vad som sägs i första stycket gäller ej mål om utlämnande av allmän handling *och talan, som i mål om disciplinansvar föres av riksdagens ombudsman eller justitiekanslern.*

Denna lag träder i kraft den

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket

Härigenom föreskrives i fråga om lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket

dels att 3–7a §§ skall upphöra att gälla,

dels att 12 § skall ha nedan angivna lydelse.

[1] Senaste lydelse 1977:1034

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
12 §[1]	
Talan mot socialstyrelsens beslut enligt *2–5, 7* eller i särskilt fall enligt 9 § föres hos kammarrätten genom besvär.	Talan mot socialstyrelsens beslut enligt 2 eller i särskilt fall enligt 9 § föres hos kammarrätten genom besvär.

Mot annat beslut av socialstyrelsen enligt denna lag föres talan hos regeringen genom besvär.

Beslut, som socialstyrelsen eller kammarrätten meddelat med stöd av denna lag, skall lända till omedelbar efterrättelse, om ej annorlunda förordnas.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket

Härigenom föreskrives i fråga om lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket

dels att 4–8 §§ skall upphöra att gälla,

dels att 13 § skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
13 §[2]	
Talan mot socialstyrelsens beslut enligt *3–6, 8* eller 10 § föres hos kammarrätten genom besvär.	Talan mot socialstyrelsens beslut enligt 3 eller 10 § föres hos kammarrätten genom besvär.

Mot annat beslut av socialstyrelsen enligt denna lag föres talan hos regeringen genom besvär.

Beslut, som socialstyrelsen eller kammarrätten meddelat med stöd av denna lag, skall lända till omedelbar efterrättelse, om ej annorlunda förordnas.

Denna lag träder i kraft den

[1] Senaste lydelse 1975:682.

[2] Senaste lydelse 1975:683.

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1976:600) om offentlig anställning

Härigenom föreskrives att 10 kap. 4 § lagen (1976:600) om offentlig anställning skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
10 kap.	
4 §	
Disciplinpåföljd som avses i 1–3 §§ får ej åläggas	Disciplinpåföljd som avses i 1–3 §§ får ej åläggas
1. krigsman, som är underkastad ansvar enligt 21 kap. brottsbalken,	1. krigsman, som är underkastad ansvar enligt 21 kap. brottsbalken,
2. medicinalpersonal, som i sin yrkesutövning står under socialstyrelsens inseende, om förseelsen har skett i denna yrkesutövning,	2. *hälso- och sjukvårdspersonal, som i sin yrkesutövning står under socialstyrelsens tillsyn, för förseelse i denna yrkesutövning av beskaffenhet att skola prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd,*
3. veterinär, som står under lantbruksstyrelsens inseende, om förseelsen har skett i utövning av veterinäryrket.	3. veterinär, som står under lantbruksstyrelsens inseende, om förseelsen har skett i utövning av veterinäryrket.

Denna lag träder i kraft den

1 Utredningsuppdraget

Dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, meddelade direktiv för utredningen i anförande till statsrådsprotokollet den 18 januari 1974.

Efter att ha lämnat en redogörelse för ansvarsregler m m avseende de personalgrupper inom hälso- och sjukvården som är ställda under socialstyrelsens tillsyn sammanfattade departementschefen vissa reformförslag enligt följande:

Ämbetsansvarskommittén har i betänkandet (SOU 1972:1) Ämbetsansvaret II framhållit bl. a. att det kan sättas i fråga om inte en begränsning bör ske i fråga om medicinalpersonalens särskilda straffansvar. Kommittén framhåller dock att frågan hänger nära samman med frågan om det allmännas tillsyn över huvud över medicinalpersonalen och att denna större fråga ligger utanför kommitténs utredningsuppdrag.

Ämbetsansvarskommitténs förslag har i de delar som särskilt rör medicinalpersonalen ej föranlett några erinringar under remissbehandlingen. Förslaget övervägs f. n. inom justitiedepartementet. Socialstyrelsen har beträffande medicinalpersonalen i sitt yttrande över kommitténs förslag hänvisat till ett från ansvarsnämnden inhämtat yttrande i vilket styrelsen instämmer. Ansvarsnämnden framhåller att det är angeläget att det även i fortsättningen finns ett centralt organ för tillsyn över medicinalpersonal och att möjlighet till disciplinär bestraffning behålls. Nämnden erinrar om att stark kritik riktats mot dess verksamhet från såväl patient- som läkarhåll. Kritiken tar sikte inte bara på att ärenden drar långt ut på tiden, utan riktar sig även mot nämndens organisation, dess arbetssätt och avgränsningen av dess kompetensområde. Nämnden pekar också på att dess beslut kan överklagas endast av den som blivit föremål för åtgärd från nämndens sida och att det inte finns någon som kan som part representera det allmännas intressen i ärendena. Enligt ansvarsnämnden bör en allsidig översyn ske av dessa frågor.

Sveriges läkarförbund har hemställt om en allsidig översyn av reglerna om ansvarsnämnden. Enligt läkarförbundet bör sammansättningen av nämnden göras mera allsidig. En representant för personalorganisation och en för sjukvårdshuvudmännen bör ingå i nämnden, eventuellt också en representant för patientsammanslutning. Läkarförbundet framhåller också att en vanlig anledning till anmälan är brist på information från läkaren till patienten om motiven för vidtagna eller underlåtna åtgärder och föreslår att på lokalt plan åtgärder vidtas för att förbättra kontakten mellan behandlande läkare och patient.

Vid vårsessionen 1973 behandlade riksdagen ett antal motioner angående vissa rättssäkerhets- och informationsfrågor m. m. inom sjukvården.

En översyn av ansvarsnämndens sammansättning och arbetssätt begärdes i motionen 1973:663. I motionen 1973:1166 ifrågasattes bl. a. om inte ansvarsnämndens uppgifter

i framtiden bör överföras på domstolarna för att det disciplinära ärendet och skadeståndstalan skall kunna handläggas i ett sammanhang. I motionen 1973:1190 begärdes översyn av ansvarsnämndens verksamhet.

I sitt av riksdagen godkända betänkande (SoU 1973:10, rskr 1973:179) förutsatte socialutskottet att de i motionerna 1973:663, 1166 och 1190 anförda synpunkterna rörande ansvarsnämndens arbete övervägs av en eventuell utredning beträffande ansvarsnämndens sammansättning och verksamhet. Utskottet framhöll vidare att utredningen bör få i uppdrag att närmare överväga frågor om formerna för information och kommunikation på sjukvårdsområdet. Utskottet ansåg vidare att det kan vara motiverat att utredningen närmare belyser även rättssäkerhets- och integritetsfrågor på sjukvårdsområdet som inte redan lösts genom lagstiftning eller är föremål för särskild utredning.

Departementschefen drog därpå upp de grundläggande riktlinjerna för utredningsarbetet avseende samhällets tillsyn över personalen inom hälso- och sjukvården:

Av det anförda framgår att det råder mycket delade meningar om ansvarsnämndens nuvarande verksamhet. En allsidig översyn bör därför ske av reglerna för samhällets tillsyn över personalen inom hälso- och sjukvården, vilken tillsyn hänger nära samman med tillsynen över vården. Jag förordar att särskilda sakkunniga tillkallas för att företa översynen. De sakkunniga bör därvid överväga i vilken utsträckning personalen inom hälso- och sjukvården i fortsättningen bör vara underkastad speciell tillsyn. Härvid bör det förhållandet att nya personalkategorier successivt kommer till inom vårdverksamheten liksom sambandet mellan behörighets- och utbildningskrav samt ansvarsfrågan beaktas. Vidare bör uppmärksammas den utveckling som sker mot ett samarbete i vården mellan olika personalkategorier, s. k. lagarbete. I detta sammanhang bör även övervägas om beteckningen medicinalpersonal bör behållas. Det förutsätts att utredningen bereder olika personalorganisationer tillfälle att lägga fram sina synpunkter.

De sakkuniga bör i första hand sträva efter att bibehålla den nuvarande ordningen med en för hela riket gemensam specialinstans för handläggning av ansvarsfrågor beträffande personalen inom hälso- och sjukvården. Som framgår av det som förut sagts bör särskild uppmärksamhet ägnas åt ett sådant organs sammansättning och arbetsformer samt åt frågor om partsställning och besvärsrätt.

Som jag tidigare framhållit ifrågasatte ämbetsansvarskommittén om inte hälso- och sjukvårdspersonalens särskilda straffansvar borde begränsas. De sakkunniga bör överväga även denna fråga.

I fortsättningen av anförandet övergick departementschefen till att behandla andra näraliggande frågor om patienternas rättssäkerhet och integritet och om betydelsen av att den enskilde patienten är väl informerad. Han anförde:

Genom tillkomsten av rättshjälpslagen (1972:429) och förvaltningslagen (1971:290) har den enskildes rättssäkerhet förbättrats även på sjukvårdsområdet. Den nya skadeståndslagen (1972:207) reglerar bl. a. skadestånd i samband med offentlig verksamhet. En utredning angående ansvar för produktskador (Ju 1973:8) har nyligen tillsatts. Vidare pågår inom Landstingsförbundet ett arbete som syftar till bestämmelser om ersättningsansvar för kroppsskada i samband med sjukvård. Offentlighets- och sekretesslagstiftningskommittén (Ju 1970:49) sysslar bl. a. med frågor om handlingssekretess inom sjukvårdens område. Åtskilligt har sålunda gjorts eller görs i syfte att förstärka den enskildes rättssäkerhet och integritet på detta område.

För att de nämnda reformerna skall få full effekt krävs emellertid att patienterna känner till sina rättigheter. För patienternas möjligheter att bevara sin integritet under

sjukhusvistelse är det också av stor betydelse att de får tillräckligt med information från den behandlande personalen om sitt hälsotillstånd och den behandling som pågår eller planeras. Det är vidare viktigt att personalen kan ge patienten och hans anhöriga personligt och emotionellt stöd under sjukdomstiden.

I syfte att förbättra informationen har Landstingsförbundet låtit utarbeta ett förslag till normalinformation till patienter. I förslaget finns såväl praktiskt lokalt anpassade råd som upplysningar om de rättigheter en patient har. Även kontaktvägar, samverkansfrågor och tystnadsplikt tas upp i förslaget. Antalet kuratorer vid sjukhusen har vidare ökat under senare år. Försöksverksamhet med kontaktmän har startats i flera landsting. Stora resurser har också satsats på grundutbildning och vidareutbildning av personalen.

Departementschefen uppdrog härefter åt de sakkunniga att överväga vilka ytterligare åtgärder som kunde vidtas för att förbättra kontakterna mellan de för vården ansvariga och patienterna och anförde vidare i denna del:

Olika patientorganisationer bör därvid beredas tillfälle att föra fram sina synpunkter. De sakkunniga bör sträva efter lösningar som knyter an till den sjukvårdspolitiska målsättningen att decentralisera sjukvården och till strävandena att förbättra närservicen och kontinuiteten inom hälso- och sjukvården. De sakkunniga bör därvid söka finna lösningar som kan genomföras genom vederbörande sjukvårdshuvudmans försorg och som är utformade på ett sådant sätt att de mänskliga kontakterna mellan patienten och de för sjukvården ansvariga underlättas och att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare upprätthålls.

Departementschefen uttalade härefter att de sakkunniga även borde kunna ta upp andra frågor, bl. a. andra rättssäkerhets- och integritetsfrågor som aktualiserades under arbetets gång och som föll inom ramen för utredningen. Som exempel på en sådan fråga nämnde departementschefen rätten för en patient inom den privata hälso- och sjukvården att ta del av sin sjukjournal.

Avslutningsvis anförde departementschefen att de sakkunniga borde utarbeta förslag till de författningsändringar som behövs.

Från regeringen har därefter till medicinalansvarskommittén överlämnats följande skrivelser:

1. den 19 augusti 1976 riksdagens skrivelse den 18 maj 1976, 1975/76:348, med anledning av motioner om legitimation för psykologer,
2. den 9 december 1976 riksdagens skrivelse den 1 december 1976, 1976/77:32, med anledning av motioner om vissa icke-konventionella behandlingar och behandlingsmetoder inom sjukvården, m. m.,
3. den 21 april 1977 skrivelse från Patienternas riksförbund den 5 april 1977 om rätt att få sjukjournal eller del därav ändrad, då journalen innehåller felaktiga uppgifter eller har utformats på ett för patienten kränkande sätt,
4. den 2 juni 1977 skrivelse från Svenska chiropraktorsällskapet den 5 maj 1977 med synpunkter i fråga om legitimation av chiropraktorer m. m.

I enlighet med direktiven har kommittén berett olika personal- och patientorganisationer tillfälle att föra fram sina synpunkter. Detta har främst fullgjorts genom att kommittén i början av utredningsarbetet tillskrivit 27 personal- och 32 patientorganisationer såsom närmare redovisas i avsnitt 9. Kommittén har även vid andra tillfällen mottagit skrivelser från organisationer och enskilda med synpunkter på frågor om ansvar m. m. inom

hälso- och sjukvården. De organisationer som önskat lämna synpunkter muntligen har gjort detta inför kommittén eller representanter för kommittén.

Kommittén har haft fortlöpande kontakt och samråd med bl. a. hälso-och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) och utredningen (S 1977:02) om sjukvårdens inre organisation.

Kommittén har avgivit yttranden den 29 augusti 1975 över JO-utredningens betänkande (SOU 1975:23) JO-ämbetet – uppgifter och organisation samt den 23 december 1975 över ett inom Nordiska rådet väckt förslag om auktorisation m. m. för kiropraktorer (A 467/s).

Kommittén har i november 1976 avgivit delbetänkandet (Ds S 1976:9) Legitimation av psykolog och i juni 1977 en rapport från en expertgrupp inom kommittén (SOU 1977:66) Patienten i sjukvården – kontakt och information.

2 Hälso- och sjukvården i översikt

Hälso- och sjukvård meddelas av dels det allmänna i olika huvudmannaskap (staten, landsting, kommuner), dels privata sammanslutningar och enskilda yrkesutövare. En schematisk översikt över hälso- och sjukvårdens organisation, över olika huvudmannaskap samt över sjukvårdsinrättningar och vårdformer inom det allmännas öppna vård har intagits som *bilaga 1* till betänkandet.

2.1 Den centrala förvaltningen

Statsmakternas övergripande ansvar för och inflytande över hälso- och sjukvården, i syfte att ge patienterna den trygghet de har rätt att kräva, utövas huvudsakligen genom olika styrningsmekanismer. I socialdepartementet bereds regeringsärenden rörande hälso- och sjukvården. Inom departementet är sedan år 1965 tillsatt en *sjukvårdsdelegation* med uppgift att följa sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. I delegationen ingår representanter för departementet, socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen m. fl. Delegationen gör bl. a. upp program för fördelning av läkartillskott och för specialistutbildning av läkare. Delegationen anger vidare riktlinjer för prioritering av byggnadsinvesteringar inom sjukvårdssektorn. Vidare bör i detta sammanhang nämnas att socialdepartementet bereder regeringsärenden rörande den allmänna försäkringen över vilken medborgarnas utgifter för bl. a. sjukvård och tandvård ersätts i icke obetydlig utsträckning.

2.1.1 *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen är central statlig förvaltningsmyndighet inom socialdepartementets verksamhetsområde för ärenden som rör bl. a. hälso- och sjukvården samt läkemedelsförsörjningen i den mån det inte ankommer på annan statlig myndighet att handlägga sådana ärenden. Enligt sin instruktion (1967:606) skall styrelsen bl. a. 1) handlägga frågor om riksplanering av de under styrelsen lydande verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande av såväl de enskildas behov av vård som behovet av samordning av landets vårdresurser och tillgången på utbildad arbetskraft, 2) följa och stödja den regionala och lokala planeringen

inom styrelsens verksamhetsområde, 3) bedriva upplysningsverksamhet inom styrelsens verksamhetsområde samt 4) ha tillsyn över den sjukdomsförebyggande vården, den öppna och den slutna sjukvården, tandvården, efterlevnaden av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, sjuktransportväsendet och över efterlevnaden av läkemedelsförordningen.

Hösten 1974 tillsattes en utredning inom socialstyrelsen (Översynsutredningen, ÖSoS) med uppgift att se över styrelsens arbetsuppgifter och organisation. Socialstyrelsen har den 1 februari 1978 till socialdepartementet överlämnat utredningens slutrapport avseende verksamhetens organisation och arbetsformer.

Sammanfattningsvis skulle styrelsens uppgifter kunna sägas vara att övergripande samordna och planera sjukvårdens uppläggning, att råda och upplysa i sjuk- och hälsovårdsfrågor, samt att ha tillsyn över vårdverksamheten i dess faktiska utformning. Vilka befogenheter som därvid följer med skyldigheten att "ha tillsyn över" är icke närmare specificerat. Allmänt torde dock gälla att myndigheter med tillsynsansvar har till uppgift att – inom de ramar som statsmakterna har dragit upp – leda och påverka utvecklingen inom sitt verksamhetsområde samt att föreslå regeringen de åtgärder inom området som ankommer på statsmakterna. I praktiken torde tillsynsfunktionen vara att så förstå att den skall avse, 1. kontroll av att gällande bestämmelser följs, 2. utveckling av normer för verksamhetsområdet med hänsyn till lagstiftning, till övriga statsmakternas intentioner eller till förändringar inom området, samt 3. förmedling av dessa normer till berörda intressenter.

Tillsynsfunktionens innebörd och syfte är alltså *kontroll, ledning* och *utveckling*. (Se riksdagens revisorers skrivelse 1976-09-23 angående viss på socialstyrelsen ankommande tillsynsverksamhet m. m.)

Socialstyrelsen utövar sin tillsyn genom 1. inspektioner, 2. införskaffande av rapporter från olika verksamhetsgrenar, 3. meddelande av föreskrifter och anvisningar.

Inspektioner

Enligt 5 § sjukvårdslagen (1962:242) utövas högsta tillsynen över landstingskommuns sjukvårdande verksamhet av socialstyrelsen. Enligt 1 § andra stycket samma lag gäller samma regler även de landstingsfria kommunerna. Motsvarande bestämmelser återfinns i 13 § lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda och 3 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m. I 1 § sjukvårdskungörelsen (1972:676) angavs fram till den 29 april 1975 att socialstyrelsen med lämpliga tidsmellanrum skulle låta inspektera den sjukvårdande verksamhet som står under styrelsens tillsyn enligt sjukvårdslagen och att sådan inspektion dessutom skulle göras när särskild anledning därtill förekom. Bestämmelsen har numera ersatts av 2 § lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. En bestämmelse motsvarande den tidigare 1 § sjukvårdskungörelsen återfinns i 9 § stadgan (1968:146) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

Socialstyrelsen är chefsmyndighet för *länsläkarväsendet*. Enligt instruktionen (1965:792) för länsläkarväsendet skall länsläkarna ha till huvudsaklig uppgift att verka för den allmänna hälsovårdens främjande och följa planeringen av den allmänna sjukvården, ha tillsyn över vissa inrättningar, den öppna sjukvården och personer, som yrkesmässigt utövar hälso- och sjukvårdande verksamhet. Närmare om organisationens åligganden sägs i 5 och 6 §§ instruktionen. Varje län utgör ett länsläkardistrikt.

Riksdagens revisorer lät år 1975 granska hur socialstyrelsen utförde sin tillsynsverksamhet i praktiken (granskningspromemoria 13/1975). Av utredningen framgick bl. a. att socialstyrelsens egen inspektionsverksamhet hade olika omfattning och utformning beroende på vilket verksamhetsområde, som handhades. Sålunda hade beträffande den slutna kroppssjukvården (byrå SN 2) gjorts under år 1973 tre inspektioner, under år 1974 ingen och under tiden januari – juli 1975 två inspektioner. Inom den psykiatriska vårdens område gjordes under åren 1971–1973 inspektioner enligt följande:

	Antal enheter			Utförda inspektioner
	1971	1972	1973	1971–73
Sjukhus-klinik	59	63	67	32
Landstingskommunala sjukhem	89	90	88	23
Enskilda vårdhem	133	143	152	80
Summa	281	296	307	135

Rapportering

Enligt en rad författningsbestämmelser har olika inrättningar och befattningshavare ålagts att fortlöpande rapportera till socialstyrelsen om sin verksamhet. Exempelvis gäller enligt 4 § sjukvårdskungörelsen att sjukvårdsstyrelse är skyldig att före den 1 maj varje år avge redogörelse för verksamheten under nästföregående år inom läkardistrikten och vid sjukhusen. Årsberättelser skall vidare avges från bl. a. länsläkare och stadsläkare, dispensärverksamheten, distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor, psykiska barn- och ungdomsvården, mödra- och barnavårdscentralerna, enskilda vårdhem och omsorgsverksamheten.

Föreskrifter och anvisningar

I ett stort antal författningar har socialstyrelsen erhållit bemyndigande att meddela närmare föreskrifter och anvisningar för hur verksamheten skall bedrivas. Som exempel kan nämnas sjukvårdskungörelsen där bl. a. sägs att "socialstyrelsen meddelar de ytterligare föreskrifter om inrättande av läkartjänst som behövs" och "socialstyrelsen får meddela föreskrifter om journaler m. m. och fastställa blanketter till de formulär som behövs". Sådana föreskrifter liksom andra anvisningar, vilka mer kan ses som en utlöpare av socialstyrelsens allmänt rådgivande funktion, meddelas i form av bl. a.

kungörelser, cirkulär och instruktioner. Fr. o. m. år 1976 utger socialstyrelsen bl. a. 1. socialstyrelsens författningssamling (SoS FS), 2. "Socialstyrelsen anser" ("SoS anser") 3. "Socialstyrelsen redovisar" och 4. serien "Meddelandeblad".

2.2 Landsting och kommuner

2.2.1 *Hälso- och sjukvård enligt sjukvårdslagen m. m.*

Ansvaret för att sjukvård anordnas åt människorna från det allmännas sida åvilar i allt väsentligt landstingskommunerna och därutöver tre landstingsfria kommuner (sjukvårdshuvudmännen). Enligt nu gällande sjukvårdslag (1962:242) har varje sådan kommun skyldighet att inom sitt område svara för såväl öppen som sluten *vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd,* i den mån inte annan drar försorg härom. Vidare åligger det sjukvårdshuvudmannen att tillse att det inom sjukvårdsområdet finns en ändamålsenlig sjuktransportorganisation. Enligt särskild lagstiftning svarar landstingskommunerna och motsvarande tre kommuner även för *omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda* samt för *tandvård* i närmare angiven utsträckning /folktandvårdslagen (1973:457)/.

Landstingskommunerna är 23 till antalet, vartill kommer tre kommuner (Göteborg, Malmö och Gotland) som ej deltar i landsting. Riket är således indelat i 26 s. k. sjukvårdsområden. Dessa är emellertid för små för vissa vårdformer och därför inrättades enligt riksdagsbeslut år 1960 den s. k. regionsjukvården. Denna innebär att man indelat riket i sju sjukvårdsregioner som är så stora att var och en lämnar ett tillräckligt befolkningsunderlag för att motivera kliniker för varje slag av specialistvård. Regionsjukvården är inte reglerad i lag. Dess utformning har överlämnats åt sjukvårdshuvudmännen att i samarbete bestämma.

Ledningen av landstingskommunens sjukvårdande verksamhet utövas som regel av en *sjukvårdsstyrelse,* vars ledamöter – minst fem till antalet – väljs av landsting eller, i förekommande fall, kommunfullmäktige. Sjukvårdsstyrelsen skall med uppmärksamhet följa sjukvårdens behov och utveckling samt inför landstinget framlägga de förslag rörande sjukvården som finns påkallade. Styrelsen skall verka för främjande av största möjliga planmässighet i vården. Såsom chef för förvaltningen av sjukvården närmast under styrelsen kan landstingen anställa en särskild tjänsteman, *sjukvårdsdirektör.*

Vårdformen bestäms företrädesvis av de sjukdomar eller de patienter som behandlas. Man kan skilja mellan t. ex. förebyggande vård, akut vård och vård av långvarigt sjuka. Vården meddelas f. n. dels inom den slutna vården, dels inom öppen vård. Med *sluten vård* avses enligt 2 § sjukvårdslagen sådan vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd som fordrar intagning på anstalt (sjukhus). Vård som meddelas åt personer som inte är intagna på sjukhus är *öppen vård.* Sjukhusen indelas i (6 § SjvL) *lasarett,* om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art och *sjukstuga* om det företrädesvis är avsett för mindre krävande vård. Vidare benämns vissa sjukhus *sjukhem,* nämligen om de till huvudsaklig

del är inrättade för vård av långvarigt sjuka främst i behov av personlig skötsel, lättskötta psykiskt sjuka, konvalescenter eller liknande vårdbehövande.

Närmast under sjukvårdsstyrelsen utövas tillsynen vid och förvaltningen av sjukhus av en *direktion,* bestående av minst fem av landstinget (eller motsvarande) valda ledamöter. Direktionen kan vara gemensam för två eller flera sjukhus; i vissa fall kan sjukvårdsstyrelsen själv utgöra direktion. Den direkta ledningen av sjukhus utövas under direktionen av en *sjukhusdirektör* eller en läkare vid sjukhuset såsom *styresman.* Om sjukhusdirektören inte är läkare skall en läkare vid sjukhuset utses till *chefsläkare* och biträda sjukhusdirektören i medicinska angelägenheter.

Vid varje sjukhus skall enligt sjukvårdslagen (16 §) finnas läkare, som har att ansvara för vårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande. Dessa kallas vid lasarett *överläkare,* vid sjukstuga *sjukstugeläkare* och vid sjukhem *sjukhemsläkare.* Vidare må anställas biträdande överläkare, avdelningsläkare, extra läkare och underläkare, dock att läkartjänster i allmänhet inte får inrättas utan socialstyrelsens medgivande. Lagen reglerar ingående hur läkartjänster skall tillsättas. Vad gäller annan personal än läkare säger sjukvårdslagen endast att för den sjukvårdande verksamheten skall finnas anställd den personal, som erfordras för att god vård skall kunna meddelas (23 §).

Den *öppna vården* bedrivs i och utom sjukhusen. Den väsentligaste delen av öppna vården bedrivs inom distriktsläkarväsendet och distriktsvården i övrigt.

Distriktsläkarna och *distriktssköterskorna* kan sägas utgöra ryggraden i den öppna vården. Distriktssköterskorna svarar för en avsevärd mängd sjukvård i patienternas hem och på egen mottagning, bedriver hälsoupplysning samt medverkar inom den förebyggande vården såsom barnhälsovård och skolhälsovård. För distriktssköterskornas verksamhet har socialstyrelsen år 1967 utfärdat en normalinstruktion.

Huvudmannaskapet för *sjuktransportväsendet* åvilar sedan år 1964 sjukvårdshuvudmännen (3 § tredje stycket sjukvårdslagen). I samband med genomförandet uttalade departementschefen bl. a. att varje huvudman borde få söka sig fram till den inom hans område lämpligaste transportorganisationen. Som allmänt mål borde gälla, att organisationen skulle äga en hög insatsberedskap och en tillfredsställande transportkapacitet samt att personalen skulle vara väl utbildad för sin uppgift och fordonen lämpligt utformade och utrustade (prop. 1964:159). I praktiken har huvudsakligen tre modeller utvecklats för fullgörande av transportskyldigheten: verksamheten utövas av sjukvårdshuvudmännen i egen regi, av kommunalt brandförsvar eller av taxi eller annat enskilt företag. Försöksverksamhet med ambulanshelikopter för sjuk- och olycksfallstransporter har prövats i några landsting. Ambulans- och räddningsflygtjänst bedrivs dock huvudsakligen i statlig regi under rikspolisstyrelsens ledning. Landet är för dessa typer av flygningar indelat i sex regioner. Flygning utförs med avtalsbundna, civila flygplan, med polishelikoptrar eller, i särskilt brådskande fall, med militärt flyg. En ökad uppmärksamhet ägnas alarmeringscentralernas betydelse för ett fungerande sjuktransportsystem. F. n.. finns inom de flesta sjukvårdsområden särskilda jourcentraler som betjänas av läkare och sjuksköterskor. Under

senare år har samhällets alarmeringsfunktioner i stort – ambulans, brandförsvar osv. – börjat sammanföras i regionala alarmeringscentraler (länsalarmeringscentraler – LAC). Ett särskilt bolag för verksamheten har bildats av Svenska kommunförbundet, landstingsförbundet och televerket.

Utan direkt reglering i sjukvårdslagen bedrivs i landstingens regi även viss specialverksamhet för öppen vård. Exempel härpå är mödra- och barnhälsovård, psykisk barna- och ungdomsvård och abortförebyggande verksamhet.

År 1975 fanns ca 2 000 *mödra- och barnavårdscentraler* i landet. Verksamheten inom den *öppna psykiska barna- och ungdomsvården* bedrivs i anslutning till sjukhus med barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, vid rådgivningscentraler eller filialer. Verksamheten bedrivs också vid behandlingshem. Vid utgången av år 1975 fanns i samtliga landstingskommuner centraler anslutna till sjukhus med barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Antalet fristående centraler uppgick till 40 huvudsakligen belägna i Stockholms och Göteborgs kommuner. Inom den psykiska barna- och ungdomsvården arbetar läkare, psykologer, kuratorer samt pedagogassistenter. Den *abortförebyggande verksamheten* bedrivs vid ett 30-tal byråer inom olika landsting och kommuner utom landsting. Verksamheten, som erhåller statsbidrag, förestås vanligtvis av kuratorer.

Vissa landsting har träffat avtal med privat drivna *laboratorier* för t. ex. klinisk kemi, cytologi och patologi samt med röntgenavdelningar om utförande av tjänster åt landstingens inrättningar.

Härutöver skall slutligen nämnas att landstingsbidrag utgår till vissa primärkommuner och enskilda, som driver vård av långvarigt kroppssjuka, vård av psykiskt sjuka, epileptikervård och vård av psykiskt utvecklingsstörda m. m. På sina håll har inrättats särskilda sjukavdelningar vid de primärkommunala ålderdomshemmen, för vilka avdelningar landstingen bestrider kostnaden. I andra fall vårdas sjuka gamla inom den egentliga ålderdomshemsverksamhetens ram, varvid landstingen bidrar med kostnaden för bäddplats. I detta sammanhang må även nämnas att enligt avtal mellan sjukvårdshuvudmännen och resp. primärkommun biträder de kommunalt anställda *hemsamariterna* vid vård i hemmet av långvarigt sjuka under ledning av distriktsläkaren och distriktssköterskan. Kostnaden härför bestrids av sjukvårdshuvudmannen. Totala antalet verksamma hemsamariter i landet uppgår till ca 60 000.

Om landstingskommun bidrar till driftkostnaden för sjukvårdsanstalt utan att likväl kunna anses driva den, kan regeringen förordna att sjukvårdslagen och med stöd därav meddelade föreskrifter helt eller delvis skall tillämpas på anstalten (2 § 2 mom sjukvårdslagen). Enligt 32 § sjukvårdslagen skall lagens regler gälla för sådan anstalt som drivs av primärkommun och är inrättad för ombesörjande av sluten vård, om inte regeringen medgivit undantag.

2.2.2 *Tandvård*

Landstingskommun och motsvarande kommuner skall enligt folktandvårdslagen (1973:457) svara för avgiftsfri tandvård för barn och ungdom som är bosatta inom landstingskommunen samt för viss annan tandvård. Vuxna

patienter och övergångsvis 17–19 åringar omfattas av den genom riksdagsbeslut år 1973 från den 1 januari 1974 gällande allmänna tandvårdsförsäkringen.

Folktandvården bedrivs dels som distriktsindelad allmäntandvård, dels som specialisttandvård. Huvuddelen av folktandvårdens verksamhet bedrivs vid flermanskliniker. Sådana kliniker förekommer endast undantagsvis på den privata sektorn. Folktandvårdens resurser är i första hand inriktade på att omhänderta barn och ungdom. Under år 1976 fick enligt socialstyrelsens statistik 1 624 800 patienter fullständig behandling i folktandvården, varav 1 336 600 var barn och ungdom i åldern 0–19 år.

De i folktandvården verksamma tandläkarna utgjorde år 1976 något mindre än hälften av samtliga i riket verksamma tandläkare. Enligt riksdagsbeslut år 1973 skall hela det årliga nettotillskottet av tandläkare fram till år 1980 tillföras folktandvården. Tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniker är de övriga yrkesgrupper som medverkar i folktandvården.

2.2.3 *Omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda*

Enligt lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda (omsorgslagen) ansvarar landsting och motsvarande kommun för att utvecklingsstörda som är bosatta inom kommunen bereds undervisning och vård och blir föremål för övriga omsorger. Undantag utgör viss undervisning för utvecklingsstörda med syn- eller hörselskada, för vilken undervisning staten är ansvarig. Ledningen av verksamheten sköts av en särskild landstingskommunal nämnd, den s. k. omsorgsstyrelsen. Undervisningen av psykiskt utvecklingsstörda meddelas främst vid särskola. För denna del av verksamheten är skolöverstyrelsen tillsynsmyndighet. Vården av psykiskt utvecklingsstörda meddelas vid bl. a. vårdhem och specialsjukhus. De som inte behöver vistas på sådan anstalt men inte heller kan bo hemma, bereds bostad i enskilt hem, inackorderingshem eller elevhem. För specialsjukhus gäller sjukvårdslagens regler i tillämpliga delar. För övriga inrättningar skall finnas läkare som ansvarar för den medicinska vården. Tillsynsmyndighet vad gäller den del av verksamheten som inte hänger samman med undervisningen är socialstyrelsen.

2.2.4 *Planerade förändringar*

Enligt socialstyrelsens principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (1973) bör hälso- och sjukvården framdeles byggas upp på tre huvudelement kallade primärvård, länssjukvård och regionsjukvård, ettvart med sitt särskilda ansvarsområde. Primärvården skall i första hand svara för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde. När primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder som erfordras beträffande en patient, kan ansvaret för patienten tillfälligt övergå till den mer specialiserade läns- och regionsjukvården, men så snart man där anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, skall ansvaret återgå till primärvården. Varje sjukvårdsområde skall enligt planen vara uppdelat i primärvårdsområden, formellt motsvarande sjukvårdslagens läkardistrikt. Primärvården avses bli förlagd till ett stort antal öppenvårdscentraler, som skall kunna ge ett allsidigt

vårdutbud. Förutom distriktsläkarna (i första hand allmänläkare men även specialister) skall vid centralerna finnas distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och eventuellt kuratorer, psykologer m. fl. Normalt skall en vårdcentral komma att betjäna ett upptagningsområde omfattande 20 000–50 000 personer. – I framtidens hälso- och sjukvård kommer med största sannolikhet även en allt större del av verksamheten att inriktas på förebyggande hälsovård i form av hälsoundersökningar/sjukdomsuppspårande verksamhet (Socialstyrelsens hälsokontrollutrednings betänkande jan. 1977). – Ett annat kännetecken på den pågående utvecklingen är ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården samt socialvården såväl till organisation som insatser. – Hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) har enligt sina direktiv att lägga fram förslag till en lag som bör omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet, innefattande bl. .a. den förebyggande hälsovården liksom de privatpraktiserande läkarnas verksamhet. Utredningen har även att pröva frågan om den framtida lagstiftningens utformning då det gäller tandvården. – Även förslag från andra pågående och nyligen avslutade utredningar kan komma att mer direkt påverka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Här må som exempel nämnas det i december 1977 framlagda förslaget från en inom socialstyrelsen tillsatt arbetsgrupp till "Lag om viss psykiatrisk vård" samt det i januari 1978 framlagda betänkandet (Ds S 1978:1) De äldre och hälso- och sjukvården.

2.3. Enskilda vårdhem och yrkesutövare

2.3.1 *Enskilda vårdhem*

Vid sidan av den sjukvård som samhället direkt svarar för drivs en rad olika inrättningar – alltifrån stora sjukhus (Sophiahemmet, Ersta sjukhus m. fl.) till mindre sjukhem, ålderdomshem och konvalescenthem – i privat regi. Även dessa utnyttjas i icke ringa utsträckning av samhällssjukvårdens patienter.

Samhällets tillsyn över den enskilda vårdverksamheten i denna form regleras genom stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m. Stadgan omfattar inrättningar, som drivs av annan än staten, kommun eller landstingskommun och som har minst tre vårdplatser för sjukvård eller annan personlig omvårdnad eller tillsyn. I begränsad omfattning är stadgan tillämplig även på annan enskild sjukvård som meddelas yrkesmässigt (17 §). Från stadgan undantas bl. a. barnavårdsanstalt samt behandlingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare och för vilket statsbidrag utgår. Vidare är undantagna dels riksförsäkringsverkets sjukvårdsanstalter (sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre) samt sådant vårdhem för vilket regeringen meddelat särskilda föreskrifter. Föreskrifter har meddelats beträffande vissa större enskilda sjukhem av lasarettskaraktär, nämligen Österåsens sjukhus (drivs av Oscar II:s jubileumsfond) och reumatikersjukhusen i Strängnäs, Spenshult och Östersund (drivs av Riksföreningen mot reumatism). För reumatikersjukhusen har regeringen utfärdat föreskrifter. För Österåsens sjukhus gäller enligt stadgarna för jubileumsfonden vissa bestämmelser i sjukvårdslagen.

Enskilt vårdhem får inte drivas utan tillstånd av länsstyrelsen. Vårdhem-

met skall förestås av en lämplig person, vars kompetens godkänts av länsstyrelsen. Den vård som meddelas vid hemmet skall regelmässigt stå under tillsyn av en läkare (vårdhemsläkare). Länsstyrelsen, biträdd av länsläkare, har tillsyn över vårdhemmen. Högsta tillsynen har dock socialstyrelsen. Den löpande tillsynen i socialt hänseende över vårdhemmen utövas av socialnämnden i den kommun där vårdhemmet är beläget.

2.3.2 *Enskilda yrkesutövare*

Till de yrkesutövare som privat utövar hälso- och sjukvård i vidaste bemärkelse hör, förutom t. ex. läkare, tandläkare och sjukgymnaster, även t. ex. kiropraktorer, psykoterapeuter, bandagearbetare eller fotvårdsspecialister. Inom området verkar således yrkesutövare som fått samhällets särskilda godkännande för att utöva sin verksamhet vid sidan av dem som inte erhållit sådant godkännande men ändå kan och får utöva sitt yrke. (Närmare härom i kapitel 5). Här ges uppgifter endast om de privat verksamma läkarna och viss tandvårdspersonal. För ett utförligare siffermaterial hänvisas till *bilaga 2* till betänkandet.

Läkare

Enligt socialstyrelsens senaste officiella statistik uppgick antalet privatpraktiserande läkare i november 1975 till 1 100 stycken. Statistiken avser dock enbart sådana läkare som har sin privatpraktik såsom huvudsaklig syssla. Emellertid lär ytterligare ungefär 1 000 läkare, vid sidan av annan sysselsättning, ta emot patienter i privatpraktik. År 1976 var 1 830 privata läkare anslutna till den allmänna försäkringen enligt riksförsäkringsverkets statistik. Härutöver fanns våren 1976 drygt 350 offentligt anställda läkare, som vid sidan av sin anställning utövade yrket privat utan att vara anslutna till försäkringssystemet. Läkarverksamheten utövas antingen i ensampraktik eller i s. k. gruppmottagning (läkarhus) av flera läkare med olika specialiteter tillsammans. Under år 1975 etablerade sig fem läkare som heltidspraktiker utanför läkarhusen.

Följande *åldersfördelning* gällde för de till den allmänna försäkringen anslutna läkarna år 1976.

År	Antal	%
–45	410	22,4
46–55	454	24,8
56–65	424	23,2
66–	542	29,6
Samtliga	1 830	100

Av de ca 19 miljoner läkarbesök som gjordes i all öppenvård 1975 svarade de försäkringsersatta besöken hos privatpraktikerna för ca 20 % eller 3,6 miljoner (3,3 miljoner 1976).

Tandvårdspersonal

Vid utgången av år 1976 uppgick antalet *tandläkare* med svensk legitimation till 8 947 enligt riksförsäkringsverkets tandläkarstatistik. Enbart verksamma i privattandvård var 3 718 och i både folktandvård och privattandvård 458. Efter folktandvårdslagens tillkomst 1973 arbetar de privat verksamma tandläkarna nära nog enbart med vuxentandvård och omhändertog år 1976 ca. 80 % av de vuxna som erhöll tandvård.

Antalet yrkesverksamma *tandhygienister* var år 1976 203, varav 93 var verksamma enbart inom den privata tandvården. Antalet verksamma *tandsköterskor* var samma år 9 742, varav 7 537 var examinerade eller hade dispens. Cirka 3 500 sköterskor var verksamma inom den privata tandvården. Totala antalet yrkesverksamma *tandtekniker* var år 1976 ca 1 770, varav 1 260 i privat verksamhet. Av de på den enskilda sektorn verksamma var något mer än 80 % sysselsatta vid flermanslaboratorier. Med tandteknisk verksamhet arbetade vid privata laboratorier även tandtekniker utan behörighet resp. dispens samt s. k. tandteknikerbiträden. Dessa grupper beräknades av socialstyrelsen år 1975 uppgå till ca 800 personer.

Ersättning för tandvård utgår enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring om den lämnas av tandläkare ansluten till försäkringen.

2.4 Särskilda vårdområden

2.4.1 *Skolhälsovård*

Enligt 25 a § skollagen (1962:319) omfattar grundskolan skolhälsovård, vilken har till ändamål att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Vården skall främst vara av förebyggande natur och inte avse egentlig sjukvård. Huvudmannaskapet för skolhälsovården är knutet till skolhuvudmannen, dvs. primärkommunerna är i allmänhet i egenskap av skolhuvudmän även huvudmän för skolhälsovården. Central tillsynsmyndighet är skolöverstyrelsen, som i medicinska frågor har att samråda med socialstyrelsen. Skolhälsovården arbetar i praktiken på huvudsakligen tre sätt: uppsökande verksamhet (riktade allmänkontroller för vissa årskurser), förebyggande verksamhet (t. ex. vaccinationer) samt behandling och åtgärder. Enligt förslag i proposition 1977/78:85 skall den del av bestämmelsen i 25 a § som anger att vården inte skall avse egentlig sjukvård utgå. I stället förutsätts att viss mindre krävande sjukvård skall – såsom i praktiken redan sker – kunna ges inom skolhälsovården. I propositionen föreslås vidare bl. a. att kommunerna skall få möjlighet att efter avtal med resp. landsting överlåta uppgifter inom skolhälsovården åt landstinget. – Enligt 4 kap. 3 § skolförordningen (1971:235) skall för skolhälsovården finnas skolläkare och skolsköterska. Genom gemensamma rekommendationer av Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet har bl. a. följande riktlinjer dragits upp. Där elevantalet och strukturen av elevunderlaget så motiverar bör kommunen anställa fast sjuksköterska. I de fall där elevantalet inte är stort nog bör landstingen ställa distriktssköterska till förfogande för skolhälsovården. – Vad gäller skolläkarna täcks behoven

härav endast delvis av heltidsanställda läkare eller genom arvodesanställda privatpraktiserande läkare. I övrigt är kommunerna hänvisade till den medverkan som på olika sätt kan komma till stånd genom läkare i landstingens tjänst. Skolöverstyrelsen har fastställt instruktioner – "Bestämmelser för skolläkare" resp. "Bestämmelser för skolsköterskor" innehållande detaljerade regler om åligganden för de båda yrkesgrupperna.

2.4.2 *Företagshälsovård*

Företagshälsovården har främst till syfte att anpassa arbetsmiljön till den enskilde och utgör således en viktig del av arbetarskyddet. Dess uppgifter är i första hand att vara tekniskt och medicinskt förebyggande men även i viss mån sjukvårdande och rehabiliterande. Riktlinjerna för företagshälsovårdens utformning drogs upp genom avtal år 1967 mellan LO och SAF. Därefter har en utbyggnad skett så att i dag alla företag med mer än 1 000 anställda har företagshälsovård. Därutöver finns ca 150 företagshälsovårdscentraler, som betjänar flera mindre företag. Omkring 1/3 av landets arbetstagare har tillgång till företagshälsovård. En statlig utredning om företagshälsovården tillsattes år 1976 (A 1976:01). – För kostnaden för företagshälsovården svarar företagen. Allmän försäkringskassa ersätter dock arbetsgivarens kostnader för läkarvård och annan sjukvård om den kan antas minska kassans utgifter för sjukförsäkringen. I industrins samarbetsavtal med försäkringskassorna ingår kravet om femtio procent sjukvård för att hälften av företagens kostnader för företagshälsovårdens medicinska del skall täckas av bidrag från kassan. Detta har i praktiken medfört att en viss del av företagsläkarnas tid åtgår till arbete som allmänpraktiserande personalläkare.

Centrala avtal om företagshälsovård har träffats även för den kommunala och den statliga arbetsmarknaden (den 1 juli 1975 resp. den 10 maj 1976).

2.4.3 *Hälso- och sjukvård vid militära förband*

Enligt värnpliktsförmånsförordningen (1976:1008) skall värnpliktig erhålla fri hälso- och sjukvård under tjänstgöring. Hälso- och sjukvården omfattar därvid bl. a. hälsoundersökning vid förband, sjukvård vid mottagning på förband och sluten vård vid förband. Försvarsmaktens anställda är, liksom alla andra statsanställda, tillförsäkrade vissa sjukvårdsförmåner enligt förordningen (1976:1060) om sjukvård i statligt reglerad anställning. Likaledes omfattas de anställda av det avtal om statlig företagshälsovård som år 1976 slutits mellan statens avtalsverk och berörda personalorganisationer. En nyligen framlagd utredning har föreslagit viss omorganisation av den rådande ordningen. ("Försvarsmaktens hälso- och sjukvård i fred", Försvarets sjukvårdsstyrelse juni 1977).

Förbandssjukvården omfattar omkring 90 arbetsplatser. Hälso- och sjukvårdsenheterna vid ett förband består som regel av mottagning och sjukrumsavdelning. Verksamheten vid mottagning omfattar alltid öppen vård för värnpliktiga, i allmänhet anvisningsläkarmottagning för anställda samt hälsoundersökningar för båda grupper. Den slutna vården vid förbandens

sjukrumsavdelningar omfattar värnpliktiga patienter som lider av enkla sjukdomar, som i det civila normalt skulle föranleda vård i hemmet. Svårare fall remitteras till den civila sjukvården.

För hälso- och sjukvården vid enskilda förband svarar förbandsläkare, tjänsteläkare och anvisningsläkare. *Förbandsläkare* är förbandschefs medicinska rådgivare och övar tillsyn över hälso- och sjukvården vid förband. *Tjänsteläkare* sköter de värnpliktigas hälso- och sjukvård. *Anvisningsläkare* svarar för anställdas sjukvård. Vid flertalet förband innehar samma läkare alla tre befattningarna.

Sjukvårdspersonalen består vidare av tandläkare, översköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden och tandsköterskor.

Vid hälso-och sjukvårdsenheten tjänstgör även expeditionsföreståndare, som är militär befattningshavare (plutonsofficer) och som oftast har fått militär sjukvårdsutbildning. Denne är arbetsledare för kontorspersonal och för den till sjukvårdsavdelningen kommenderade värnpliktiga biträdespersonalen. År 1972 fanns vid förbandens sjukvårdsavdelningar såsom expeditionspersonal 76 militära befattningshavare, 56 civila tjänstemän och 60 värnpliktiga i handräckningstjänst.

Förbandssjukvården administreras av försvarets sjukvårdsstyrelse som centralt tillsynsorgan under försvarsdepartementet.

2.4.4 *Hälso-och sjukvård inom kriminalvården*

Enligt 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt skall intagen vid sjukdom vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om erforderlig undersökning och behandling inte kan ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen överföras till allmänt sjukhus.

Kriminalvården har en egen sjukvårdsorganisation underställd kriminalvårdsstyrelsen, i vilken ingår såväl fast anställda som arvodesanställda läkare samt annan sjukvårdspersonal. Åtskilliga anstalter – närmare 1/3 av alla – saknar f. n. läkare.

Vid de sju största kriminalvårdsanstalterna finns sjukavdelningar för både somatisk och psykiatrisk vård. Vid dessa sjukavdelningar tjänstgör sjuksköterskor. Sjuksköterskor meddelar även en ansenlig del av den sjukvård som bedrivs inom den s. k. frivården. Omkring 60 sjuksköterskor är verksamma inom kriminalvården. Även tandvård meddelas inom kriminalvården.

Vid sidan av sina bevakningsuppgifter svarar vårdarpersonalen för den löpande omvårdnaden vid såväl sjukavdelningar som övriga avdelningar. Vid sjukavdelningar kallas de sjukvårdare men saknar i allmänhet utbildning i sjukvård. I vissa fall har kriminalvårdsstyrelsen sökt ge vårdarpersonalen en 5–6 veckor lång intern sjukvårdsutbildning. Även andra utbildningsvägar prövas.

2.5 Apoteken

Apoteken (detaljhandeln med läkemedel) drivs sedan år 1971 av Apoteksbolaget AB. I bolaget ägs 2/3 av aktierna av staten och 1/3 av en stiftelse grundad av Apotekarsocieteten, de förutvarande apoteksinnehavarnas centralorganisation. Apoteksbolagets målsättning och arbetsuppgifter har fastslagits i avtal den 18 september 1970 mellan staten och bolaget. Enligt avtalet åligger det bolaget bl. a. att svara för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i landet samt att tillse att den personal som sysselsätts inom läkemedelsdistributionen uppfyller de krav som erfordras från säkerhetssynpunkt. Apoteksbolaget är indelat i sju regioner, som sammanfaller med sjukvårdsregionerna. Utanför Apoteksbolaget drivs vissa andra apotek, bl. a. militärapoteket och vissa sjukhusapotek. Som komplement till apoteken finns speciellt på landsbygden läkemedelsförråd som tillhandahåller ett begränsat urval av de vanligaste läkemedlen. Förråden fungerar som utlämningsställen för apotek och förestås icke sällan av personal utan farmaceutisk examen.

2.6 Några siffror om hälso- och sjukvården

Omkring 19 miljoner patientbesök gjordes år 1975 hos läkare inom all öppen vård i riket. Omkring 1,5 miljoner intagningar på sjukhus sker årligen; ungefär 38 miljoner vårddagar konsumeras av de intagna. Av antalet vårddagar förbrukas omkring hälften av patienter över 70 år (10 % av befolkningen) och 1/4 av patienter äldre än 80 år (2,5 % av befolkningen).

De totala nettokostnaderna (drift- och anläggningskostnader) för det allmännas hälso- och sjukvård år 1975 uppgick till i runt tal 22 miljarder kr., varav för statens vidkommande 3 669 miljoner, de allmänna försäkringskassorna 3 949 miljoner, för landstingen m. fl. 14 043 miljoner och övriga kommuner ca 100 miljoner kr.

3 Hälso- och sjukvårdens personal

Över 300 000 personer är sysselsatta med hälso- och sjukvårdande uppgifter som sitt yrke. Av dessa är ca 260 000 anställda hos landstingskommun. Av de på den offentliga sektorn verksamma var år 1975 mellan 40 och 50 % deltidsanställda. Under perioden den 1 mars 1975 – 1 mars 1976 nyanställdes ca 36 000 personer totalt inom landstingen. Under samma period avgick totalt omkring 22 000 anställda.

Förutom dem som är anställda i den av samhället ombesörjda sjukvården verkar olika yrkesutövare i egen regi eller som anställda i enskild tjänst. Bland dessa återfinns främst de legitimerade yrkesutövarna, t. ex. läkare, tandläkare, sjukgymnaster och glasögonoptiker, och de som är verksamma vid enskilda sjukhus och vårdhem. Till dem som såsom privata företagare utövar hälso- och sjukvård i vidsträckt bemärkelse hör även t. ex. logopeder, psykoterapeuter, bandagister och tandtekniker.

Inom de sålunda angivna grupperna – anställda och enskilda företagare, offentligt och privat verksamma – görs idag skillnad mellan den s. k. *medicinalpersonalen* och *övriga yrkesutövare*. Till medicinalpersonalen räknas sexton särskilt angivna yrkesgrupper som enligt 1 § kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende (medicinalpersonalkungörelsen) i sin yrkesutövning står under socialstyrelsens inseende och för vilka gäller särskilda regler om ansvar för yrkesutövningen. Beteckningen medicinalpersonal förekommer även i krigssjukvårdslagen (1953:688) och i krigssjukvårdskungörelsen (1955:442), vari personkretsen är vidare än i medicinalpersonalkungörelsen.

Här lämnas först en redogörelse för medicinalpersonalen enligt medicinalpersonalkungörelsen. Som jämförelse redogörs därefter i korthet för några andra yrkesgrupper som inte ingår bland dem som anges i kungörelsen och alltså inte räknas som medicinalpersonal.

För ett utförligare siffermaterial avseende hälso- och sjukvårdens personal hänvisas till *bilaga 2* till betänkandet.

3.1 Medicinalpersonalen

Bakgrund

Redan år 1663 tillkom ett samhällsorgan, det s. k. Collegium Medicum, med rättighet och i viss mån skyldighet att ha inseende över läkare, apo-

tekare, okulister m. fl. Kollegiet utgjorde till en början huvudsakligen en till läkarvetenskapens befrämjande inrättad förening men fick så småningom alltmer egenskap av ett statens förvaltningsverk allteftersom nya uppdrag och vidgade rättigheter överlämnades åt kollegiet. År 1815 inrättades det s. k. Sundhetskollegium, åt vilket gavs överinseendet och styrelsen över "allt, som angick sundhetstillståndet samt läkarevården och sjukskötseln". År 1877 omorganiserades Sundhetskollegiet och erhöll samtidigt det nya namnet Medicinalstyrelsen. För styrelsen utfärdades samma år en instruktion, vilken i sin 16 § stadgade bl. a. följande:

"Varje innehavare av läkare- eller veterinärkonsten, eller apotekare-, tandläkare-, fältskärs-, eller barnmorskeyrket, är beträffande utövningen därav ställd under medicinalstyrelsens inseende och pliktiga att efterkomma vad styrelsen dem i kraft av gällande författningar och instruktioner föreskriver; . . ."

Liknande bestämmelser återkom sedermera i samtliga utfärdade instruktioner för medicinalstyrelsen fram till år 1947 (1900, 1914, 1930). Kretsen av personal underställd styrelsen hade då utökats med sjuksköterskor, sjukgymnaster, vid apoteken anställd farmaceutisk personal och abortkuratorer. Ytterligare personalgrupper fördes under styrelsens tillsyn år 1959 (behöriga tandtekniker och tandsköterskor, desinsektörer) samt år 1963 (legitimerade glasögonoptiker).

För samtliga grupper gällde ett särskilt *straffansvar* för underlåtenhet att följa av styrelsen utfärdade föreskrifter, antingen i för gruppen särskild instruktion (allmän läkarinstruktion, tandläkarinstruktion m. fl.) eller genom kungörelsen (1951:236) om ansvar i vissa fall för medicinalpersonal.

Till bestämmelsen om skyldighet att följa författningar och instruktioner fanns i medicinalstyrelsens instruktion redan från början kopplad en särskild regel angående *disciplinansvar* vid underlåtenhet att fullgöra yrkesåligganden. Härvid gjordes skillnad mellan styrelsens egen personal och "styrelsen underlydande personal utom verket", till vilken senare därvid ansågs höra alla de ovan uppräknade yrkesgrupperna.

År 1963 gjorde medicinalstyrelsen en framställning till regeringen om översyn av bestämmelserna om styrelsens tillsyn över vissa personalgrupper. Härvid föreslog styrelsen bl. a. att bestämningen av ifrågavarande personalgrupper skulle ske i en särskild författning, vilken även skulle innehålla straffbestämmelse motsvarande den tidigare nämnda kungörelsen. Vidare föreslogs att såsom samlingsbeteckning för de grupper av kvalificerad sjukvårdspersonal som skulle vara underkastad särskild reglering, skulle användas begreppet "medicinalpersonal". Förslaget resulterade i den nyssnämnda alltjämt gällande medicinalpersonalkungörelsen.

Gällande ordning

Följande grupper är medicinalpersonal enligt 1 § medicinalpersonalkungörelsen.

1. legitimerad läkare och den som eljest äger behörighet att utöva läkaryrket /se ang. sistnämnda grupper 1 § b) och c) lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket/,

2. legitimerad tandläkare och den som eljest äger behörighet att utöva tandläkaryrket /se ang. sistnämnda grupper 1 § b) och c) lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket/,

3–5. legitimerad sjuksköterska, barnmorska och sjukgymnast samt den som eljest uppehåller sådan tjänst vid sjukhus /ang. rätt att uppehålla tjänst se 36 § sjukvårdskungörelsen (1972:676) och socialstyrelsens cirkulär MF (1970:94) och (1969:72)/,

6. legitimerad glasögonoptiker,

7–8. apotekare och vid apotek eller sjukhus anställd befattningshavare, som avlagt farmacie kandidatexamen eller receptarieexamen,

9. operationsassistent, radioterapiassistent, röntgenassistent, oftalmologassistent och dialysassistent samt laboratorieassistent vid kliniskt laboratorium eller blodgivarcentral, alla med viss av socialstyrelsen godkänd utbildning,

10. undersköterska med viss godkänd utbildning och praktik,

11. föreståndare, överskötare och förste skötare vid sjukhus för huvudsakligen psykiatrisk vård eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda ävensom skötare med viss godkänd utbildning och praktik vid sådant sjukhus,

12. vårdare/vårdarinna med viss godkänd utbildning och praktik anställd vid inrättning för psykiskt utvecklingsstörda,

13. inom hälso- och sjukvården verksam kurator,

14. den som äger behörighet till fast anställning såsom tandsköterska eller tandtekniker inom folktandvården,

15. den som äger behörighet till heltidsanställning såsom hälsovårdsinspektör i kommunal tjänst,

16. den som innehar av socialstyrelsen meddelat tillstånd att använda bekämpningsmedel tillhörande klass I (desinsektör).

I delbetänkandet (Ds S 1976:9) Legitimation av psykolog har medicinalansvarskommittén föreslagit att som en 17:e yrkesgrupp skall anges legitimerad psykolog. Härmed avses den som efter avläggande av svensk psykologexamen och ett års godkänd praktik erhållit socialstyrelsens legitimation. Förslaget är under övervägande i socialdepartementet.

De legitimerade yrkesutövarna

För att erhålla legitimation som *läkare* krävs svensk läkarexamen (f. n. fem och ett halvt års utbildning) samt praktik (s. k. allmäntjänstgöring) under ett år och nio månader. Läkare med utländsk läkarexamen och viss efterutbildning i Sverige kan också legitimeras. Socialstyrelsen meddelar legitimation och skall vägra den endast om sådana omständigheter föreligger, att legitimationen kan återkallas. Sådana omständigheter är att läkaren dömts för brott av jämförelsevis kvalificerad art eller att han genom grov oskicklighet i yrket eller på grund av sinnessjukdom visat sig olämplig såsom läkare. Även återkallelse av legitimation sker genom socialstyrelsen, då i medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Tandläkare erhåller och kan förlora legitimation på liknande villkor som gäller för läkare. Här är grundkravet för legitimation avlagd tandläkarexamen

(fem års utbildning vid odontologisk fakultet). – *Sjuksköterskor* och *barnmorskor* legitimeras sedan de erhållit slutbetyg från föreskriven grundutbildning (f. n. för sjuksköterskor tre eller fem terminer på kommunala högskolans sjuksköterskelinje samt för barnmorskor ett års vidareutbildning i obstetrisk och gynekologisk vård) genom att rektor vid vederbörande skola sänder in elevernas handlingar till socialstyrelsen. Även här kan legitimation vägras om förutsättning för återkallelse av legitimation föreligger. Förutsättningarna för återkallelse av sjuksköterskas legitimation är visad grov oskicklighet i yrket eller sinnessjukdom och av barnmorskas legitimation sinnessjukdom eller eljest synnerliga skäl. – *Sjukgymnaster* erhåller legitimation efter genomgång av föreskriven utbildning till sjukgymnast (f. n. två och ett halvt år), "om ej synnerliga skäl är däremot". Återkallelse kan ske "när synnerliga skäl är därtill". – *Glasögonoptiker* erhåller legitimation efter genomgång av den av socialstyrelsen föreskrivna utbildningen, "om ej synnerliga skäl är däremot". Legitimationen kan återkallas om optikern åsidosätter vad som enligt socialstyrelsens föreskrift åligger honom.

Sammanfattningsvis torde kunna sägas, att i praktiken endast utbildningskravet har betydelse för erhållande av legitimation och att faktisk prövning av lämpligheten i det enskilda fallet inte sker. Som framgått är reglerna om vad som kan medföra legitimationens återkallande föga enhetliga. I praktiken är psykisk sjukdom den vanligaste återkallelseorsaken.

Besvär över vägrad eller återkallad legitimation förs i kammarrätt.

Apotekspersonalen

Apotekare och *receptarier* kallas med ett gemensamt namn farmaceuter. För apotekarexamen erfordras fyra års universitetsutbildning, för receptarieexamen två och ett halvt års motsvarande utbildning. Farmaceuter arbetar med utveckling, tillverkning, kontroll och distribution av läkemedel. Flertalet är anställda på apotek inom Apoteksbolagets verksamhetsområde. Ett antal är dock verksamma inom andra områden: sjukhusapotek, läkemedelsindustrin, utbildningssektorn.

De medicinskt-tekniska assistenterna

Hit räknas, som ovan nämnts, operationsassistenter, radioterapiassistenter, röntgenassistenter, oftalmologassistenter, dialysassistenter samt laboratorieassistenter vid kliniskt laboratorium eller blodgivarcentral, alla med viss av socialstyrelsen godkänd utbildning. Assistentgrupperna ställdes under socialstyrelsens tillsyn i samband med medicinalpersonalkungörelsens tillkomst. Detta motiverades med att dessa personalgrupper utbildades för att överta arbetsuppgifter, som tidigare ankommit på sjuksköterskor.

Undersköterskor

Även denna grupp ställdes under socialstyrelsens tillsyn i samband med medicinalpersonalkungörelsens tillkomst. Därvid anfördes bl. a. att det ur gruppen sjukvårdsbiträden successivt framgått en kategori befattningshavare som erhållit särskild sjukvårdsutbildning och för vilken beteckningen un-

dersköterska antagits. Utbildningen – då 32 veckor – ansågs ge dessa sköterskor kunskaper att utföra sjukvårdsuppgifter av så kvalificerad art att deras handhavande borde stå under styrelsens inseende. Numera erhålls kompetens att inneha tjänst som undersköterska även genom gymnasieskolans tvåårige vårdutbildning jämte sex månaders praktikverksamhet.

Vårdare/skötare m. fl. inom psykiska hälso- och sjukvården

Dessa grupper, för vilka gäller utbildningskrav i stort sett motsvarande sjuksköterskors eller undersköterskors, fördes in bland medicinalpersonalen i samband med medicinalpersonalkungörelsens tillkomst.

Kuratorer

Fram till år 1964 var endast s. k. abortkuratorer ställda under medicinalstyrelsens inseende. Formella behörighetskrav fanns endast för dessa kuratorer och för kuratorer vid statens mentalsjukhus. Medicinalstyrelsen hade även utfärdat rekommendationer (MF 1962:18) om viss utbildning av kuratorer inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Eftersom kuratorer blivit allt vanligare inom sjukvården – på alla sjukhus och inom en rad andra vårdområden – och där kommit att fylla kvalificerade funktioner samt en kurator regelmässigt förutsätts ha examen från social linje vid socialinstitut (numera socialhögskola), föreslog medicinalstyrelsen i samband med medicinalpersonalkungörelsens tillkomst att varje kurator inom hälso- och sjukvården – oberoende av utbildning – skulle hänföras till medicinalpersonalen.

Tandsköterskor/tandtekniker

I medicinalpersonalkungörelsen anges att den som äger behörighet till fast anställning såsom tandsköterska eller tandtekniker inom folktandvården är att anse som medicinalpersonal. Bestämmelsen tillkom i samband med medicinalpersonalkungörelsen. I 6 § folktandvårdskungörelsen (1973:637) anges att behörig till tjänst som tandtekniker eller tandsköterska är den som fått behörighetsbevis till sådan tjänst av socialstyrelsen. För utfärdande av behörighetsbevis torde f. n. krävas för *tandtekniker* fyra års utbildning (i Umeå tre år) varav ett (två) års teoretisk undervisning, och för *tandsköterska* omkring ett och ett halvt års utbildning, varav ungefär ett halvt års teoretisk undervisning.

Hälsovårdsinspektörer

Denna grupp fördes till medicinalpersonalen genom medicinalpersonalkungörelsen utan närmare angivande av skälen därtill. Behörighetskraven anges i 14 § hälsovårdsstadgan (1958:663). F. n. är utbildningen omkring ett år.

Desinsektörer

Hit torde numera få hänföras de som enligt 35 § kungörelsen (1973:334) om hälso- och miljöfarliga varor erhållit socialstyrelsens tillstånd att använda sådana särskilt farliga bekämpningsmedel, som anges i 28 § samma kungörelse. Beteckningen "bekämpningsmedel tillhörande klass I "hänför sig till terminologin i 24 § i den numera upphävda kungörelsen (1963:442) om tillämpningen av bekämpningsmedelsförordningen. – Enligt 58 § kungörelsen 1973:334 utövar naturvårdsverket och arbetarskyddsstyrelsen den centrala tillsynen över efterlevnaden av lagen (1973:329) om hälso- och miljöfarliga varor och med stöd av lagen meddelade föreskrifter.

Sammanfattning

Som framgått består medicinalpersonalen av yrkesutövare med vitt skilda arbetsuppgifter och kvalifikationskrav. Sålunda kan de två grupperna hälsovårdsinspektörer och desinsektörer – vilka närmast är verksamma inom den allmänna hälsovården, dvs. den genom de kommunala hälsovårdsnämnderna bedrivna verksamheten – knappast anses ha ett naturligt samband med de övriga. För desinsektörer och kuratorer uppställs, till skillnad från de övriga, inga grav på godkänd utbildning. Vissa av de angivna grupperna torde ha samtliga yrkesutövare verksamma i offentlig tjänst, medan för andra grupper en del är offentliganställda, andra privat verksamma. I något fall – främst optikerna – torde så gott som samtliga vara privat verksamma. För vissa meddelar socialstyrelsen särskild legitimation, medan andra – av vilka också krävs utbildning och praktik – inte erhåller något sådant särskilt kompetensbevis. För apotekarna togs legitimationen bort samtidigt som apoteksväsendet förstatligades år 1971.

3.2 Övrig personal

Ambulanspersonal

Skolöverstyrelsen fastställde år 1965 en sjuveckors grundkurs i sjukvård för ambulanspersonal. Utbildningen syftar till att göra personalen kvalificerad för att transportera en sjuk eller skadad person samt under transport utöva sådan tillsyn att livsfunktionerna upprätthålls och skador eller sjuktillstånd inte förvärras. Något mer än hälften av ambulanspersonalen har idag genomgått utbildningen i fråga. – I socialstyrelsen pågår sedan början av år 1976 på regeringens uppdrag arbete med fastställande av ambulanspersonalutbildningens innehåll och omfattning samt upprättande av förslag till kompetenskrav för ambulanspersonal.

Arbetsterapeuter

Utbildning av arbetsterapeuter sker inom den kommunala högskolan och omfattar tre år efter avlagd grundskoleexamen. År 1975 fanns ca 2 000 utbildade arbetsterapeuter, av vilka 1 550 var yrkesverksamma. Flertalet ar-

betade inom kroppssjukvård men andra återfanns inom landstingens rehabiliteringsverksamhet, kommunernas åldringsvård och fritidsverksamhet samt vid kriminalvårdens anstalter. Ett större antal arbetsterapeuttjänster innehas av icke terapeututbildad personal.

Apotekstekniker

Utbildning till apotekstekniker sker som specialkurs i gymnasieskolan (två år omväxlande skolgång och praktik på apotek). Apotekstekniker ns arbetsuppgifter innehåller bl. a. kontroll och utlämning av läkemedel samt självständig expediering av handikapphjälpmedel. S. k. läkemedelsförråd förestås inte sällan av apotekstekniker. År 1975 tjänstgjorde ca 6 700 apotekstekniker inom detaljhandeln med läkemedel.

Bandagister m. fl.

Inom ortos- och protesområdet finns fyra huvudgrupper av teknisk personal: bandagearbete, ortopedmekaniker, bandagister och bandagemästare. Bandagearbetare är i regel specialiserad på något arbetsmoment, såsom gips-, sadelmakeri-, metall- eller plastarbeten. Ortopedmekanikern är kunnig i samtliga arbetsmoment för framställning av ortoser och proteser. Bandagisten provar ut och avpassar ortoser och proteser på patienten efter läkares ordination. Bandagemästare är chef för en ortopedisk verkstad. År 1971 fanns 28 sådana verkstäder i landet. Verkstäderna drivs dels av landsting i anslutning till sjukhus eller fristående, dels av enskilda företag. Utbildningen av personalen har sedan länge bedrivits huvudsakligen på verkstäderna enligt hantverksmodell. Sålunda utbildades "lärlingen" under ca fyra år till ortopedmekaniker och genomgick därefter gesällprov. Därför lämpliga ortopedmekaniker vidareutbildades under minst två år i praktik och teori för att erhålla bandagistkompetens. Svensk ortopedisk förening utfärdade auktorisation för bandagister. Fr. o. m. år 1976 anordnas en tvåårig specialkurs för ortopedmekaniker inom gymnasieskolan. Läroplan för bandagister (högre ortopedteknisk utbildning) har fastställts interimistiskt av skolöverstyrelsen år 1971. Utbildningen omfattar två läsår och bygger på tidigare genomförd grundläggande ortopedteknisk utbildning och yrkeserfarenhet från ortopedteknisk avdelning.

Logopeder

Utbildning av logopeder sker vid statlig högskola (universitetet i Lund och Karolinska institutet) och är treårig. År 1976 fanns 180 utbildade logopeder. Dessa behandlar personer med röst-, tal- och språkrubbningar och tjänstgör framför allt på de större sjukhusens s. k. foniatriska avdelningar eller på logopedmottagning vid de sjukhus som saknar foniatrisk avdelning. Ett fåtal logopeder bedriver privat verksamhet.

Sjukhusfysiker

I cirkulär år 1958 förordade dåvarande medicinalstyrelsen att sjukhusfysiker skulle anställas vid regionsjukhusen och större centrallasarett med mera omfattande radioterapeutisk verksamhet. Fysikerna borde, menade styrelsen, beredas självständig ställning, arbeta på eget ansvar och sortera direkt under styresmannen. Som kompetenskrav förordades akademisk examen innefattande utbildning i fysik-radiofysik samt minst tre års verksamhet som radiofysiker inom radiologiskt arbete. Ett 40-tal sjukhusfysiker var år 1976 verksamma inom den allmänna sjukvården.

Sjukvårdsbiträden

Grundutbildning för sjukvårdsbiträden omfattar antingen 20 veckors kurs efter i övrigt fullgjord skolplikt eller 10 veckor efter minst ett års praktik i yrket. Enligt landstingsförbundets statistik arbetade ca 75 000 personer som sjukvårdsbiträden i olika anställningsformer (heltid, deltid eller timavlönade) under år 1977. Av de hel- och deltidsanställda (ca 64 000) hade minst 56 % genomgått rekommenderad grundutbildning.

Tandhygienister

Tandhygienistutbildningen omfattar ett år efter minst två års praktik som behörig tandsköterska. År 1976 fanns ca 200 yrkesverksamma tandhygienister, vilka huvudsakligen sysslar med förebyggande tandhälsovård. Av de yrkesverksamma var ungefär hälften anställda i offentlig och hälften i privat tjänst. Socialstyrelsen har år 1969 utfärdat dels en instruktion för tandhygienist (MF nr 77), dels ett cirkulär med anvisningar för tandläkare vid anlitande av tandhygienist (MF nr 78).

4 Tillsyn över yrkesutövning i allmänhet

4.1 Tillsyn från det allmännas sida

4.1.1 *Straffrättsligt*

Ansvar enligt 20 kap brottsbalken

Före år 1976 var offentligt anställda tjänstemän med undantag av lägre befattningshavare underkastade ett särskilt straffrättsligt ansvar enligt bestämmelser i brottsbalken, s. k. ämbetsansvar. Brottsbalkens 20 kap. upptog som särskilda s. k. självständiga ämbetsbrott tjänstemissbruk, tagande av muta, brott mot tystnadsplikt och tjänstefel. Principiellt var varje fel i tjänsten ett brott. Ämbetsbrotten låg under allmänt åtal och påföljderna var allmänt straff, dvs. böter eller fängelse, eller s. k. ämbetsstraff, dvs. suspension eller avsättning; i vissa fall kunde allmänt straff och ämbetsstraff ådömas samtidigt. En tjänsteman som i tjänsten begick ett allmänt brott t. ex. förskingring kunde dömas strängare än enligt straffskalan för det allmänna brottet, s. k. osjälvständigt ämbetsbrott. Vidare kunde tjänsteman som begått allmänt brott utan samband med tjänsten dömas till avsättning eller suspension vid sidan av eller i stället för allmänt straff, s. k. ämbetsbrott i vidsträckt mening. Det ankom sålunda på allmän domstol att i sista hand avgöra tjänstepliktens innehåll och vilka krav som kunde ställas på tjänstemännen i och utom tjänsten.

Genom lagändring den 1 januari 1976 avskaffades brotten tjänstemissbruk och tjänstefel och ersattes av brotten myndighetsmissbruk och vårdslös myndighetsutövning. Samtidigt avskaffades de särskilda påföljderna suspension och avsättning från tjänsten och infördes de regler om disciplinpåföljder för offentligt anställda som beskrivs nedan under avsnitt 4.2.2. Reformen byggde bl. a. på tanken att en privaträttslig grundsyn skulle anläggas på det offentliga anställningsförhållandet. Härigenom skulle tjänsteförseelse komma att betraktas som ett avtalsbrott, för vilket i första hand borde tillämpas de sanktionsmedel som privaträtten erbjöd. I vissa fall skulle det emellertid vara nödvändigt att komplettera dessa sanktionsmedel med ett straffrättsligt ansvar som koncentrerades till centrala områden av offentlig verksamhet och där främst tog sikte på fall av oriktig myndighetsutövning. Det grundläggande motivet för såväl straff- som disciplinsanktionerna var dock alltjämt samhällsmedlemmarnas intresse av att offentliga funktioner fullgörs på ett riktigt sätt.

Till ledning för vad som skulle vara att anse som myndighetsutövning

hänvisade departementschefen (prop 1975:78 s. 140 ff) till motsvarande begrepp i skadeståndslagen (1972:207), förvaltningslagen (1971:290) och regeringsformen, och anförde därutöver bl. a. följande:

Gemensamt för all behörig myndighetsutövning är att den ytterst har sin grund i lag eller annan författning. Missbruk av myndighet föreligger då de för myndighetens behöriga utövande gällande reglerna överträds. Oriktig myndighetsutövning kan föreligga även om ett fattat beslut i och för sig är materiellt riktigt men har meddelats endast sedan visst ovidkommande villkor har uppfyllts. Myndighetsutövning kan också innebära skyldighet att vara verksam i visst avseende och en underlåtenhet att handla kan i sådana fall utgöra oriktig myndighetsutövning.

I 20 kap. 1 § brottsbalken stadgas nu ansvar för *myndighetsmissbruk* och *vårdslös myndighetsutövning*. De viktigaste skillnaderna gentemot den tidigare regleringen är följande. Personkretsen för den nya straffbestämmelsen är avsevärt mindre än den personkrets som på grund av det s. k. ämbetsansvaret kunde drabbas av ansvar för tjänstemissbruk och tjänstefel. Gärningen skall för det allmänna eller någon enskild ha medfört förfång eller otillbörlig förmån som inte är ringa. Minst grov oaktsamhet måste föreligga mot att tidigare principiellt sett varje förseelse i tjänsten var straffbelagd såsom tjänstefel.

Fr. o. m. den 1 januari 1978 föreskrivs ansvar för *mutbrott* i 20 kap 2 § brottsbalken för varje arbetstagare eller uppdragstagare oberoende av om han är offentligt eller privat verksam.

I 20 kap 3 § brottsbalken stadgas ansvar för *brott mot tystnadsplikt*. Samtidigt med översynen av sanktionssystemet inom den offentliga sektorn i stort och grundlagsreformens genomförande befanns att omfattningen av en straffsanktionerad tystnadsplikt inte borde upprätthållas utan författningsmässigt stöd. Därför anges att om någon yppar vad han till följd av lag eller annan författning är pliktig att hålla hemligt eller olovligen utnyttjar sådan hemlighet, skall han dömas för brott mot tystnadsplikt. Bestämmelsen riktar sig således inte enbart mot offentligt verksamma yrkesutövare. Arbete med en lag om offentliga funktionärers tystnadsplikt pågår. (Justitiedepartementets promemoria Handlingssekretess och tystnadsplikt, Ds Ju 1977:11). För personal inom hälso- och sjukvård har en enhetlig regel om tystnadsplikt införts i den nedan beskrivna lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.

Ansvar enligt särskilda författningar

På en rad olika områden inom samhällslivet har lagstiftaren straffbelagt åsidosättande av föreskrifter som meddelats för verksamhetens rätta bedrivande. Sålunda är enligt sjölagens (1891:35 s. 1) 13 kap befälhavare ålagd en rad skyldigheter, för vilka han, om han underlåter att utföra dem, kan dömas till böter eller fängelse. Vidare gäller enligt samma lags 324 § att "den som på fartyg fullgör uppgift av väsentlig betydelse för säkerheten till sjöss och därvid brister i gott sjömansskap till förekommande av sjöolycka", kan dömas till böter eller fängelse. Liknande bestämmelser för luftfartens personal återfinns i luftfartskungörelsen (1961:558). Ett annat exempel kan hämtas ur aktiebolagslagen (1975:1385) där verkställande be-

fattningshavare vid straffansvar ålagts t. ex. att se till att aktiebok förs, att styrelse och bolagsstämma kallas, att beslutsförhet åstadkommes.

4.1.2 *Legitimation, auktorisation m. m.*

Vissa grupper av yrkesutövare utför arbetsuppgifter som så direkt påverkar individens säkerhet att särskilda krav ställs på deras kunnande för att de skall tillåtas utöva yrket. Särskilda kontrollorgan granskar hur de utför sina tjänster. Exempel på sådana yrkesutövare är elinstallatörer och skorstensfejarmästare. I andra fall förbjuder samhället i och för sig inte yrkesutövning inom verksamhetsområdet men auktoriserar på vissa villkor utövare av yrket och går därmed i god för att dessa uppfyller en viss kvalitetsstandard. Även i dessa fall kombineras auktorisationen regelmässigt med en efterkontroll av att standarden upprätthålls. Exempel på nu nämnda yrkesutövare är advokater, auktoriserade revisorer, veterinärer samt vissa grupper inom hälso- och sjukvård.

Särskilda regler om advokatverksamhetens bedrivande finns i 8 kap rättegångsbalken. Däri anges bl. a. att *advokat* skall redbart och nitiskt utföra honom anförtrodda uppdrag och i allt iaktta god advokatsed. Advokat är den som är ledamot av advokatsamfundet, för vilket regeringen fastställer stadgar. Samfundets styrelse utövar tillsyn över advokatväsendet; advokat är skyldig att lämna styrelsen de uppgifter som erfordras. Domstol, som avvisat advokat som ombud, har att anmäla detta till styrelsen. Vidare äger justitiekanslern att hos samfundet påkalla åtgärd mot advokat, som åsidosatt sin plikt, och att föra talan mot samfundets beslut att ej vidta sådan åtgärd. Advokat kan genom beslut av samfundets disciplinnämnd, bestående av nio ledamöter som ej samtidigt är styrelseledamöter, uteslutas ur samfundet om han uppsåtligen gör orätt eller eljest förfar oredligt. Är felet av mindre allvarlig art kan varning eller erinran tilldelas honom. Mot beslut om vägrat inträde i eller om uteslutning ur samfundet får talan föras hos högsta domstolen. Mot beslut om varning och erinran kan talan inte föras. – Från advokatsamfundets kansli har inhämtats att årligen omkring 200 anmälningar mot advokater inkommer till styrelsen. Av dessa hänskjuts i genomsnitt 30 % till disciplinnämndens behandling. De flesta advokater är privat verksamma, antingen som egna företagare eller som anställda hos sådana. Advokater vid allmänna advokatbyråer är statsanställda (112 st. vid årsskiftet 1976/77) och är i följd därav underkastade även det särskilda straff- och disciplinansvar som gäller för övriga hos staten anställda.

Veterinärerna stod fram till år 1965 under dåvarande medicinalstyrelsens inseende och följde därmed samma regelsystem som gällde för medicinalpersonal. Fr. o. m. år 1971 utövas tillsynen över veterinärväsendet av lantbruksstyrelsen enligt dess instruktion (1967:425). Styrelsen meddelar legitimation för veterinärer. Regelsystemet vad gäller tillsyn (inspektioner osv.) samt disciplinärt och straffrättsligt ansvar motsvarar i allt väsentligt vad som gäller för medicinalpersonalen enligt medicinalpersonalkungörelsen. Hos lantbruksstyrelsen finns en särskild nämnd, veterinärväsendets ansvarsnämnd, vilken har till uppgift bl. a. att handlägga frågor om disciplinstraff och åtalsanmälan beträffande veterinärer och att återkalla sådan legitimation

eller annan behörighet att utöva yrket som lantbruksstyrelsen meddelat. Nämndens sammansättning och arbetsformer motsvarar i stort sett medicinalväsendets ansvarsnämnds. Lantbruksstyrelsens inspektionsrätt torde i praktiken utövas genom länsveterinärerna. – År 1975 fanns i landet ca 10 000 yrkesverksamma veterinärer. Av dessa var i runt tal hälften anställda i statlig tjänst under lantbruksstyrelsen eller statens livsmedelsverk. Enligt uppgift från lantbruksstyrelsen behandlade ansvarsnämnden 15 ärenden år 1975, 16 ärenden år 1976 samt 13 ärenden under första halvåret 1977. Av dessa ledde 4, 2 resp. 7 ärenden till någon form av åtgärd.

Tillsynen från det allmännas sida över *revisorer* (förordningen 1973:221 om auktorisation och godkännande av revisorer), *fastighetsmäklare* (kungörelsen 1947:336 om auktorisation av fastighetsmäklare), *elinstallatörer* (elinstallatörsförordningen 1975:967) och *skorstensfejarmästare* (brandstadgan 1974:81) innefattar krav på viss utbildning, möjligheter att ingripa på olika sätt vid misskötsel av yrket och i vissa fall, såsom t. ex. för revisorer, föreskrifter från tillsynsmyndigheten om verksamhetens bedrivande.

4.1.3 *Riksdagens ombudsmän (JO) – justitiekanslern (JK)*

Under tillsyn av JO och JK står i princip statliga och kommunala myndigheter, deras tjänstemän och andra befattningshavare samt andra som innehar tjänst eller uppdrag varmed följer myndighetsutövning. JO och JK har att för riksdagens resp. regeringens räkning se till att de som utövar offentlig verksamhet efterlever lagar och andra författningar samt i övrigt fullgör sina åligganden. Tillsynen innefattar bl. a. inspektioner, rätt att väcka åtal mot befattningshavare som begår brottslig gärning, rätt att göra anmälan till myndighet om ifrågasatt disciplinärt förfarande mot samt avsked eller avstängning från tjänsten av felande befattningshavare. För att erhålla begärda upplysningar eller yttranden i ärenden har JO och JK rätt att förelägga och döma ut vite.

Reglerna återfinns för JO:s del i 12 kap 6 § regeringsformen, 8 kap 10 § riksdagsordningen samt lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen. JK:s verksamhet regleras genom lagen (1975:1339) om justitiekanslerns tillsyn samt förordningen (1975:1345) med instruktion för justitiekanslern.

4.2 Tillsyn från arbetsgivarens sida

För det stora flertalet yrkesutövare gäller att de är anställda. I denna egenskap har de inför sin arbetsgivare ett avtalsrättsligt ansvar att utföra sina arbetsuppgifter. Skulle de brista i dessa åligganden är de regelmässigt underkastade olika sanktionsmedel – varning, löneavdrag, avsked.

4.2.1 *Den enskilda sektorn*

Villkoren för uppsägning och avsked är reglerade genom tvingande lagbestämmelser i lagen (1974:12) om anställningsskydd. I övrigt är möjligheterna att tillgripa disciplinära åtgärder mot anställda beroende av avtal

och underkastade reglerna i lagen om medbestämmande i arbetslivet (1976:580). Enligt dessa regler skall arbetsgivare, när arbetstagarorganisation till vilken han är bunden i kollektivavtal begär det, förhandla med organisationen innan han fattar eller verkställer beslut som rör medlem i organisationen. Medbestämmandelagen utgår från att kollektivavtal träffas om medbestämmanderätt för arbetstagarna i frågor som avser ingående och upphörande av anställningsavtal, ledningen och fördelningen av arbetet och verksamhetens bedrivande i övrigt. Träffas kollektivavtal om sådant medbestämmande och uppkommer tvist om tillämpning i visst fall av avtalet eller av beslut som fattats med stöd därav, t. ex. om disciplinär påföljd, gäller arbetstagarpartens mening till dess tvisten har slutligt prövats. Detsamma gäller tvist om kollektivavtal rörande påföljd för arbetstagare som begått avtalsbrott. I de fall då skadeståndspåföljd kan följa enligt medbestämmandelagen får annan påföljd, exempelvis disciplinpåföljd, inte åläggas arbetstagaren utan stöd i författning eller kollektivavtal.

4.2.2 *Den offentliga sektorn*

Genom lagen (1976:600) om offentlig anställning, som trädde i kraft den 1 januari 1977, har det allmännas förhållande till sina arbetstagare reglerats. Lagen, som ersatte statstjänstemannalagen, kommunaltjänstemannalagen och stadgan om vissa tjänstemän hos kommuner m. fl., är tillämplig på arbetstagare hos staten samt, om anställningen är statligt reglerad, på arbetstagare hos bl. a. kommun, landstingskommun, kommunalförbund och annan allmän inrättning. I fråga om övriga kommunalt anställda gäller i huvudsak endast bestämmelserna i 3 kap om arbetskonflikter och skadestånd.

Lagen innehåller bestämmelser om bl. a. tjänstetillsättning, tjänstgöringsskyldighet, anställnings upphörande, disciplinansvar, avstängning från tjänst samt vissa handläggningsfrågor. Beträffande de kommunalt anställda, vars anställning inte är statligt reglerad, gäller sålunda lagen endast i fråga om arbetskonflikter och skadeståndsskyldighet i anledning av sådan konflikt. För dessa grupper träffas i stället kollektivavtal i fråga om disciplinär bestraffning m. m.

Begår arbetstagare hos *staten* tjänsteförseelse, dvs. sätter han uppsåtligen eller av oaktsamhet åsido vad som åligger honom i anställningen, och är felet ej ringa, får disciplinpåföljd åläggas honom. Disciplinpåföljderna enligt lagen om offentlig anställning är varning och löneavdrag under högst 30 dagar. Lagens regler om påföljder är så till vida dispositiva/frivilliga, att, om kollektivavtal innehåller bestämmelser som avviker från lagens, kollektivavtalsbestämmelserna skall gälla. Från reglerna om disciplinansvar är särskilt undantagna justitieråd, regeringsråd och justitiekanslern. Vidare är undantagna krigsmän samt medicinalpersonal och veterinär, om förseelsen skett i den yrkesutövning i vilken medicinalpersonalen och veterinären står under socialstyrelsens resp. lantbruksstyrelsens tillsyn. – Begår arbetstagare brott, som visar att han uppenbarligen är olämplig att inneha sin anställning, eller begår han på annat sätt grov tjänsteförseelse kan han avskedas. Avsked

får ej grundas på omständighet som myndigheten känt till under längre tid. Arbetstagare, som är skäligen misstänkt för sådant brott som avses i 20 kap. 1–3 §§ brottsbalken eller annat brott varigenom han har satt åliggande i tjänsteutövningen åsido, skall anmälas till åtal om för brottet är föreskrivet fängelse eller det finns anledning antaga att talan om enskilt anspråk kommer att föras. Under vissa förutsättningar kan arbetstagaren avstängas från arbetet i avvaktan på beslut om åtgärd mot honom eller utredning om hans hälsotillstånd. Har han anmälts till åtal får han inte avskedas förrän ansvarsfrågan prövats slutligt och ej heller åläggas disciplinpåföljd för samma förseelse. Sedan anställningen upphört kan disciplinpåföljd ej åläggas. Samma är förhållandet om arbetstagaren inte erhållit anmaning att yttra sig över påstådd tjänsteförseelse inom två år efter det den begåtts. Beslut om disciplinansvar, avsked och åtalsanmälan fattas av den myndighet som arbetstagaren lyder under. Ärenden om sådana åtgärder kan tas upp även på begäran av JO eller JK. För vissa grupper av tjänstemän – främst ordinarie domare och byråchefer eller högre befattningshavare vid statliga myndigheter – har en särskild nämnd, statens ansvarsnämnd, inrättats för prövning av de angivna frågorna. Vill arbetstagare söka ändring i myndighetens eller nämndens beslut skall han väcka talan därom inom viss tid. Även JO och JK har rätt att väcka sådan talan. Talan anhängiggörs enligt reglerna i lagen om rättegången i arbetstvister (1974:371), dvs. antingen vid arbetsdomstolen eller vid tingsrätt.

För huvudparten av de *kommunalt anställda* har förhållandena till arbetsgivarna/kommunerna av hävd reglerats genom kollektivavtal liknande dem som gäller inom den enskilda sektorn. Även för kommuns arbetstagare gäller naturligtvis den arbetsrättsliga lagreglering som finns, exempelvis lagen om anställningsskydd och lagen om medbestämmande i arbetslivet.

Inom den landstingskommunala sektorn, där de flesta av dem som arbetar inom hälso- och sjukvården är anställda, träffas centrala avtal mellan landstingsförbundet och Kommunalarbetareförbundet (det s. k. LABK) och mellan landstingsförbundet och tjänstemännens centralorganisationer (de s. k. LABT). Därutöver utfärdas specialregler i en rad olika hänseenden rörande tjänstens utövande och villkor. Disciplinpåföljder är, enligt gällande avtal, varning och suspension under högst 90 dagar. Regler om avstängning under vissa förutsättningar finns också. Beslutanderätt i disciplinfrågor m. m. tillkommer den direktion, på vars lönestat den anställdes tjänst redovisas.

Det arbetsrättsliga disciplinansvaret omfattar i princip varje förseelse i tjänsten, således även förseelse som kan beivras av medicinalväsendets ansvarsnämnd.

5 Tillsyn över yrkesutövning inom hälso- och sjukvård

5.1 Den författningsreglerade tillsynen

5.1.1 *Förbud och behörighet att utöva hälso- och sjukvård*

Det svenska regelsystemet för utövning av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område bygger på tanken att envar äger frihet att utöva sådan verksamhet med de begränsningar som ansetts nödvändiga för att skydda allmänheten. Vissa yrkesgrupper, för vilka samhället ansett sig kunna och böra garantera viss kvalitet, har undantagits från begränsningsreglerna. Regelsystemet återfinns i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s. k. kvacksalverilagen) jämförd med lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket och medicinalpersonalkungörelsen. Numera torde jämförelse även få göras med lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. och dess följdförfattningar.

Kvacksalverilagen äger tillämpning på den som mot ersättning undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte (1 §). Enligt lagen är behandling av vissa smittsamma sjukdomar, cancer och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi och sjukdomar i samband med havandeskap och förlossning, förbjuden.

Vidare är undersökning eller behandling av barn, som inte fyllt åtta år, samt rådgivning per korrespondens utan personlig undersökning förbjudna. Som förbjudna undersöknings- och behandlingsmetoder anges allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel, hypnos samt radiologiska metoder. Ambulerande verksamhet och verksamhet av den som inte är svensk medborgare är vidare förbjudna. Den som bryter mot bestämmelserna kan dömas för hälsofarligt kvacksalveri till böter eller fängelse.

Vid utövandet av verksamhet som avses i 1 § kvacksalverilagen åligger det den som därvid begagnar sig av förvärvad läkar- eller doktorstitel att tydligt utmärka titelns ursprung och beskaffenhet. I övrigt får inte den som utövar i lagen avsedd verksamhet i samband därmed beteckna sig läkare eller doktor eller begagna titel eller yrkesbeteckning vari sådan benämning ingår eller som ger sken av att han är legitimerad eller eljest auktoriserad av myndighet eller har specialistkompetens såsom läkare. Den som bryter häremot kan dömas till böter.

Från lagens regler undantas dels den som innehar behörighet att utöva läkaryrket, dels den som eljest är i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område ställd under socialstyrelsens tillsyn. I prop. 1960:141 (s 35) anförde departementschefen angående dessa grupper yrkesutövare:

(Kvacksalverilagen bör) endast taga sikte på och rikta sig mot dem, som utan att vara läkare eller eljest auktoriserade för sin uppgift utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. De personalkategorier, som sålunda bör undantagas, utgöres av läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, farmaceuter m. fl., för vilka det är gemensamt att de i sin verksamhet står under medicinalstyrelsens tillsyn. Med denna tillsyn är förenad vissa befogenheter för styrelsen, däribland disciplinär bestraffningsrätt och rätt att återkalla auktorisationen. Med hänsyn till den kontroll och de ingripanden, som i dessa fall står offentlig myndighet till buds, saknas skäl att hänföra dessa yrkeskategorier till gruppen kvacksalvare och andra icke-auktoriserade yrkesutövare på hälso- och sjukvårdens område.

De auktoriserade yrkesutövare som beskrevs sålunda av departementschefen sammanfördes några år senare i medicinalpersonalkungörelsen.

Från kvacksalverilagens regler är sålunda undantagen främst den som äger behörighet att utöva läkaryrket. Reglerna återfinns i *lagen om behörighet att utöva läkaryrket*. För behörighet erfordras antingen legitimation såsom läkare eller förordnande av visst slag. Som beskrivits närmare under avsnitt 3.1 om de legitimerade yrkesutövarna erhålls legitimation efter genomgång av viss utbildning och praktik. Läkare, vars legitimation är återkallad eller vars behörighet att utöva läkaryrket eljest upphört, kan om han ändå utövar yrket dömas för obehörig utövning av läkaryrket till böter eller fängelse. En särskild lag om behörighet att utöva yrket finns också för tandläkarna (1963:251). Lagen är i huvudsak uppbyggd på samma sätt som gäller för läkare. Straffregeln riktar sig i detta fall mot envar, som utövar tandläkaryrket mot ersättning utan att vara behörig därtill.

För övriga legitimerade yrkesutövare på hälso- och sjukvårdens område finns uttrycklig bestämmelse om behörighet att utöva yrket endast för barnmorskor. För barnmorskor, sjukgymnaster och optiker har angivits vissa regler om deras befogenheter. Sålunda återfinns i barnmorskereglementet (1955:592) bestämmelser om vad barnmorskas verksamhet huvudsakligen omfattar, samt om förutsättningar för att barnmorska skall få utföra förlossningsoperation och använda eller utdela läkemedel. I kungörelsen om legitimation av sjukgymnaster (1937:864) föreskrivs att sådan sjukgymnast äger att med sjukgymnastik behandla sjuka, för vilka läkare förklarat sådan behandling lämplig. För de legitimerade optikerna har socialstyrelsen i instruktion för dessa närmare angivit vilka åtgärder en sådan optiker får resp. inte får vidta på eget ansvar.

Såsom anförts ovan är alla yrkesutövare som står under socialstyrelsens tillsyn undantagna från kvacksalverilagens bestämmelser. Förutom de legitimerade yrkesutövarna hör hit – i vart fall – övrig s. k. medicinalpersonal dvs. exempelvis tandtekniker, undersköterskor och kuratorer. Ett stort antal av dessa erhåller sin ställning som medicinalpersonal genom innehavet av anställning i allmän tjänst.

5.1.2 *Föreskrifter och anvisningar för yrkesutövningen*

Regler om hur yrket skall utövas och om övriga åligganden för yrkesutövaren har meddelats i en rad olika former. Förutom författningsregler finns ett stort antal föreskrifter utfärdade av tillsynsmyndigheten/socialstyrelsen med stöd av bemyndiganden (se avsnitt 2.1.1). Framställningen begränsas här till ett fåtal centrala författningar. Den speciella skyldigheten att föra patientjournaler behandlas närmare i avsnitt 8.

Utöver de nedan beskrivna reglerna om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal återfinns ett flertal bestämmelser om olika skyldigheter som vissa yrkesutövare, främst läkare, har att iaktta i olika speciallagar. Sådana regler finns t. ex. i 93 § barnavårdslagen (1960:97) och 10 § nykterhetsvårdslagen (1954:579), i smittskyddslagen (1968:231) och kungörelsen om cancerregister (1957:632) samt i lagarna om abort, sterilisering, transplantation och obduktion (1974:595, 1975:580, 1975:190 och 1975:191).

Vissa yrkesutövare

För *läkare* och *tandläkare* har regeringen utfärdat instruktioner /allmän läkarinstruktion (1963:341) och allmän tandläkarinstruktion (1963:666)/, vilka innehåller bestämmelser om dels att yrkesutövarna är ställda under socialstyrelsens inseende och skyldiga att efterkomma styrelsens föreskrifter, dels särskilda åligganden i yrkesutövningen. Bland åliggandena märks främst skyldigheten att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och såvitt möjligt den behandling som patientens tillstånd fordrar. I övrigt återfinns regler om bl. a. journalföring, utfärdande av intyg, förskrivning av läkemedel och vissa anmälningsskyldigheter.

För *barnmorskor och sjuksköterskor* har regeringen utfärdat reglementen (1955:592) för barnmorskor och (1957:656) för sjuksköterskor. Dessa innehåller, förutom regler om legitimation, vissa regler för yrkesutövningen. T. ex. anges att barnmorskan och sjuksköterskan vid utövandet av sitt yrke skall iakttaga omsorg och samvetsgrannhet. Vidare ges regler för bl. a. journalföring, utdelande av läkemedel, anmälningsskyldighet och vidareutbildning. För *optikerna* har socialstyrelsen – efter bemyndigande i kungörelsen om legitimation av glasögonoptiker (1963:456) – utfärdat instruktion /senast den 29 oktober 1976 (SoSFS (M) 1976:75)/ innehållande liknande bestämmelser som dem utfärdade i sjuksköterskereglementena.

Medicinalpersonalen

För de nyss uppräknade grupperna liksom för övriga elva grupper som tillhör medicinalpersonalen har generella föreskrifter meddelats i medicinalpersonalkungörelsen. I 2 § anges att medicinalpersonalen i yrkesutövningen står under socialstyrelsens inseende samt att den som tillhör medicinalpersonalen är skyldig att 1. följa de instruktioner och andra föreskrifter för yrkesutövningen som socialstyrelsen meddelar samt 2. skyndsamt lämna de upplysningar, förklaringar eller underrättelser, som socialstyrelsen infordrar.

All personal inom hälso- och sjukvård

Genom *lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.*, som trädde i kraft den 29 april 1975, bemyndigade riksdagen regeringen att meddela föreskrifter om åligganden för den som utövar verksamhet inom hälso- och sjukvård eller inom apoteksväsendet. Vidare fick regeringen rätt att överlåta åt förvaltningsmyndighet att meddela sådana föreskrifter. Denna rätt utnyttjade regeringen den 10 september 1975 (SFS 1975:857) genom införande av en ny bestämmelse i socialstyrelsens instruktion. Rätten att meddela de i lagen avsedda föreskrifterna överfördes på socialstyrelsen. Personkretsen angavs därvid till dels medicinalpersonal under styrelsens inseende, dels "annan som utövar verksamhet inom hälso- och sjukvård eller inom apoteksväsendet".

Av departementschefens uttalanden i prop. 1975:8 (s 68–73) framgår att ifrågavarande lag tillkommit främst som en följd av regeringsformens krav på att föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna, som gäller åligganden för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden, skall meddelas i lag (8 kap. 3 § RF). För att möjliggöra en fortsättning på tidigare ordning, nämligen att föreskrifter för medicinska yrkesutövare i stor utsträckning meddelas på administrativ väg, utnyttjades rätten enligt 8 kap. 7 § RF att ge regeringen eller förvaltningsmyndighet rätt att i vissa fall utfärda dessa föreskrifter. Departementschefen anförde angående den avsedda tillämpningen av lagen bl. a. följande (prop. s 69):

> I praktiken kommer knappast i fråga att utnyttja det föreslagna bemyndigandet beträffande annan verksamhet än sådan som står under socialstyrelsens tillsyn. Av 3 § instruktion (1967:606) för socialstyrelsen framgår vilken verksamhet som står under styrelsens tillsyn. Hit hör bl. a. den allmänna hälsovården, den sjukdomsförebyggande vården, den öppna och slutna sjukvården samt läkemedelsförsörjningen. Verksamma inom dessa områden är medicinalpersonalen enligt den tidigare nämnda kungörelsen. Men också personal som inte hör till medicinalpersonalen i angiven mening faller som sysselsatt i verksamhet under socialstyrelsens tillsyn inom tillämpningsområdet t. ex. läkarsekreterare, sjukvårdsbiträden och viss apotekspersonal. Utanför tillämpningsområdet står personal som arbetar enbart inom barnavård, nykterhetsvård m. m.

I lagen (3 §) föreskrivs skyldighet för alla som utövar eller har utövat verksamhet, för vilken gäller föreskrift enligt lagen, att iaktta *tystnadsplikt*.

Med stöd av det tidigare nämnda bemyndigandet utfärdade socialstyrelsen i december 1975 kungörelse (MF 1975:158) med föreskrifter om åligganden m. m. för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. I kungörelsen, som i övrigt innehåller anvisningar om hur tystnadsplikten enligt lagens 3 § bör tillämpas, anför styrelsen bl. a. följande:

> För medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende finns redan särskilda föreskrifter enligt kungl. kungörelsen om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende. Det som där föreskrivs, bl. a. att medicinalpersonalen är skyldig att följa de instruktioner och andra föreskrifter för yrkesutövningen som styrelsen meddelar samt att skyndsamt lämna de upplysningar, förklaringar eller underrättelser som styrelsen infordrar gäller alltjämt. –Vad gäller den som tillhör andra personalgrupper som utövar verksamhet inom hälso- och sjukvård (tandvård) samt är i *allmän tjänst*, såsom t. ex. arbetsterapeuter, bandagister, laboratorieingenjörer, logopeder, läkarsekreterare, psy-

kologer, sjukhusfysiker, sjukvårdsbiträden och tandhygienister föreskriver socialstyrelsen att han skall under utövandet av sitt yrke iakttaga omsorg och samvetsgrannhet, följa de instruktioner och andra föreskrifter för yrkesutövningen som styrelsen meddelar, samt skyndsamt lämna de upplysningar, förklaringar eller underrättelser som styrelsen infordrar. Vad nu sagts gäller jämväl sådan personal som *utan att vara i allmän tjänst* biträder läkare eller tandläkare i deras yrkesutövning eller som är verksam inom detaljhandel med läkemedel. – Den som fullgör yrkespraktik inom ramen för utbildning inom allmän hälso- och sjukvård (tandvård) eller eljest hos läkare och tandläkare eller inom detaljhandel med läkemedel skall härunder iakttaga omsorg och samvetsgrannhet samt i övrigt följa de instruktioner och föreskrifter som gäller för utbildningen.

5.1.3 *Inspektioner och anmälningsskyldighet – JO, JK*

Enligt lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. (2 §) har socialstyrelsen rätt att inspektera den verksamhet för vilken gäller föreskrifter som utfärdats med stöd av lagen.

En redogörelse för socialstyrelsens *inspektionsverksamhet* samt för vissa bestämmelser om skyldighet att avge *årsrapporter* till socialstyrelsen över verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet har lämnats under avsnitt 2.1.1.

Härutöver finns två andra kontrollinstrument av betydelse på den allmänna hälso- och sjukvårdens område.

Enligt 10 § tredje stycket sjukvårdskungörelsen, *"lex Maria"*, åligger det sjukhusdirektören – i vissa fall chefsläkaren – vid sjukhus att omedelbart anmäla till socialstyrelsen och polismyndighet samt underrätta sjukvårdsstyrelse och direktion, om någon åsamkas allvarlig skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset eller anledning föreligger att befara att sådan skada eller sjukdom senare uppkommer på grund av behandlingen. Anmälan behöver dock inte göras, om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse inte förelegat vid behandlingen. – Överläkare och i princip övriga läkare vid sjukhus har enligt 31 § 6., 32 § och 34 § sjukvårdskungörelsen att omedelbart underrätta chefsläkaren eller styresmannen om förhållanden som avses i 10 § tredje stycket. Föreskrift av liknande innehåll finns i 16 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m. Vidare gäller enligt 3 § 6) tandläkarinstruktionen att varje tandläkare, vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar tandläkaryrket, ofördröjligen skall anmäla till socialstyrelsen om en patient avlidit och dödsfallet kan antas äga samband med behandlingen eller om patient vid behandlingen tillfogats skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet. – Under åren 1972–1975 gjordes ca 60 anmälningar enligt "lex Maria" varje år. I genomsnitt 15 av dessa föranledde någon form av åtgärd – disciplinär påföljd eller åtalsanmälan.

Den personal inom hälso- och sjukvård, som är statligt eller kommunalt anställd, står under justitieombudsmännens (JO) och justitiekanslerns (JK) tillsyn.

Enligt 18 § instruktionen för JO får ombudsman överlämna klagomål till annan myndighet för handläggning om frågan är av sådan beskaffenhet

att den lämpligen kan prövas av den andra myndigheten. Någon motsvarande regel finns inte i JK:s instruktion.

En genomgång av justitieombudsmännens ämbetsberättelser åren 1974–1977/78 har uppvisat bl. a. följande vad avser sjukvårdsärenden. I de fall överlämnande skett enligt 18 § instruktionen torde det regelmässigt ha gjorts till socialstyrelsen (ansvarsnämnden).

Antal avgjorda klagoärenden

Sjukvård	Avvisn. el. avgör. utan särsk. utredn.	Överl. enl 9 § instr. (nu 18 § instr.)	Avgjorda efter utredn. utan att fel funnits	Erinran eller annan kritik	Åtal eller discipl. bestraffn.	Framställning	Totalt
1973	153	31	140	14	1	2	341
1974	109	23	111	14	–	–	257
1975	109	15	111	38	1	–	274
1976 t. o. m. juni	68	15	61	6	1	–	151
1976/77	126	11	120	11	–	–	268

Vid jämförelse med andra tillsynsområden, såsom de redovisats i ämbetsberättelsen, kan konstateras att gruppen sjukvårdsärenden år 1973 var utan jämförelse störst, närmast följd av kriminalvård 279 ärenden, domstolar 254, polis 241 och taxeringsmyndigheter 236 ärenden. Under åren 1974 och 1975 utgjorde polis- och domstolsärendena större ärendegrupper än sjukvårdsärendena. Under första halvåret 1976 var sjukvårdsärendenas antal näst störst efter polisärendena. Detta var förhållandet även tiden den 1 juli 1976 – den 30 juni 1977, då polisärendenas antal uppgick till 309 eller 41 fler än sjukvårdsärendena.

Från JK:s kansli har inhämtats, att tillsynsärenden rörande sjukvård har mycket begränsad omfattning och att de ärenden som anhängiggörs huvudsakligen synes härröra från förhållanden inom den psykiatriska vården. I de fall ersättningstalan för påstådd felbehandling förs mot personal anställd vid statliga sjukhus, företräder JK staten som svarandepart.

5.1.4 *Beivran av fel*

Straffansvar

Liksom för samhällsmedlemmarna i gemen gäller brottsbalkens allmänna straffregler för dem som är verksamma inom hälso- och sjukvård. Således kan för yrkesutövare inom hälso- och sjukvård ansvar komma ifråga för t. ex. vållande till kroppsskada eller sjukdom eller vållande till annans död.

De yrkesutövare som tillika kan anses utöva myndighet är underkastade de ovan (4.1.1) beskrivna reglerna om oriktig myndighetsutövning. Härutöver finns viss specialreglering dels av mera allmänt slag, dels mera detaljerad genom bestämmelser i lagar om särskilda verksamheter (sterilisering, abort osv.)

Fram till den 29 april 1975 innehöll en rad författningar straffbestämmelser för vissa yrkesutövare inom det medicinska området; dessutom innehöll medicinalpersonalkungörelsen en straffbestämmelse för all medicinalpersonal. Sålunda föreskrevs t. ex. i allmänna läkarinstruktionen och i allmänna tandläkarinstruktionen straff för handlingar i strid mot vad som stadgades i instruktionen, bl. a. brott mot tystnadsplikt. Liknande bestämmelser återfanns i reglementena för sjuksköterskor och barnmorskor. I 4 § medicinalpersonalkungörelsen stadgades dessutom att den som tillhörde medicinalpersonalen och i sin yrkesutövning handlade i strid mot vad socialstyrelsen jämlikt gällande författningar föreskrivit kunde dömas till dagsböter. I lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. sammanfördes ett stort antal av dessa särskilda straffbestämmelser till en gemensam (4 §). I bestämmelsen anges, att den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot föreskrift som meddelats med stöd av lagen eller som hindrar eller undandrar sig inspektion dömes till böter eller fängelse i högst sex månader. Vidare infördes en gemensam lagbestämmelse om tystnadsplikt (3 §). Straff för brott mot tystnadsplikten kan ådömas enligt 20 kap 3 § brottsbalken.Sedan socialstyrelsen med stöd av 1 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. utfärdat den tidigare nämnda kungörelsen (MF 1975:158) med föreskrifter om åliganden m. m. för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. (avsnitt 5.1.2.) har straffbestämmelsen i lagens 4 § erhållit sitt materiella innehåll.

I speciallagstiftning förekommer ett flertal bestämmelser, som riktar sig till medicinska yrkesutövare. I vissa av dessa lagar, t. ex. om abort och steriliseringen, finns straffbestämmelser intagna direkt i lagarna. I andra fall – t. ex. i lagarna om obduktion och transplantation, i barnavårdslagen och nykterhetsvårdslagen – saknas straffregler i själva speciallagen. Åtminstone i vissa fall torde straff ändå kunna ådömas med tillämpning av 4 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.

Enligt kungörelsen (1964:636) angående skyldighet för domstol att underrätta socialstyrelsen om dom i vissa brottmål, skall domstol sända in avskrift av dom, varigenom *läkare* och *tandläkare* dömts till fängelse för brott förövat under utövning av yrket, till fängelse i minst sex månader för annat brott, samt för obehörigt utövande av yrket eller brott mot kvacksalverilagen. Domstol skall vidare sända in avskrift av dom om *någon,* som i sin yrkesutövning står under socialstyrelsens inseende, eljest funnits skyldig till fel eller försummelse i sådan verksamhet.

Disciplinansvar m. m.

Som ett led i socialstyrelsens tillsynsfunktion vad avser medicinalpersonalen har styrelsen tillagts befogenhet att disciplinärt bestraffa enskilda yrkesutövare.

I 5 § medicinalpersonalkungörelsen föreskrivs att om den som tillhör medicinalpersonalen gör sig skyldig till försummelse, oförstånd eller oskicklighet i yrkesutövningen eller om han däri visar anmärkningsvärd okunnighet om de föreskrifter som det åligger honom att iaktta må socialstyrelsen tilldela honom varning, om styrelsen inte med hänsyn till omständigheterna

finner sig kunna låta bero vid erinran om att han för framtiden skall iaktta gällande föreskrifter. Vid svårare fel skall styrelsen anmäla honom till åtal samt underrätta den, som har att besluta om avskedande.

Medicinalpersonalkungörelsen innehöll inte från början någon bestämmelse om disciplinpåföljd. I stället stadgades disciplinansvar för "styrelsen underlydande personal utom verket" i dåvarande medicinalstyrelsens instruktion. Däri angavs bl. a., att den som "i sin befattning gjorde sig skyldig till fel eller försummelse" kunde ådömas disciplinstraff. I samband med statstjänstemannalagens tillkomst år 1965 infördes i medicinalpersonalkungörelsen en bestämmelse om disciplinpåföljd av följande lydelse:

"Om den som tillhör medicinalpersonalen gör sig skyldig till försummelse, oförstånd eller oskicklighet i yrkesutövning, i vilken han icke omfattas av statstjänstemannalagen den 3 juni 1965 (nr 274), eller om han däri visar anmärkningsvärd okunnighet om de föreskrifter som det åligger honom att iakttaga, må socialstyrelsen tilldela honom varning, om styrelsen ej med hänsyn till omständigheterna finner sig kunna låta bero vid erinran om att han för framtiden skall iakttaga gällande föreskrifter. Är felet av svårare beskaffenhet eller har han icke låtit sig rätta av tidigare disciplinär åtgärd, skall styrelsen anmäla honom till åtal, om icke särskilda skäl föranleda annat.

Bestämmelserna i första stycket om varning och åtalsanmälan gäller även den, som omfattas av bestämmelserna i statstjänstemannalagen om disciplinär bestraffning men för vilken styrelsen ej är chefsmyndighet, i fråga om verksamhet i vilken han enligt 2 § står under styrelsens inseende."

I samband med ämbetsansvarsreformen år 1975 erhöll bestämmelsen i medicinalpersonalkungörelsen såtillvida annan lydelse att undantagen för vissa statliga befattningshavare togs bort. Samtidigt undantogs den statligt anställda medicinalpersonalen, i den yrkesutövning avseende vilken de står under socialstyrelsens inseende, från disciplinreglerna för statstjänstemän.

Begreppet "yrkesutövningen" i medicinalpersonalkungörelsen är inte entydigt. Det torde ha använts främst för att skilja ut den vårdande och behandlande verksamheten, dvs. vad man också skulle kunna kalla ren hälso- och sjukvård, från sådan verksamhet som läkare m. fl. utövar i andra funktioner, exempelvis som tjänstemän i statliga verk, som lärare, som forskare osv. Däremot torde, för den som innehaft tjänst som t. ex. läkare eller sjuksköterska i offentlig anställning, begreppet "yrkesutövningen" ha innefattat även sådana åligganden som följt med innehavet av själva tjänsten. Socialstyrelsens disciplinära befogenhet gentemot medicinalpersonalen får därför f. n. anses omfatta dennas "yrkesutövning"-tjänsteutövning utan begränsning. Detta innebär, såvitt gäller främst den hos de kommunala sjukvårdshuvudmännen anställda medicinalpersonalen, att ett och samma fel i "yrkesutövningen" kan föranleda att ansvar ådöms såväl av medicinalväsendets ansvarsnämnd enligt medicinalpersonalkungörelsen som av sjukvårdsstyrelse eller annan företrädare för arbetsgivaren enligt regler i kollektivavtal (jfr avsnitt 4.2.2).

Enligt 6 § medicinalpersonalkungörelsen kan den som tillhör medicinalpersonalen föreläggas att vid *vite,* högst 1 000 kr. varje gång, fullgöra vad som åligger honom enligt lag, instruktion eller annan författning, särskild föreskrift eller yrkesutövningens beskaffenhet. Styrelsen äger själv utdöma vitet. Beslut om disciplinpåföljd och vite fattas enligt socialstyrelsens instruktion av medicinalväsendets ansvarsnämnd.

5.2 Patientombudsmän och liknande

Under början av 1970-talet har frågor om inrättande av s. k. patientombudsmän eller liknande kontaktorgan behandlats av en rad olika landsting. I vissa landsting har sjukvårdshuvudmännen – regelmässigt under hänvisning till medicinalansvarskommitténs pågående arbete – avvaktat med beslut om inrättande av något särskilt organ av föreslagen typ. I andra har försöksverksamhet bedrivits. De lösningar som därvid prövats varierar. I några fall har två olika former hunnit prövas på försök. Här lämnas en redogörelse för några av de gjorda försöken.

Stockholms läns landsting

Landstinget är sedan år 1970 uppdelat i fem förvaltningsområden. För varje område finns en lokalstyrelse, som under den centrala hälso- och sjukvårdsnämnden utövar tillsynen av och ansvaret för hälso- och sjukvården inom området enligt närmare angivna riktlinjer. I lokalstyrelserna ingår sammanlagt ett åttiotal förtroendevalda ledamöter. Bakom den gjorda uppdelningen låg en önskan att möjliggöra en nära kontakt mellan områdets (ortens) befolkning, sjukhus och institutioner samt förtroendemannarepresentanter, vilka kunde samla in synpunkter och ta upp aktuella problem i den lokala styrelsen. Tanken var ursprungligen att styrelsen skulle sammanträda på olika sjukhus och institutioner inom området varvid särskild uppmärksamhet borde ägnas lokala frågor. Mellan sammanträdena kunde allmänhetens kontakt med styrelsen upprätthållas genom "kontaktmän", utsedda av lokalstyrelsen inom sig. Efter särskild utredning år 1971 rekommenderades kontaktmannaverksamheten i stället få följande utformning. Varje lokalstyrelse skulle bland styrelsens ledamöter och suppleanter utse en eller flera kontaktmän för varje institution/verksamhet inom förvaltningsområdet. Kontaktmannen borde minst två gånger per år besöka institutionen/verksamheten och därefter anmäla besöket vid följande lokalstyrelsesammanträde. Patienter och personal vid institutionen/verksamheten liksom allmänheten i övrigt skulle ha möjlighet att till kontaktmannen framföra synpunkter på vården och övriga förhållanden. De frågor som framkom skulle av kontaktmannen förmedlas till lokalstyrelse, förvaltningsledning eller företagsnämnd. Det underströks särskilt att varje lokalstyrelse själv borde avgöra enligt vilka principer verksamheten skulle uppdelas på olika kontaktmän. I praktiken har verksamheten också kommit att få olika intensitet och utseende. Någon samlad redovisning av verksamhetens resultat för hela landstinget har ej gjorts.

Göteborgs och Bohus läns landsting

Landstinget beslöt i anledning av en motion om att anställa en patientombudsman vid landstinget på hösten 1971 att inleda försöksverksamhet med landstingets informationssekreterare som "mottagare av patientobservationer". Som motiv anfördes behovet av att kartlägga omfattning och inriktning av sådana klagomål, som av psykologiska eller andra skäl kunde

antas inte nå fram till den arbetande personalen eller de vårdansvariga i övrigt. Försöksverksamheten inleddes vid Mölndals centrallasarett den 1 januari 1972. Den 1 januari 1974 utvidgades försöksverksamheten till att omfatta även Kungälvs lasarett samt sjukhem och öppen vård inom landstingets södra sjukvårdsdistrikt. Fr. o. m. år 1975 övertogs funktionen som mottagare av patientobservationer av en jurist inom landstingskansliet. Enligt arbetsordning för försöksverksamheten, utarbetad år 1972 av chefsläkaren och sjukhusdirektören vid Mölndals lasarett tillsammans med informationssekreteraren, framhölls bl. a. att resp. klinikchef ansvarade för handläggningen av de ärenden som rörde kliniken samt att det var av vikt att varje ärende avrapporterades såväl till patient som till berörda sjukhus. Under första verksamhetsåret inkom 95 ärenden, av vilka 47 avsåg administrativa frågor, exempelvis väntetider, 30 frågor om vården, och 18 personalfrågor. År 1975 behandlades 71 ärenden och år 1976 58 ärenden. Fr. o. m. hösten 1977 pågår försöksverksamhet med förtroendevalda som kontaktmän i landstingets norra sjukvårdsdistrikt.

Skaraborgs läns landsting

Sjukvårdsstyrelsen i landstinget beslöt i mars 1973 att anta ett program för uppföljning av patientreaktioner, synpunkter och klagomål i samband med vård vid sjukvårdens inrättningar. I programmet ingick bl. a. försök med kontaktombud vid ett sjukhus, Kärnsjukhuset i Skövde, samt olika enkätundersökningar. I avvaktan på förväntade centrala riktlinjer för en funktion som patientombudsman inom sjukvården, gavs kontaktombudet främst uppgiften som mottagare-klarläggare och förmedlare av patientens problem. Till kontaktombud utsågs en sjuksköterska vid sjukhuset, som varit verksam sedan den 1 augusti 1973. Kontaktombudets rapporter har fortlöpande och informellt delgivits sjukvårdsstyrelsen. Särskilda årsrapporter har även sammanställts.

Värmlands läns landsting

I en motion till höstlandstinget år 1973 föreslogs att patienter och/eller anhöriga skulle ges möjligheter att framföra synpunkter på sjukvården i länet till en särskild patientkontaktman. Enligt motionen borde någon av landstingets förtroendevalda – t. ex. sjukhusdirektionens ordförande – beredas tillfälle att vid bestämda tidpunkter, med lämpligt avvägda intervaller, vara tillgänglig för patienter och deras anhöriga för att överlägga om frågor som rör sjukvården inom landstingsområdet. Landstinget biföll motionen och uppdrog åt en kommitté att föreslå en lämplig organisatorisk lösning. Kommittén delade motionärernas uppfattning att den nya patientkontaktmannen inte skulle stå i anställningsförhållande till sjukvårdshuvudmannen och ansåg vidare att heltidsengagerad förtroendeman inte skulle väljas för detta uppdrag. Dessutom borde det slås fast att patientkontaktmannen inte skulle ersätta kuratorerna i deras dagliga arbete och inte bli någon dömande instans riktad mot sjukvårdens personal. Kommittén föreslog att ordförandena i sjukhusdirektionerna – eller annan förtroendeman som direktionen utsåg – skulle stå till förfogande för patienter och deras anhöriga.

Landstinget beslöt i enlighet med kommitténs förslag i mars 1974. Verksamheten påbörjades under försommaren samma år. Tio patientkontaktmän har sedan dess haft regelbundna mottagningar och telefontider vid fjorton sjukhus inom länet. Ett genomgående drag i verksamheten skall, enligt en av landstinget i juni 1975 gjord enkät bland kontaktmännen, ha varit att besöks- eller kontaktfrekvensen dittills varit låg. I flera fall hade antalet kontakter varit mindre än en per mottagningstillfälle. Även om en viss ökning kunnat förmärkas, kvarstod intrycket av låg kontaktfrekvens även vid en ny rundfrågning i mars 1976. Typen av förfrågningar varierade starkt. En viss övervikt för frågor av typ väntetider, besökstider, materiel- och lokalresurser tycks dock kunna utläsas ur kontaktmännens svar.

Blekinge läns landsting

Landstingets förvaltningsutskott beslöt i augusti 1974 att landstingets informationssekreterare under en försöksperiod av ett år skulle fungera som patientombudsman vid centrallasarettet i Karlskrona och att verksamheten skulle avse såväl sluten som öppen vård vid sjukhuset. Bakom beslutet låg en landstingets utredning enligt vilken det kunde vara av värde att samla in erfarenheter rörande patienternas särskilda problem i samband med en sjukhusvistelse. Till försöksverksamheten knöts en patientinformationsgrupp bestående av sjukvårdspolitiker, vårdpersonal och fackliga representanter. Enligt den arbetsordning, som utarbetades för verksamheten, skulle patienten i första hand rådas att använda sig av befintliga kanaler (vårdpersonal, styresman, intendent osv.), då han önskade framföra synpunkter. Först då patienten inte ville ha kontakt med någon av dessa skulle hänvisning ske till patientombudsmannen. Det skulle dock vara patienten obetaget att själv kontakta vem han ville.

Sammanfattningsvis angavs att ombudsmannens arbete inte främst skulle syfta till att bedriva "rättshjälp" utan mer gå ut på dels att undersöka hur informationen till patienter kunde förbättras, att skapa kontakter mellan sjukhus, patienter och anhöriga samt att förklara och tillrättalägga, dels att undersöka behovet av ytterligare möjligheter för patienter att framföra önskemål och klagomål på vård och miljö. Under försöksverksamheten (den 1 oktober 1974 – den 31 december 1975) behandlades 114 ärenden. En sammanställning och utvärdering av verksamheten gjordes av patientombudsmannen i mars 1976. I rapporten diskuterades bl. a. problemen med den mellanställning en landstingsanställd patientombudsman har. I september 1976 beslöt förvaltningsutskottet att försöksverksamheten med patientombudsmän skulle fortsätta under en treårsperiod fr. o. m. den 1 januari 1977. Som patientombudsmän skulle i fortsättningen fungera två ledamöter i vardera av de två sjukvårdsområdenas distriktsstyrelse (kontaktmän). I fråga om erforderliga utredningar skulle kontaktmännen använda sig av landstingets kansli eller av distriktsadministrationerna. Kontaktmännen förväntades ha nära samarbete med respektive chefsläkare och distriktsöverläkare. Den nya försöksverksamheten skulle värderas efter två år, så att en permanent lösning kunde införas efter år 1979.

Älvsborgs läns landsting

Inom landstingets båda sjukvårdsdistrikt igångsattes försök med patientkontaktmän den 1 februari 1975. Verksamheten byggdes upp efter den ovan beskrivna s. k. värmlandsmodellen, dvs. med ledamöter av distriktsdirektionerna som fungerande kontaktmän. Inom södra sjukvårdsdistriktet utsågs en kontaktman vid vardera Borås centrallasarett, lasaretten i Alingsås och Skene samt vid sjukstugan i Ulricehamn. Kontaktmännen hade mottagning en gång i veckan, i allmänhet en timme åt gången. Antalet ärenden uppgick under tiden den 1 mars – den 31 december 1975 till sammanlagt 107, av vilka 61 härrörde från lasarettet i Borås. Av ärendetyperna avsåg 14 klagomål på behandling, 15 klagomål på bemötande, 11 begäran om att ta del av journalhandlingar, 16 patientförsäkringsärenden, 7 begäran om remisser, 8 klagomål på långa väntetider och 36 ärenden övrigt ej närmare specificerat. Ärendebilden genomgick ingen anmärkningsvärd förändring under år 1976.

Inom norra sjukvårdsdistriktet tillsattes kontaktmän dels vid lasaretten i Trollhättan och Vänersborg med liknande utformning som i södra distriktet, dels särskild kontaktman för vardera områdena psykiatrisk vård, tandvård, öppen vård utanför sjukhus samt sjukvårdsinrättningarna i Dalsland. Även de senare gavs till en början fast mottagningstid en gång i veckan. Sedan det efter ett års verksamhet visat sig att ärendena inom tandvård, öppen vård och vid sjukvårdsinrättningarna i Dalsland varit mycket få (ca 5 st. per område och år) beslöt man att patientombuden inom dessa områden inte längre skulle inställa sig personligen på mottagningstiderna utan erhålla besked om eventuella klagomål genom blockföreståndare eller intendent. Under det första årets försöksverksamhet (fr. o. m. den 1 februari 1975) behandlades sammanlagt 90 ärenden, av vilka 63 hänförde sig till sluten kroppssjukvård.

Uppsala läns landsting

Efter en motion till landstingsmötet år 1973 om inrättande av en patientombudsman för Uppsala län beslöt landstinget tillsätta en särskild arbetsgrupp för utredning av frågan. Enligt arbetsgruppens i början av år 1975 framlagda förslag skulle en patientombudsmans arbetsuppgifter bl. a. vara *att* ta emot patienters frågor och eventuella besvär, *att* göra erforderliga utredningar, *att* klara ut och förebygga missförstånd, *att* ta emot förslag om förändringar, *att* medverka vid information till såväl patient som vårdpersonal i vårdfrågor och om möjligheterna till kontakt med patientombudsmannen, *att* göra personliga besök vid landstingets institutioner för hälso- och sjukvård för information om verksamheten och samråd, *att* sträva efter att förenkla och underlätta patienters och allmänhets kontakt med landstinget, varvid telefon- eller personliga kontakter, utan krav på skriftlig kommunikation, kunde förekomma, *att* skriftligt besvara alla anmälda ärenden, gärna med muntlig komplettering, när detta vore befogat, samt *att* föra statistik över verksamheten.

Landstinget beslöt i april 1975 att på försök inrätta en tjänst som patientombudsman under år 1976. Patientombudsmannen skulle vara underställd landstingets presidium. Under försöksverksamheten skulle en utred-

ning och kartläggning ske av patientärendenas art samt mängden av patientärenden fördelade på olika verksamhetsområden. Försöksverksamheten skulle vara öppen för länets invånare och för de utomlänspatienter som vårdades på någon av länets inrättningar. Verksamheten borde även kunna ge svar på frågor om behov av hel- eller deltidstjänst för en framtida patientombudsman, tjänstens organisation, lämplig utbildning för befattningshavare på tjänsten samt eventuell avgränsning av ärendetyper. Uppdraget gavs åt en planeringssekreterare inom landstinget med sjuksköterskeutbildning och administrativ erfarenhet. Samtidigt bildades en "informell" referensgrupp, som tog till uppgift att följa och värdera försöksverksamheten. I gruppen ingick tio personer, bl. a. politiker, personal, länsläkare samt patientombudsmannen. Under verksamhetsåret den 1 april 1976 – den 31 mars 1977 behandlades 200 ärenden (t. o. m. den 31 oktober 1976 100 ärenden). Av dessa avsåg 87 ärenden patienter vid Akademiska sjukhuset, 22 patienter vid Ulleråkers sjukhus och 18 patienter i distriktsvård. Av ärendemängden i övrigt utgjordes 44 ärenden av sådana som inte direkt kunde hänföras till länets sjukvård utan rörde frågor från andra län, om socialvården, samt synpunkter på sjukvård i allmänhet m. m. Verksamheten fortsätter som försöksverksamhet i avvaktan på medicinalansvarskommitténs förslag. Fr. o. m. år 1977 har patientombudsmannen tjänstgjort på heltid.

5.3 Tillsyn genom enskilda m. m.

5.3.1 *Yrkesutövarnas egna ansvarighetsnämnder*

Sedan 1930-talet finns en särskild nämnd – Läkarnas ansvarighetsnämnd – vilken utses av *Sveriges läkarförbund* och Läkarnas Ömsesidiga Försäkringsanstalt, Salus. Dit kan läkare och landstingens försäkringsbolag vända sig för att få ansvarsfrågor bedömda. Nämnden har enligt sin instruktion bl. a. att pröva ärenden rörande förbundsmedlemmars medicinska ansvar i deras yrkesutövning samt att gå till handa med utredningar och utlåtanden i principiella frågor inom nämndens verksamhetsområde. Nämnden består av sju ledamöter, alla läkare, av vilka läkarförbundet utser fyra och Salus tre. Nämndens sekreterare är jurist. Nämnden behandlade 80–90 ärenden under vartdera åren 1974 och 1975. Ingen anmärkningsvärd förändring i antal förmärktes år 1976. – *Svensk sjuksköterskeförening* inrättade år 1938 en motsvarande ansvarighetsnämnd. Nämndens funktioner har fr. o. m. år 1977 övertagits av Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbunds (SHSTF:s) ansvarighetsnämnd. Inom *Sveriges tandläkarförbund* finns dels en ansvarighetsnämnd, dels en förtroendenämndsorganisation. Ansvarighetsnämnden, som består av tre professorskompetenta tandläkare och en jurist, åligger att på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet objektivt utreda och avge yttrande över till nämnden anmälda ärenden. Sålunda avger nämnden expertutlåtanden i odontologiska frågor på begäran av försäkringsbolag eller enskilda tandläkare. Vidare kan ansvarighetsnämnden på begäran av förtroendenämnd avge yttrande i ärende som förtroendenämnden handlägger. – Tandläkarförbundet har sedan år 1942 en särskild internorganisation för behandling av tvister, dels medlemmar emellan, dels mellan

medlemmarna och deras patienter. Institutet – förtroendenämnderna – är uppbyggt av 27 lokala nämnder tillsatta av lokalföreningarna samt en central förtroendenämnd till vilken överklaganden av lokalt handlagda ärenden kan ske. Den centrala nämnden består av tandläkarförbundets ordförande, tre förbundsmedlemmar och en ledamot utsedd av statens konsumentråd som särskild representant för patienternas intressen. De lokala förtroendenämndernas uppgift är att i första hand söka förlika parterna. I de fall nämnden finner att otillfredsställande vård utförts kan nämnden antingen rekommendera tandläkaren att utan kostnad för patienten göra om behandlingen eller anvisa patienten att gå till annan tandläkare på den förstes bekostnad. I vissa fall kan tandläkaren rekommenderas att ta kontakt med sitt försäkringsbolag. Detta kan, som tidigare nämnts, om det befinnes lämpligt begära ansvarighetsnämndens expertutlåtande i ärendet. – Om tandläkaren inte rättar sig efter förtroendenämnds beslut kan han, i sista hand, bli utesluten ur sin lokalförening och därmed ur tandläkarförbundet. – En studie av ärenden under ett år (1968–1969) visar bl. a. att av ca 160 lokalt handlagda ärenden omkring 60 procent avgjordes till patientens förmån. Omkring 5–10 ärenden förs årligen upp till den centrala förtroendenämnden.

5.3.2 *Patientföreningar*

Det finns tre typer av patientföreningar i Sverige: de "allmänna patientföreningarna", föreningarna för personer med vissa sjukdomar och de sjukhusanknutna patientföreningarna.

De allmänna patientföreningarna arbetar för alla patienter oavsett sjukdom. Exempel på sådana är Vårdkonsumenternas riksförbund, Sveriges allmänna patientförening och Patienternas riksförbund (PRF). Medlemsantalet uppgår sammanlagt för dessa föreningar till något/några tusental. Samtliga föreningar är relativt nystartade. De tillkom under 1960- och 1970-talen. Patienternas rättssäkerhet och rätt till information är en huvudfråga för dessa föreningar som i flera fall aktivt uppvaktat såväl myndigheter som massmedia i olika frågor, t. ex. patientombudsman eller sekretesskydd för journaler. Man ger även personlig rådgivning och hjälp till enskilda medlemmar. Föreningarna arbetar främst i Stockholm och har medlemmar boende i dess närhet. Försök görs att bygga upp regionala organisationer.

Exempel på patientföreningar som har medlemmar med vissa sjukdomar ("sjukdomsföreningar") är Riksförbundet mot allergi (RmA), Svenska diabetesförbundet (SD) och Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka (RHL). Dessa föreningar har medlemsantal från ett par tusen upp till 50 000. F. n. uppgår antalet sådana föreningar till ca 30. Föreningarna har i regel en central förbundsstyrelse samt distrikts- och lokalavdelningar. Den centrala verksamheten omfattar huvudsakligen aktiviteter som yttranden, motioner och uppvaktningar till berörda myndigheter.

Sjukhusanknutna patientföreningar har funnits under hela 1900-talet. I första hand verkar de inom långvård och psykiatrisk vård. Föreningarna uppbär ofta ekonomiskt eller personellt stöd från landstingen. I styrelsen finns i regel representanter för huvudman, personal och anhöriga. I en del fall har föreningarna medverkat som referensgrupper inför förändringar av

byggnader, nya sjukhem m. m. Inom vissa psykiatriska kliniker bedrivs aktiv hjälp till patienter, t. ex. genom särskild jourbevakning.

Det gemensamma målet för föreningarna kan sägas vara att öka förståelsen för patienternas behov. Beroende på patientföreningens inriktning kan frågor om patientens rättssäkerhet eller trivsel bli mer framträdande. Patientföreningarna fungerar bl. a. som informationsgivare till de enskilda patienterna men också till allmänheten och berörda myndigheter.

5.3.3 *Patientförsäkring vid behandlingsskada*

Enligt 2 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207) skall var och en som uppsåtligen eller av vårdslöshet vållat person- eller sakskada ersätta skadan, såvida inte annat följer av lagen. Vidare sägs (3 kap. 1 §) att den som har arbetstagare i sin tjänst skall ersätta person- eller sakskada som arbetstagaren vållar genom fel eller försummelse i tjänsten. Särskilda regler gäller för statens eller kommuners skadeståndsansvar vid myndighetsutövning. – En skadelidande är regelmässigt skyldig att visa att skadan vållats avsiktligt eller av vårdslöshet och att han inte själv uppsåtligen eller av grov oaktsamhet medverkat till skadan. Talan om skadestånd förs vid allmän domstol.

Fr. o. m. den 1 januari 1975 har patientens möjligheter att erhålla gottgörelse för skador utökats genom den s. k. patientförsäkringen. Försäkringen – som bygger på avtal mellan sjukvårdshuvudmännen (staten, landsting och landstingsfria kommuner) och ett konsortium av försäkringsanstalter – skall i princip ersätta behandlingsskada i direkt samband med huvudmannens hälso- och sjukvård oberoende av vållande. Sjukvård som har samband med militär verksamhet omfattas inte. – Försäkring enligt samma villkor har numera tecknats av primärkommuner, som ingår i landsting, av de privatpraktiserande tandläkarna samt av största delen av de privatpraktiserande läkarna.

Behandlingsskadan skall vara av kroppslig art och ha "uppkommit som en direkt följd av undersökning, medicinering, behandling eller annan dylik åtgärd och ej utgöra en naturlig eller sannolik följd av en från medicinsk synpunkt motiverad åtgärd" *(egentlig behandlingsskada).* Härvid undantas sådan skada, som är en följd av ett motiverat risktagande i särskilt kritiska situationer. Vidare räknas som behandlingsskador dels sådan skada som består i att ett pågående sjukdomsförlopp på grund av diagnosfel (tekniskt eller mänskligt) inte behandlas på ett adekvat sätt *(diagnosskada),* dels *olycksfallsskador,* dvs. sådana som inträffar i samband med vården men utan direkt samband med de medicinska åtgärderna.

Från ersättningsreglerna undantas bl. a. skada som orsakats av skadebringande egenskap hos läkemedel eller sjukvårdsmaterial, vilka använts enligt gällande anvisningar, samt sådan infektionsskada som sannolikt orsakats av patientens egna bakterier.

Ersättningskrav skall framställas senast två år efter det att skadan orsakades. Vid bestämmande av ersättningen tillämpas i princip skadeståndsrättsliga normer. Vissa schabloner används. Bl. a. utgår inte ersättning för vissa smärre skador. – Åtagandet är för varje skadehändelse begränsat till 20 milj. kr, dock högst 2 milj. kr för varje skadad person.

För bedömning av principiella eller tvistiga skadeersättningsfall har tillsatts en särskild nämnd – Patientskadenämnden. Skadenämnden består av sex ledamöter, av vilka regeringen utser ordförande och ytterligare en ledamot, sjukvårdshuvudmännen två och försäkringsgivarna två ledamöter.

Under tiden den 1 januari 1975 – den 31 december 1977 inkom 5 184 skadeanmälningar till konsortiet. Av dessa bedömdes 2 444 vara ersättningsbara skador och 2 067 icke ersättningsbara. Av de ersättningsbara skadorna klassades 85 som diagnosskada, 1 613 som orsakade av ingrepp och behandling och 545 som olycksfallsskada.

Av de icke ersättningsbara skadorna hänförde sig det övervägande antalet till skador inträffade innan försäkringsavtalet trädde i kraft och till sådana skador som varit en sannolik följd av en från medicinsk synpunkt motiverad åtgärd.

I detta sammanhang må även nämnas att den s. k. produktansvarskommittén i februari 1976 avgivit betänkandet (SOU 1976:23) Ersättning för läkemedelsskada. Enligt förslaget, som bygger på försäkringsersättningsmodellen, skall ersättning för läkemedelsskada utgå oberoende av oaktsamhet hos läkemedelsföretaget eller annan. Ersättningssystemet syftar främst till att ersätta allvarliga och oväntade skador. Vissa inskränkningar beträffande rätten till ersättning för biverkningar görs. Övervägande sannolikhet för orsakssamband mellan skadan och användningen av läkemedel föreslås såsom beviskrav. Ersättningen föreslås bli bestämd enligt skadeståndsrättsliga grunder. – I början av år 1978 har företrädare för läkemedelsindustrin, landstingsförbundet och försäkringsbranschen träffat överenskommelse om en *läkemedelsförsäkring*. Försäkringsvillkoren ansluter nära till produktansvarskommitténs förslag. Enligt den preliminära överenskommelsen täcker försäkringen 85 procent av de företag som verkar på den svenska marknaden. Försäkringen avses träda i kraft den 1 juli 1978.

6 Medicinalväsendets ansvarsnämnd

6.1 Nämndens ställning, sammansättning och uppgifter

Kort tillbakablick

Fram till år 1947 prövades frågor om disciplinärt ansvar för läkare, sjuksköterskor, tandläkare m. fl. av medicinalstyrelsen i viss sammansättning oavsett om de var anställda hos styrelsen, styrelsen underlydande organ eller kommunala huvudmän eller de var fria yrkesutövare.

I samband med omorganisation av medicinalstyrelsen den 1 juli 1947 föreskrevs i 1947 års instruktion för styrelsen att ärenden rörande ifrågasatt fel eller försummelse i tjänsten eller i utövning av verksamhet, som stod under medicinalstyrelsens inseende, skulle handläggas av en medicinalstyrelsens disciplinnämnd och nämndens beslut skulle gälla såsom styrelsens beslut. Såsom ledamöter i nämnden skulle ingå generaldirektören, ordförande, överdirektören, vice ordförande, chefen för den byrå eller avdelning, till vilken ärendet huvudsakligen hörde, en ledamot av styrelsens vetenskapliga råd, som företrädde juridik, samt en av Kungl. Maj:t utsedd ledamot. Förslag om inrättande av disciplinnämnden hade framförts av medicinalstyrelseutredningen i dess betänkande (SOU 1946:20) Den centrala organisationen av det civila medicinal- och veterinärväsendet. Till stöd för förslaget om inrättande av denna nämnd hade utredningen åberopat den allvarliga innebörd som avgöranden i hithörande ärenden kunde äga för såväl den enskilde sakägaren som den yrkesutövare, mot vilken anmärkning gjorts. Utredningen hade också anfört att en kritisk inställning mot medicinalstyrelsens beslut i disciplinärenden stundom kommit till uttryck från allmänhetens sida samt att erinringar framförts från läkarhåll.

Vid inrättandet den 1 januari 1968 av den nya socialstyrelsen ändrades disciplinnämndens sammansättning. Härvid föreskrevs att antalet ledamöter skulle vara fem, varav tre skulle utses särskilt av Kungl. Maj:t och två vara tjänstemän i styrelsen. Samtidigt erhöll nämnden namnet medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Därefter har endast den ändringen gjorts beträffande sammansättningen, att antalet av Kungl. Maj:t särskilt utsedda ledamöter år 1971 ökats från tre till fyra.

Nämndens ställning och sammansättning

Ansvarsnämnden fullgör såsom en socialstyrelsens nämnd vissa uppgifter som ankommer på styrelsen. Nämnden är alltså en del av socialstyrelsen även om flertalet ledamöter utses särskilt av regeringen. Nämndens sammansättning och uppgifter regleras genom bestämmelser i socialstyrelsens instruktion (1967:606). Andra för nämndens verksamhet centrala bestämmelser återfinns i medicinalpersonalkungörelsen. Som närmare angivits i avsnitt 5.1.4 upptas i nämnda kungörelse bl. a. reglerna om disciplinansvar (5 §) samt om föreläggande och utdömande av vite (6 §). I kungörelsen anges att det ankommer på socialstyrelsen att besluta i nämnda frågor.

I 18 § socialstyrelsens instruktion föreskrivs att medicinalväsendets ansvarsnämnd består av fyra av regeringen särskilt utsedda ledamöter, varav en skall vara lagfaren och erfaren i domarvärv samt en vara läkare, samt vidare av chefen för den byrå som handlägger ansvarsärenden eller annan tjänsteman inom styrelsen som generaldirektören utser och av chefen för den byrå till vilken ärendet huvudsakligen hör eller annan tjänsteman inom styrelsen som generaldirektören utser. Nämnda paragraf innehåller vidare, att regeringen utser suppleanter för de särskilt utsedda ledamöterna, att den särskilt utsedde lagfarne ledamoten är ordförande samt att vid förfall för ordföranden tjänstgör i hans ställe suppleant, som är lagfaren.

De av regeringen särskilt utsedda ledamöterna, för vilka behörighetskrav inte angivits, och suppleanter för dem – fram till år 1971 en ledamot och suppleanter – har med enstaka undantag varit riksdagsledamöter.

F. n. finns tre vice ordförande utsedda samt två suppleanter för läkarledamoten. Övriga två särskilt utsedda ledamöter har tre suppleanter vardera.

Enligt 20 § socialstyrelsens instruktion får generaldirektören och överdirektören närvara vid sammanträden med ansvarsnämnden liksom vid övriga styrelsens nämnder. Enligt uppgift är det dock ovanligt att denna närvarorätt utnyttjats i vad avser ansvarsnämnden. Däremot är det inte ovanligt att ett ärende berör mer än en byrå och att enligt 44 § socialstyrelsens instruktion chefen för annan byrå än den, till vilken ärendet huvudsakligen hör, eller annan tjänsteman som generaldirektören bestämt är närvarande vid ärendets handläggning i nämnden.

Nämndens uppgifter

Ansvarsnämndens uppgifter anges i 43 § socialstyrelsens instruktion. Enligt denna handlägger nämnden ärenden om 1) avskedande av eller avstängning enligt 13 kap. 1 § lagen (1976:600) om offentlig anställning av medicinalpersonal, som är anställd hos styrelsen eller hos statligt organ, som lyder under styrelsen, under förutsättning att ärendet rör fel eller försummelse i yrkesutövning såsom medicinalpersonal, 2) disciplinansvar för medicinalpersonal samt föreläggande och utdömande av vite (5 § och 6 § medicinalpersonalkungörelsen), 3) begränsning av receptutskrivningsrätt (6 § 2 mom. andra stycket narkotikaförordningen (1962:704) eller 5 § första stycket kungörelsen (1963:654) om försäljning från apotek av alkoholhaltiga läkemedel och teknisk sprit, m. m.), 4) återkallande av sådan behörighet att utöva yrke eller verksamhet som meddelas av styrelsen eller som avses

i 1 § b) eller c) lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket, 5) meddelande av ny behörighet åt den som fått sin tidigare behörighet återkallad enligt 4 eller, i fråga om behörighet som avses i 1 § b) eller c) lagen om behörighet att utöva läkaryrket, meddelande av ny behörighet att mottaga förordnande som avses i nämnda lagrum.

I ärenden enligt punkten 1 fullgör ansvarsnämnden en socialstyrelsens arbetsgivarfunktion. Ärenden enligt punkten 2 kan omfatta envar som tillhör medicinalpersonalen enligt medicinalpersonalkungörelsen. I punkten 3 angivna åtgärder – begränsningar i receptutskrivningsrätt – avser läkare, tandläkare och veterinärer, vilka har rätt att förordna om utlämnande av sådana läkemedel m. m. Punkterna 4 och 5 berör de yrkesutövare som erhållit legitimation för yrkesutövning inom hälso- och sjukvården – läkare, tandläkare, sjuksköterska, barnmorska, sjukgymnast och glasögonoptiker – samt den som erhållit annan behörighet att utöva läkaryrket.

Nämnden avger vidare yttrande till åklagare, domstolar och andra myndigheter i frågor som ligger nära nämndens författningsreglerade uppgifter. I skadeståndsärenden mellan sjukvårdshuvudman och patient förekommer det att nämnden på begäran av sjukvårdshuvudmannen avger särskilt yttrande för bedömning av skadeståndsfråga, om nämnden av något skäl inte kan behandla ärendet som disciplinärende, exempelvis därför att preskription av disciplinpåföljd för förseelsen har inträtt.

Nämndens bedömningar har varit av stor betydelse för prövningen av patienters begäran om skadestånd. Efter den s. k. patientförsäkringens tillkomst löses emellertid åtskilliga skadeståndsfrågor utan nämndens medverkan.

I fråga om omfattningen av olika typer av ärenden i ansvarsnämnden hänvisas till avsnitt 6.3.

6.2 Nämndens verksamhet

Kansli m. m.

Ansvarsnämndens kansli består av tjänstemän inom socialstyrelsens lagbyrå 1, vilka endast i undantagsfall tas i anspråk för andra uppgifter inom byrån. Dessa tjänstemän upprätthåller tillsammans 11,5 tjänster. Av dessa är 5,5 tjänster som s. k. handläggare. Chef för kansliet är en avdelningsdirektör. Handläggarna bereder ärendena i samarbete med fackbyråernas föredragande. Handläggarna kan av tidsbrist inte i erforderlig utsträckning sätta upp förslag till beslut inför nämndens sammanträden. För denna uppgift anlitas ett antal fristående skribenter – huvudsakligen hovrättsassessorer och hovrättsfiskaler – som arbetar mot timersättning. Under verksamhetsåret 1976/77 satte dessa personer upp förslag till beslut i 222 ärenden. Tidsåtgången härför var 810,5 timmar.

Ärenden i ansvarsnämnden föredras enligt 44 § i socialstyrelsens instruktion av chefen för den byrå till vilken ärendet huvudsakligen hör eller av annan tjänsteman, som generaldirektören bestämmer. Detta innebär att i vissa ärenden av administrativ art blir handläggaren föredragande, varvid han också går in som ledamot i nämnden liksom övriga föredragande. Under

senare år har en ökning skett av antalet särskilda föredragande, varvid en större specialisering på olika områden kommit till stånd. Byråcheferna för fackbyråerna har till sin hjälp som föredragande även personer som på deltid och vid sidan av annat arbete tjänstgör i socialstyrelsen. Antalet föredragande uppgår f. n. till omkring 30.

Någon arbetsordning eller liknande finns inte för ansvarsnämndens verksamhet.

Angående beräknad kostnad för nämndens verksamhet se *bilaga 3:1*.

Författningsreglering av verksamheten

Genom hänvisning i socialstyrelsens instruktion gäller för ärenden enligt 43 § 2)–5) instruktionen – disciplinärenden, ärenden om föreläggande och utdömande av vite samt ärenden om begränsning i receptutskrivningsrätten och behörighet att utöva yrke – att nämnden skall tillämpa bestämmelserna i 14 kap. 1 och 2 §§ lagen om offentlig anställning. Härav följer att den mot vilken åtgärd ifrågasätts genom skriftlig anmaning skall beredas tillfälle att yttra sig om vad som anförs mot honom samt att yttrande får lämnas muntligen om han begär det eller det annars anses lämpligt. Vidare har den mot vilken åtgärd ifrågasätts möjlighet att påverka den utredning som skall införskaffas. Om han begär att även annan skall yttra sig i saken eller annan utredning skall förebringas skall nämligen hans begäran efterkommas, om det inte är uppenbart att utredningen saknar betydelse. I 14 kap. 2 § nämnda lag finns regler om bevisupptagning vid allmän domstol om myndigheten – i detta fall nämnden – finner att sådan åtgärd behövs.

För ärenden enligt 5 § medicinalpersonalkungörelsen – disciplinärenden – skall genom hänvisning i socialstyrelsens instruktion dessutom bestämmelserna i 14 kap. 3 och 5 §§ lagen om offentlig anställning äga motsvarande tillämpning. Härav följer att om åtgärd vidtagits för att anställa åtal mot den mot vilken disciplinpåföljd ifrågasätts, ansvarsnämnden inte får inleda eller fortsätta disciplinärt förfarande i fråga om förseelse som avses med åtgärden. Vidare innebär nyssnämnda hänvisning att en regel om preskription finns. Om den mot vilken disciplinpåföljd ifrågasätts inte inom två år efter förseelsen erhållit skriftlig anmaning att yttra sig över vad som anförs mot honom, får han inte åläggas disciplinpåföljd. Denna preskriptionsbestämmelse infördes den 1 januari 1976 genom ändring i dåvarande statstjänstemannalagen och motsvarande hänvisning i socialstyrelsens instruktion. I ärenden anhängiggjorda före den 1 januari 1976 gäller äldre bestämmelser. I avsaknad av särskild preskriptionsbestämmelse har ansvarsnämnden ansett att preskription endast kan brytas genom att nämnden meddelar beslut i ärendet. För personer underkastade 20 kap. 4 § brottsbalken i dess lydelse före den 1 januari 1976 (tjänstefelsparagrafen) har tillämpats en preskriptionstid av fem år och för övriga en tid av två år räknat från felet eller försummelsen.

Handläggningen i ansvarsnämnden är i övrigt endast reglerad genom bestämmelserna i förvaltningslagen (1971:290). Förfarandebestämmelserna i denna lag, som är subsidiära till andra i lag eller förordning meddelade bestämmelser, tillämpas av ansvarsnämnden i vad avser den mot vilken

åtgärd ifrågasätts. Denne har således rätt till aktinsyn, kommunikation m. m. enligt förvaltningslagen. En patient eller annan som gjort anmälan till nämnden har inte ansetts vara sökande, klagande eller annan part enligt förvaltningslagen och lagens regler har följaktligen inte tillämpats i vad avser honom. Däremot får enligt praxis anmälaren (patienten) del av vissa handlingar m. m.

Handläggningsrutiner

Anhängiggjorda ärenden fördelas mellan handläggarna vid kansliet, som ombesörjer den inledande skriftväxlingen. Om anmälan riktas mot hälso- och sjukvård bedriven av det allmänna sänds begäran om yttrande oftast till sjukhusdirektionen eller motsvarande med anmodan att införskaffa yttrande från berörda befattningshavare i förekommande fall över vad som anförs mot honom. Föreläggande att yttra sig inom viss tid sänds dock i dessa fall om preskriptionsrisk föreligger även direkt till angiven person tillhörande medicinalpersonalen. Sedan förklaringsskrift och övriga handlingar som insänds samtidigt, exempelvis journaler, inkommit till nämnden får den som gjort anmälan – oftast patienten – regelmässigt del av förklaringsskriften. Anmälarens eventuella påminnelseskrift med anledning härav översänds till den anmälde för yttrande, om det inte anses uppenbart obehövligt. Om preciserad anmodan att yttra sig över ifrågasatt fel eller försummelse tidigare inte delgivits den mot vilken åtgärd ifrågasätts görs det i detta läge eller så snart som möjligt härefter för att bryta preskription. När denna fas av utredningen är färdig sker närmare kontakt mellan handläggare och föredragande för bestämmande av vidare utredning. Begäran om viss angiven ytterligare utredning från den mot vilken åtgärd ifrågasätts är ovanlig. Om ledamot av socialstyrelsens vetenskapliga råd eller annan sakkunnig avger yttrande bereds den mot vilken åtgärd ifrågasätts tillfälle att yttra sig häröver, om yttrandet inrymmer kritik mot hans yrkesutövning. I annat fall sänds yttrandet först i samband med expedieringen av nämndens beslut. En anmälare – patient får i flertalet fall före nämndens beslut endast del av de anmäldas förklaringsskrifter. Först i samband med expedieringen av nämndens beslut översänds i allmänhet det vetenskapliga rådets yttrande eller motsvarande utredning till anmälaren-patienten.

Muntlig förhandling inför nämnden förekommer endast i några enstaka fall per år. Däremot sänder nämnden-socialstyrelsen i ökande omfattning – ännu dock ganska få fall per år – ut tjänstemän som verkställer delar av utredningen genom att höra i ärendet inblandade personer på platsen för händelsen, oftast sjukhuset.

Det stora flertalet ärenden avgörs av nämnden vid sammanträde. Vissa ärenden, såsom när preskription för meddelande av disciplinpåföljd inträtt och allmänna förfrågningar, avslutas dock genom beslut av tjänsteman vid nämndens kansli. Nämnden sammanträder i regel en gång i veckan eller ungefär 45 gånger per år. Vid varje sammanträde behandlas ca 15 ärenden. Envar av ordföranden och de tre vice ordförandena tjänstgör i medeltal vart fjärde sammanträde. Även för övriga ledamöter tjänstgör ofta suppleanter. Någon tjänstgöring på avdelningar förekommer inte utan sammansättningen växlar.

6.3 Antal ärenden i nämnden m. m.

Alltsedan disciplinnämndens tillkomst den 1 juli 1947 avger nämnden årligen en redogörelse innehållande vissa sifferuppgifter om sin verksamhet. Redogörelsen för verksamheten under år 1976 har intagits som *bilaga 3:2* till betänkandet. En del av uppgifterna i nämndens redogörelse för tiden den 1 juli 1947 – den 31 december 1976 har sammanställts av kommittén och intagits som *bilaga 3:3* till betänkandet.

Av nämndens redogörelser framgår bl. a. följande. Antalet inkommande ärenden har i stort sett fortlöpande ökat ända fram till år 1974, då 833 ärenden inkom. År 1975 inkom 779 ärenden och motsvarande siffra för år 1976 var 713. (Under år 1977 inkom 679 ärenden.) Antalet till nästa år balanserade ärenden har också ökat år från år fram till år 1976. Dessa siffror är för året 1974 – 1976: 636, 656 och 545. Nämnden har under senare år vid sina sammanträden avgjort drygt 600 ärenden per år. Under de fyra senaste åren har särredovisning lämnats beträffande ärenden som handlagts på nämndens kansli. År 1976 handlades 188 ärenden på detta sätt. Som exempel på sådana ärenden har i redogörelsen nämnts ärenden där preskription inträtt, allmänna domstolars domar angående medicinalpersonal och skrivelser som överlämnats till fackbyrå inom socialstyrelsen eller annan myndighet. I redogörelserna har till belysande av verksamheten intagits en del tablåer. Fr. o. m. år 1973 redovisas fyra tablåer, disciplinärenden (ansvarsärenden), behörighetsärenden, avgivna yttranden och viten. Antalet upptagna ärenden i varje tablå är för åren 1973–1976 (1976 års siffror inom parentes), disciplinärenden (diarieförda ärenden) 2036 (545), behörighetsärenden (både legitimationsärenden och ärenden rörande receptutskrivningsrätt) 86 (14), yttranden 232 (75) och viten 52 (12).

I tablåerna redovisas för varje grupp yrkesutövare vad prövningen givit till resultat. Den ojämförligt största gruppen som berörs av nämndens ärenden är läkargruppen, exempelvis 485 ärenden av 545 i tablån för ansvarsärenden (tidigare kallade disciplinärenden) under år 1976. Därefter följer tandläkargruppen och sjuksköterskegruppen. Övriga yrkesgrupper har endast i enstaka fall blivit föremål för nämndens prövning. I över 80 % av disciplinärendena har nämndens beslut angivits vara ingen åtgärd. I övriga fall har varning eller erinran meddelats eller i enstaka fall nämnden beslutat överlämna ärendet till åtal eller återkallat legitimationen. Vid en jämförelse mellan påföljderna varning och erinran visar det sig att under hela perioden (1947–1976) har varning meddelats vid 653 tillfällen och erinran vid 866 tillfällen. En jämförelse begränsad till åren 1970–1976 ger till resultat att varning och erinran meddelats genomsnittligen lika ofta (223 varningar och 221 erinringar). De olika åren uppvisar dock stora skillnader.

Kommittén har fortlöpande tagit del av nämndens avgöranden alltsedan våren 1974 samt verkställt genomgång av nämndens diarier med viss kontroll i akterna för åren 1972–1974.

Genomgången av diarierna för nämnda år har visat bl. a. följande. Ärendena fördelar sig mellan de olika sjukvårdsregionerna så (regionens folkmängd i procent den 31 december 1974 anges inom parentes) att 34 % (19 %) av ärendena kommer från Stockholmsregionen, 12 % (16 %) från

Uppsalaregionen, 9 % (11 %) från Linköpingsregionen, 15 % (18 %) från Lund-Malmö-regionen, 14 % (18 %) från Göteborgsregionen, 8 % (10 %) från Örebroregionen och 8 % (8 %) från Umeåregionen. Flertalet ärenden rör vård – öppen och sluten – som meddelats vid sjukhus för huvudsakligen somatisk vård. Över 80 % av ärendena i ansvarsnämnden har tagits upp efter anmälan från patient. Mediantiden i fråga om handläggningen av disciplinärenden (från det anmälan inkom till dess beslut fattats av nämnden) har uppgått till ungefär 11 månader. Yttrande från ledamot av socialstyrelsens vetenskapliga råd eller annan medicinskt sakkunnig har nämnden inhämtat i ungefär en tredjedel av disciplinärendena. I ärenden där disciplinpåföljd meddelats har sådant sakkunnigyttrande inhämtats endast i något större utsträckning.

6.4 Besvär över nämndens beslut

Talan mot nämndens beslut förs sedan år 1972 genom besvär hos kammarrätten i Stockholm. För beslut som avses i 43 § 1) socialstyrelsens instruktion – om avskedande m. m. enligt lagen om offentlig anställning beträffande viss medicinalpersonal – gäller dock föreskrifterna i den lagen om talan mot beslut.

Endast den som blivit föremål för nämndens åtgärd, exempelvis meddelats disciplinpåföljd eller fått sin legitimation återkallad eller fått ansökan om återfående av legitimation avslagen, har ansetts ha talerätt. Detta innebär att i övriga fall kan nämndens beslut inte komma under kammarrättens prövning. På motsvarande sätt gäller att om kammarrätten upphävt nämndens beslut att meddela någon disciplinpåföljd kan ärendet inte föras vidare till regeringsrätten.

Under tiden 1972–1977 har besvär mot ansvarsnämndens beslut anförts hos kammarrätten i 130 ärenden. Av de den 31 december 1977 av kammarrätten avgjorda 113 ärendena har ändring i ansvarsnämndens beslut gjorts i 28 ärenden.

Kammarrätten inhämtar regelmässigt ansvarsnämndens yttrande över besvären innan målet avgörs. Besvär över kammarrättens beslut förs i regeringsrätten men prövas där endast om regeringsrätten meddelat prövningstillstånd.

7 Ansvarsreglerna i Danmark, Finland och Norge[1]

7.1 Danmark

Medicinalpersonal/kvacksalvare. I författningstext finns ingen definition av begreppet medicinalpersonal. Till denna kategori hänförs dock två grupper. Den ena gruppen består av yrkesutövare för vilka gäller särskild lagstiftning om auktorisation. Så är fallet beträffande läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, terapiassistenter (fysio- och ergoterapeuter) och fotterapeuter. Den andra gruppen utgörs av sådana i det offentliga sundhedsväsendet verksamma personer som utan att vara auktoriserade likväl har en utbildning som på något sätt – genom cirkulär eller statsbidrag till utbildningen – är bestämd av det offentliga. I sundhedsstyrelsens instruktion uppräknas såsom stående under styrelsens tillsyn – förutom personalgrupper med auktorisation – "massörer o. likn. samt vid apoteksväsendet sysselsatta personer".

Under kvacksalverilagstiftningen faller den som utan att ha vederbörlig auktorisation eller annat offentligt godkännande tar "syge i kur".

Läkare. Klagomål mot läkare prövas – med det undantag som framgår av det följande – av sundhedsstyrelsen. Någon särskild ordning för handläggningen inom styrelsen av ärenden av detta slag är icke föreskriven. Prövningen sker i första hand på grundval av den sakkunskap i medicinskt, farmaceutiskt och juridiskt hänseende som finns representerad inom styrelsen. Särskilda sakkunniga rådgivare i olika medicinska specialiteter tillkallas vid behov. Yttrande kan också infordras från rättsläkarrådet. Detta består av 12 läkare som då så erfordras kan tillkalla särskild expertis.

De åtgärder sundhedsstyrelsen kan förordna om, därest anledning till kritik föreligger, är tillrettevisning och advarsel samt vid allvarligare fall anmälan till åtal vid domstol. I exceptionella fall kan sundhedsstyrelsen interimistiskt frånta läkare rätten att utöva läkaryrket.

Sundhedsstyrelsens beslut kan överklagas till inrikesministeriet. Ministeriet prövar dock endast om den formella handläggningen varit korrekt och ingår inte i någon medicinsk bedömning. Överklagande kan ske såväl om läkaren gått fri från kritik som om han fällts till ansvar.

Sundhedsstyrelsen har befogenhet att om så krävs frånta en läkare rätten att utskriva rusgivande medel.

Sundhedsstyrelsen äger inte pröva sådana klagomål mot läkare som hänför sig till sjukhusmiljön, servicenivån och läkarens uppträdande. Klagomål i sådana hänseenden kan anföras hos vederbörande sjukhusägare (amtsråd,

[1] Framställningen i detta avsnitt bygger på uppgifter inhämtade 1976–1977 av f. d. överdirektören Håkan Rahm.

direktoratet för statshospitalen och undervisningsministeriet såvitt angår rikshospitalet). Klagomål mot privatpraktiserande läkares uppträdande kan endast prövas inom ramen för sjukförsäkringen.

Under i huvudsak samma förutsättningar som i Sverige kan en läkare fråntas sin auktorisation och därmed rätt att utöva läkaryrket. Detta kan dock endast ske genom beslut av domstol. Inför ett yrkande om fråntagande av auktorisationen kan en läkare förklara sig gå med på åtgärden, varvid samma verkan inträder utan förfarande inför domstol.

Klagomål mot läkare upptas även av den danska läkarföreningen om det gäller läkare som är medlem av föreningen.

Skadestånd kan endast utdömas vid domstol. I allmänhet har läkarna tecknat ansvarsförsäkring som täcker såväl person- som sakskador. Sjukhusen tecknar normalt icke någon ansvarsförsäkring. I vissa fall utger staten skadestånd. Så är fallet vid fel på vaccin mot smittsamma sjukdomar, till blodgivare vid blodgivning, njurtransplantation etc.

Övrig medicinalpersonal. Vad som i det föregående anförts beträffande läkare gäller i tillämpliga delar även annan medicinalpersonal. I praktiken synes dock de klagomål som förekommer huvudsakligen rikta sig mot läkare.

Även medicinalpersonal som inte är läkare kan genom beslut av domstol förbjudas att fortsätta sin yrkesverksamhet och detta oavsett om för yrket gäller auktorisationsbestämmelser eller icke. De omständigheter som måste föreligga är desamma som gäller för läkare.

Genom beslut den 4 juli 1975 har inrikesministern tillsatt ett udvalg med uppgift att utarbeta förslag till hur klagomål över läkares och annan medicinalpersonals patientbehandling bör handläggas. Udvalget skall enligt direktiven överväga en förenkling av gällande ordning och ett klarläggande av denna genom mera precisa regler och funktionsfördelning mellan ifrågakommande organ samt förfarandet. Udvalgets arbete pågår.

7.2 Finland

För följande yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gäller bestämmelser om legitimation, nämligen läkare, tandläkare, tandtekniker, optiker, utlärd massör, farmaceut och provisor.

Vid sidan av de legitimerade finns en kategori av yrkesutövare som regleras i 1962 års lag om utövning av sjukvårdsyrke. Lagen gäller för sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, hjälpsköterskor, sinnessjukvårdare och barnsköterskor. För dessa föreskrivs att de inte får utöva yrket om de inte blivit antecknade i särskilt inom medicinalstyrelsen fört register och därigenom vunnit behörighet. Som villkor för registrering gäller varierande utbildningskrav.

All nu nämnd personal inom hälso- och sjukvården står under medicinalstyrelsens tillsyn. Frågor om fel och försummelser av denna personal handläggs av medicinalstyrelsen enligt förordningen om detta ämbetsverk. Om det inte finns anledning till disciplinär bestraffning – hit hänförs varning, böter och skiljande från tjänsten men inte "anmärkning" – beslutar avdelningschefen på styrelsens administrativa avdelning efter föredragning av

jurist på avdelningen. Denna ordning gäller också om det finns anledning till "anmärkning" mot yrkesutövare. Oftast har beslutet föregåtts av utredning genom styrelsens s. k. permanenta sakkunniga vilka representerar olika medicinska områden. Påkallas disciplinär åtgärd handläggs ärendet i medicinalstyrelsens plenum, varvid skall deltaga generaldirektören, överdirektören och avdelningscheferna samt, om ärendet angår apotekspersonal, byråchefen på apoteksbyrån. Såväl för personal med legitimation som för personal, som faller under lagen om utövning av sjukvårdsyrke, gäller att medicinalstyrelsen kan förklara yrkesutövaren förlustig behörigheten att utöva sitt yrke. Grund för sådan åtgärd kan vara antingen att vederbörande begått brott som kräver frihetsstraff – i vissa fall begränsat till brott som begåtts under yrkesutövningen – eller att han till följd av sinnessjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika blivit oförmögen att utöva sitt yrke.

Om ett ärende anhängiggörs vid domstol är medicinalstyrelsens befogenheter subsidiära.

Skadestånd kan endast utdömas av domstol. Personalen har i allmänhet ansvarsförsäkring. Arbetsgivare har också primär ansvarighet för skada som vållas av anställda.

Revisionsförslag. En offentlig utredning om medicinalstyrelsens organisation har i sitt betänkande 1975:95 föreslagit att disciplinärendena – liksom ärenden av rättsmedicinsk natur – skall övertas av en särskild vid medicinalstyrelsen inrättad "hälsoskyddsnämnd". Antalet medlemmar i nämnden och den sakkunskap de skall representera föreslås växla allt efter ärendenas natur.

En proposition med förslag till ny lag om utövning av läkaryrket (1976:235) har framlagts för riksdagen. I detta förslag förekommer ej längre begreppet legitimation utan talas endast om behörighet att utöva läkaryrket. Vidare har förutsättningarna för återkallande av behörigheten utvidgats i förhållande till äldre lag. Förlust tills vidare av behörigheten kan inträda på grund av "ålder, sjukdom eller annan orsak". Av samma skäl kan läkare få sin behörighet begränsad. Har läkare dömts till frihetsstraff för brott som begåtts under yrkesutövningen kan han fråntas sin behörighet för viss tid eller för alltid. Tidsbegränsad förlust av behörigheten kan bl. a. också ifrågakomma om läkare i sin verksamhet "förfarit på ett sätt som bör anses olämpligt eller missbrukar patientens förtroende eller patientens beroende av honom". Slutligen föreslås att läkare, då medicinalstyrelsen av särskild orsak anser det nödvändigt, är skyldig att delta i föreskriven fortbildning. Om läkaren underlåter att genomgå utbildningen kan medicinalstyrelsen förklara läkaren förlustig sin behörighet.

7.3 Norge

I särskilda lagar regleras följande grupper av personal inom hälso- och sjukvården, nämligen läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, psykologer, protestekniker, fysioterapeuter och mensendiecksjukgymnaster. För läkare och tandläkare gäller bestämmelser som auktorisation och för de

övriga bestämmelser om "offentlig godkjenning". Lagregleringarna innebär i regel antingen ensamrätt att utöva yrket eller skydd för yrkestiteln – beteckningen sjuksköterska är dock ej skyddad. Såväl auktorisation som offentligt godkännande kan återkallas. Förutsättningarna härför varierar något. För läkare och tandläkare förutsätts i princip psykisk sjukdom. För övriga grupper är förutsättningarna något vidare t. ex. att vederbörande icke kan utföra sin gärning nöjaktigt (sjuksköterska). Läkares och tandläkares auktorisation kan endast återkallas genom beslut av domstol medan offentligt godkännande kan återkallas av socialdepartementet.

År 1974 antogs en "lov om godkjenning m. v. av helsepersonell" som ger socialdepartementet befogenhet att utfärda föreskrifter om offentligt godkännande av sådan hälsopersonal som inte är reglerad i de ovan avsedda särskilda lagarna. Hittills har sådana bestämmelser endast utfärdats för ergoterapeuter (= arbetsterapeuter), viss medicinsk laboratoriepersonal samt skötare inom omsorgsverksamheten. Föreskrifter planeras f. n. även för fotvårdare m. fl. Enligt 1974 års lag gäller för de personalgrupper, som regleras med stöd av lagen, skydd för yrkestiteln, tystnadsplikt och skyldighet att iaktta de närmare föreskrifter för verksamheten som socialdepartementet meddelar. Lagen innehåller vidare bestämmelser om de förutsättningar under vilka meddelat godkännande kan återkallas. Så gäller vid hög ålder, sjukdom, missbruk av rusgivande medel eller vid andra förhållanden som anses oförenliga med yrkesutövningen. Återkallande kan även ske när yrkesutövaren trots varningar ("advarsel") försummar sina yrkesplikter.

Någon motsvarighet till den svenska ansvarsnämnden finns inte. Ej heller har socialdepartementet/helsedirektoratet någon disciplinär bestraffningsrätt gentemot hälsopersonal. Straffrättsligt ansvar för fel och försummelser kan endast utdömas av domstol. Det är dock icke ovanligt att det inom de olika fackförbunden finns organ med uppgift att pröva klagomål mot medlemmarna. Det förekommer likväl att patienter vänder sig till helsedirektoratet med klagomål. Ca 150 sådana brukar förekomma årligen, varav drygt hälften utgör klagomål mot läkare. Det anses att en del klagomål hade kunnat undvikas med bättre information från läkare till patient. Ärendena utreds med hjälp av vederbörande fylkesläkare. De flesta klagomålen ger inte anledning till någon kritik från helsedirektörens sida. I en del fall hänvisas den klagande att skaffa sig juridisk hjälp för att föra saken vidare.

Läkarnas förskrivning av narkotika står under uppsikt av ett särskilt kontrollråd vilket anses fylla en viktig funktion. Rådet – som utgörs av två jurister med kompetens som höjesterettsdomare och två läkare – kan frånta läkare rätten att förskriva narkotika eller vissa slag härav. För sådant beslut krävs enhällighet i rådet. Rådets beslut kan inte överklagas.

Tvist om skadestånd kan endast avgöras av domstol. Det är vanligt att sjukhus liksom privat verksam personal tecknar försäkringar för täckande av eventuellt skadeståndsanspråk. Några uppgifter om antal skadeståndsmål mot hälsopersonal som förekommer vid domstolarna kan icke erhållas. Man anser sig dock ha anledning anta att sådana mål är mycket få. Vad gäller tandläkare finns en på särskilt sätt utsedd nämnd ("voldgiftsrett") som kan anlitas i stället för domstol för att avgöra skadeståndsfrågor.

Reformförslag. Det föreligger f. n. förslag till nya lagar för läkare och tandläkare utarbetade av en offentlig utredning (NOU 1976:1). Utredningen fö-

reslår bl. a. att socialdepartementet får befogenhet att ge läkare och tandläkare, som åsidosatt sina plikter, "advarsel" eller tillrättavisning eller också suspendera verderbörandes auktorisation för högst två månader. Departementet skulle också få rätt att återkalla auktorisation under förutsättningar som lagarna anger. Vidare föreslås inrättat ett Statens legeråd och ett Statens tannlegeråd. Dessa föreslås vara fristående från departementet. Råden skall enligt utredningens majoritet (4 ledamöter av 7) stå departementet till tjänst med råd vid handläggningen av de nya ärenden som detta skulle få att avgöra. Auktorisation t. ex. skulle ej få återkallas utan att vederbörande råd hörts (med tanke på den kommande utvecklingen har man dock infört bestämmelser i lagarna som ger socialdepartementet rätt att delegera beslutanderätt till råden). Minoriteten inom utredningen (3 ledamöter) anser att råden bör ha beslutande befogenhet då det gäller att bestämma om fel förekommit i yrkesutövningen men att bestraffningen skulle bestämmas av departementet. Råden föreslås bestå av två jurister, varav en med domarkompetens, och två läkare/tandläkare som fasta medlemmar. Vid behov skall råden ha rätt att tillkalla särskilt sakkunniga läkare/tandläkare att ingå som ledamöter. Det antal sakkunniga som skall få tillkallas skall vara en eller tre. Utredningen har slutligen prövat frågan om inrättande av en tjänst som patientombudsman men avvisat denna tanke.

Förslaget är föremål för övervägande inom socialdepartementet.

8 Patientjournaler

8.1 Regler om journalföring m. m.

Enligt föreskrifter i 3 § 2) allmänna läkarinstruktionen (1963:341) åligger det varje läkare – antingen han är i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket – att i sin verksamhet i *öppen vård* föra journal i den omfattning och på de sätt i övrigt som socialstyrelsen föreskriver. Motsvarande bestämmelse för tandläkare återfinns i allmänna tandläkarinstruktionen (1963:666). Regler om skyldighet för barnmorska att föra s. k. förlossningsjournal finns i 10 § reglementet (1955:592) för barnmorskor. Glasögonoptiker skall enligt socialstyrelsens instruktion för dessa föra journal rörande sin verksamhet, t. ex. i form av kortregister, vilket skall innehålla uppgift om kundens namn och födelsetid, läkarens ordination, av optikern utförda undersökningar och deras resultat samt om utlämnande av glasögon. Socialstyrelsen har i 27 § normalreglemente för mödra- och barnhälsovården skrivit in skyldighet att i sådan verksamhet föra journal. Enligt bestämmelser som utfärdats av skolöverstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen, åligger det skolläkare att tillse att hälsokort förs för varje skolans elev.

I en kungörelse (MF 1965:108) angående läkares skyldighet att föra journal i öppen vård har dåvarande medicinalstyrelsen med stöd av 3 § 2) allmänna läkarinstruktionen meddelat närmare föreskrifter angående journalföring i öppen vård. Journal skall – där inte särskilda omständigheter föranleder annat – innehålla (1) patientens namn och födelsetid, (2) datum för konsultationer, (3) uppgifter angående anamnes (anamnes = sjukdoms förhistoria), utförda undersökningar och deras resultat samt behandlingsåtgärder, i den mån de är erforderliga för bedömande av patientens hälso- och sjukdomstillstånd samt (4) uppgifter om utfärdade remisser och intyg som har samband med vården.

I fråga om journaler vid *sjukhusvård* gäller enligt föreskrift i 31 § sjukvårdskungörelsen att överläkare åligger att se till att föreskrivna eller eljest behövliga journaler m. m. förs. Enligt 39 § samma kungörelse får socialstyrelsen meddela föreskrifter om journaler m. m. och fastställa blanketter till de formulär som erfordras. Sådana bestämmelser har meddelats beträffande lasarett för psykiatrisk vård. Beträffande *enskilda vårdhem* gäller enligt 16 § stadgan om enskilda vårdhem m. m. att vårdhemsläkare åligger att se till att av socialstyrelsen föreskriven journal förs vid hemmet och förvaras där. I ett cirkulär (MF 1970:46) om journalföring m. m. vid enskilda vårdhem har socialstyrelsen meddelat närmare bestämmelser om denna journalföring.

Socialstyrelsen har i ett cirkulär (MF 1973:90) om avfattande av läkarintyg, läkarutlåtande, journaler m. m. meddelat vissa ytterligare anvisningar angående journalföring. Häri anförs bl. a.:

Det är angeläget att läkare vid utfärdande av intyg och utlåtande samt vid förande av journal tillser att handlingen inte onödigtvis ges sådan avfattning eller sådant innehåll, som kan anses kränkande för den som handlingen avser eller för dennes anhöriga. — Det är ofrånkomligt att intyg, utlåtanden och journaler ibland måste innehålla uppgifter som kan uppfattas som nedsättande av den de gäller. Med handlingens ändamål i åtanke bör läkaren dock försöka begränsa sådana uppgifter, så att endast sådana medtages, som är nödvändiga för den bedömning som skall göras. Särskilt restriktiv bör han vara med att vid utfärdandet av offentlig handling återge uppgifter från sekretesskyddad handling. Det är också angeläget att läkaren är försiktig vid sitt ordval. Framför allt gäller detta vid avfattande av omdömen om den undersökte. Uttalanden som kan uppfattas såsom uttryck för nedsättande moraliska eller sociala värderingar bör i görligaste mån undvikas. Läkaren skall således – utan att ge upp kravet på lättfattlighet – uttrycka sig på ett mot patienten så hänsynsfullt sätt som med hänsyn till handlingens syfte kan vara möjligt. – Vad här sagts gäller även då annan medicinalpersonal än läkare avfattar handling inom hälso- och sjukvård.

Arkivering av journaler m. m.

I 6 § allmänna läkarinstruktionen stadgas att journal i öppen vård skall förvaras i minst tio år från det sista anteckningen däri gjorts. Vidare sägs att, om läkaren avlider och hans journaler inte övertas av annan läkare, länsläkaren – efter anvisning av socialstyrelsen – skall bestämma hur skall förfaras med journalerna.

I allmänna arkivstadgan (1961:590) finns bestämmelser om förvaring av och utgallring i arkiv hos *statliga* myndigheter. Riksarkivet är central arkivmyndighet och äger utfärda gallringsföreskrifter.

För *landstingskommuner* och *kommuner* saknas allmänna bestämmelser om arkivbildning. Det ankommer i stället på varje landstingskommun eller kommun att utfärda egna föreskrifter i ämnet såvida inte annat bestämts.

Genom beslut i december 1977 uppdrog regeringen åt riksarkivet att utfärda allmänna råd om gallring i medicinska arkiv hos landstingskommun och kommun som ej tillhör landsting i huvudsaklig överenstämmelse med ett inom socialdepartementet upprättat utkast. Enligt detta bör från gallring helt undantas klinikjournaler i såväl öppen som sluten vård, dels inom fyra sjukvårdsområden, dels vid tre sjukhus (s. k. "typsjukhus"). Beträffande övriga journaler som förs i landet anges bl. a. att journaler i öppen och sluten vård bör utgallras först efter 20 år, dock att journaler och kort om behandling med joniserande strålar bör bevaras under minst 60 år. För vissa andra handlingar föreslås kortare förvaringstider, i allmänhet tio år. Enligt förslaget skall bestämmelserna gälla även med avseende på medicinska arkiv hos statsmyndigheter på vilka allmänna arkivstadgan är tillämplig.

Socialutredningen har i sitt nyligen framlagda förslag till bl. a. socialnämndslag (SOU 1977:40) föreslagit en särskild regel (26 §) att anteckningar och andra uppgifter i personakt, som tillhör socialnämnds personregister, skall utgallras tre år efter det att sista anteckningen gjorts. Till stöd för förslaget anför utredningen bl. a. (s. 876:)

Gallringsbestämmelser på det kommunala området ges genom av riksarkivet utfärdade gallringsanvisningar. Dessa har karaktären av anvisningar och är inte av tvingande karaktär. Eftersom dessa gallringsbestämmelser utfärdats utifrån arkivekonomiska utgångspunkter och den nu av SU föreslagna gallringsskyldigheten för personregister hos socialnämnd motiveras av behovet att skydda den enskildes integritet bör de föreslagna gallringsbestämmelserna bli tvingande. – Det torde . . . inte gå att överblicka huruvida det i framtiden kan bli aktuellt att ... undanta handlingar från gallringsskyldigheten. Regeringen bör därför i lagen ges rätt att utfärda undantag från gallringsbestämmelserna. Vidare skall ... regeringen eller den myndighet regeringen därtill utser få förordna om undantag från gallringstvånget beträffande handlingar som skall bevaras för forskningsändamål.

Rätt att ta del av journal, handlingssekretess m. m.

En journal inom den statliga och kommunala hälso- och sjukvården är allmän handling (2 kap 3 § tryckfrihetsförordningen). Att en handling är allmän betyder att medborgarna skall äga fri tillgång till den om inte – på grund av handlingens särskilda karaktär – i lag föreskrivits inskränkning i denna rätt. De begränsningar som gjorts återfinns f. n. huvudsakligen i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar (den s. k. sekretesslagen). Enligt 14 § första stycket i lagen får handlingar i ärenden angående bl. a. hälsovård och sjukvård i vad de avser enskilds personliga förhållanden inte utlämnas till annan än den handlingen rör utan den berörda personens samtycke tidigare än 70 år efter handlingens datum. Även utan sådant samtycke får dock journalen lämnas ut "om, med hänsyn till det ändamål för vilket utlämnande åstundas och omständigheterna i övrigt, trygghet kan anses vara för handen, att det ej kommer att missbrukas till skada eller förklenande för den vilkens personliga förhållanden i handlingen avses eller för hans nära anhöriga".

Den som handlingen rör har således enligt huvudregeln obetingad rätt att ta del av innehållet i handlingen. Möjlighet finns dock enligt 14 § andra stycket sekretesslagen att vägra att till patienten lämna ut journalhandling, som angår intagning, vård eller behandling på anstalt eller inrättning eller vård eller behandling av läkare annorstädes än på anstalt, om det "finnes grundad anledning antaga att genom handlingens utlämnande ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas eller någons personliga säkerhet sättas i fara".

Den gällande sekretesslagen reglerar med ett undantag inte särskilt sekretessen mellan myndigheter. Undantaget utgörs av 38 § andra stycket sekretesslagen, i vilken anges domstols rätt att kräva in handling som kan antas vara av betydelse som bevis i rättegång eller för förundersökning i brottmål.

Förslag till ny sekretesslagstiftning innehållande samordnade regler om handlingssekretess och tystnadsplikt har nyligen utarbetats inom justitiedepartementet (Ds Ju 1977:11). Socialutredningen har i sitt betänkande (SOU 1977:40) Socialtjänst och Socialförsäkringstillägg lagt fram ett eget förslag vad gäller sekretessen inom socialvårdsområdet, i vilket även rekommenderas att sekretessen inom sjukvården konstrueras på likartat sätt. Förslagen är efter remissbehandling under beredning i vederbörande departement.

De journaler som upprättats av privat verksamma läkare m. fl. yrkes-

utövare är inte allmänna handlingar och följaktligen inte heller underkastade sekretesslagens regler. Patienten har inte någon lagstadgad rätt att ta del av journalen. När det gäller patientens skydd mot att obehöriga får ta del av privatpraktiserande läkares journal är detta tillgodosett genom bestämmelsen om tystnadsplikt i 3 § lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.

För att underlätta för den enskilde att utnyttja sin rätt att ta del av allmän handling föreskrivs i 2 kap 12 § tryckfrihetsförordningen bl. a. att allmän handling, som får lämnas ut, på begäran genast eller så snart det är möjligt utan avgift skall tillhandahållas så att den kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas. Vidare sägs bl. a. att den enskilde dessutom har rätt att mot fastställd avgift erhålla avskrift eller kopia av handlingen (2 kap 13 § TF). Den som får avslag på begäran att ta del av sjukjournal som är allmän handling kan föra talan mot beslutet (2 kap 14–15 §§ TF) i kammarrätt.

Landstingsförbundet har år 1976 rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att debitera den som begär avskrift av journal en avgift av 3 kr. per sida upp till 15 sidor. För överskjutande sidantal tas ingen avgift ut. För statliga inrättningar gäller avgiftsbestämmelserna i expeditionskungörelsen (1964:618).

Möjlighet att ändra i allmän handling

Gällande rätt saknar generell regel som förbjuder myndigheter att göra strykningar eller andra ändringar i de allmänna handlingar som de förfogar över. Att sådana åtgärder ibland kan bedömas som urkundsförfalskning eller förvanskning av urkund följer av 14 kap 1 och 2 §§ brottsbalken. En grundsats av innebörd att en allmän handling inte får ändras torde vidare kunna läsas ut ur bestämmelser i olika författningar. Sålunda anges i 2 kap 7 § tryckfrihetsförordningen som en förutsättning för att handlingar av ett visst slag anses upprättade och därmed allmänna att de har justerats eller på annat sätt färdigställts. Uppfattningen att en allmän handling i princip är oföränderlig till sitt innehåll avspeglas vidare i de restriktiva reglerna i bl. a. 17 kap 15 § rättegångsbalken och i 32 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) om möjligheterna att företa rättelse av dom eller beslut. Bestämmelsen i 19 § förvaltningslagen (1971:290) om skyldighet att kommunicera fråga om rättelse av beslut med part ger uttryck för ett liknande synsätt.

I 8 och 9 §§ datalagen (1973:289) föreskrivs att om anledning förekommer till misstanke att personuppgift som ingår i personregister är oriktig, skall den registeransvarige utan dröjsmål vidta skäliga åtgärder för att utröna uppgiftens riktighet och, om skäl föreligger,rätta den eller utesluta den ur registret. Vidare sägs att om registret innehåller personuppgift som är ofullständig så bör den registeransvarige vidta den komplettering som behövs. Sådan komplettering skall alltid göras om ofullständigheten kan antas medföra otillbörligt intrång i personlig integritet eller fara för rättsförlust. Bestämmelserna i datalagen gäller generellt för alla register, såväl privata som dem myndigheter för. Datateknisk upptagning kan under givna förhållanden även vara allmän handling (2 kap. 3 § TF).

8.2 Journalen i praktiken

Journaltyper

De regler om journalföring som redovisats tidigare innebär sammanfattningsvis att man slagit fast skyldighet att föra journal över viss verksamhet samt att i journalen anteckna vissa minimiuppgifter. Regler om hur en journal skall se ut – om den t. ex. skall föras för hand eller på maskin eller med hjälp av andra tekniska hjälpmedel – saknas helt. Journalerna har kommit att präglas av den enskilde yrkesutövarens eller huvudmannens egen uppfattning av hur den bör utformas. Man återfinner därför inom dagens hälso- och sjukvård ett stort antal journalmodeller, från fåordiga handskrivna diagnosanteckningar på små patientkort till långa, utförliga journaler skrivna på maskin eller t. o. m., i ett fåtal fall, på datamaskinell väg. Inom de flesta sjukhus förs en journal för varje patient och klinik.

Under senare år har alltmer kommit att uppmärksammas frågan hur man genom ett förenhetligande av journalens utformning, uppbyggnad och innehåll skulle kunna göra vinster i överskådlighet och därmed säkerhet i vården. Olika modeller har därvid prövats inom olika sjukvårdsområden, ibland på sjukvårdshuvudmannens eget initiativ, ibland i central regi (Spri/Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut/ och socialstyrelsen). De olika typer av journaler kring vilka intresset därvid kommit att koncentrera sig har varit den s. k. grundjournalen, enhetsjournalen och den problemorienterade journalen. Alla tre formerna kan samordnas i en och samma journal.

Med *grundjournal* avses en av Spri utarbetad modell till standardiserad journal innehållande standardiserade blanketter, dikterings- och skrivregler, informationsstrukturering (sökord, dokumentord) samt journalhantering (Spri Råd 4.7 juni 1976). Anvisningarna avser hittills journal för sjukhusbunden sluten och öppen vård. Enligt uppgift från Spri lär samtliga landstingssjukhus i dag använda grundjournalen. Arbete pågår f. n. med att ge liknande anvisningar för övrig öppen vård samt med en för utbildningsändamål anpassad journalhandbok (Spri-projekt 3043).

Med *enhetsjournal* avses en sammanhållen, kronologiskt förd journal efter principen "en patient – en journal". I sin yttersta utformning skulle en sådan journal kunna föras centralt för hela riket. Andra tänkbara varianter är att föra journalen för en region, för ett sjukvårdsområde eller för ett sjukhus. I Sverige har försök med enhetsjournaler gjorts på ett fåtal sjukhus (exempelvis Karlskoga lasarett). Den främsta vinsten med systemet anses vara att risk för misstag i diagnoser och för dubbelbehandling blir mindre om man vet vilka undersökningar patienten nyligen kan ha genomgått på andra kliniker inom sjukhuset.

Med *problemorienterad* journal avses en journal i vilken man vid varje konsultation ger varje problem – symtom eller diagnos – en egen utredning, analys och presentation. Varje problem kan sedan t. ex. ges ett identitetsnummer, som följer problemet/sjukdomen vid återbesök. Systemet, som inte har någon enhetlig utformning, har prövats på olika sjukhus och i öppenvårdsdistrikt. Med systemet anses följa en ökad möjlighet att på kort tid överblicka en patients sjukdomshistoria.

Vid ett fåtal sjukhus (Karolinska sjukhusets thoraxklinik och Malmö allmänna sjukhus) har datamaskinell journalföring prövats på försök.

Språket i journalen

Det har i Nordiska rådet, i riksdagsmotioner, hos JO och i en rad andra sammanhang framförts kritik mot att det medicinska språket är alltför specialistbetonat och oenhetligt (se exempelvis riksdagsmotionerna 1975:474 och 1976/77:9). Sådana förhållanden påverkar självfallet även patientens möjligheter att läsa sin egen journal.

I anledning av riksdagens uttalanden gav socialdepartementet år 1975 socialstyrelsen i uppdrag att ge förslag om lämpligaste organisation av den medicinska språkvården. En särskild arbetsgrupp (OMS) har därefter utrett frågan och har i november 1977 lagt fram förslag, vilket bl. a. går ut på inrättande av en nämnd för medicinsk språkvård med nära anknytning till den s. k. Svenska språknämnden. Nämnden för medicinsk språkvård skall enligt förslaget i första hand inrikta sina insatser på åtgärder som från språklig synpunkt underlättar kontakterna mellan sjukvårdens personal och allmänheten och i andra hand på en enhetlig medicinsk terminologi.

Hur ofta begär patienter att få se sina journaler?

I samarbete mellan landstingsförbundet och kommittén tillskrevs under hösten 1976 sju landsting med förfrågan om a) i vilken utsträckning patienterna begär att få läsa sina journaler, b) i vilken utsträckning de begär kopia av journalerna.

Svaren kan sammanfattas så att patienterna i liten omfattning (genomsnittligt 5–10 ggr/klinik och år) begärt att få läsa journalen och i än mindre omfattning begärt att få kopia av den. Enstaka markanta avvikelser förekommer (150–200 ggr/klinik och år).

Några journalfall från ansvarsnämnd och JO

AN 430/70 (åtalsärende)

"Nämnden får anföra följande. Journaler utgör handlingar som – icke minst i bevishänseende – är av utomordentligt stor vikt. De kan exempelvis vid inträffad komplikation eller felbehandling utgöra underlag för bedömande av ansvarsfrågan och därmed eventuellt sammanhängande skadeståndsskyldighet. Självfallet kan det bli nödvändigt med ändringar i en journaltext. Av allmänna rättsgrundsatser följer att den som företar en sådan ändring skall ange anledningen härtill och vem som gjort ändringen. Det är uppenbart felaktigt att genom överstrykningar av journaltexten eller förfarande på annat sätt göra grundtexten oläslig eller svårtydbar."

AN 50/69, AN 574/70

Patient hade fått kraftig överkänslighetsreaktion med förlamning och talsvårigheter efter en injektion. Ansvarig läkare hade därefter på tre ställen gjort överstrykningar i journalen, bl. a. på två ställen orden "av misstag".

AN: "Vad angår B:s förfarande med journalen är det enligt nämndens mening helt oförsvarligt att på sätt som skett ändra i en journal. Det förhållandet att B haft antecknande läkares tillstånd till åtgärderna föranleder icke till annan bedömning." Påföljd: Varning.

AN 432/75

Beträffande patient som sökte behandling för ryggsmärtor antecknades felaktigt i journalen, att hon tidigare vårdats på Ulleråkers sjukhus. Sedan hon påtalat misstaget, strök klinikchefen i patientens närvaro över anteckningen. Senare lät han sin sekreterare klistra över anteckningen med täckande tejp.

AN: "Felaktig journaluppgift skall självfallet rättas. Den ursprungliga texten får emellertid därvid ej göras oläslig genom överstrykning eller med överklistring t. ex. med tejp, som här skett. Dessutom skall vid ändring anteckning göras om vem som gjort ändringen och tidpunkten för denna."Således i princip felaktigt förfarande. Med hänsyn till den felaktiga uppgiftens art och omständigheterna i övrigt ingen påföljd.

AN 699/73

Anvisningsläkare X undersökte vid ett tillfälle en manlig patient, som uppgav ryggbesvär och hjärtklappning. Läkaren tog blodtryck samt ordinerade viss lugnande medicin. I journalen antecknade hon bl. a. "arbetsovillig".

AN: "Uttryck som arbetsovillig kan uppfattas som nedsättande av den det gäller och bör därför ej begagnas. Eftersom X inte efter den företagna undersökningen haft fog för sitt uttalande om W:s arbetsvilja och inte heller iakttagit vad som ålegat henne i avseende å förandet av journalen", tilldelades X erinran.

AN 454/75

En man behandlades under sju års tid för mag- och tarmbesvär. Samma läkare undersökte honom vid samtliga tillfällen utom ett. I journalen antecknade läkaren bl. a. att patienten var inne i en period av "entusiastisk vegetarianism", att patienten gick in för det med "ovanlig hetta och monomani", att patienten var "en slags fantast".

AN ansåg att läkaren "ej överskridit gränsen för vad som får anses godtagbart" vid journalföring. Ingen åtgärd.

JO (1966)

I journal hade antecknats bl. a. att "bakom den menlösa fasaden finner man ett avsevärt förråd av uppdämda aggressioner".

JO (Bexelius): "Av sammanhanget framgår att vederbörande läkare med det i hög grad olämpliga uttryckssättet inte avsett att göra något för S nedsättande uttalande" ... Ingen åtgärd. ... "Jag vill dock i anledning av den gjorda anteckningen och av vad jag iakttagit i många andra journaler framhålla angelägenheten av att anteckningar i journaler görs på ett taktfullt sätt utan användande av uttryckssätt som i sig själva är sårande för den som berörs därav".

JO Dnr 1646/75, 1955/75

Marinläkare hade på sjukkort för två värnpliktiga antecknat dels "Obs! Denna vpl:s politiska inställning?", dels *"CAVE* Journalist + politisk inställning". (Cave = akta dig)

JO (Wigelius) anförde, efter att ha redogjort för bl. a. socialstyrelsens anvisningar (MF 1973:90) om journalföring, följande: "Uppenbarligen har de ifrågavarande anteckningarna ej varit erforderliga för behandlingen (av de vpl) eller eljest stått i överensstämmelse med nämnda bestämmelser. Anteckningarna hade alltså inte bort göras. Med hänsyn till att (läkaren) förklarat att han i framtiden inte kommer att göra sådana anteckningar anser jag emellertid att ärendet inte påkallar någon ytterligare åtgärd av mig."

JO:s ämbetsberättelse 1975/76 s 279

I ett ärende framställde anmälaren anmärkning mot att anteckning om "besöksförbud" för honom gjorts i en patientjournal och att anteckningen senare ändrats.

JO (Wennergren) anförde vid ärendets avgörande härom följande. – "Ni har anmärkt på dels att en anteckning som rörde Er gjorts i en patientjournal, dels att ändring gjorts i journalen. Eftersom anteckningen hänförde sig till patientens vård och eftersom ändringen i journalen gjorts på ett korrekt sätt, saknas anledning till ingripande från min sida. Tilläggas kan att i 5 § bokföringslagen (1929:117) är föreskrivet att radering ej får förekomma i handelsbok och ej heller får något av innehållet genom överstrykning eller annorledes göras oläsligt. Görs ändring i eller tillägg till införing, skall tillika riktigheten därav vitsordas och dagen för åtgärden utsättas. Vad sålunda föreskrivits om handelsbok bör enligt min mening naturligen också iakttas beträffande sjukjournal och har här också iakttagits."

9 Tidigare reformförslag

9.1 Medicinalpersonalen

I samband med att medicinalstyrelsen år 1963 gjorde framställning till regeringen om införande av medicinalpersonalkungörelsen angav styrelsen, att det fanns yrkesgrupper, som ur saklig synpunkt borde tas upp bland medicinalpersonalen men av olika skäl tills vidare lämnades utanför. Som exempel på sådana grupper anförde styrelsen psykologer, arbetsterapeuter och logopeder samt viss personal på mentalsjukhus. Som hinder för att då räkna dessa till medicinalpersonal angav styrelsen främst bristande samordningsregler för deras utbildning. Sedan dess har upprepade krav ställts från olika grupper om att få räknas som medicinalpersonal. Förutom dem, som nämndes av medicinalstyrelsen år 1963, har t. ex. sjukhusfysiker, bandagister och apotekstekniker framställt sådan begäran medan andra grupper, exempelvis fotvårdsspecialister, kiropraktorer och naprapater (se t. ex. socialutskottets betänkanden SoU 1976/77:9 och 1977/78:6), i första hand begärt att få bli legitimerade. Det har från dessa gruppers sida framhållits som väsentligt för uppehållandet av yrkesgruppens kvalitet och för rätten att utöva yrket utan konflikt med kvacksalverilagens bestämmelser att sådan tillsyn förverkligades.

Från arbetstagarhåll, främst Svenska kommunalarbetareförbundet, har å andra sidan gjorts gällande att regler om särskild behörighet att utöva yrket bör begränsas så långt som möjligt. Ett legitimations- eller annat auktorisationsförfarande av nuvarande utformning är, enligt denna mening, ägnat att konservera rådande kategoriuppdelning inom sjukvårdspersonalen. Härvid har anförts att en förändring av yrkesrollerna redan i praktiken skett. Man har menat att det lagarbete som utvecklats framför allt inom sjukhusen och i vilket olika yrkeskategorier tar del sida vid sida har medfört, att alla i gruppen har och upplever samma ansvar inför vårduppgiften. Denna utveckling bör förstärkas genom att även det formella ansvaret delas lika. Vidare menar man att ett ökat formellt ansvarstagande skulle ge fler grupper möjlighet att erhålla kvalificerade arbetsuppgifter, något som skulle befrämja personalens arbetsglädje. Detta i sin tur skulle medföra bättre vård och större kontinuitet i vårdarbetet. Sammanfattningsvis har man hävdat att all personal som arbetar eller eljest är sysselsatt inom hälso- och sjukvård borde inrymmas i begreppet medicinalpersonal.

Vid 1976/77 års riksdag framställdes två motioner berörande speciella detaljfrågor om medicinalpersonal. I motionen 1976/77:361 hemställde mo-

tionärerna bl. a. att ambulanspersonal skulle bli medicinalpersonal och att all sådan personal borde genomgå godkänd grundutbildning som förutsättning för anställning. Vidare begärdes i motionen 1976/77:703 en utredning i syfte att bl. a. skärpa kraven på läkarbehörighet och undersöka möjligheterna att införa en åldersgräns (65 år) för prövning av lämplighet att utöva läkaryrket.

Socialutskottet (SoU 1976/77:33) avstyrkte motionerna under hänvisning till en i socialstyrelsen pågående utredning om ambulanspersonalutbildningen och till medicinalansvarskommitténs arbete. Riksdagen följde utskottet.

9.2 Ansvarsnämnden

Riksdagsbehandlingen

Vid 1973 års riksdag väcktes tre motioner som mera utförligt behandlade medicinalväsendets ansvarsnämnd (1973:663, 1166 och 1190). I motionen 1973:663 anfördes att många patienter upplever sig som rättslösa samt känner sig vara i underläge då det gäller tvister med läkare. Motionärerna framhöll att ansvarsnämndens ställningstaganden grundas på bl. a. vad dess expert, som själv är läkare, anför. Enligt motionärerna upplevs solidariteten mellan läkarna som mycket stark och experten anses partisk eftersom han företräder sin egen yrkeskår. En översyn av ansvarsnämndens sammansättning och arbetssätt vore därför enligt motionärerna önskvärd för att stärka den enskildes känsla av rättssäkerhet. – I motionen 1973:1166, som tog upp en rad frågor inom sjukvården av rättssäkerhetskaraktär, ifrågasattes även om inte ansvarsnämndens uppgifter i framtiden borde övertas av domstolarna. – Motionen 1973:1190 innehöll krav på en allsidig översyn av de regler som gäller för ansvarsnämnden. Därvid framhöll motionärerna särskilt möjligheten att lokala kontaktorgan, som patientombudsman eller liknande, skulle kunna vara av stort värde för den vårdsökande allmänheten och samtidigt avlasta ansvarsnämnden en del uppgifter. Vidare ansåg motionärerna att garantier borde skapas för att verkligt grundliga och omfattande utredningar skedde i varje särskilt fall som hänskjuts till nämnden; i förekommande fall borde lokal sjukhusledning och berörd vårdpersonal medverka i utredningen. Vidare framhölls vikten av att nämnden har tillgång till och i erforderlig utsträckning anlitar medicinsk expertis. Motionärerna hemställde också att nämndens sammansättning övervägdes, varvid borde beaktas bl. a. att nämnden finge bättre anknytning till personalorganisationerna inom vårdområdet och sjukvårdshuvudmännen samt eventuellt också till patientsammanslutningar. Slutligen borde enligt motionärerna nämndens arbetsformer regleras i en särskild instruktion.

Socialutskottet (SoU 1973:10), som noterade att socialministern inom en nära framtid avsåg att tillkalla en utredning för en allsidig översyn av bl. a. reglerna om ansvarsnämndens sammansättning och verksamhet, anförde, efter att inledningsvis ha redogjort för de regler och kontrollorgan som redan finns på sjukvårdens område, bl. a.:

"En förbättring av informationen inom sjukvårdens område och tillskapande av nya kontaktvägar mellan vårdpersonal och övriga för vården ansvariga, å ena sidan, och

patienter, å andra sidan, är inte blott ett verksamt medel att stärka patientens ställning utan också av betydelse för medicinalväsendets ansvarsnämnds verksamhet. Nämnden har till uppgift att pröva frågor om disciplinärt ansvar för läkare, sjuksköterskor och annan medicinalpersonal på grund av fel eller försummelse i deras yrkesutövning. Utebliven eller bristfällig information om syftet med eller verkan av viss behandling kan ha till följd att patienten bibringas uppfattningen att han felbehandlats och därigenom föranleda en i och för sig onödig anmälan till nämnden. Om kontakten mellan främst läkare och patient förbättrades skulle en källa till irritation och missnöje från patientens sida försvinna och antalet anmälningar till nämnden minskas. Härigenom kunde också utrymme skapas för en reformering av nämndens verksamhet. Det bör nämligen erinras om att även en anmälan till nämnden som sedermera visar sig vara sakligt sett obefogad ofta kan föranleda en omfattande utredning, som kan belasta nämndens resurser."

Utskottet hemställde att riksdagen ville ge regeringen till känna vad utskottet anfört. Riksdagen följde utskottet.

Sedan medicinalansvarskommittén tillsatts år 1974 har en motion (1976/77:267) väckts som innehållit förslag direkt berörande ansvarsnämnden. I motionen anfördes bl. a. att av rättssäkerhetsskäl möjligheter borde skapas för patient att överklaga ansvarsnämndens beslut på samma sätt som läkare kan göra.

Socialutskottet hemställde i betänkande (SoU 1976/77:38) om avslag på motionen under hänvisning till kommitténs pågående arbete. Riksdagen biföll hemställan.

Personalorganisationer m. fl.

Läkarförbundets centralstyrelse tillsatte år 1971 en kommitté med uppgift att granska medicinalväsendets ansvarsnämnds verksamhet och vissa därmed sammanhängande frågor. Utredningen tillkom på uppdrag av 1971 års förbundsmöte, där några motioner med kritiska synpunkter på nämndens ställningstaganden, sammansättning och arbetssätt framlagts från medlemsföreningar. Kommittén, som bestod av sex läkare, avgav i september 1972 sitt betänkande. Detta innehöll en sammanfattning av den kritik som framförts mot nämnden samt ett flertal konkreta förslag till förändringar av nämndens verksamhet. Kritiken sammanfattades i tre huvudgrupper: kritik mot nämndens bedömningar, mot bristfälligt beslutsunderlag och mot nämndens arbetssätt och sammansättning. Kommitténs överväganden och förslag till förbättringar kan sammanfattas sålunda. Till stor del torde anmälan mot läkare kunna förklaras av bristande information från läkare till patient om motiven för vidtagna eller underlåtna medicinska åtgärder. För att överbrygga informationsklyftan borde åtgärder vidtas på lokalt plan för att förmedla direkt kontakt mellan behandlande läkare och patient. I varje ansvarsnämndsärende borde utredning ske även av de resurser som varit tillgängliga i det enskilda fallet. Till den ändan borde regelmässigt yttrande avges av såväl lokal sjukhusledning som berörda klinikchefer eller deras motsvarigheter inom öppna vården. Vetenskapliga råd borde medverka i varje ärende som ej var bagatellartat, antalet föredraganden borde vara stort, föredragandena kunde även kompletteras med expertis från nämndens för läkares vidareutbildning (NLV) ämnesgrupper. Anlitad expertis borde re-

kommenderas använda uttryckssätt och formuleringar som gjorde innehållet i uttalanden tillgängligt även för andra än medicinskt sakkunniga. Ansvarsnämndens sammansättning borde göras mer allsidig. Representanter för personalgruppernas och sjukvårdshuvudmännens organisationer borde ges plats i nämnden, varemot lagbyråchefen och föredraganden borde upphöra att vara ledamöter. En enklare handläggningsform, förslagsvis ordförandebeslut, borde införas i ärenden som uppenbarligen icke kunde föranleda några åtgärder. Instruktion för nämndens verksamhet i sin helhet borde utformas. Nämnden borde ges resurser att föra en fullständig sakförteckning över nämndens beslut och uttalanden, för att därigenom skapa förutsättningar för enhetlighet i bedömningarna.

Som tidigare angivits (avsnitt 1) har kommittén tillskrivit 27 personalsammanslutningar med begäran om synpunkter på utredningens arbete. Organisationerna har medlemmar sysselsatta inom hälso- och sjukvårdens olika grenar, såväl sådana som för närvarande räknas som medicinalpersonal och sådana som ej gör det. Den fråga som dominerat svaren har varit frågan om omfattningen av medicinalpersonalbegreppet och därmed sammanhängande spörsmål om legitimation och andra kompetenskrav. Av dem som uttalat sig i frågan om ansvarsnämndens framtida utformning har samtliga framfört önskemål om att en personalrepresentant skulle beredas plats i nämnden, exempelvis genom företrädare för de anställdas fackliga huvudorganisationer. Därutöver har *Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund* tillstyrkt att den nuvarande ordningen med en för hela riket gemensam speciell instans för handläggning av ansvarsfrågor bibehålles och *Svenska läkaresällskapet* föreslagit att ansvarsnämnden bör vara ett självständigt organ, kanslimässigt möjligen knutet till socialstyrelsen, samt vidare att kontinuitet i nämndens sammansättning tillskapas och att ett förenklat handläggningsförfarande möjliggörs för behandling av ärenden av mindre omfattning.

Patientorganisationer

Kommittén har tillskrivit 32 sammanslutningar av patienter, s. k. patientföreningar, med begäran om synpunkter på utredningens arbete. 14 föreningar har skrivit till kommittén. Av dessa har åtta haft synpunkter på ansvarsnämndens framtida utformning. Sålunda har *De handikappades riksförbund* anfört bl. a. att det ur patientens synpunkt är angeläget att i ansvarsnämnden finns flera representanter som klart bevakar patienternas intressen och kan framföra dessas argument och att dessa efter mönster av arbetsdomstolen bör väljas från två eller tre huvudgrupper av patienter med rätt att vid behov sätta suppleanter ur smärre patientgrupper i sitt ställe. Liknande synpunkter framförs från samtliga de föreningar som yttrat sig. Härutöver har *Vårdkonsumenternas riksförbund* framfört krav på att någon såsom part kan bevaka det allmännas, dvs. patienternas, intressen inför nämnden. *Patienternas riksförbund* har hävdat bl. a. att förfarandet inför nämnden måste ges samma utformning som vid allmän domstol, dvs. med obligatorisk rätt för patienten att, själv eller genom ombud, få företräde inför nämnden. *Svenska psoriasisförbundet* har framhållit önskvärdheten av

att anmälaren/patienten ges möjlighet att överklaga nämndens beslut. *Sveriges allmänna patientförening* har som sin mening anfört, att ansvarsnämnden bör avskaffas. I dess ställe vill man ha en disciplinnämnd, som centralt har tillsyn över medicinalpersonalen. Båda parter skall då ha rätt att begära offentliga förhandlingar och rätt att inkalla juridisk och medicinsk expertis. Patienten bör, enligt föreningen, kunna inkallas som vittne och båda parter bör ha rätt att överklaga nämndens beslut.

Ansvarsnämnden

I ett den 1 juni 1972 avgivet remissyttrande över ämbetsansvarskommitténs betänkande (SOU 1972:1) Ämbetsansvaret II, anförde *ansvarsnämnden* bl. a.:

Nämnden anser det angeläget att även i fortsättningen finns ett centralt organ för tillsyn över medicinalpersonal och att möjlighet till disciplinär bestraffning bibehålles. — Antalet inkommande ärenden till nämnden har de senaste åren ökat kraftigt (1971 inkom 661 st). Balansen är besvärande hög (f. n. ca 360 st.). Resurserna måste därför förstärkas och rationaliseringsåtgärder vidtagas. Stark kritik har riktats mot nämndens verksamhet, från såväl patient – som läkarhåll. Denna kritik tar inte bara sikte på att ärenden drar långt ut på tiden, den riktar sig också mot nämndens organisation, dess arbetssätt och avgränsningen av dess kompetensområde. En avsevärd nackdel är att inga möjligheter finns att sålla bort små ärenden eller eljest fall där det är uppenbart att ingen åtgärd blir aktuell. Alla ärenden måste föredragas inför nämnden i dess helhet. – Nämndens beslut kan överklagas av den som blivit föremål för disciplinär bestraffning eller drabbats av deslegitimering, eller liknande åtgärd. Ingen åklagare eller annan som kan, såsom part, representera allmänna intressen finns. Detta har bl. a. lett till att nämnden har uppfattats som en motpart till en läkare som besvärar sig över nämndens beslut. – Många av nämndens ärenden rör frågor av invecklad medicinsk natur, andra kan ha stor betydelse för resursfördelningen inom sjukvården, andra åter kan avse synnerligen svårbedömda och ömtåliga problem av etisk – juridisk karaktär (t. ex. frågor om dödsbegrepp, livsuppehållande åtgärder, prioritering av njurdialys etc.). Det är därför väsentligt att nämnden, oavsett vilken organisatorisk ställning den ges, har en mycket kvalificerad sammansättning. Ärenden av bagatellkaraktär skall inte behöva behandlas av nämnden in pleno. Vidare är det anledning att överväga huruvida nu gällande instansordning bör bibehållas.

Socialstyrelsen instämde i sitt över ämbetsansvarskommitténs betänkande avgivna remissyttrande i de synpunkter ansvarsnämnden anfört.

9.3 Patientombudsmän m. m.

Riksdagsbehandlingen

Både vid *1971 års och 1972 års riksdagar* framfördes motionsyrkanden om inrättande av patientombudsmän och vårdombudsmän på försök. Socialutskottet behandlade yrkandena i betänkandena SoU 1971:37 och SoU 1972:3. – *Patientombudsmannen* skulle enligt motionsyrkandena vara knuten till sjukhus. Till patientombudsmannen skulle patienter med speciella problem i förtroende kunna vända sig under sjukhusvistelsen. För att patientombudsmannen skulle ha en fri ställning gentemot sjukvårdshuvudmannen skulle han utses av Kungl. Maj:t. – *Vårdombudsmannen,* vars verksam-

hetsområde skulle vara en sjukvårdsregion, skulle enligt motionsyrkandena vara ett från sjukhuset obundet organ med uppgift att ta emot patienters klagomål, göra erforderliga utredningar samt därefter ta upp den aktuella frågan med vederbörande ansvariga befattningshavare m. fl. på sjukhusen.

Utskottet anförde i 1971 års betänkande bl. a. att frågan om inrättande av en vårdombudsmannainstitution borde i väsentlig mån ses som en fråga om behovet av ökad information till sjukhuspatienten och att utskottet därför anslöt sig till tidigare uttalanden i riksdagen om vikten av ökad information och kontakt inom sjukvården. Åtgärder för att öka information om bl. a. patientens rättigheter angav utskottet vara bättre ägnade att konkret stärka patientens ställning än inrättande av en vårdombudsmannainstitution. Utskottet anförde att mot bakgrund av detta och med hänsyn till att åtgärder fortlöpande vidtogs för att förbättra informationen till sjukhuspatienten ansåg sig utskottet inte berett tillstyrka yrkandet om försöksverksamhet med vårdombudsman. – Beträffande motionsyrkandet om försöksverksamhet med en patientombudsman erinrade utskottet om att det vid sjukhusen redan fanns befattningshavare – kuratorer – som har till uppgift att ge patienterna råd och bistånd i personliga, sociala och ekonomiska angelägenheter och att sjukvårdshuvudmännen räknade med en kraftig ökning av antalet kuratorer fram till år 1975. Syftet med patientombudsman syntes enligt utskottet bli tillgodosett genom denna ökning av kuratorskåren. I enlighet med utskottets hemställan avslog riksdagen motionsyrkandena.

Utskottet anförde i 1972 års betänkande att, mot bakgrund av de initiativ som både i form av ökad information och genom öppnandet av nya kontaktvägar tagits av huvudmännen för att stärka patienternas ställning, och då någon omständighet som föranledde ett ändrat ställningstagande av utskottet till förslagen om patientombudsman och vårdombudsman inte inträffat sedan 1971, 1972 års motioner inte borde föranleda någon riksdagens åtgärd. Riksdagen följde utskottet.

Vid *1973 års riksdag* begärdes i motionen 1973:78 bl. a. skyndsam utredning av frågan om inrättande av en patientombudsmannainstitution. I motionen framfördes att patienternas behov av personliga omsorger, såsom samtal och upplysningar av olika slag kring sjukdomstillståndet, inte kunnat tillmötesgås i önskvärd utsträckning. Det framhölls att det skulle vara synnerligen värdefullt, inte minst från rehabiliteringssynpunkt, om patienterna hade tillgång till en patientombudsman med vilken de hade personlig kontakt och av vilken de kunde få råd och hjälp i frågor som rör förhållandet mellan dem och sjukvårdens huvudman, personalen etc. men också frågor som kan vara av ekonomisk och personlig natur.

I motionen 1973:1196 togs upp frågan om tillsättande av regionala vårdombudsmän för att öka patienternas medinflytande och rättssäkerhet. Ombudsmannen skulle bistå patienterna med information samt råd och hjälp i sjukvårdsangelägenheter av juridisk art.

I motionen 1973:1166 anfördes bl. a. att när det gäller patienter som tvångsvis omhändertas för sluten psykiatrisk vård rättssäkerheten vore helt otillfredsställande. I dessa sammanhang borde enligt motionären inom varje landstingsområde krävas en patientombudsman med juridiska meriter. En sådan ombudsman skulle också kunna avlasta ansvarsnämnden en del arbetsuppgifter och bidra till minskad misstro mot vårdinstitutionerna samt kunna utföra produkts- och prestationskontroll.

I motionen 1973:1181 anfördes att i takt med vårdsamhällets expansion uppkommer allt större behov av organ dit patienter kan vända sig med synpunkter på och eventuella klagomål över den vård de erhållit. Motionärerna påpekade att medicinalväsendets ansvarsnämnd kan utnyttjas som högsta instans då det gäller felaktig behandling men att denna nämnd inte ensam fyller det behov som finns. Härvid angavs att dels är många av de klagomål över vården, som patienterna framställer, inte av den karaktären att någon enskild person kan lastas för misstag etc., dels avser klagomålen ofta frågor som inte är av det omfånget att de normalt bör ligga på en central instans. Motionärerna påpekade vidare att det på sjukhusen visserligen finns kuratorer som kan hjälpa patienterna men att det, då kuratorerna tillhör sjukhuspersonalen, kan kännas besvärande för patienter att vända sig till kuratorerna med klagomål som avser åtgärder av annan sjukhuspersonal. Härjämte framhölls att framställningar till socialstyrelsen och riksdagens ombudsmän om förhållanden som patienten är missnöjd med kräver initiativ som patienten kan ha svårt att ta och som den aktuella sjukdomen kan omöjliggöra. Den för patienten smidigaste lösningen, framhöll motionärerna, är att patienten på nära håll har tillgång till ett från sjukhuset obundet organ, som kan ta emot hans klagomål, göra erforderliga utredningar och därefter ta upp saken med vederbörande ansvariga befattningshavare m. fl. på sjukhusen. Ett sådant organ skulle även vara till fördel ur den synpunkten att där skulle samlas information om sjukhusens service sedd ut patientens synpunkt.

Socialutskottet anförde i sitt förut (avsnitt 9.2) omnämnda betänkande (SoU 1973:10) att frågor om inrättande av en vårdombudsmannainstitution i väsentlig mån borde ses som en fråga om behovet av ökad information till sjukhuspatienten, bl. a. om dennes rättigheter. Sedan utskottet noterat att socialministern avsåge att tillkalla en utredning för översyn av bl. a. reglerna om ansvarsnämndens sammansättning och arbetsformer och därvid angivit som utskottets mening, att utredningen även borde få i uppdrag att närmare överväga frågorna om formerna för information och kommunikation på sjukvårdsområdet anförde utskottet vidare:

> Bland de spörsmål som det i sammanhanget kan finnas anledning att belysa är frågan om vilka intresse- och lojalitetskonflikter som kan uppstå vid olika lösningar beträffande huvudmannaskapet för den typ av institutioner som vård- och patientombudsmän utgör.

Sedan medicinalansvarskommittén tillkallats i början av år 1974, har kraven på inrättande av patient- och vårdombudsmän återkommit varje år.

Vid *1974 års riksdag* väcktes två motioner i ämnet. Motionen 1974:1011 berörde ett flertal frågor om demokrati på vårdområdet, varvid betonades bl. a. angelägenheten av att patienterna får en fullständig och adekvat information om sin situation och om regler av olika slag inom respektive vårdanstalt samt angavs krav på en patientombudsman eller vårdombudsman. – Vidare väcktes motionen 1974:1342, vilken var likalydande med den ovan återgivna motionen 1973:1181.

Vid *1975 års riksdag* framfördes i motionen 1975:778 bl. a. kravet på en patientombudsman eller vårdombudsman med en från sjukvårdshuvudmännen fristående ställning, vilken skulle ha till uppgift att hjälpa patienterna

och deras anhöriga i rättsfrågor och i rättstvister med anstaltsledning eller styrelse samt underlätta kontakterna mellan patienter och personal.

Vid *1975/1976 års riksdag* berördes frågor om patient-vårdombudsmän i två motioner, 1975/76:1263 och 1975/76:1281.

I motionen 1975/76:1263 framhölls att patienter och handikappade har behov av någon opartisk och sakkunnig instans på landstingsplanet, till vilken de kan vända sig med klagomål över felaktig behandling eller bristfällig service. Denna instans – en patientombudsman, eventuellt med anknytning till socialkonsulentorganisationen i länsstyrelserna – skulle enligt motionärerna avgöra tvister i olika frågor, i den mån inte tvisterna går till allmän domstol. Då klagomål hade fog för sig skulle patientombudsmannen kunna ta upp ärendet till förhandling med de beslutande. En patientombudsmannainstitution skulle enligt motionärerna också ha en stor uppgift att fylla när det gäller psykiskt utvecklingsstörda. – Motionen 1975/76:1281 var i stort sett likalydande med den ovan – i här relevanta delar återgivna – motionen 1975:778.

Vid samma riksdag väcktes en annan motion av något annorlunda innebörd än de nu redovisade, men vilken bör ha sitt intresse i sammanhanget. I motionen 1975/76:565 framhölls bl. a. att det mot bakgrund av socialstyrelsens behandling av THX-frågan behövs en fri, obunden instans, till vilken allmänheten men också enskilda läkare kan vända sig för att lämna egna informationer, råd och erfarenheter, uttrycka sina önskemål och ställa sina frågor. Motionärerna anförde bl. a. följande.

> Många läkare har varken tid eller personliga förutsättningar att göra egna utvärderingar eller forskningar i enlighet med de krav socialstyrelsen begär. Det måste bedömas synnerligen värdefullt att frågor som kommer fram i deras praktiska verksamhet så snabbt som möjligt kommer till allmänhetens nytta. – Socialstyrelsens agerande i THX-frågan har skrämt både läkare och patienter för att lämna för samhället viktiga informationer. Patienter och läkare bör ha ett opartiskt forum där de kan förmedla sina synpunkter, som där sedan behandlas och därefter eventuellt förmedlas till socialstyrelsen.

Socialutskottet föreslog i betänkanden (SoU 1974:15, 1975:10, 1975/76:33, 1976/77:9) avslag på samtliga nu redovisade motioner under hänvisning till medicinalansvarskommitténs pågående arbete. Riksdagen följde utskottets hemställan.

Landstingen

Sedan år 1970 har vid åtskilliga *landstingsmöten* genom motioner och interpellationer väckts debatt rörande kontakt- och informationsproblem inom sjukvården. Frågorna har i princip gällt förbättring av de yttre och inre kontakt- och informationsvägarna för patienterna. Ett flertal motioner har gällt inrättandet av patient/vårdombudsmannabefattningar. Motionerna har i vissa fall lett till att förtroendemän fått i uppdrag att fungera som kontaktmän/kontaktombud, i andra till att åt tjänstemän vid landstingen uppdragits att fungera som kontaktmän gentemot allmänheten. En närmare redogörelse för de försök som gjorts har lämnats i avsnitt 5.2.

Patientkontaktfrågorna har i ett flertal sammanhang uppmärksammats och behandlats också vid *landstingsförbundets kongresser*.

Nordiska rådet

I ett medlemsförslag den 13 mars 1973 från vissa svenska och finländska representanter i Nordiska rådet väcktes förslag om att likartade regler skulle utarbetas för inrättande av en patientombudsmannainstitution i vart och ett av de nordiska länderna. I förslaget framhölls bl. a. att avståndet mellan de sjuka och vårdpersonalen hade ökat, att patienternas behov av personliga omsorger såsom upplysningar och samtal kring sjukdomstillståndet inte tillgodosetts i önskvärd utsträckning samt att det inte var ovanligt att personer som fått läkarvård trodde sig ha blivit felbehandlade. Förslagsställarna menade att det skulle vara synnerligen värdefullt om patienterna hade tillgång till en patientombudsman, med vilken patienterna hade personlig kontakt. De kunde då få hjälp och råd i frågor som rörde förhållandet mellan dem och sjukvårdens huvudman, personalen etc. men också i frågor av ekonomisk och personlig natur. Inrättandet av en patientombudsman skulle innebära en demokratisering av vården och en förstärkning av patientens rättssäkerhet och trygghet.

Medlemsförslaget remitterades för yttrande till ett 40-tal myndigheter och institutioner i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Flertalet av remissvaren gav uttryck för ett positivt synsätt till de grundläggande tankarna om vilka problem som är aktuella men endast ett fåtal – de fyra ländernas olika patientorganisationer – tillstyrkte förslaget reservationslöst. Många starkt kritiska synpunkter framkom mot institutionen som sådan och alternativa lösningar diskuterades. Sammanfattningsvis präglades yttrandena av en avvaktande hållning.

Nordiska rådet biföll det förslag som rådets socialpolitiska utskott framlade, nämligen att rekommendera Nordiska ministerrådet att låta utvärdera erfarenheterna från de utredningar och den försöksverksamhet som pågår i de nordiska länderna i syfte att finna lämpliga former för att trygga patienternas rättssäkerhet och behov av information.

Av den redovisning av uppdraget som lämnades av ministerrådet i december 1976 framgår bl. a. följande:

I *Danmark* har i juli 1975 tillsatts en kommitté för att utreda frågor rörande handläggning av patienters klagomål över försumligheter från medicinalpersonalens sida. Kommittén skall även utarbeta förslag till förfarande vid handläggning av här avsedda klagomål.

I *Finland* har den 14 maj 1976 avlåtits ett förslag till lag om ändring av sinnessjuklagen. I förslaget föreslås att patientens rättssäkerhet inom den psykiatriska sjukvården förbättras. Detta skall ske genom bl. a. en noggrannare prövning av skälen till intagning av en patient i sluten vård samt av förutsättningarna att hålla en patient i sådan vård mot dennes vilja. Avsikten är vidare att i samband med sjukvårdsförvaltningens helhetsreform bedöma behovet av en ny lagstiftning om den psykiatriska sjukvården vilken även skulle beröra frågan om patienters rättssäkerhet.

I *Norge* har frågan om inrättande av en patientombudsmannaordning prövats av Lege- og tannlegekommittén som avlämnade slutbetänkande (NOU 1976:1) till sosialdepartementet i juni 1975. Kommittén avstyrkte tanken på inrättande av en ombudsmannaordning med hänvisning till att de hänsyn som skulle tillvaratas genom en dylik ordning blir på ett betryggande sätt uppmärksammade genom andra förslag till åtgärder.

Patientföreningar

Krav på inrättande av patientombudsmän har i olika former framställts av bl. a. Riksförbundet för social och mental hälsa, Sveriges allmänna patientförening och Patienternas riksförbund. Förslagen om utformningen av och syftet med en sådan institution har varierat. Ett genomgående drag synes dock ha varit önskan om att erhålla en lätt tillgänglig och opartisk kontaktväg mellan patienter och vårdgivare.

Sålunda har Sveriges allmänna patientförening i remissyttrande till Nordiska rådets presidium i juli 1973 föreslagit inrättande av dels en central statlig patientombudsmannainstitution, dels regionala patientombud underställda den centrala organisationen. Föreningen har därvid närmare anfört:

De regionala patientombudens uppgift bör vara att mottaga frågor och anmälningar och att ge råd och hjälp. Vid handläggning av anhängiggjorda ärenden bör när så är lämpligt anmälare och anmäld sammanföras. Uppsökande verksamhet bör bedrivas. Patientombuden bör informera allmänheten och undervisa läkare och annan sjukvårdspersonal i medicinsk och social rätt. Patientombuden bör till centralmyndigheten avge regelbundna rapporter om sin verksamhet. Den centrala patientombudsmannainstitutionen bör stå under ledning av en kunnig och erfaren jurist med för denna arbetsuppgift särskilda personliga förutsättningar. Det bör vara centralmyndighetens uppgift att utfärda instruktioner för de regionala patientombuden och att vara de regionala patientombuden behjälplig när så erfordras. Centralmyndigheten bör arbeta för lika rättstillämpning. Det är därför nödvändigt att alla ärenden som icke är av enkel rutinkaraktär, av de regionala patientombuden anmäles till centralmyndigheten. Centralmyndigheten bör ha till uppgift att utreda och fatta beslut i ärenden som inkommit direkt till centralmyndigheten eller av patientombuden hänskjutits till myndigheten. I det fall ett ärende överlämnas till allmän domstol eller förvaltningsdomstol bör det vara centralmyndighetens skyldighet att biträda patienten inför domstolen eller tillse att till patientens hjälp förordnas sakkunnigt biträde eller ombud. Patientombudsmannainstitutionens centralmyndighet bör i instruktionen för sitt arbete åläggas att med särskild uppmärksamhet övervaka att inga lagstridiga tvångsintagningar med uppgivet stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, sker. – En annan angelägen uppgift som bör åvila patientombudsmannainstitutionen är övervakning av att inga integritetskränkande experiment på människor förekommer. – PO och patientombuden kommer att få erfarenheter från alla vårdområden. Patientombudsmannainstitutionen kommer därigenom att bli en viktig upplysningskälla som kan utnyttjas som remissinstans i lagstiftningsarbetet på hälso- och sjukvårdens område.

Patienternas riksförbund har senast i skrivelse den 4 maj 1977 till socialdepartementet framfört krav på att vid varje psykiatrisk klinik där patienter intagits med stöd av lagen om sluten psykiatrisk vård skall finnas patientombudsmän, vilka bl. a. borde "gentemot läkare och vårdpersonal förmedla patienters synpunkter angående pågående och planerad behandling samt verka för goda förtroenderelationer mellan sjukvårdspersonal och patienter . . ."

9.4 Rättssäkerhets- och integritetsfrågor

Patienträttighetslag m. m.

I motioner till 1975 års, 1975/76 års och 1976/77 års riksdagar har framställts motionsyrkanden om att medicinalansvarskommittén skulle få i uppdrag att utarbeta förslag till en *patienträttighetslag* (motioner 1975:778, 1975/76:1281 och 1976/77:722).

Härvid har i huvudsak anförts följande:

Patienten skall utförligt *informeras* om sin sjukdom och de behandlingsmöjligheter som finns, så att hon själv kan välja medel och metoder för att bli frisk. *Tystnadsplikten* för läkare och annan vårdpersonal måste utökas. Läkarinstruktionen bör ge sådana föreskrifter att läkarna har skyldighet att meddela sina patienter och även deras anhöriga om riskerna för biverkningar av medicin. Den år 1975 införda *patientförsäkringen* bör inordnas i en patienträttighetslag. I denna lag bör finnas ett stadgande om att alla sjukvårdsinstitutioner är skyldiga att teckna och vidmakthålla en allomfattande patientförsäkring. Inom sjukvården bör införas ett *strikt skadeståndsansvar*.

Även i motionen 1975:259 framfördes liknande krav på informationsskyldighet avseende biverkningar och andra behandlingsrisker samt om strikt skadeståndsansvar inom sjukvården.

Förslag om lagstadgad skyldighet för vårdpersonalen att på ett begripligt sätt informera om alternativa behandlingsmöjligheter för att därigenom skapa möjlighet för patienten att välja mellan aktuella alternativa vårdåtgärder har framförts även i motionerna 1975/76:1284 och 1976/77:99.

Socialutskottet hemställde om avslag på samtliga motioner. (Betänkanden SoU 1975:10, 1975/76:33 och 1976/77:38). Härvid hänvisades dels till medicinalansvarskommitténs uppdrag, dels bl. a. till pågående eller avslutade utredningar inom offentlighets- och sekretesslagskommittén (SOU 1975:22), tystnadspliktkommittén (SOU 1975:102) och produktansvarskommittén (SOU 1976:23).

Riksdagen följde utskottets hemställan.

Patientjournaler

I sina direktiv erhöll medicinalansvarskommittén uppdrag att bl. a. överväga rätten för patient inom den privata hälso- och sjukvården att ta del av sin sjukjournal.

I en motion till *1974 års riksdag* (1974:67) yrkades att riksdagen hos regeringen skulle hemställa om initiativ i syfte att inom företagshälsovården åstadkomma en med den offentliga sjukvården likställd praxis i fråga om patientens rätt att ta del av sjukjournalen.

Socialutskottet (SoU 1974:15) hänvisade till medicinalansvarskommitténs uppdrag. Riksdagen avslog motionen.

Vid *1975 års riksdag* framställdes två motioner (1975:259 och 778) vilka båda innehöll förslag angående patientjournaler.

I motionen 1975:259 begärde motionärerna att socialstyrelsen – för att underlätta för patienterna och deras anhöriga att ta del av patientjournaler – skulle utarbeta blanketter för rekvisition av patientjournal och att dessa blanketter skulle finnas tillgängliga t. ex. hos försäkringskassorna. Vidare

begärdes att följande krav skulle gälla för förandet av patientjournaler liksom för bokföring enligt bokföringslagen (1929:117), nämligen att radering inte får förekomma, att uteslutning av text m. m. i stället skall ske genom överstrykning och att oskrivna utrymmen skall "slutas" genom spärrmarkering. I anslutning härtill begärdes att utskrift av dikterade band och liknande skulle godkännas och signeras av läkaren.

Socialutskottet (SoU 1975:10) hänvisade ånyo till medicinalansvarskommitténs utredningsuppdrag och föreslog avslag på motionsyrkandena. Riksdagen följde förslaget.

Nya motioner i fråga om patientjournaler framställdes vid *1975/76 års riksdag* (1975/76:1227 och 1281).

I motionen 1975/76:1227 påpekades bl. a. att patienten så långt möjligt skall kunna få ta del av sin egen patientjournal men att det inte kan vara förenligt med någons intressen att patientjournalen någonsin skall bli en offentlig handling. Patientjournalen bör enligt motionärerna vara sekretessbelagd till dess patienten i fråga inte längre är i livet, och journalen bör då förstöras. Motionärerna påpekade vidare bl. a. att vid överförande av uppgifter från patientjournaler till datainformation uppgifter om personliga förhållanden av den karaktären att de bör hållas hemliga inte bara skall spärras utan över huvud taget inte databehandlas. Slutligen påpekades att viss, inte oundgänglig information av personlig karaktär bör kunna tas bort ur patientjournalen, om en patient av särskilda skäl så önskar och informationen inte är medicinskt oundgänglig.

I motionen 1975/76:1281 påpekades bl. a. att patienterna måste få en ovillkorlig rätt att ta del av sina patientjournaler och andra handlingar som rör dem och journalerna bör i princip betraktas som patientens egendom och inte utlämnas till annan myndighet utan patientens godkännande. Möjlighet måste, enligt motionärerna, finnas för patienten att få direkt felaktiga eller kränkande uppgifter i journalen borttagna.

Socialutskottet (SoU 1975/76:33) anförde bl. a. att utskottet utgick ifrån att medicinalansvarskommittén skulle komma att överväga möjligheterna att förstärka patientskyddet såväl genom sådana åtgärder som föreslagits i motionerna som på annat sätt och hemställde därför om avslag. Riksdagen biföll hemställan.

I fyra motioner till *1976/77 års riksdag* gjordes nya propåer angående journalhanteringen.

I motionen 1976/77:99 anfördes att sjukjournaler ofta skrivs på ett språk som för vanliga människor är svårförståeligt. Eftersom varje patient i princip har rätt att ta del av sin journal är det rimligt att patienten får sådan information att innehållet i journalen blir begripligt. Motionärerna ansåg därför att det i första hand är nödvändigt att skapa sådana resurser att information kan ges av kunnig personal.

Motionen 1976/77:722 var i stort sett likalydande med den ovan återgivna motionen 1975/76:1281 (patienträttighetslag).

I motionen 1976/77:1105 framhölls bl. a. att principen beträffande sekretesskydd för sjukjournaler m. m. bör vara att sådana handlingar ej utlämnas till någon person eller myndighet utan patientens samtycke. Vidare anfördes att sekretessen i fråga om journalhandlingar, som avser avliden patient, ej heller är reglerad.

I motionen 1976/77:1117 anfördes att patienten bör ha rätt att få noterat i sin journal att patienten bestämt tar avstånd från vissa uppgifter i journalen som patienten anser är felaktiga eller kränkande. Motionärerna framhöll vidare att sekretess bör råda även myndigheter emellan. En journal bör inte få lämna ett journalarkiv utan patientens skriftliga medgivande, och patienten skall samtidigt erbjudas att få läsa journalen. Om patientjournaler framdeles kommer att databehandlas måste sekretesskraven enligt motionärernas mening först skärpas väsentligt. Informationen från journalerna måste också gallras på så sätt att den endast inrymmer sådant som är av synnerlig vikt för bedömning av patienternas hälsotillstånd. Vidare bör patientkort undantas från de handlingar som kan tas i beslag med stöd av bevissäkringslagen. Motionärerna ansåg vidare att journalerna bör förstöras efter patienternas död. Från rättssäkerhetssynpunkt – bl. a. med hänsyn till eventuella skadeståndsanspråk från anhöriga – bör dock tio år förflyta från det patienten avlider till dess journalerna förstörs. I den mån synnerligen viktiga medicinska och vetenskapliga uppgifter förekommer bör dessa kunna sparas, dock utan att patienterna skall kunna identifieras. Samma regler bör vara tillämpliga beträffande mikrofilmning av journaler.

Socialutskottet (SoU 1976/77:38) anförde, efter att ha redogjort bl. a. för pågående utredningsarbeten inom justitiedepartementet och i socialutredningen angående handlingssekretessen inom sjukvården, följande:

Utskottet vill erinra om att medicinalansvarskommittén fått ett allmänt bemyndigande att ta upp sådana rättssäkerhets- och integritetsfrågor som aktualiseras under utredningsarbetet och faller inom ramen för utredningens uppdrag. I sammanhanget kan också nämnas att regeringen den 21 april 1977 har till kommittén överlämnat en skrivelse från Patienternas riksförbund angående patienters rätt att få journaler ändrade om dessa förts på ett felaktigt och för patienten kränkande sätt. Utskottet anser sig på grund av det anförda kunna utgå från att kommittén kommer att överväga de integritets- och rättssäkerhetsaspekter som motionärerna aktualiserar. Utskottet anser därför inte att någon riksdagens åtgärd är påkallad med anledning av motionerna.

Riksdagen avslog motionerna.

KOMMITTÉNS FÖRSLAG

10 Allmän motivering

10.1 Inledning

Hälso- och sjukvården, dess utövande och tillsynen över den, har alltid ansetts som en av samhällets primära uppgifter. Från början en angelägenhet för kyrkan och ombesörjd i kloster och fromma stiftelser blev vården av sjuka och andra behövande redan mot medeltidens slut en uppgift för det borgerliga samhället. Magistraten blev huvudman för och utövade tillsyn över den i städerna bedrivna hälso- och sjukvården. På landsbygden förekom det knappast annan vård än den anhöriga och andra närstående kunde ge. När på 1600-talet förvaltningen byggdes upp kring centrala ämbetsverk fick hälso- och sjukvården sitt administrativa centrum i Collegium Medicum (1663–1813), vars efterföljare blev i tur och ordning Sundhetskollegium (1813–1877), Medicinalstyrelsen (1877–1967) och socialstyrelsen (1968). Med tillkomsten av landstingen år 1862 togs de första stegen på den utveckling som, särskilt efter de senaste årtiondenas reformer, medfört att den alldeles övervägande delen av hälso- och sjukvården bedrivs i allmän regi med landstingen som huvudmän.

Samhällets engagemang inom hälso- och sjukvården och samhällstillsynen över vården syftar till att hålla vården på sådan nivå att den enskilde skyddas mot ohälsa och får god vård när han drabbas av sjukdom. Olika medel tas i anspråk för att nå syftet. Genom behörighets- och utbildningsföreskrifter och genom förbud mot hälsofarligt kvacksalveri skapas förutsättningar för att vården handhas av kvalificerad personal. Dennas åligganden är i stor utsträckning författningsmässigt eller på annat sätt centralt reglerade. Bestämmelserna är ofta förenade med straffrättsliga eller disciplinära påföljder för att trygga efterlevnaden. Socialstyrelsen utövar de disciplinära befogenheterna och det är på olika sätt, bl. a. genom en omfattande inspektionsrätt och genom rapporterings- och anmälningsskyldighet sörjt för att styrelsen skall kunna följa personalens verksamhet. Vidare har de sjukvårdskommunala huvudmännen med direkt ansvar för väljarna en omedelbar tillsyn över att vårdpersonalen inom deras fögderi är kvalificerad för sina uppgifter och fullgör dem i enlighet med de krav en god hälso- och sjukvård ställer. Slutligen har JO och JK tillsyn över vårdpersonal hos statliga och kommunala myndigheter och inrättningar.

10.2 Behandlade frågor

Kommitténs utredningsuppdrag, att företa en allsidig översyn av reglerna för samhällets tillsyn över personalen inom hälso- och sjukvården, skulle i vidsträckt mening kunna anses innefatta åliggande att utreda hälso- och sjukvårdens hela organisation och dess sätt att arbeta; såsom anmärks i direktiven hänger tillsynen över personalen nära samman med tillsynen över vården. Uppenbarligen har emellertid uppdraget en mera begränsad innebörd. Jämsides med kommittén arbetar andra utredningar med övergripande frågor rörande hälso- och sjukvården. Förutom hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) må här nämnas utredningen (S 1977:02) angående sjukvårdens inre organisation.

Kommittén har ansett sig i princip inte böra ta upp frågor om hur personalen inom hälso- och sjukvården bör arbeta och vården i övrigt bedrivas. Kommittén utgår från att socialstyrelsen även framdeles har tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal samt ger föreskrifter och anvisningar om vårdens bedrivande och att styrelsen genom inspektioner och på annat sätt övar kontroll av vården. Vilka behörighets- och utbildningskrav som bör ställas på personalen har kommittén likaledes ansett i princip ligga vid sidan av utredningsuppdraget. Endast i den mån behörighets- och utbildningsfrågor särskilt överlämnats till kommittén har de blivit föremål för utredning och förslag (se kommitténs delbetänkande Legitimation av psykolog Ds S 1976:9). I övrigt har kommittén inriktat sina undersökningar på den speciella och fortlöpande tillsyn över personalen som sammanhänger med det straff- och disciplinrättsliga ansvaret. Härvid aktualiseras det i direktiven berörda spörsmålet om avgränsningen av den personkrets som tillsynen bör omfatta.

Det huvudsakliga föremålet för kommitténs arbete har med andra ord varit, inte hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden, utan de sanktionsmedel som bör stå till buds vid åsidosättande av dessa åligganden. I överensstämmelse härmed behandlas i det följande frågan om vilken vårdpersonal som skall stå under särskild tillsyn av det allmänna. Därefter upptar kommittén spörsmålet om det finns anledning att upprätthålla nuvarande ordning med ett särskilt straff- och disciplinansvar och, om så är fallet, hur det bör vara utformat.

Återkallelse av legitimation (deslegitimation) som ett medel att skydda allmänheten mot olämplig yrkesutövare kommer också att behandlas.

Kommittén tar vidare upp vad som i övrigt bör göras för att tillvarata patienternas rättigheter och intressen. I direktiven för kommittén framhålls betydelsen av att patienten känner till sina rättigheter och får information om sitt hälsotillstånd och om pågående eller planerad behandling. Kommittén har i oktober 1977 avlämnat en inom kommittén utarbetad rapport (SOU 1977:66) Patienten i sjukvården – kontakt och information, avsedd att användas bl. a. vid pågående utredningar om hälso- och sjukvårdens bedrivande. Vissa med informationen sammanhängande frågor kommer härutöver att behandlas i det följande. Slutligen tar kommittén i detta betänkande upp fråga om patients rätt att ta del av privatläkares m. fl. journaler och vissa integritetsfrågor som sammanhänger med förandet av patientjournaler.

10.3 Patient och personal i dagens hälso- och sjukvård

Den moderna hälso- och sjukvården rymmer en rad frågeställningar och problem sedda ur patientens synpunkt. Den livliga offentliga debatten i ämnet vittnar härom liksom de gång efter annan framkomna önskemålen om reformer för att tillvarata patientens rätt och intressen. Debatten och reformkraven brukar föras tillbaka på i huvudsak följande förhållanden.

Det framhålls ofta, och inte utan fog, att dagens tekniskt avancerade sjukvård medför risk för att den personliga omvårdnaden om patienten blir lidande. Vårdresultatet beror inte som förr på insatser av endast en eller ett par läkare och deras nära medhjälpare. Det beror också på arbete som utförs av tekniker och andra specialister som patienten inte kommer i närmare kontakt med. Patienten känner sig ofta utlämnad åt en vårdapparat som han inte förstår. Själva sjukhusmiljön, särskilt miljön i de mycket stora och ofta på avstånd från hemorten belägna sjukhusen, kan vara ägnad att skapa en känsla av främlingskap hos patienten. Genom arbetstidsförkortningar och andra organisatoriska ändringar har personalomsättningen ökat och därmed svårigheten att upprätthålla en kontinuerlig personlig kontakt mellan personal och patient. Till bilden av dagens sjukvårdssituation hör vidare spänningen mellan vårdefterfrågan och vårdresurser, en spänning som tvingar huvudmän och vårdpersonal till prioriteringar vilka den enskilde kan ha svårt att förstå och att acceptera.

Samtidigt som de här antydda problemen – vilka har sin grund i den allmänna samhällsutvecklingen – gjort sig gällande har både bland vårdpersonal och patienter framkommit en ny syn på patienten och hans roll i vårdarbetet. Ur medicinsk synpunkt har det kommit att framstå som alltmera väsentligt att patienten medverkar aktivt i vården. Inom den psykiska hälso- och sjukvården har detta sedan länge beaktats. Och patienter som från arbetslivet och andra områden är vana att själva ta ansvar och utöva inflytande ser sig inte längre som endast föremål för andras omvårdnad. De frågar och ifrågasätter och ställer krav. Ofta ställs krav som inte är realistiska. Medicinska forskningsresultat ges stor publicitet innan de är fullgångna och färdiga att tas i bruk i praktisk sjukvård. Hos patienten föder de förhoppningar som lätt övergår i besvikelse och misstro.

Mot bakgrunden av det anförda är det angeläget att alla medel tas tillvara som kan vara ägnade att öka patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och deras förståelse för de villkor under vilka den arbetar. Till dessa medel hör ansvarsreglerna. Att fel och försummelse i vården kan påtalas och beivras innebär ett inskärpande av att patienten skall behandas omsorgsfullt och korrekt. Ansvarsreglerna fyller emellertid också den funktionen att de möjliggör en sakkunnig bedömning av vad som är rätt och fel i vårdarbetet. Patientens rättigheter är inte generellt reglerade i vår lagstiftning. De hämtar till en del sitt innehåll från den praxis som vuxit fram i ansvarsärenden. För hävdandet av patientens rättssäkerhet och integritet spelar ansvarssystemet en viktig roll.

Ansvarsreglerna behöver emellertid kompletteras med andra insatser från det allmännas sida för att ge patienterna hjälp och stöd. Av de disciplinärenden som anhängiggörs hos ansvarsnämnden leder endast 10–15 % till utdömandet av någon påföljd. I övriga fall lämnas ärendet utan åtgärd.

Förhållandet tyder på att det kan finnas behov av andra organ än en central ansvarsnämnd till vilka frågor, klagomål och kritik kan kanaliseras. Kommittén återkommer härtill längre fram i denna motivering.

Samhällstillsynen, genom ansvarsregler och på annat sätt, över hälso- och sjukvårdspersonalen har emellertid också en annan sida. Tillsynen får inte utformas så att den motverkar sitt syfte att tjäna de vårdbehövandes intresse. Om vårdpersonalen alltför mycket binds av övervaknings- och ansvarsregler, kan det hämma initiativtagande och arbetsglädje. Risk för att bli anmäld och ställd till ansvar eller att på annat sätt få sina göranden och låtanden granskade av andra kan medföra överdrifter i vården till förfång för andra vårdbehövande. Personalens rättssäkerhetsfrågor måste också beaktas. Det ligger i sjukvårdsarbetets natur att arbetet lätt ger upphov till klagomål och misstänkliggöranden. Vårdåtgärder, som kan ha livsavgörande betydelse, måste många gånger vidtas snabbt och under medvetet risktagande, stundom med otillräckliga resurser. Det måste finnas ett visst utrymme för ursäktliga förbiseenden och misstag. Personalen behöver skydd mot obefogade och grundlösa anklagelser.

I gällande rätt omfattar samhällstillsynen den s. k. medicinalpersonalen. Till medicinalpersonal räknas enligt medicinalpersonalkungörelsen sexton i kungörelsen särskilt angivna grupper av inom hälso- och sjukvården verksamma yrkesutövare. Detta sätt att bestämma vilken hälso- och sjukvårdspersonal som skall stå under särskild tillsyn tar inte tillräcklig hänsyn till den moderna hälso- och sjukvårdens sätt att arbeta. Arbetet bedrivs i ökad utsträckning i lagarbete där alla har sin del i vårdansvaret. Vårdresultatet är beroende av mångas samlade insatser. Sjukvårdsbiträden, psykologer, tekniker som handhar apparatur av olika slag, ekonomipersonal, läkarsekreterare – för att nämna några grupper som inte räknas till medicinalpersonal – är direkt inkopplade i vårdarbetet. Uppdelningen av hälso- och sjukvårdspersonal i medicinalpersonal och annan personal är ägnad att klassificera vårdpersonalen på ett sätt som inte motsvarar vårdarbetets bedrivande i verkligheten. Det krävs en mera flexibel metod än den nuvarande uppräkningen för att bestämma samhällstillsynens avgränsning i personellt hänseende och ge samhället möjligheter att öva inflytande på alla delar av vårdarbetet och att kunna utkräva ansvaret där det hör hemma. Kommittén anser för sin del att samhällstillsynen bör omfatta i princip all inom hälso- och sjukvården arbetande personal som på något sätt medverkar i vårdarbetet. De avgränsningsproblem som härvid uppkommer behandlas närmare i specialmotiveringen till 1 § förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

10.4 Det straffrättsliga ansvaret

Enligt direktiven skall kommittén överväga frågan om begränsning av hälso- och sjukvårdspersonalens särskilda straffansvar. Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt gällande rätt underkastad ett straffrättsligt ansvar som går längre än det som gäller för offentligt anställda. Enligt lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. är

den som utövar verksamhet inom hälso- och sjukvården eller inom apoteksväsendet förfallen till straffrättsligt ansvar, böter eller fängelse i högst sex månader, om han uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot föreskrift rörande hans åligganden, som meddelats av regeringen eller av förvaltningsmyndighet på vilken regeringen överlåtit att meddela sådan föreskrift. Straffbestämmelsen är subsidiär i förhållande till föreskrift i brottsbalken eller annan författning avseende samma gärning. För hälso- och sjukvårdspersonalen gäller alltså att varje åsidosättande av en för yrkesutövningen med stöd av lagen 1975:100 utfärdad föreskrift åtminstone principiellt utgör ett brott och som sådant hör under allmänt åtal.

Såsom nämnts går detta straffansvar längre än det som numera gäller för offentligt anställda i allmänhet. I samband med avskaffandet 1975 av ämbetsansvaret utmönstrades tjänstefelet såsom ett särskilt brott. Det ansågs (prop. 1975:78 s. 139 ff, JuU 1975:22 s. 100 f) inte förenligt med dagens samhällsförhållanden att offentligt anställd personal skall vara underkastad straffansvar för så gott som varje förseelse i tjänsten. Domstolar och åklagare borde ej belastas med mindre allvarliga förseelser. Det ansågs vidare olämpligt med två sanktionsformer, en straffrättslig och en disciplinär, för förseelse av samma slag. Ytterligare framhölls att det vid sidan av straff- och disciplinansvaret fanns utrymme för rent civilrättsliga sanktioner som uppsägning och avskedande.

De synpunkter som sålunda ledde till avskaffandet av tjänstefelsbrottet äger i det stora hela giltighet även på ansvarsförhållandena inom hälso- och sjukvården. Förhållandena på detta område är visserligen såtillvida annorlunda som att här finns privatpraktiserande yrkesutövare för vilka sedvanliga arbetsrättsliga sanktionsmedel – disciplinär bestraffning genom arbetsgivare samt uppsägning och avskedande – inte kommer i fråga. En avkriminalisering av förseelser i yrkesutövningen motsvarande den som skett för offentligt anställda i allmänhet synes ändock kunna ske utan att vårdfunktionerna blir lidande. Redan nu är det sällsynt att fel eller försummelse av medicinalpersonal beivras i straffprocessuell ordning. Även om de allmänt hållna straffbuden upphävs, kommer hälso- och sjukvårdspersonalen fortfarande att i betydande omfattning vara underkastad straffansvar. Vid allvarligare fel i yrkesutövningen aktualiseras sålunda ansvar enligt brottsbalken t. ex. för vållande till annans död, vållande till kroppsskada eller sjukdom eller vårdslöshet med gift eller smittämne. I den mån åtgärder inom hälso- och sjukvård innebär myndighetsutövning såsom exempelvis tvångsvis meddelad vård, kan ansvar under vissa förhållanden utkrävas för myndighetsmissbruk eller vårdslös myndighetsutövning. I brottsbalken föreskrivs också ansvar för brott mot all i lag eller annan författning föreskriven tystnadsplikt.

Ansvar kan också ifrågakomma enligt speciella straffbestämmelser i författningar som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden såsom abortlagen (1974:595) och läkemedelsförordningen (1962:701). Många författningar med regler om vad som åligger personalen saknar emellertid särskilda straffbud. Som exempel må nämnas transplantationslagen (1975:190) och 93 § barnavårdslagen (1960:97) som föreskriver skyldighet för bl. a. läkare, sjuksköterska och barnmorska att anmäla vissa förhållanden till barnavårdsnämnd. Efterlevnaden av författningar utan egna straffbestämmelser

bör dock i allmänhet kunna tryggas genom ingripande i disciplinär väg. I den mån det finns behov av särskilda straffbestämmelser, såsom t. ex. där ett ekonomiskt vinstintresse kan fresta till åsidosättande av vad som gäller för yrkesutövningen, bör särskilda straffbestämmelser tas in i specialförfattningarna. Slutligen må nämnas att för den legitimerade vårdpersonalen möjligheten av deslegitimation är ett verksamt medel att upprätthålla kvaliteten i yrkesutövningen.

Under hänvisning till det anförda föreslår kommittén att hälso- och sjukvårdspersonalens straffrättsliga ansvar begränsas. Varje åsidosättande av föreskrift om åligganden i yrkesutövningen bör inte längre anses som brott eller straffbar förseelse. Straffbestämmelsen i lagen 1975:100 föreslås följaktligen bli upphävd utan att ersättas av någon motsvarande allmänt hållen ansvarsbestämmelse. Kommittén föreslår endast en ny specialstraffrättslig bestämmelse, nämligen i transplantationslagen.

10.5 Det disciplinära ansvaret

10.5.1 *Arbetsrättsligt–offentligrättsligt*

En begränsning av det straffrättsliga ansvaret medför att den disciplinära tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonalen får ökad betydelse, kanske inte så mycket i praktiskt som i rättsligt systematiskt hänseende. Som framgår av redogörelsen för gällande rätt är f. n. den statligt och kommunalt anställda medicinalpersonalen underkastad två disciplinära institut.

Förutom det i medicinalpersonalkungörelsen reglerade institutet finns det för denna personal ett arbetsrättsligt disciplinansvar, för den statligt anställda personalen – såvitt gäller förseelse i yrkesutövning utanför socialstyrelsens inseende – enligt lagen om offentlig anställning och för den kommunalt anställda personalen enligt kollektivavtal.

Vissa skäl kan anföras för att införa enhetliga disciplinära regler för den offentligt anställda vårdpersonalen och överlämna detta åt arbetsrättslig reglering. Med en sådan reform skulle vinnas att den i offentlig tjänst anställda vårdpersonalen komme att vara underkastad samma regler som gäller för annan offentligt anställd personal. Förändringen skulle knyta an till den sjukvårdspolitiska målsättningen att decentralisera sjukvården och den skulle medföra ökat ansvar för sjukvårdshuvudmännen såvitt gäller tillsynen över personalen. En till sjukvårdshuvudmännen decentraliserad handläggning av disciplinärenden borde även medföra större snabbhet i avgörandet och, åtminstone i vissa ärenden, bättre möjligheter att utreda om fel eller försummelse förekommit.

Det finns emellertid också skäl som talar mot att disciplinfrågorna överlämnas till arbetsrättslig reglering. I ett ansvarssystem grundat på kollektivavtal eller på andra regler om förhållandet mellan arbetsgivare och anställda är fråga om fel i yrkesutövningen en intern angelägenhet mellan parterna. Frågor om beivran av fel inom hälso- och sjukvården bör ses ur en vidare synvinkel. Redan vid inrättandet år 1947 av en särskild ansvarsnämnd för detta område åberopades som skäl för förslaget om en sådan

nämnd den allvarliga innebörd som avgörandet i hithörande frågor har inte bara för yrkesutövaren utan även för den enskilde sakägaren. Avgörandena har länge tillmätts betydelse för reglering såväl i som utom rätta av skadeståndsanspråk vid förment felaktig behandling. I detta hänseende har numera inträtt en förändring genom den allmänna patientförsäkringen och andra försäkringsformer som ger skadelidande patienter ekonomisk gottgörelse oberoende av vållande. Dessa försäkringar täcker dock inte hela det fält inom vilket hälso- och sjukvårdspersonalen verkar och avser ej heller alla skadefall. (Se avsnitt 5.3.3.) Avgörandet i disciplinärende har därför alltjämt, ehuru i mindre grad än tidigare, betydelse ur skadeståndssynpunkt.

Men även om man bortser från skadeståndsaspekten har enligt kommitténs mening den enskilde intresse av att få veta om den behandling som han har undergått fyller de krav som samhället ställer på sjukvården och dess utövare. Detta intresse framstår som särskilt berättigat i betraktande av att sjukvården betjänar sig av en teknik och en forskning som den enskilde ofta saknar förutsättningar att förstå. I ett arbetsrättsligt grundat disciplinförfarande möter det svårigheter att åt patienten inrymma det inflytande över prövningen som bör tillkomma honom.

Även andra skäl talar mot att överlämna ansvarsfrågorna till arbetsrättslig reglering. Ett sådant skäl är att ansvarsreglerna bleve olika för den offentligt anställda personalen och för privata yrkesutövare, ehuru arbetsuppgifterna är väsentligen desamma. Att ha kvar ett offentligrättsligt disciplininstitut för endast privat verksamma synes ej komma i fråga. Det synes ej heller tillrådligt att i fråga om den privat verksamma personalen lita endast till straffrättsliga påföljder och deslegitimation som sanktionsmedel.

Ett ytterligare skäl mot övergång till en arbetsrättslig ordning med den decentralisering av ärendenas handläggning som en sådan ordning skulle medföra är att disciplinärendena stundom är svårbedömda och kräver ett prövningsorgan som har överblick över hela vårdområdet. Från vissa sjukvårdsområden förekommer f. n. endast ett fåtal i ansvarsnämnden anhängiggjorda ärenden (avsnitt 6.3).

Kommittén har övervägt en ordning innebärande arbetsrättslig handläggning av själva disciplinfrågan och central prövning i socialstyrelsen eller i annat särskilt inrättat centralt organ av vad som är ur medicinsk och vetenskaplig synpunkt rätt och riktigt. Det centrala organet skulle ha till uppgift att avge yttrande till arbetsgivaren men skulle inte uttala sig i själva ansvarsfrågan. Yttrandet skulle vara bindande vid arbetsgivarens prövning om visst förfarande står i överensstämmelse med "vetenskap och beprövad erfarenhet". Det möter emellertid uppenbara svårigheter att avge ett sådant yttrande utan att komma in på ansvarsfrågan. I själva verket skulle avgörandet av denna fråga komma att i många fall ligga hos det centrala organet. Då dess yttrande knappast skulle kunna tänkas bli föremål för överklagande, komme i dessa fall avgörandet i realiteten att ligga hos en enda instans. En sådan ordning vill kommittén inte förorda.

Efter övervägande av de sålunda redovisade skälen för och emot övergången till ett enbart arbetsrättsligt grundat disciplinförfarande har kommittén stannat för att den nuvarande ordningen med ett disciplinansvar på offentligrättslig grund bör bibehållas.

10.5.2 *Regionala ansvarsnämnder*

För att ta tillvara de fördelar, närmast i utredningshänseende, som en decentralisering av disciplinärendenas handläggning synes kunna medföra har kommittén övervägt inrättandet av regionala ansvarsnämnder med sjukvårdsregion som jurisdiktionsområde. Sådana nämnder skulle alltså bli sju till antalet. Kommittén håller dock före att man med jurisdiktionsområden av denna storlek inte skulle vinna i utredningshänseende vad man förlorar i enhetlig bedömning av disciplinärendena.

Kommittén anser sålunda att det även framdeles bör finnas en för hela landet gemensam specialinstans för handläggning av ansvarsfrågorna. Att ett sådant organ skall finnas även framdeles är också förutsatt i direktiven för kommittén. Det bör benämnas hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

10.6 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

10.6.1 *Fristående eller ingående i socialstyrelsen*

På hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd bör ställas kravet att den står fri i förhållande till de intressen som står mot varandra i disciplinärende. Nämndens oväld och objektivitet bör heller inte kunna sättas i fråga av det skälet att nämnden tidigare tagit befattning med den fråga den har att pröva. Häri ligger att nämnden inte bör äga att på eget initiativ ta upp fråga om utkrävande av disciplinärt ansvar. Den bör agera endast om behörig anmälan föreligger. Vad som nu har sagts aktualiserar spörsmålet om hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds ställning i förhållande till socialstyrelsen.

Ur rättssäkerhetssynpunkt är det inte invändningsfritt att den myndighet som har utfärdat föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen och som utövar tillsyn över föreskrifternas efterlevnad också, låt vara i särskild sammansättning, prövar om i det enskilda fallet fel har blivit begånget och bestämmer påföljd för den felande. När socialstyrelsen överlämnar ett ärende till ansvarsnämnden för utredning och beslut om disciplinansvar, ligger häri en prövning av saken från styrelsens sida. Den prövning av saken som ansvarsnämnden har att göra får givetvis inte påverkas av styrelsens ställningstagande. Redan misstanke om sådan påverkan kan minska förtroendet för nämndens avgöranden. Om socialstyrelsen är representerad i nämnden och denna även i övrigt framstår som styrelsens organ kan sådan misstanke lätt uppkomma.

Mot det anförda skulle kunna invändas att i den arbetsrättsliga disciplinstraffrätten tillsyns- och ansvarsbefogenheter är samlade på en hand, hos arbetsgivaren. Förhållandena inom arbetslivet är emellertid andra i synnerhet sedan medbestämmandelagen gett de anställdas organisationer rätt till förhandling innan arbetsgivaren fattar eller verkställer beslut som rör medlem i organisationen. Någon motsvarande rätt har hälso- och sjukvårdspersonalen inte i förhållande till socialstyrelsen.

Det kan vidare invändas att det är ur praktisk och organisatorisk synpunkt lämpligt att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ingår i eller är på annat sätt knuten till socialstyrelsen. Genom till nämnden inkomna anmälningar

får styrelsen kännedom om förhållanden – det kan gälla tekniska eller personella säkerhetsrisker – vilka påkallar ingripande från styrelsens sida. Genom att styrelsens resurser för utredning står till nämndens förfogande och styrelsens tjänstemän tas i anspråk för föredragning i nämnden kan vidare ärendenas avgörande påskyndas och dubbelarbete undvikas. Kansliorganisationen hos nämnden kan göras enklare och billigare. Dessa fördelar bör dock kunna tas tillvara även om ansvarsnämnden får en i förhållande till styrelsen mera självständig ställning.

Det skulle än vidare kunna göras gällande att socialstyrelsen med den sakkunskap den besitter bör ha ett direkt inflytande över nämnden i synnerhet när denna har att avgöra vad som är förenligt med "vetenskap och beprövad erfarenhet". Att styrelsens sakkunskap och erfarenhet måste stå till nämndens förfogande är tydligt. Men detta kan ske också i den formen att styrelsen på nämndens begäran, genom sitt vetenskapliga råd eller på annat sätt, avger yttrande till nämnden. I jämförelse med nuvarande ordning har det angivna sättet att tillföra nämnden sakkunskap den fördelen att parterna får tillfälle att granska och ta ställning till all den argumentation och alla de slutsatser styrelsen för fram och därmed ökade möjligheter att förebringa egen sakkunnighetsbevisning. Ur rättssäkerhetssynpunkt är det att föredra att den sakkunskap varpå nämnden grundar sitt avgörande hämtas utifrån under parternas kontroll och inte från nämnden själv. Kommittén förutsätter att nämnden, om den skiljs från socialstyrelsen, kommer att inhämta styrelsens yttrande i alla de fall där det kan te sig tveksamt om visst handlande är godtagbart ur exempelvis vetenskapliga eller medicinskt-etiska synpunkter. Givetvis bör det dock stå nämnden fritt att självmant eller på begäran av part höra även annan sakkunnig såsom medicinsk fakultet. Sammanfattningsvis anser kommittén att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd bör ges en i förhållande till socialstyrelsen fristående ställning.

Önskar socialstyrelsen anhängiggöra ett disciplinärende hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, skall den genom formligt beslut anmäla saken hos nämnden. Styrelsen bör inte vara företrädd i nämnden eller i vidare mån än annan part ha rätt att närvara vid sammanträde med nämnden. Däremot bör det åligga styrelsen att tillhandahålla nämnden föredragande och att svara för dess kanslifunktion. Det bör dock vara nämnden obetaget att för utredning och föredragning av ett visst ärende anlita annan än tjänsteman hos socialstyrelsen och nämnden bör disponera egna medel för ändamålet.

De långa handläggningstiderna vid nuvarande ansvarsnämnden (avsnitt 6.3) har kritiserats i olika sammanhang och kritiken kan inte frånkännas berättigande. Ansträngningar bör göras för att påskynda handläggningen och kommittén framlägger i det följande förslag till åtgärder med detta syfte.

10.6.2 *Uppgifter*

Enligt gällande rätt avser disciplinansvaret för medicinalpersonalen dennas yrkesutövning utan begränsning. Såvitt gäller bl. a. den hos sjukvårdshuvudmännen anställda medicinalpersonalen kan ett och samma fel i yrkesutövningen föranleda att ansvar ådöms såväl av medicinalväsendets an-

svarsnämnd enligt bestämmelserna i medicinalpersonalkungörelsen som av sjukvårdsstyrelse eller annan företrädare för arbetsgivaren enligt regler i kollektivavtal. Uppenbart är detta inte en helt tillfredsställande ordning. Vissa fel i yrkesutövningen är av den beskaffenhet att de bättre lämpar sig för prövning av arbetsgivaren än av en central ansvarsnämnd. Här avses fel som uteslutande eller övervägande hänför sig till anställningsförhållandet, t. ex. för sen ankomst, annat åsidosättande av någon arbetsgivarens tjänsteföreskrift, olämpligt uppträdande mot arbetskamrater o. dyl. I den mån sådana fel inte medför skada eller men för patienterna eller deras beivran inte av annat skäl framstår som ett allmänt intresse är deras behandling av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd knappast motiverad. Uppenbara svårigheter möter emellertid att generellt avgränsa den yrkesutövning med vilken ansvarsnämnden bör ta befattning. Även fel som i och för sig närmast rör relationen anställd-arbetsgivare kan i det särskilda fallet medföra men för patienterna eller bör av andra skäl kunna hänskjutas till nämndens prövning. Det är omständigheterna i det särskilda fallet som avgör vilken form av beivran som är den lämpligaste. Ansvarsnämndens disciplinära befogenheter bör därför även framdeles avse yrkesutövningen utan begränsning. Nämnden bör dock medges rätt att till arbetsgivare överlämna klagomål rörande fel som kan beivras i arbetsrättslig ordning förutsatt att felet inte eller endast i mindre grad varit till men för patient eller att ett allmänt intresse inte påkallar att ärendet ändock prövas av nämnden.

Enligt lagen om offentlig anställning får disciplinpåföljd ej åläggas om felet är inga. Denna begränsning bör gälla även inom förevarande tillsynsområde.

Såsom framgår av redogörelsen för gällande rätt har ansvarsnämnden f. n. vissa uppgifter utöver prövningen av disciplinärenden. Nämnden prövar bl. a. frågor om avsked eller avstängning från tjänsten i vissa fall av medicinalpersonal med statlig anställning. Nämnda uppgifter är mindre väl förenliga med den ställning den nya ansvarsnämnden får enligt kommitténs förslag och bör därför inte åvila nämnden. Fråga om deslegitimation och relegitimation samt om begränsning av receptutskrivningsrätt bör dock prövas av den nya nämnden.

10.6.3 *Sammansättning*

Med hänsyn till den judiciella karaktären av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds arbetsuppgifter bör ordföranden i nämnden liksom f. n. ordföranden i medicinalväsendets ansvarsnämnd vara domare.

Vad angår nämndens sammansättning i övrigt bör tillses att nämnden besitter särskild sakkunskap i fråga om hälso- och sjukvården och dess sätt att arbeta. F. n. är det sörjt härför genom föreskriften att en av de av regeringen utsedda ledamöterna skall vara läkare samt genom att socialstyrelsen är företrädd i nämnden med två ledamöter och har rätt att låta även annan företrädare för styrelsen närvara vid nämndens sammanträde.

Såsom framhållits under avsnitt 10.6.1 är enligt kommitténs mening socialstyrelsens representation i nämnden mindre väl förenlig med nämndens uppgift att i vissa fall pröva styrelsens beslut i tillsynsärenden. Kommittén föreslår därför att socialstyrelsen inte längre skall vara företrädd i nämnden

vare sig på ledamotsplats eller genom sådan närvarorätt vid nämndens sammanträde som nyss har nämnts.

Med de nya uppgifter ansvarsnämnden enligt kommitténs förslag kommer att få bör dess sakkunskap omfatta inte endast det rent medicinska vårdarbetet utan hälso- och sjukvårdens hela arbetsfält. Att nämnden är väl förtrogen med läkarens arbetsområde är viktigt men det är inte tillräckligt. Den bör ha insikt i och erfarenhet av även andra personalkategoriers arbetsuppgifter och de förhållanden under vilka de arbetar.

För att nämnden skall omfattas med förtroende av dem som närmast berörs av dess verksamhet bör dessa vara på något sätt representerade i nämnden. En sådan representation behöver inte innebära att nämnden ej står fri i förhållande till de intressen den har att bevaka. Tillämpningen av jävsregler utgör garanti för att nämndens handläggning och prövning av det enskilda fallet inte påverkas av ovidkommande intressen. För att förankra nämnden i hälso- och sjukvårdspersonalens förtroende bör personalens organisationer få förslagsrätt vid utseende av del av nämnden. Även ledamöter som utses på detta sätt bör uppfylla kraven på särskild kunskap om och erfarenhet av det praktiska vårdarbetet.

Personalrepresentationen i nämnden får dock inte ges ett dominerande inflytande. Den bör balanseras av representation från de övriga intressen som anmäler sig. Sjukvårdshuvudmannaintresset och – inte minst – allmänhetens eller patienternas intresse att vara företrädda i nämnden bör beaktas. De kommunala sjukvårdshuvudmännen bör få förslagsrätt beträffande en ledamot. Härutöver bör nämnden bestå av tre ledamöter vilka utan att företräda arbetsgivar- eller arbetstagarintressen är nära förtrogna med hälso- och sjukvården och som närmast företräder allmänheten eller patienterna. Det hade i och för sig varit önskvärt att ge patientorganisationerna förslagsrätt i fråga om dessa ledamöter. I avsaknad av organisationer som är tillräckligt representativa för uppgiften bör dock dessa ledamöter utses utan förslagsrätt. Självfallet står det patientorganisationerna fritt att inkomma med förslag och synpunkter för det beaktande som är rimligt.

För att ytterligare vidga möjligheterna att i det särskilda fallet tillföra nämnden önskvärd sakkunskap bör det för varje ledamot av nämnden finnas ersättare som fyller samma behörighetskrav och utses i samma ordning som ledamoten.

Utifrån dessa överväganden föreslår kommittén att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skall bestå av ordförande och sju andra ledamöter. Ordföranden skall vara lagkunnig och erfaren i domarvärv. Övriga ledamöter skall ha särskild insikt i hälso- och sjukvård. Samtliga ledamöter utses av regeringen för viss tid. Av ledamöterna, ordföranden undantagen, utses en efter förslag av landstingsförbundet, en efter förslag av LO, en efter förslag av TCO och en efter förslag av Centralorganisationen SACO/SR. De tre återstående ledamöterna utses utan förslagsrätt bland personer som företräder allmänhetens intresse. För varje ledamot skall det finnas ersättare beträffande vilka skall gälla samma krav på behörighet som för ledamot och som skall utses i samma ordning som den ledamot som de ersätter.

10.6.4 *Partställning och besvärsrätt*

Enligt direktiven skall kommittén ägna särskild uppmärksamhet åt frågor om partställning och besvärsrätt. Det är framförallt frågan om patientens processuella ställning som träder i förgrunden. Även frågan om behovet av någon som bevakar det allmännas intressen i disciplinärenden bör uppmärksammas.

Inom den offentliga förvaltningen betraktas förfarandet i disciplinärende som en intern angelägenhet mellan myndigheten och den anställde. Utomstående tredje man har inte rätt att vara verksam för sakens utredande och prövning. Det sagda gäller även den som lidit men eller annat förfång av den anställdes handlande och gjort anmälan om saken. "Det är den överordnade myndighetens uppgift att tillvarataga det allmänna intresset av att tjänsten skötes. Anmälningens funktion inskränker sig till det påpekande som ligger i anmälan" (Westerberg: Allmän förvaltningsrätt).

Tidigare gällde att endast den som ådömts disciplinpåföljd ägde överklaga myndighets beslut. I samband med ämbetsansvarets avskaffande fick även JO och JK rätt att överklaga beslut i disciplinmål som myndighet bedömt alltför välvilligt. Sådan talan föres vid domstol antingen vid tingsrätt eller vid arbetsdomstolen. Om tingsrätt på talan av den anställde upphäver myndighets beslut om disciplinpåföljd eller dömer till lindrigare påföljd än myndigheten bestämt, kan myndigheten föra saken vidare till arbetsdomstolen. I disciplinärende som JO eller JK anmält till myndigheten övertar de myndighetens partställning vid domstol, om den anställde söker ändring i myndighetens beslut. JO eller JK blir i domstolen ensam motpart till den anställde.

Även disciplinförfarandet i ärende rörande medicinalpersonalen bygger i fråga om partställning och besvärsrätt på grundsatsen att förfarandet är en intern angelägenhet mellan socialstyrelsen och vederbörande yrkesutövare. Patienten som anmält saken har ingen författningsenlig rätt att verka i ärendet. Det beror av socialstyrelsen om hans anmälan skall tas upp i ansvarsnämnden. Anmälaren har ingen rätt att ta del av utredningen eller att yttra sig. Visserligen har ansvarsnämnden i sin praxis mjukat upp principen om förfarandet som en anmälaren ovidkommande sak. Sålunda brukar anmälaren få ta del av viss utredning. Men det beror av nämndens diskretionära prövning i vad mån han kopplas in i handläggningen. Något rättsligt anspråk på att få vara verksam har han inte.

Beslut i disciplinärende rörande medicinalpersonalen lär inte kunna överklagas av annan än den som dömts till disciplinpåföljd. I fråga om JO:s och JK:s talerätt i sådant ärende är rättsläget dock något oklart. De lagar som är tillämpliga – lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen och lagen (1975:1339) om justitiekanslerns tillsyn – medger JO och JK att föra talan vid domstol mot beslut som myndighet meddelat mot befattningshavare i ärende om tillämpning av särskilda bestämmelser för tjänstemän i lag eller annan författning om disciplinansvar. Efter ordalydelsen äger således JO och JK föra talan i kammarrätt mot ansvarsnämndens beslut. Enligt uttalande i motiven (KU 1975/76:22 s 71 och prop

1975/76:52 s 21) tar emellertid lagarnas bestämmelser om talerätt för JO och JK, ehuru de getts en allmän avfattning, i praktiken sikte på beslut enligt statstjänstemannalagen och kommunaltjänstemannastadgan dvs. numera lagen om offentlig anställning. Klart är att socialstyrelsen eller annan myndighet t. ex. sjukvårdshuvudman inte äger överklaga kammarrätts avgörande i disciplinärende.

Beträffande talerätt i disciplinärende för den som anmält saken till disciplinmyndighet finns det enligt kommitténs mening fog för att göra skillnad mellan den allmänna disciplinära processen och den som gäller för hälso- och sjukvårdspersonalen. Såsom tidigare har anförts (avsnitt 10.5.1) bör fråga om beivran av fel inom hälso- och sjukvården ses ur en vidare synvinkel än som en angelägenhet endast mellan arbetsgivare och anställd. Med hänsyn till den allvarliga innebörd som avgörandet har för patienten bör en mera aktiv roll i prövningsförfarandet tillförsäkras honom än den som tillkommer anmälaren i den vanliga disciplinära processen.

Om prövningen grundas på ett förfarande i vilket patienten själv har medverkat för sakens utredande, bör han ha lättare att godta prövningen än om denna har skett över hans huvud. En aktiv roll för patienten i prövningsförfarandet kan på så sätt vara ägnad att stärka förtroendet för sjukvården. Den kan dessutom ge säkrare underlag för prövningen. När det gäller att stärka patientens processuella befogenheter kan olika lösningar komma i fråga.

En lösning vore att anordna ett prövningsförfarande som har till primärt syfte att fastställa om patienten har behandlats på ett medicinskt riktigt sätt. Prövningen skulle kunna begränsas till denna fråga. Frågan om ådömande av disciplinär påföljd skulle kunna tas upp men då såsom en från patientens talan fristående fråga. I ett prövningsförfarande av här ifrågasatt slag skulle patienten få föra talan som part inte bara i ansvarsnämnden utan även i högre instans. Kommittén anser sig emellertid inte böra lägga fram förslag med denna innebörd. Kommittén erinrar om den restriktiva hållning lagstiftningen intar till rätten att föra en ren fastställelsetalan. Enligt 13 kap. 2 § rättegångsbalken får talan om fastställelse, huruvida visst rättsförhållande består eller inte består, upptas till prövning, om ovisshet råder om rättsförhållandet och denna länder käranden till förfång. Det har inte ansetts motiverat att tillåta någon att när som helst instämma annan till domstol blott för att få fastställt att ett visst rättsligt mellanhavande med denne existerar eller inte existerar. Från den administrativa processen kan som exempel på ren fastställelsetalan nämnas förhandsbesked i fråga om taxering till inkomst – eller förmögenhetsskatt. Sådant besked får lämnas endast om det finnes vara av synnerlig vikt för den skattskyldige eller av vikt för enhetlig lagtolkning eller rättstillämpning. Befogenhet för patient att inför ansvarsnämnden påkalla prövning av frågan huruvida kritik kan riktas mot viss behandling kan inte grundas på att prövningen är nödvändig för tillvaratagande av hans rättsskydd eller att besked i saken eljest har betydelse för hans handlande. Hans intresse att få saken prövad väger enligt kommitténs mening mindre tungt än hälso- och sjukvårdspersonalens intresse att ej bli indragen i processer med det begränsade syfte som det ifrågavarande förfarandet skulle ha.

Prövningsförfarandet bör därför liksom för närvarande vara inriktat på att få fastställt om disciplinpåföljd bör ådömas eller icke ådömas för visst handlande eller viss underlåtenhet att handla. Denna fråga måste främst ses som en angelägenhet mellan det allmänna och den enskilde yrkesutövaren. Detta utesluter dock inte att åt patienten ges sådana processuella befogenheter som kan vara ägnade att få saken utredd och allsidigt belyst.

Förfarandet i disciplinärendet bygger på officialprövningsprincipen, vilken innebär att det är det prövande organet som främst har ansvar för att en sak tas upp till behandling och blir fullständigt utredd. Härutinnan föreslår kommittén ingen ändring. Det bör alltjämt vara ansvarsnämnden som i första hand har ansvaret för att ett disciplinärende blir fullständigt utrett och uttömmande behandlat. Patient som har lidit men av någon hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärd bör emellertid ha rätt att göra anmälan om saken med verkan att nämnden blir skyldig att utreda och pröva det eller de förhållanden som anmälan avser. Även nära anhörig såsom make, föräldrar och barn bör – om patienten inte kan själv tillvarata sina intressen – få rätt att påkalla nämndens ingripande.

I anslutning till den praxis som utbildats i ansvarsnämnden bör anmälare, som enligt det förut anförda har rätt att få sin sak upptagen i nämnden, också ges rätt att vara verksam för sakens utredning. Han bör ha rätt att förebringa egen utredning och bevisning och att påkalla nämndens medverkan för fullständigande av utredningen, allt givetvis i den utsträckning som behövs för prövningen. Han bör vidare ha rätt att ta del av och yttra sig över utredning som tillförs ärendet av annan än honom själv. Ett genomförande av här avsedda förslag kan komma att medföra en omständligare handläggning än för närvarande och öka handläggningstiden. Dessa olägenheter får dock vägas mot de fördelar som står att vinna i form av säkrare bedömningsunderlag och ökat förtroende för den disciplinära rättskipningen.

Vad gäller rätten att föra talan mot ansvarsnämndens beslut har i flera riksdagsmotioner och även i framställningar från patienthåll direkt till kommittén yrkats att patient får besvärsrätt dvs. rätt att i kammarrätt och regeringsrätten föra talan mot avgörande i disciplinärende. Ett villkor för besvärsrätt är givetvis att avgörandet gått patienten emot. Detta blir fallet om ansvarsnämnden inte har tagit upp hans anmälan till behandling utan har avvisat densamma. Kommittén anser att anmälaren bör medges rätt att föra talan mot ett sådant beslut.

Vad angår rätten att föra talan mot beslut som innebär prövning i sak av en gjord anmälan är läget ett annat. Ett sådant avgörande går i processuell mening inte anmälaren emot. Vill anmälaren föra talan mot ett avgörande som innebär att ett av honom påstått eller ifrågasatt fel ej har förekommit eller ej har kunnat utredas, måste han i besvärshandlingen ange vad som yrkas och kammarrättens avgörande får ej gå utöver detta yrkande. Eftersom enskild anmälare inte har något anspråk på disciplinär påföljd att göra gällande, måste hans yrkande gå ut på att få fastställt endast om fel eller försummelse har förekommit dvs. en sådan fastställelsetalan som kommittén har ställt sig avvisande till enligt vad nyss anförts. Särskilda skäl kan anföras mot att tillåta en sådan fastställelsetalan i andra instans. Det synes knappast

rimligt att den som har gått fri i ansvarsnämnden skall på talan av enskild behöva underkasta sig de kostnader och olägenheter av annat slag som ett svaromål inför domstol skulle innebära. Det kan på goda grunder antagas att i flertalet fall domstolen skulle bedöma saken på samma sätt som ansvarsnämnden. I sådana fall har klagandens motpart befogade anspråk på att få ersättning för rättegångskostnaderna vid domstolen. Även om sådana utdöms, får man räkna med att rätten till kostnadsersättning ofta stannar på papperet. I de fall då domstol skulle komma till annat resultat än ansvarsnämnden i skuldfrågan och finna vederbörande skyldig till fel eller försummelse, skulle disciplinär beivran inte kunna komma i fråga, ett resultat som många förmodligen skulle uppfatta som svårförståeligt. Tanken att domstolen skulle äga att självmant ådöma disciplinär påföljd innebure ett avsteg från grundsatsen att förvaltningsdomstol, vars uppgift är att tillvarataga den enskildes rättsskydd, inte får på eget initiativ göra ändring till det sämre för part, i detta fall den läkare, sjuksköterska eller annan som ansvarsnämnden frikänt.

Det anförda leder till slutsatsen att enskild anmälare inte bör ha besvärsrätt mot ansvarsnämndens avgörande i sak.

Kommittén vill i stället förorda en annan lösning av frågan om enskild anmälares möjlighet att få en överprövning av ansvarsnämndens beslut i sak. F. n. förekommer det ofta att patienter och anhöriga vänder sig till JO med klagomål över hälso- och sjukvården. I själva verket hör detta område, särskilt den psykiatriska sidan, till dem som oftast aktualiseras hos JO. Såsom nämnts i det föregående får JO och JK föra talan vid domstol om ändring i beslut som myndighet har meddelat enligt offentligrättsliga regler om disciplinansvar. Sådan talan föres i den ordning som gäller för rättegången i arbetstvister, dvs. i allmänhet inför arbetsdomstolen. Disciplinärenden vilka myndigheten har tagit för lätt på kan på denna väg överprövas av domstol. När JO och JK för sådan talan i disciplinmål tillvaratar de såväl samhällsintresset att felaktigheter blir tillbörligt beivrade som den enskildes intresse av en lagenlig och korrekt behandling.

Enligt kommitténs mening bör JO:s och JK:s rätt att föra talan i disciplinmål avse även disciplinbeslut som ansvarsnämnden meddelat mot sådan hälso- och sjukvårdspersonal som står under tillsyn av dessa kontrollorgan. För närvarande omfattar denna tillsyn personalen vid statliga och kommunala myndigheter men däremot inte personal inom den privata hälso- och sjukvården. I och för sig kunde det finnas skäl att utsträcka tillsynen att avse all hälso- och sjukvårdspersonal. Samhällsintresset att hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör sina åligganden riktigt gör sig gällande med i stort sett samma styrka oavsett om personalen arbetar i offentlig eller privat verksamhet. Kommittén är dock inte beredd att föreslå en sådan principiellt ny uppgift för JO och JK som den ifrågasatta utsträckningen skulle innebära. Om JO och JK ges befogenhet att hos kammarrätten anföra besvär i disciplinärende rörande den offentligt anställda hälso- och sjukvårdspersonalen, kommer den alldeles övervägande delen av ansvarsnämndens avgöranden under bevakning av de högsta kontrollorganen. Patient som icke anser sig kunna godta ansvarsnämndens avgörande får möjlighet att begära JO:s eller JK:s ingripande för att få till stånd en överprövning.

Om kammarrätt lämnar JO:s eller JK:s talan utan bifall, bör talan kunna fullföljas till regeringsrätten utan prövningstillstånd. I detta hänseende bör gälla samma ordning som när JO eller JK i mål om allmänt åtal fullföljer talan till högsta domstolen.

Det kunde övervägas att låta JO och JK föra talan i regeringsrätten även i det fall att kammarrätt på talan av den som dömts till disciplinpåföljd har ändrat ansvarsnämndens beslut. Inom det författningsreglerade allmänna disciplinansvarsområdet har JO och JK motsvarande befogenhet endast i det fall att de själva har gjort disciplinanmälan. Med hänsyn till önskvärdheten att ha så långt möjligt enhetliga regler i fråga om fullföljd av talan i disciplinmål vill kommittén ej föreslå annan ordning härutinnan på det medicinska området. Om JO eller JK har gjort disciplinanmälan mot hälso- och sjukvårdspersonal och den som har dömts till disciplinpåföljd i kammarrätten för talan mot beslutet, bör JO resp. JK inta ställningen som klagandens motpart i kammarrätten (jfr 7 § andra stycket lagen med instruktion för justitieombudsmännen och 7 § andra stycket lagen om justitiekanslerns tillsyn).

Som nämnts i det föregående bör socialstyrelsen, om den önskar anhängiggöra ett disciplinärende, göra anmälan till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Styrelsen bör också få föra talan mot ansvarsnämndens beslut. På grund av styrelsens uppgift som tillsynsmyndighet bör dess besvärsrätt inte begränsas till ärenden, vari styrelsen själv gjort anmälan, utan avse samtliga ansvarsnämndens beslut varöver besvär kan anföras. Härigenom vinnes även att det finns något organ som kan tillvarata det allmännas intresse av att kunna få överprövning av ansvarsnämndsbeslut som rör privat verksam yrkesutövare. Även då enbart yrkesutövare anför besvär över ansvarsnämndens avgörande, bör socialstyrelsen tillvarata det allmännas intresse i saken, om denna uppgift enligt vad ovan angivits ej åvilar JO eller JK.

10.6.5 Förfarande

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kommer med den ställning den får enligt kommitténs förslag att få en domstolsmässig karaktär i än högre grad än nuvarande ansvarsnämnden. Den har att företa en rent rättslig prövning av frågor som är väsentliga för enskildas rättssäkerhet och intresse och till grund för prövningen kommer att ligga ett förfarande med motstående parter. Förhållandet synes kunna tala för att förfarandet utformas i enlighet med de regler som gäller för förvaltningsdomstolarna och som kommit till uttryck i förvaltningsprocesslagen. Kommittén vill dock inte förorda en så långt driven formalisering av förfarandet. Förvaltningsprocesslagens regler om måls anhängiggörande och handläggning och om åberopande och förebringande av bevis skulle ställa såväl enskild klagande som personal mot vilken disciplinåtgärd ifrågasätts inför onödiga processuella problem och försvåra för dem att själva föra sin talan. Iakttagandet av dessa regler skulle också i många fall onödigt tynga ansvarsnämndens arbete. Förfarandet bör därför liksom i gällande rätt bygga på förvaltningslagens enklare förfaranderegler och endast där dessa ej passar bör avvikande regler meddelas.

Förvaltningslagen utgår från att handläggning av ärende inför förvaltningsmyndighet sker skriftligen. Lagen öppnar dock möjlighet för den enskilde att lägga fram sin sak muntligen. Enligt 16 § förvaltningslagen skall nämligen tillfälle beredas sökande, klagande eller annan part som så önskar att muntligen lämna uppgift i ärendet om det kan ske med hänsyn till arbetets behöriga gång. I ärende om disciplinansvar har den mot vilken disciplinär åtgärd ifrågasätts *rätt att yttra sig muntligen*. Begär han att få göra det, skall hans begäran efterkommas. Även utan sådan begäran får muntligt yttrande lämnas om det anses lämpligt. Muntligt lämnad uppgift antecknas genom myndighetens försorg i den utsträckning som det behövs, 16 § andra stycket förvaltningslagen.

Enligt förvaltningsprocesslagen, som också den bygger på skriftligt förfarande som huvudregel, gäller andra regler såväl i fråga om rätt till muntlig handläggning som beträffande formen för sådan handläggning. Lagen föreskriver att i handläggningen får ingå muntlig förhandling beträffande viss fråga, när det kan antagas vara till fördel för utredningen. I första och andra instans skall muntlig förhandling hållas, om enskild part som för talan i målet begär det samt förhandlingen ej är obehövlig och ej heller särskilda skäl talar emot det. Någon ovillkorlig rätt till muntlig förhandling finns alltså ej. Till muntlig förhandling skall kallas sökande eller klagande och den som har att svara i målet.

I ett förvaltningsförfarande där parter med motstående eller på annat sätt skilda intressen står mot varandra bör principen vara att parterna är likställda i processuellt hänseende. Att patienten tilldelas ställning som part i disciplinärende inför ansvarsnämnden synes dock inte böra medföra att han i allt får samma processuella befogenheter som den mot vilken disciplinär åtgärd ifrågasätts. Som framgår av det nyss sagda har denne f. n. ovillkorlig rätt att yttra sig muntligen. I princip bör ingen åläggas disciplinpåföljd eller fråntas sin legitimation utan att hans önskan om att muntligen lägga fram sina synpunkter efterkommits. Patientens intresse att bli hörd muntligen inför ansvarsnämnden kan inte anses väga lika tungt. Givetvis bör hänsyn tas till hans önskan om muntlig handläggning men han bör inte ges ett avgörande inflytande på frågan. Denna bör bedömas mot bakgrund främst av utredningsbehovet och ärendets betydelse för patienten. Nämnden bör därför kunna vägra patient att bli hörd muntligen, om nämnden finner sådan handläggning obehövlig eller om andra skäl talar däremot.

Med avseende på *formen för muntlig handläggning* föreslår kommittén att handläggningen skall ske vid muntlig förhandling och att till sådan förhandling även motparten skall kallas. Denne blir därmed i tillfälle att omedelbart ta del av och bemöta vad som framläggs muntligen. Det material som ligger till grund för prövningen i nämnden vinner därmed i tillförlitlighet. Den muntliga förhandlingen med parterna närvarande har också den fördelen att den ej ger anledning till ifrågasättande av ansvarsnämndens objektivitet på sätt kan ske när endast den ena parten träder i kontakt med nämnden och söker engagera denna för sin sak.

Kommittén föreslår sålunda som huvudregel att förfarandet inför ansvarsnämnden skall vara skriftligt men med möjligheter att hålla muntlig förhandling i enlighet med vad som nyss har anförts.

Liksom f. n. bör *officialprincipen* tillämpas vid handläggningen av disciplinärende och ansvarsnämnden alltså ha ansvaret för att ärendet blir uttömmande behandlat. Detta bör gälla oavsett att förfarandet i nämnden utformas som ett förfarande mellan två parter. Förvaltningslagen innehåller ingen allmän regel om förvaltningsmyndighets utredningsansvar. För att tvekan ej skall uppkomma om ansvarsnämndens processledande uppgifter bör det genom särskild föreskrift slås fast att officialprincipen gäller.

Kommittén vill understryka vikten av att nämnden får sådana resurser i personellt och ekonomiskt hänseende att nämnden kan verka för sakens fullständiga och skyndsamma utredande.

För att ytterligare påskynda och för att förenkla arbetet i nämnden föreslår kommittén att *vissa ärenden skall få avgöras av ordföranden ensam*. Såsom framgår av det föregående (avsnitt 10.6.2) föreslås vidare att nämnden skall kunna för prövning i arbetsrättslig ordning överlämna vissa ärenden i vilka ett allmänt intresse ej motiverar att de tas upp i nämnden. Härom hänvisas till lagförslaget 21 och 38 §§ och specialmotiveringen till dessa paragrafer.

10.7 Förtroendenämnd – organ för kontakt, information och hjälpförmedling

Den straffrättsliga och disciplinära tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonalen behöver kompletteras med andra insatser från det allmännas sida för att hjälpa och stödja patienterna. I den av en arbetsgrupp inom kommittén sammanställda och i oktober 1977 överlämnade rapporten Patienten i sjukvården – kontakt och information (SOU 1977:66) förutskickas förslag från kommittén om tillskapandet av ett organ "där patienterna ges möjlighet att tillsammans med de vårdansvariga få diskutera och samråda, ge och erhålla information i för dem väsentliga frågor, utjämna motsättningar och undanröja missförstånd". Behovet av sådana kontakt- och informationsorgan är på många sätt dokumenterat. Här må hänvisas till de gång efter annan i riksdagsmotioner och andra sammanhang framförda förslagen om inrättandet av patient- eller vårdombudsmän med uppgift att tillhandagå patienterna i olika frågor.

Mycket talar för att de svårigheter i kontakterna mellan den enskilde och "vårdapparaten" som ofta omvittnas är en följd av de stora sjukvårdsinrättningarna, en företeelse som främst återfinns inom den av det allmänna bedrivna sjukvården.

Genom åtgärder som vidtagits framförallt av de kommunala sjukvårdshuvudmännen har åtskilligt gjorts för att tillgodose de behov som här avses. Sålunda lämnas en omfattande skriftlig information om förebyggande hälsovård, om olika sjukdomar och deras behandling och om hur hälso- och sjukvården arbetar och är organiserad. I samtliga sjukvårdsområden finns särskilda tjänster för informationsverksamhet. I flera sjukvårdsområden har startats försöksverksamhet med kontaktmän – förtroendemän – mellan patienterna och de för vården ansvariga. I några landsting pågår försöksverk-

samhet med tjänstemän – på sina håll kallade patientombudsmän – för att bistå patienterna på olika sätt. Vid alla sjukhus finns kuratorer för att ge hjälp i sociala och liknande frågor. Det finns vid många vårdinrättningar personer – ofta kallade patientvärdinna eller sjukhusvärdinna – som har till särskild uppgift att hjälpa patienterna till rätta i sjukhusmiljön. Kommittén anser för sin del att de åtgärder som vidtagits skulle få större effekt om de kompletterades med särskilda organ för kontakt, information och hjälpförmedling. Sådana organ har enligt kommitténs mening ett betydande värde i sig som medel att ytterligare förankra patientfrågorna i den löpande verksamheten. Redan förekomsten av dylika organ kan nämligen väntas medföra ett ökat mått av uppmärksamhet och självprövning hos dem som har ansvaret för patientvården.

Inom all hälso- och sjukvård bör givetvis eftersträvas information efter den enskildes individuella behov. Självfallet måste det främst ankomma på den behandlande personalen att kontakt etableras med patienten, att dennes problem blir uppmärksammade och utredda och att han får de upplysningar han behöver om sin sjukdomssituation. Man måste emellertid räkna med att personalen av olika anledningar – bristande kontakt, tidsnöd, missförstånd etc. – inte alltid lyckas tillgodose kontakt- och informationsbehovet. Patienten behöver i sådana fall någon att vända sig till med frågor samt med klagomål och kritik över den vård han har fått. Klagomålen och kritiken kan ofta röra förhållanden som inte bottnar i fel eller försummelse av någon enskild och som därför inte lämpar sig för disciplinär behandling. Den patienten vänder sig till skall ha resurser att utreda klagomål och att ge sakkunnig medicinsk och annan information. Genom hänvändelse till sjukhusledning, överläkare och andra skall hjälp kunna förmedlas när sådan behövs. Uppdagas missförhållanden i vårdorganisationen eller i arbetsrutiner, bör saken kunna påtalas hos sjukvårdsstyrelse eller sjukhusdirektion. Om brott blivit begånget eller om fel eller försummelse förekommit, bör ärendet kunna hänskjutas till åklagare för behandling i straffrättslig ordning eller till socialstyrelsen för prövning om saken skall anmälas till ansvarsnämnden.

Ett organ med de här skisserade arbetsuppgifterna måste vara lätt tillgängligt och ha god insyn i den lokalt bedrivna hälso- och sjukvården. Det måste samtidigt ges en sådan ställning att det kan ta sig an patientens sak och hävda hans rätt och intresse.

I de förslag som framkommit om inrättande av tjänster för patientombudsmän såsom en lösning av patienternas kontakt- och informationsbehov har tämligen genomgående framhållits vikten av att innehavare av sådana tjänster står fria och oberoende i förhållande till de vårdansvariga instanserna. Stundom har föreslagits att innehavarna skall utses av regeringen eller av någon statlig myndighet.

Kommittén kan för sin del inte biträda tanken på inrättandet av statliga eller statligt reglerade kommunala tjänster för de uppgifter varom är fråga. Ett inslag av statliga funktionärer i sjukvårdsorganisationen med uppgift att gentemot sjukvårdshuvudmännen hävda patienternas intressen skulle knappast vara förenligt med den sjukvårdspolitiska målsättningen att de-

centralisera sjukvården. Denna målsättning vilar på uppfattningen att medborgarnas intresse av en god sjukvård bäst tillgodoses om vården handhas av organ med direkt ansvar inför väljarna. De arbetsuppgifter för vilka de ifrågavarande organen är avsedda lämpar sig inte heller särskilt väl för tjänstemän utsedda av staten. Det är för verksamheten väsentligt att ett nära och förtroendefullt samarbete etableras mellan kontakt- och informationsorganet, å ena, samt de för vården ansvariga kommunala instanserna, å andra sidan. Förutsättningarna för ett sådant samarbete torde vara bättre om även kontakt- och informationsorganet har en rent kommunal ställning. Slutligen må framhållas de uppenbara svårigheterna att tillskapa en statlig ombudsmannainstitution, vilken, samtidigt som den har en auktoritativ ställning, är lätt tillgänglig för allmänheten och har god lokalkännedom.

Kommittén föreslår att det skall ankomma på landstingen och på kommun som ej deltar i landsting att inrätta de ifrågavarande kontakt-, informations- och hjälpförmedlingsorganen, förslagsvis kallade förtroendenämnder.

I 3 kap 1 § 6. kommunallagen (1977:179) föreskrivs, att det åligger styrelsen – kommunstyrelsen eller förvaltningsutskottet – att handha kommunens eller landstingskommunens informationsverksamhet i den mån fullmäktige ej uppdragit denna åt annan nämnd. I propositionen, 1975/76:187, angavs härom bl. a. att trots att varje kommunalt organ har ett ansvar utåt för informationen om den egna verksamheten, det ändå behövdes ett övergripande och samordnande informationsorgan i kommunerna, förslagsvis ett utskott till styrelsen eller en särskild nämnd. – Kommitténs förslag om förtroendenämnder avser inte att reglera den allmänna informationsverksamhet i vad avser hälso- och sjukvården som enligt nämnda lagrum normalt åvilar kommunens styrelse utan åsyftar den ytterligare information i det enskilda fallet som kan behöva lämnas.

Förtroendenämnd bör ha ställning som specialreglerad landstingskommunal nämnd med författningsmässigt stöd i sjukvårdslagen. I egenskap av sådan nämnd kommer den att vara fakultativ i den meningen att det står landstinget fritt att inrätta den eller att lägga dess uppgifter på någon annan redan befintlig nämnd. Om landstinget inte uppdrar funktionen åt en särskild nämnd, måste landstinget dock tillse att uppgifterna fullgörs av en annan nämnd.

Genom anknytning till sjukvårdsområdet blir landstinget eller – vad angår kommun som ej deltar i landsting – kommunen det geografiska område inom vilket förtroendenämnd har att verka. Möjlighet bör dock öppnas att i visst landsting (kommun) ha mer än en nämnd. Särskilt i landsting med stor befolkning eller geografiskt vidsträckt område torde det finnas behov av två eller flera nämnder.

Det kan hållas för sannolikt att förtroendenämnder kommer att minska antalet disciplinärenden i ansvarsnämnden. Många av de klagomål som anhängiggörs hos förtroendenämnd kan beräknas bli slutligt behandlade där. En klagande bör emellertid inte vara tvingad att vända sig till förtroendenämnd med sina klagomål utan bör ha valrätt om han vill vända sig dit eller direkt till ansvarsnämnden. Väljer han den senare klagovägen, bör

det dock stå ansvarsnämnden fritt att begära förtroendenämndens medverkan för sakens utredande och bereda nämnden tillfälle att yttra sig i ärendet. Någon skyldighet för nämnden att medverka i sakens utredande är inte avsedd. Förtroendenämnden blir, om den tar upp saken, i tillfälle att agera med de medel som står nämnden till buds. Även klagomål som förtroendenämnd på detta sätt kommer att ta befattning med torde i många fall kunna klaras upp på det lokala planet. Sker det, torde som regel ansvarsnämnden kunna avskriva ärendet utan närmare prövning i sak.

10.7.1 *Kompetens*

Förtroendenämndens uppgifter kommer att avse ärenden som rör den sjukvård som huvudmännen enligt sjukvårdslagen är skyldiga att ombesörja. Utanför nämndens kompetens faller sjukvård som bedrivs i statlig eller privat regi ävensom folktandvården. Även omsorgsvården blir undantagen från nämndens arbetsområde (1 § 3 mom sjukvårdslagen). I direktiven för den pågående utredningen om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården anges att den nya lagstiftningen bör omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet. Om framdeles sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde vidgas och en ny sjukvårdslag kommer att omfatta även tandvården och omsorgsvården får man överväga i vad mån detta bör medföra nya arbetsuppgifter för nämnden. Kommittén anser för sin del önskvärt att på sikt all inom landet bedriven hälso- och sjukvård – även den privat meddelade – kommer under nämndens behörighet.

Det förhållandet att viss sjukvård faller utanför förtroendenämndens kompetens innebär inte att patient som anlitat den vården inte skall kunna vända sig till nämnden. Denna har visserligen begränsade möjligheter att ingripa mot missförhållanden inom sjukvård som ligger utanför sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde. Men detta utesluter inte initiativ från nämndens sida för att ge den ifrågavarande patienten hjälp och tillgodose hans kontakt- och informationsbehov.

Det bör understrykas att förtroendenämnden inte är avsedd att överta eller inkräkta på arbetsuppgifter som enligt sjukvårdslagen ankommer på sjukvårdsstyrelse, sjukhusdirektion, sjukhusledning eller läkare eller minska deras ansvar för verksamheten. Någon rätt att besluta i angelägenheter som tillkommer dessa organ eller tjänstemän eller rätt att ge dem direktiv skall nämnden självfallet inte ha. Den skall kunna ta upp missförhållanden som i anledning av klagomål eller på annat sätt kommer till nämndens kännedom, men de ansvariga myndigheterna och tjänstemännen har att självständigt bedöma i vad mån åtgärder är påkallade. Otvivelaktigt finns det en viss risk för att nämndens framställning och önskemål kan komma att uppfattas som obehörig inblandning i de ansvarigas fögderi. Särskilt gäller detta om framställningen eller önskemålet avser ett enskilt fall t. ex. förslag till en överläkare om intagning på sjukhus av klagande. Genom samråd och diskussion med vederbörande bör dock nämnden kunna bilda sig en uppfattning om vilka åtgärder som man kan komma överens om. Nämnden bör i övrigt arbeta så att den omfattas med förtroende inte bara bland allmänheten utan även bland dem som arbetar inom sjukvården som förtroendemän, administratörer eller vårdpersonal. Nämndens betydelse ligger mindre i de be-

fogenheter den har än i dess sätt att arbeta. Genom ett mjukt handlag och med öppen blick för begränsningen i möjligheterna att inskrida med egna initiativ bör nämnden kunna verksamt bidra till att utjämna uppkomna motsättningar mellan patienter och vårdpersonal. Den sakliga tyngden i gjorda uttalanden och rekommendationer får bli avgörande för nämndens inflytande.

10.7.2 *Närmare om arbetsuppgifter*

Såsom tidigare nämnts är förtroendenämnden avsedd för dels kontakt och information dels hjälpförmedling. Det är väsentligt att kontaktverksamheten mellan patienter och vårdpersonal sker på ett personligt och informellt sätt. Utgångspunkten måste vara att kontakt- och informationsuppgifter är integrerade i sjukvårdsorganisationens löpande verksamhet och ingår som en självklar del i vårdarbetet. Vårdpersonalen känner till patientens problem och har de största förutsättningarna att i samverkan med patienten reda ut och klara upp problemen. Förtroendenämnden är avsedd som en resurs att tillgripa när av någon anledning en sådan samverkan inte kan etableras. I dessa situationer skall patienten kunna ta upp sina problem med nämnden. Han skall ges tillfälle att "tala ut" och han skall ställas inför någon som lyssnar till och gör sig förtrogen med hans problem. Framställda klagomål skall utredas och den klagande skall få besked om det enligt nämndens bedömande finns fog för hans anmärkningar. Information om sjukvårdens möjligheter och resurser blir en viktig uppgift. Överläkare och annan sjukvårdspersonal bör stå till förfogande för att ge sådan information.

Utredningen skall inte primärt vara inriktad på frågor om fel eller försummelse förekommit och vem som är ansvarig för felaktig behandling o. d. Den skall ha en förebyggande karaktär och syfta till att säkerhetsrisker av olika slag – personella och tekniska – blir uppmärksammade av ansvariga myndigheter och tjänstemän. Nämnden skall inte ha några disciplinära befogenheter. Klagande bör dock informeras om de möjligheter han har att vända sig till andra prövningsinstanser såsom JO och ansvarsnämnden. Han bör vidare erinras om de möjligheter skadelidande patient har att få ersättning genom patientförsäkringen. Överhuvud bör nämnden verka för att i förekommande fall patientens rättigheter tas till vara och hans integritet skyddas. Finner nämnden det påkallat, bör den självmant kunna hänskjuta patients klagomål för prövning i disciplinär ordning till sjukvårdsstyrelse eller till socialstyrelsen för dess prövning av frågan om saken bör anhängiggöras i ansvarsnämnden eller, då skälig misstanke om brott föreligger, hos allmän åklagare. Enligt kommitténs mening bör dock sådant hänskjutande ske endast i undantagsfall, såsom om allvarligt fel förekommit, om patienten inte lämnar medgivande därtill. Det kan inte uteslutas att en patient inte vill underkasta sig den offentlighet som kan uppkomma om hans fall överlämnas till andra instanser. I fall av rättslig prövning bör patienten underrättas om möjligheten att få rättshjälp.

Nämndens utredningsresurser bör kunna tas i anspråk av även andra än patienter t. ex. av JO eller av ansvarsnämnden i anledning av hos dem framställda klagomål. Också den sjukvårdande personalen kan ha behov av att få utrett om anmärkning kan riktas mot viss behandling. Nämnden,

som får antas ha ingående kännedom om lokala förhållanden och kunna relatera behandlingsfallet till föreliggande resurser, är en naturlig instans för personalen att vända sig till.

Självfallet bör nämnden fästa de ansvariga myndigheternas och tjänstemännens uppmärksamhet på missförhållanden som kommer till nämndens kännedom. Nämnden bör också vara verksam för att tillföra sjukvården de erfarenheter som samlas hos nämnden. Genom att sammanställa och jämföra olika patientproblem bör nämnden kunna tillhandahålla de vårdansvariga underlag för åtgärder i syfte att förbättra vårdmiljön.

Den andra huvuduppgiften – att åt patient förmedla den hjälp som förhållandena påkallar – inrymmer olika aktiviteter. Om nämnden finner att klagande patient behöver fortsatt medicinsk vård, bör den medverka till att sådan vård lämnas. Nämnden bör därvid kunna ordna med tidsbeställning och verka för att kontinuitet upprätthålls mellan patient och vårdpersonal. Skulle det vara önskvärt med byte av läkare, bör nämnden kunna medverka därtill. Nämnden bör vidare alltefter patientens behov förmedla kontakter med socialvården och med patientorganisationer och andra ideellt arbetande sammanslutningar som kan ge patienten stöd. Det är självfallet inte meningen att nämnden skall fungera som en reguljär instans för att förmedla vård eller annan hjälp. Endast i de fall där de vanliga vårdinstanserna av en eller annan anledning kommit till korta och ett klart dokumenterat vårdbehov föreligger bör nämnden ta sådana initiativ som här avses. Ingen skall genom att vända sig sig till nämnden kunna skaffa sig en fördel på annan vårdsökandes bekostnad t. ex. få snabbare vård än den kan påräkna som anlitar de vanliga vägarna för att få vård.

Tydligt är att nämnden med de uppgifter som här antytts måste söka samarbete med en rad myndigheter och organisationer på lokalt, regionalt och centralt plan. Kommittén vill särskilt understryka vikten av ett förtroendefullt samarbete mellan nämnden samt patienternas och personalens organisationer.

10.7.3 *Sammansättning*

Ledamöter och suppleanter i förtroendenämnd skall väljas av landstinget eller kommunfullmäktige till det antal landstinget eller fullmäktige bestämmer. Antalet må dock ej vara under fem.

Bestämmelserna i kommunallagen (1977:179) om val, valbarhet, rätt till ledighet från anställning, mandatperiod, utseende av ordförande och vice ordförande, sammanträdesordning, suppleanter, beslutsförhet, jäv, proportionellt val, protokoll, tillämpning av förvaltningslagen, antagande av reglemente samt delegation (3 kap. 2–12 § §) bör tillämpas på motsvarande sätt.

Kommunaldemokratiutredningen har i sitt i augusti 1977 avgivna betänkande (SOU 1977:39) Företagsdemokrati i kommuner och landstingskommuner utarbetat bl. a. förslag till lag om närvarorätt för personalföreträdare vid sammanträde med kommunal eller landstingskommunal nämnd. Enligt förslaget får i kollektivavtal om medbestämmande i arbetslivet föreskrivas att personalföreträdare skall äga rätt att närvara vid sam-

manträde med viss eller vissa kommunala eller landstingskommunala nämnder. Närvarorätten kan begränsas till att avse ärenden av visst slag. Högst tre personalföreträdare får finnas i varje nämnd. Personalföreträdare föreslås få rätt att – med vissa särskilt angivna undantag – delta i nämndens överläggningar men ej i besluten samt att få sin särskilda mening antecknad till protokollet. Demokratiutredningen har som särskilt skäl för förslaget anfört (s. 21) de vidgade insyns-, informations- och kontaktmöjligheter som närvarorätt kan medföra. I förtroendenämnd synes en sådan närvarorätt vara naturlig.

10.7.4 *Arbetsformer*

Förtroendenämnd bör sammanträda så ofta nämnden eller ordföranden bestämmer. Nämndens beslutanderätt torde böra i stor utsträckning delegeras till ledamot eller suppleant av nämnden eller till tjänsteman hos nämnden. Framställning till statlig eller kommunal myndighet bör dock i princip ankomma på fullsutten nämnd. Beslut som fattas med stöd av delegation bör anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Nämnden bör ha ett kansli dit patient eller annan som önskar komma i kontakt med nämnden kan vända sig antingen skriftligen eller per telefon eller vid personligt besök. Beroende på ärendets art anvisar kansliet honom någon – ledamot eller suppleant av nämnden eller tjänsteman hos nämnden – som handlägger ärendet. Självfallet bör tillses att patienten snabbt kommer i kontakt med handläggaren. Handläggarnas kunnighet, smidighet och förmåga till initiativ blir av stor betydelse för nämndens möjlighet att handla i konstruktiv anda. Handläggarna bör ha tillgång till personal som biträder vid utredningen och i övrigt. Efter avslutad utredning meddelas beslut t. ex. att göra framställning till sjukvårdsstyrelse eller sjukhusdirektion med anhållan om vidtagande av viss åtgärd eller att överlämna handlingarna till socialstyrelsen för åtgärd som ankommer på styrelsen. Anhängigt ärende kan också slutredovisas med ett meddelande till patienten att mottagningstid ordnats för honom hos läkare, psykolog eller annan som han kan ha behov av att komma i kontakt med. Beslutet kan också innehålla att patientens hänvändelse till nämnden inte föranleder någon nämndens åtgärd eller inte annan åtgärd än en erinran om rätten att gå vidare med ärendet till exempelvis ansvarsnämnden.

Det torde vara lämpligt att landstinget (kommunfullmäktige) antar reglemente för förtroendenämnd med närmare bestämmelser om nämndens verksamhet. Varje reglemente får anpassas till lokala förhållanden. Förutom bestämmelser i de hänseenden som nyss antytts – sammanträdesordning, vem som äger besluta i olika typer av ärenden, kansliförhållanden, m. m. – kan i reglementet intas bestämmelser om nämndens uppgifter och om samverkan med såväl landstingets egna som utomstående organ, t. ex. hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för utredning i där anhängiggjorda ärenden. Vidare kan i reglementet intas bestämmelser om skyldighet för förtroendenämnd att avge berättelse över sin verksamhet m. m.

Det kan vidare vara lämpligt att landstinget meddelar föreskrifter om förtroendenämndens och andra landstingskommunala organs och tjänstemäns samarbete och om skyldighet för dessa organ och tjänstemän att lämna uppgifter till förtroendenämnd.

10.8 Återkallelse av legitimation m. m.

Som tidigare (avsnitt 10.2) nämnts får det anses ligga utanför kommitténs allmänna uppdrag att behandla frågor rörande behörighets- och utbildningskrav inom hälso- och sjukvården. Kommittén har därför tagit upp fråga om legitimation endast i fall då frågan särskilt överlämnats till kommittén. Återkallelse av legitimation (deslegitimation) är däremot ett ämne som har nära samband med den tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen direktiven anvisar kommittén att behandla. Återkallelse av legitimation har en skyddsuppgift och är därför ett ämne som har nära samband med frågorna om straff- och disciplinansvar. Den som ej längre kan utöva yrket på ett godtagbart sätt förhindras genom deslegitimationen att vara verksam i yrket eller åtminstone att i sin verksamhet uppträda under ett av det allmänna givet kompetensbevis. Att det krävs deslegitimationsbestämmelser för att skydda allmänheten mot olämpliga yrkesutövare torde inte behöva utvecklas närmare.

Beroende på legitimationens innebörd medför deslegitimation olika rättsverkningar. Legitimation av läkare och tandläkare medför behörighet att utöva yrket men är också i allmänhet ett villkor för yrkesutövningen; den som utövar yrket utan legitimation begår som regel ett brott och kan straffas därför. Deslegitimation av läkare eller tandläkare innebär därför i praktiken att läkaren eller tandläkaren ej längre kan utöva sitt yrke. Detsamma gäller sjuksköterska och barnmorska som blivit deslegitimerad. Deslegitimation av sjukgymnast eller glasögonoptiker har inte lika långtgående rättsverkningar. Återkallas deras legitimation äger de fortfarande utöva sitt yrke ehuru med den begränsning som följer av kvacksalverilagen. Det är dock tydligt att även för dem en deslegitimation kan innebära ett mycket kännbart avbräck i yrkesutövningen. För en sjukgymnast torde deslegitimation bl. a. medföra att ersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring inte längre utgår för den behandling han meddelar.

Som framgår av redogörelsen för gällande rätt (avsnitt 3.1) uppvisar nuvarande föreskrifter om deslegitimation stora olikheter med avseende å vilka förhållanden som kan föranleda återkallelse. Gemensamt torde vara att oskicklighet i yrkesutövningen utgör grund för återkallelse; i de olika författningarna är dock detta uttryckt på skilda sätt. Beträffande legitimerad glasögonoptiker gäller att legitimationen kan återkallas "om han åsidosätter vad som enligt socialstyrelsens föreskrift åligger honom i denna hans egenskap", en regel som synes begränsa möjligheten att återkalla legitimationen till fall av oskicklighet i yrkesutövningen. Psykisk ohälsa, sinnessjukdom eller annan rubbning i själstillståndet, är uttryckligen angiven som grund för återkallelse såvitt gäller läkare, tandläkare, sjuksköterska och barnmorska men torde kunna föranleda återkallelse även av sjukgymnasts legitimation. Vilka förhållanden i övrigt som kan medföra deslegitimation är relativt utförligt reglerat i fråga om läkare och tandläkare men blir i övrigt beroende av vad som låter sig intolka i begrepp sådana som "synnerliga skäl" för återkallelse (barnmorska och sjukgymnast) eller "eljest visat sig uppenbart olämplig" (sjuksköterska). Beträffande läkare och tandläkare är som sagt regleringen mera utförlig. Sålunda gäller i fråga om dem att straff av viss svårhetsgrad för brott i eller utom yrkesutövningen utgör grund för åter-

kallelse förutsatt att läkaren eller tandläkaren genom brottet visat sig icke vara skickad att utöva yrket. Samma gäller om han befunnits skyldig till vissa brott eller förseelser av kvacksalveriartat slag eller om han fått avsked från tjänst enligt lagen om offentlig anställning. Slutligen kan läkarens eller tandläkarens legitimation återkallas om det föreligger annat förhållande varigenom han visat sig uppenbart olämplig som läkare eller tandläkare.

Reglerna om återkallelse av legitimation bör givetvis vara så utformade att de ger allmänheten skydd mot yrkesutövare som inte längre förmår att utöva sitt yrke på ett godtagbart sätt eller som är på annat sätt olämplig för verksamheten. Med hänsyn till den allvarliga innebörd som deslegitimationen har bör villkoren för återkallelse vara så preciserade som möjligt. Den brist på enhetlighet som kännetecknar de nuvarande reglerna är ägnad att försvåra tillämpningen. Påståendet må belysas med ett exempel. Om en läkare döms till böter för att i sin yrkesutövning ha vållat annans död, synes detta inte kunna tas till intäkt för återkallelse av hans legitimation, eftersom enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket dom på fängelse är föreskriven för att socialstyrelsen skall äga deslegitimera på grund av brottet. Innebörden av regeln synes vara att lindrigare straff än fängelse inte utgör grund för återkallelse. Om däremot en sjukgymnast dömts till böter för vållande till kroppsskada kan detta förhållande åtminstone formellt medföra att sjukgymnasten riskerar att legitimationen återkallas; i detta fall gäller att legitimationen kan återkallas "när synnerliga skäl därtill äro".

Det kan sättas i fråga om den sammankoppling mellan straffpåföljd, å ena, samt deslegitimation, å andra sidan, som gjorts är ändamålsenlig. Domstolen, som har att pröva brottet, måste vid straffmätningen ta hänsyn till legitimationsfrågan utan att domstolen har kännedom om eller möjlighet att beakta alla de omständigheter som inverkar på frågan. De nuvarande reglerna om viss straffpåföljd som grund för deslegitimation utgör på sätt och vis en motsvarighet till de numera upphävda bestämmelserna om avsättning såsom särskilt ämbetsstraff. Som motiv för ämbetsstraffens avskaffande framhölls (prop. 1975:8 s. 151) att frågan om en arbetstagares avskedande på grund av olämplighet borde få avgöras med beaktande av alla relevanta omständigheter vare sig det är fråga om brottsligt förfarande eller icke straffbar förseelse i tjänsten. Samma synsätt kan anläggas på den här diskuterade frågan. Frågan om och i vad mån brottsligt förfarande bör tillmätas betydelse bör ingå som ett led i en samlad bedömning av alla de faktorer som inverkar på deslegitimationsfrågan. Men det synes inte finnas anledning att skjuta fram straffpåföljden på sätt som skett i lagen 1960:408 och i lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket.

Reglerna om deslegitimation och relegitimation (att ånyo bli legitimerad efter återkallelse) bör vara inriktade på förmågan att utöva yrket dvs. att vederbörande har teoretiska och praktiska kunskaper samt är lämplig för yrket.

Om förmåga att utöva yrket tillfredsställande inte längre finns bör samhället inte genom legitimationen garantera kvaliteten i yrkesutövningen, oavsett vilken yrkesutövare det är fråga om. Förutsättningarna för desle-

gitimation och relegitimation bör enligt kommitténs mening göras enhetliga för samtliga som är föremål för legitimationsförfarande, läkare, tandläkare, sjuksköterska, barnmorska, sjukgymnast och glasögonoptiker samt, om kommitténs förslag i Ds S 1976:9 genomförs, psykolog.

I huvudsak två omständigheter får anses utgöra skäl för deslegitimation. Den ena är att den legitimerade genom försummelse ådagalagt uppenbar olämplighet att utöva sitt yrke. Den andra är att den legitimerade på grund av sjukdom eller liknande blivit oförmögen att tillfredsställande utöva yrket. I en sådan situation bör legitimationen kunna återkallas utan att någon försumlighet förekommit som ådagalagt oförmågan.

Som återkallelsegrund för legitimation på grund av försummelse torde det i lag vara tillräckligt att föreskriva, att den legitimerade visat grov oskicklighet vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket. Kommittén kommer i specialmotiveringen att närmare ange vad som åsyftas härmed.

Angivna regel bör – liksom f. n. är fallet för flera grupper legitimerade yrkesutövare – kompletteras med en regel om att deslegitimation kan ske på grund av sjukdom eller därmed jämförligt förhållande. Enligt nuvarande bestämmelse begränsas sjukdomsgrunderna till sinnessjukdom eller annan rubbning av själsverksamheten. Kommittén anser att det – i likhet med vad som gäller för avstängning från arbetet enligt lagen (1976:600) om offentlig anställning – saknas anledning att göra skillnad mellan somatisk och psykisk sjukdom i detta sammanhang. Såsom ett med sjukdom jämförligt förhållande bör anses bl. a. sådana åldersförändringar som mera påtagligt inverkar på förmågan att utöva yrket.

Som en tredje grund för deslegitimation vill kommittén av huvudsakligen principiella skäl föreslå återkallelse på begäran av den legitimerade. En sådan föreskrift saknas f. n. I flera andra länder – bl. a. Danmark, Norge och Västtyskland – ges emellertid möjlighet att avsäga sig sin legitimation. Som en av grunderna för återkallelse av körkort anges i körkortslagen (1977:477) att körkortshavaren begär att körkortet skall återkallas. Enligt kommitténs mening är det rimligt att ge den legitimerade rätt att själv bestämma om han vill vara legitimerad eller ej. Exempelvis kan en läkare vilja avvisa begäran om att förskriva läkemedel under hänvisning till att han ej längre är behörig därtill.

Frågan om återkallelse eller omprövning av legitimation vid viss ålder har, när det gäller läkare, behandlats i proposition 1972:104 med förslag till ändring i sjukvårdslagstiftningen m. m. och av socialutskottet i betänkandet SoU 1972:37 med anledning av ett motionsyrkande. Varken föredragande departementschefen i propositionen eller utskottet ville förorda några särskilda initiativ i dessa frågor utan man hänvisade till att socialstyrelsen förklarat sig beredd att intensifiera inspektionsverksamheten beträffande läkare.

I socialutskottets betänkande SoU 1976/77:33 har behandlats en motion (1976/77:703) om att bl. a. undersöka möjligheterna att införa en omprövning vid viss ålder av lämpligheten att utöva läkaryrket. I betänkandet föreslog utskottet, under hänvisning till bl. a. medicinalansvarskommitténs arbete, att motionen skulle avslås, vilket blev riksdagens beslut.

Socialstyrelsen har den 13 maj 1977 utfärdat anvisningar rörande

länsläkarorganisationens tillsyn över medicinalpersonalen. Däri har socialstyrelsen särskilt angivit att hög ålder kan medverka till att en läkare inte förmår utöva sitt yrke på ett tillfredsställande sätt.

Antalet praktiserande läkare som var anslutna till försäkringskassa efter 69 års ålder uppgick år 1976 till 316 personer. Av dessa hade 255 läkare färre än 2 000 besök per år (för psykiatrisk verksamhet färre än 1 000 besök). Av de 316 läkarna var 49 personer 80 år eller äldre.

Kommittén anser för sin del att det inte finns anledning att införa någon särskild åldersgräns efter vilken läkare inte längre skulle vara behörig att utöva yrket. Såsom nyss nämnts är i vissa fall åldersförändringar att jämställa med sjukdom och kan då tas till intäkt för deslegitimation. Prövningen av ålderns inverkan på yrkesförmågan bör ske individuellt och det saknas anledning att härvidlag göra skillnad mellan läkare och andra legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har nyligen i sina anvisningar till länsläkarorganisationen fäst uppmärksamheten på hithörande problem och resultatet av detta initiativ bör avvaktas innan ytterligare åtgärder vidtas.

10.9 Patientjournaler

Kommittén bör enligt direktiven ta upp rättssäkerhets- och integritetsfrågor som aktualiseras under utredningsarbetets gång och som faller inom ramen för utredningsarbetet. Som exempel på en sådan fråga nämns rätten för patient inom den privata hälso- och sjukvården att ta del av sin sjukjournal. Även en rad andra frågor om sjukjournalen har under senare tid aktualiserats bl. a. i riksdagen. Bland kraven märks främst ett starkare skydd för patienten mot spridning av journaluppgifter än det som ges genom gällande sekretessregler. Man har t. ex. menat att en sjukjournal i princip bör betraktas som patientens egendom och inte lämnas ut till enskild eller myndighet utan patientens godkännande samt att journalen bör förstöras senast då patienten avlider. Ett krav av liknande art har gällt patientens möjlighet att få kränkande eller felaktiga uppgifter borttagna ur journalen. Slutligen har också efterlysts regler till skydd mot att journalens innehåll genom rättelser och ändringar blir svårt eller omöjligt att kontrollera.

De frågor som aktualiserats är samtliga av väsentlig betydelse för patientens integritet och rättssäkerhet. Kommittén har därför funnit skäl att närmare överväga behovet av särskild lagstiftning rörande patientjournaler och vissa därmed sammanhängande frågor.

10.9.1 *Den aktuella lagstiftningssituationen*

Enligt gällande rätt skyddas patientens intresse av sekretess för lämnade uppgifter främst genom regeln om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal (3 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl.). Bestämmelsen, som gäller såväl för privata som för offentligt verksamma yrkesutövare, stadgar fullständig tystnadsplikt för uppgifter som lämnats i förtroende och förbud mot att obehörigt yppa personliga uppgifter

som framkommit på annat sätt. Värdet av tystnadsplikten minskar dock i de fall de lämnade uppgifterna dokumenterats i en allmän handling. Journal inom den offentliga hälso- och sjukvården är enligt 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen allmän handling. Visserligen får enligt 14 § första stycket sekretesslagen allmän handling i ärende angående hälso- och sjukvård inte lämnas ut till annan än den handlingen rör om inte denne samtycker därtill. Huvudregeln är dock underkastad vissa undantag som lämnar utrymme för skönsmässiga bedömningar. Vidare är sekretessen mellan myndigheter i princip oreglerad. Utlämnar någon journal i strid mot 14 § kan han straffas enligt 41 § sekretesslagen. Brott mot tystnadsplikt straffbeläggs i 20 kap. 3 § brottsbalken.

I en promemoria från justitiedepartementet, (Ds Ju 1977:11) Handlingssekretess och tystnadsplikt, har föreslagits en enhetlig reglering av tystnadsplikten och handlingssekretessen i allmän verksamhet. För hälso- och sjukvårdens område framläggs i promemorian två alternativ till reglering av sekretessen. Det ena bygger på den nuvarande regeln om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. en uppdelning i förtroendesituationer i frivillig vård med särskilt starkt skydd, å ena, och olika fall med mer eller mindre starkt inslag av myndighetsutövning, å den andra sidan. Det andra alternativet bygger på ett av socialutredningen (SOU 1977:40) framlagt förslag till reglering av sekretessen på socialvårdens område. Här föreslås som huvudregel att sekretess skall gälla för alla uppgifter om enskilds personliga förhållanden i den mån inte undantag kan stödjas på föreskrift som är upptagen i lag eller grundas på bemyndigande i lag. Förutom fall av samtycke från den enskilde skall undantag avse endast information inom och till myndighet.

Kommittén vill, med utgångspunkt från de synpunkter kommittén har att företräda, anmärka följande. Det förslag till reglering som föreligger enligt det första av ovan nämnda alternativ föreskriver tre olika grader av sekretess, alla med olika skaderekvisit. En sådan reglering kan knappast vara ägnad att för framtiden underlätta de redan nu besvärliga bedömningar, som hälso- och sjukvårdspersonalen har att göra i sekretessfrågor. De vinster, som eventuellt kan vara att hämta i ett system med bibehållen särskild förtroendesekretess, torde inte kunna väga över de fördelar som en enhetlig och åtskilligt mindre detaljerad bestämmelse har att erbjuda. Detta synsätt förefaller så mycket mer motiverat med tanke på att regeln skall tillämpas av all personal inom hälso- och sjukvård. Det måste, sett även ur patientens synvinkel, vara avsevärt mycket enklare att förstå och acceptera en regel av enhetlig sekretess för alla hälso- och sjukvårdssituationer med bestämda undantag som görs från huvudregeln.

Kommittén anser alltså att det förslag till enhetlig sekretess som socialutredningen redovisat borde innebära betydande fördelar för såväl patienter som för hälso- och sjukvårdens personal. Då det emellertid för närvarande är oklart hur sekretessen inom den allmänna sjukvården kommer att regleras i framtiden har kommittén vid sina överväganden och i sina förslag utgått från gällande reglering av tystnadsplikt och handlingssekretess.

10.9.2 *Skyldighet att föra journal*

Patientjournalen har kommit att utgöra ett centralt dokument inom hälso- och sjukvården. Regler om skyldighet att föra sådan journal har hittills utfärdats i administrativ ordning och visar avsevärda inbördes olikheter. Det gemensamma syftet bakom dem torde dock ha varit att tjäna patientens intresse av säker vård och behandling. Journalen möjliggör sålunda för den enskilde yrkesutövaren att följa egna och andras diagnoser och behandlingsåtgärder. Journalen avses därutöver ge samhället/tillsynsmyndigheten möjlighet att kontrollera att yrkesutövningen sker på ett betryggande sätt. Mot detta ställs emellertid patientens intresse av att uppgifter av ofta mycket personlig art stannar mellan honom och den han i förtroende lämnat dem till. Dokumentation som medel att göra patientens vård säkrare motverkar således patientens intresse av att uppgifter om honom inte sprids. Att i modern sjukvård inte sällan används dokumentationsmetoder som försvårar kontrollen av obehörig spridning av uppgifter – såsom exempelvis bandupptagning, fotokopiering och databehandling – är inte ägnat att mildra denna intressekonflikt.

De regler om skyldighet att föra journal som finns f. n. avser dels olika yrkesutövare enligt instruktioner för dessa (läkare, tandläkare m. fl.), dels befattningshavare inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden (bestämmelser i sjukvårdskungörelsen och stadgan om enskilda vårdhem, inom skolhälsovård m. m.). Bestämmelserna har utfärdats av regeringen, socialstyrelsen och, för skolans del, av skolöverstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen. I vissa fall förs journaler utan direkt författningsstöd (t. ex. inom mödra- och barnhälsovård, av sjukgymnaster och kuratorer).

Den vikt patientjournalen har såväl för säkerheten i vården som för patientens intresse av skydd för sin integritet skulle enligt kommitténs mening motivera en översyn över hela det rådande systemet. En genomgång av och ett försök att samordna reglerna för i vilka fall och av vem journal skall föras borde vidtagas. Skäl talar för att grundläggande regler om skyldighet att föra journal om möjligt alltid borde få författningsstöd. En sådan översyn borde därvid innefatta inte bara journalerna utan även andra former av patientdokumentation – underrättelser om patienter till olika myndigheter, s. k. patientregister vid sjukhus osv. – och dokumentationsmetoderna med hänsyn tagen främst till integritetsintresset. De organisatoriska förhållandena inom sjukvårdsområdet är f. n. så olikartade att den ifrågasatta samordningen knappast kan komma till stånd. Situationen kan bli en annan sedan hälso- och sjukvårdsutredningen enligt sina direktiv lagt fram förslag till en ny lagstiftning, utgående från en helhetssyn på hälso- och sjukvården. Under rådande förhållanden torde den nuvarande ordningen med administrativt utfärdade regler om skyldighet att föra journaler böra bibehållas. Kommittén finner därför inte anledning att gå närmare in på frågan om lagstiftning angående skyldighet att föra journaler utan går i sina förslag ut från de föreskrifter som redan har meddelats.

10.9.3 *Journalens innehåll*

Gällande föreskrifter om vad en journal skall innehålla har utfärdats av socialstyrelsen och är relativt knapphändiga. Föreskrifterna gäller enbart för den s. k. öppna vården. Att ge närmare bestämmelser i lag om journalens innehåll eller utformning låter sig knappast göra. Därtill är förhållandena inom de medicinska verksamhetsområdena alltför växlande. En sådan närmare reglering bör i stället även fortsättningsvis lämpligen ankomma på förvaltningsmyndighet.

En fråga som hänger nära samman med journalens innehåll är frågan om rättelse i journalen. Det är uppenbart att det i en journal – liksom i alla andra handlingar – ibland kan flyta in felaktiga uppgifter. Detta kan bero på missuppfattning eller missförstånd eller på ren felskrivning. Inte minst användandet av diktafoner, med efterföljande utskrift av annan person, medför risk för detta. Felaktigheter måste, av hänsyn inte minst till den medicinska säkerheten, rättas till. Det bör ske på sådant sätt att det – utan att ursprunglig text förstörs eller förvanskas – tydligt framgår att det är fråga om en rättelse, när den har skett och vem som har gjort den. Närmare föreskrifter i dessa hänseenden har dock samband med vad journal skall innehålla och bör utfärdas i samma ordning, dvs. främst av socialstyrelsen.

Den oro som från patienthåll ibland har framförts mot rättelser i journaler synes inte heller ha sin grund i att rättelser över huvudtaget äger rum. Den tycks i stället bottna i en uppfattning att journalanteckningar i efterhand görs oläsliga för att undanröja bevis eller i annat otillbörligt syfte och därmed berövar patienten och tillsynsmyndigheten möjlighet att kontrollera vidtagna åtgärder.

Det kan synas anmärkningsvärt att en sådan oro alls skall behöva förekomma. Här kan sålunda erinras om t. ex. straffreglerna avseende förfalskningsbrott i 14 kap. brottsbalken. Emellertid söker denna, liksom mycken annan oro som patienten känner, sannolikt sin förklaring främst i en brist på öppenhet och information mellan vårdpersonalen och patienten. Kommitténs förslag om lagstadgad informationsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen, liksom förslaget i det följande om rätt att ta del av journal inom privat utövad vård, bör därför kunna få positiva återverkningar även på den nu berörda frågan.

Kommittén finner sig alltså inte ha anledning att lägga fram förslag om vad en journal bör innehålla och hur den bör föras.

10.9.4 *Rätt att ta del av journal*

Patient i offentlig hälso- och sjukvård har i princip rätt att enligt reglerna om allmänna handlingar få läsa, skriva av eller få avskrift av sin journal. Möjlighet finns dock enligt 14 § andra stycket sekretesslagen att vägra lämna ut vissa handlingar, t. ex. journal som angår någons intagning, vård eller behandling på anstalt eller inrättning, även till patient om det finns grundad anledning anta att genom handlingens utlämnande ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas eller någons personliga säkerhet sättas i fara.

Patientjournal som förs inom privat (enskild) hälso- och sjukvård är själv-

fallet inte allmän handling. Någon motsvarande skyldighet för privata yrkesutövare att låta patient ta del av journalen rörande vården och behandlingen av honom finns inte.

Bakom skyldigheten att föra journal i sjukvården ligger – förutom behovet av att i patientens intresse kunna följa upp diagnoser och behandlingsåtgärder – behovet av insyn i verksamheten från det allmännas sida. Härvid görs ej skillnad mellan offentlig och privat sjukvård. Att upprätthålla en sådan skillnad med avseende på patientens rätt att ta del av journalen är knappast motiverat. Patienten bör genom att få tillgång till journalen själv kunna bilda sig en uppfattning om huruvida den vård och behandling som han har undergått fyller de krav han har rätt att ställa även på den privata sjukvården. Han kan behöva journalen för att tillvarata sin rätt till skadestånd eller för att föra talan om straffrättsligt eller disciplinärt ansvar. På läkarhåll torde detta behov vara erkänt och patienten ges redan i dag ofta tillfälle att ta del av sin journal. Patientens tillgång till journalen bör emellertid inte vara beroende av läkarens inställning till frågan. Den bör ha författningsmässigt stöd och erforderliga föreskrifter meddelas genom lag. De begränsningar att ta del av egen journal som följer av 14 § sekretesslagen – att vård eller behandling motverkas eller att någons personliga säkerhet sätts i fara – bör gälla även i fråga om tillgång till journal inom den privata hälso- och sjukvården (privat journal).

Införande av rätt att ta del av privat journal kan medföra vissa praktiska problem. Enligt 2 kap. 12 § tryckfrihetsförordningen skall allmän handling, som ej skall hållas hemlig, på begäran genast eller så snart ske kan utan avgift tillhandahållas för t. ex. läsning eller avskrivning på stället. Detta låter sig väl göra hos en myndighet med regelbundna öppethållandetider men hos en privatpraktiker blir tillhandahållandet beroende av vad han bestämmer om mottagningstid. Enligt 2 kap. 13 § tryckfrihetsförordningen gäller att kopia av handlingen skall tillhandahållas mot fastställd avgift. Att tillhandahålla kopia av journal lär för en del privatpraktiker bli betungande. Det torde höra till undantagen att t. ex. privatläkare eller -tandläkare har tillgång till egen fotokopieringsutrustning. Inte heller dessa svårigheter är dock oöverstigliga. I de flesta tätorter finns numera tillgång till kopieringsmöjligheter inom rimligt avstånd. Med "fastställd avgift" avses för statliga myndigheter vad expeditionskungörelsen (1964:618) föreskriver därom. Kommunerna bestämmer själva sina taxor. Som nämnts tidigare (avsnitt 8.1) har landstingsförbundet utfärdat en rekommendation till sina sjukvårdshuvudmän om avgift för journaler. Någon motsvarighet finns självfallet inte på den privata sektorn. Den som önskar en avskrift får betala den avgift som begärs och som ej är oskälig. Närmare föreskrifter härom torde inte behövas.

Den omfattning i vilken patienter begärt att få ta del av journaler har hittills varit mycket begränsad inom den offentliga sjukvården. Man torde kunna förutsätta att den i vart fall inte blir större inom den privata. Något avgörande hinder ur praktisk synpunkt att tillämpa de för tillhandahållande av allmän handling föreskrivna reglerna synes ej möta. Det är en fördel att i huvudsak samma regler blir tillämpliga på journal i privat och offentlig sjukvård.

Kommittén föreslår sålunda att journal som ej är allmän handling skall

på begäran av den vars vård eller behandling journalen avser tillhandahållas honom för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift, om tillhandahållandet kan ske utan att ändamålet med vården eller behandlingen motverkas eller någons personliga säkerhet sätts i fara.

Vägran av privatpraktiker att utlämna journal bör givetvis kunna överprövas. Förvaltningsförfarandets besvärsregler lämpar sig emellertid inte att använda vid en sådan överprövning. Kommittén föreslår därför – efter mönster av reglerna om skyldighet för befattningshavare inom den allmänna förvaltningen att hänskjuta fråga om utlämnande av allmän handling till myndigheten – följande ordning. Anser den som är skyldig att lämna ut privat journal att detta inte bör ske, skall han med överlämnande av journalen hänskjuta frågan till socialstyrelsen för avgörande. Journalen blir, då den kommer in till socialstyrelsen, allmän handling och därmed tillgänglig för envar i den mån den inte sekretessbeläggs med stöd av föreskrift i 1937 års sekretesslag. I egenskap av allmän handling blir journalen vidare hos socialstyrelsen underkastad bestämmelserna i 2 kap. tryckfrihetsförordningen om ordningen för utbekommande av allmän handling och om talan mot socialstyrelsens beslut i ärendet. Den i 14 § sekretesslagen angivna handlingssekretessen omfattar sådana handlingar i ärenden rörande hälsovård och sjukvård som förekommer hos myndighet vare sig handlingarna rör offentlig eller privat sjukvård. Enligt kommitténs mening bör journal varom nu är fråga, sedan den överlämnats till socialstyrelsen och där blivit allmän handling, omfattas av samma sekretessregler som andra allmänna handlingar rörande hälsovård och sjukvård. Eftersom ärendet hos socialstyrelsen är att anse som ett sådant ärende rörande hälso- och sjukvård som avses i 14 § blir föreskrifterna i denna paragraf tillämpliga. Det innebär att journalen får utlämnas även till annan än den vars vård eller behandling journalen avser om denne samtycker därtill eller om det, med hänsyn till ändamålet för utlämnandet och omständigheterna i övrigt, föreligger trygghet för att utlämnandet ej kommer att missbrukas till skada eller förklenande för den vilkens personliga förhållanden handlingen avser eller för hans nära anhöriga. Det innebär vidare att utlämnade av handling som avser någons intagning, vård eller behandling på anstalt eller inrättning eller någons vård eller behandling av läkare annorstädes än på anstalt får vägras även den i vars intresse handlingen är sekretessbelagd om det finns grundad anledning anta att genom handlingens utlämnande ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas eller någons personliga säkerhet sättas i fara.

10.9.5 *Förstörande av journal m. m.*

De önskemål som förts fram om möjlighet att få patientjournaler helt eller delvis förstörda har bottnat i delvis olika förhållanden. Å ena sidan har man t. ex. menat att journaler alltid borde förstöras efter viss kortare tid till skydd för patientens i förtroende lämnade uppgifter. Å andra sidan har kraven begränsats till borttagande av nedsättande eller kränkande omdömen.

Vad gäller den senare frågan, dvs. vissa värdeomdömen i journalerna, kan det naturligtvis ifrågasättas om det påstådda problemet är av den art och omfattning att särskilda åtgärder behöver vidtas. Redan nu begränsar socialstyrelsens föreskrifter i ämnet (MF 1973:90) samt JO:s och ansvars-

nämndens uttalanden risken för att nedsättande omdömen används i journaler. Härutöver menar kommittén att den regel om skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att informera patienten, som kommittén föreslår (5 §), i kombination med regeln om dennes rätt att ta del av sin journal, på sikt bör kunna leda till att journalen betraktas som ett gemensamt arbetsverktyg för vårdgivaren och hans patient. Detta och en ökad utbildning på området bör i sin tur leda till att värderande omdömen används med större försiktighet.

Vad därefter gäller frågan om patientens skydd mot en oönskad spridning av journaluppgifter och därmed för sina i förtroende lämnade uppgifter kan hävdas att reglerna om sekretess och tystnadsplikt ger tillräckligt gott skydd redan nu. Det kan emellertid, trots de skyddsregler som finns, förekomma att den i och för sig önskvärda journalföringen medför negativa följder. Vetskapen om att ömtåliga personliga förhållanden och uppgifter som lämnats i förtroende finns skriftligt nedtecknade och bevarade kan för vissa människor innebära en avsevärd påfrestning. I värsta fall kan vetskapen om att hans personliga lidande måste dokumenteras avhålla en människa från att söka den hjälp han behöver eller åtminstone att lämna de uppgifter om sin person som kan ha betydelse ur vårdsynpunkt. Det finns därför starka skäl att närmare överväga hur sådana effekter skulle kunna ytterligare begränsas utan att samtidigt ändamålet med journalföringen – tryggheten i vården – äventyras.

För att trygga de intressen som journalföringen avser att tillgodose föreskrivs i t. ex. läkar- och tandläkarinstruktionerna, att journal i öppen vård skall bevaras i minst tio år från det sista anteckningen gjorts i den. Att just tio år valts får antas äga samband med den allmänna regeln om tioårig preskription av t. ex. skadeståndsfordran. På grund av föreskrifter och anvisningar av riksarkivet bevaras journalhandlingar i offentlig verksamhet i allmänhet under åtskilligt längre tid än tio år. Socialutredningen har nyligen, under åberopande av just den enskildes integritetsintresse, föreslagit obligatorisk gallring av socialjournal tre år efter sista anteckningen. En motsvarande regel skulle kunna övervägas för sjukvårdens del. Samtidigt som många likheter finns är dock förhållandena inom sjukvården i avgörande hänseenden olika dem som gäller på socialvårdsområdet. Sålunda lär det med fog kunna förutsättas att de fall, där ett uttalat behov föreligger av att förstöra sjukjournal i en patients integritetsintresse, är begränsade. För flertalet patienter lär det i stället framstå som viktigt, att även äldre journaler och anteckningar kan skaffas fram i t. ex. en ny sjukdomssituation. Vidare skulle – av hänsyn till den medicinska forskningen och önskan att kunna spåra t. ex. orsakerna till en sent framkommen biverkan – så omfattande undantag behöva göras från en generell gallringsföreskrift att den för åtskilliga patienter blev utan betydelse. Kommittén är därför inte beredd att för sjukvårdens del föreslå en lösning motsvarande den som socialutredningen lagt fram.

Däremot bör möjlighet kunna öppnas för en enskild patient, som finner journalanteckningar rörande honom vara besvärande, att få sin journal helt eller delvis förstörd trots att den annars skulle ha bevarats.

Med den grundsyn på patientrollen, som kommittén redovisat även i annat sammanhang, nämligen att patienten i princip är den som bestämmer om han vill underkasta sig behandling, vore det inte främmande att anse att patienten också själv först och främst bör få bestämma om journalanteckningarna över hans sjukdom och behandling bör finnas kvar. Drar man ut konsekvenserna av resonemanget leder det emellertid till att patienten också själv borde bestämma om journal rörande honom över huvud taget skall föras. Samma skäl som föranlett de gällande föreskrifterna om skyldighet att föra journal måste alltså även begränsa en eventuell rätt att få journal förstörd för att skydda de övriga intressen som gör sig gällande i sammanhanget – främst säkerheten i patientens vård och behandling men också yrkesutövarens behov i övrigt av att ha vidtagna åtgärder dokumenterade. Detta låter sig enligt kommitténs mening bäst göra genom att som förutsättning för förstöring kräva att journalen inte längre skall behövas för något ändamål som i det enskilda fallet väger tyngre än patientens egna önskemål. En sådan avvägning torde endast undantagsvis kunna leda till att anteckningar som är av medicinsk betydelse för vård och behandling av patienten kan förstöras. Vad som är av sådan medicinsk betydelse kan inte anges generellt utan få avgöras från fall till fall. Det torde dock kunna sägas att ju längre tid som förflutit sedan en behandling blivit avslutad desto mindre blir journalens värde ur medicinsk synpunkt. Sedan av samhället föreskrivna eller rekommenderade förvaringstider gått ut får det medicinska värdet av journalen i detta sammanhang som regel anses ha upphört. Tillsyns- och forskningsintressena torde i allmänhet böra tillmätas mindre vikt än patientens önskan att få journalanteckning förstörd.

Behovet att bevara journalen bör prövas av ett organ med möjlighet att överblicka alla berörda intressen. Enligt kommitténs mening måste socialstyrelsen genom sin tillgång till samlad medicinsk och annan sakkunskap anses ha de bästa förutsättningarna att göra denna prövning.

Kommittén föreslår därför att socialstyrelsen på ansökan av den vars vård eller behandling journal avser skall få förordna att journal skall helt eller delvis förstöras om inte journalen uppenbarligen behövs för sökandens vård eller behandling eller det av allmänna skäl är påkallat att journalen bevaras. Socialstyrelsen bör därvid också vidta eller föreskriva de åtgärder för förstörande som styrelsen finner lämpliga.

10.10 Författningsmässig reglering

I proposition 1975:8 behandlade dåvarande chefen för justitiedepartementet spörsmålet om de krav regeringsformens bestämmelser om normgivning ställer på ordningen för utfärdande av föreskrifter om vad personal inom hälso- och sjukvården och inom apoteksväsendet har att iaktta i sin verksamhet. Departementschefen framhöll att andra föreskrifter än bestämmelser om tystnadsplikt och om sanktioner i form av frihetsstraff kunde meddelas av regeringen direkt med stöd av RF såvitt var fråga om personal i offentlig tjänst men att föreskrifter som riktade sig till personal i enskild verksamhet hörde till det primära lagområdet. RF öppnade dock, framhölls det, möjlighet

för riksdagen att överlåta åt regeringen att besluta även sådana föreskrifter, eftersom de måste anses gälla "skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa" (8 kap. 7 § första stycket punkt 1 RF) och i betydande utsträckning också rörde "näringsverksamhet" (nämnda stycke punkt 3). I propositionen föreslogs att den sålunda föreliggande delegationsmöjligheten skulle tas i anspråk och åberopades som skäl härför önskvärdheten av att liksom dittills ha en enhetlig reglering för personal i offentlig och enskild verksamhet. Vidare framhölls att det var en praktisk nödvändighet att utverka riksdagens medgivande för regeringen att bemyndiga socialstyrelsen att besluta föreskrifter på området, eftersom det måste ankomma på denna myndighet att meddela den berörda personalen detaljföreskrifter för den medicinska verksamheten.

Utifrån dessa överväganden, mot vilka riksdagen ej gjorde invändningar, tillkom lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. Lagen innehåller det avsedda bemyndigandet att meddela föreskrifter om åligganden men i övrigt endast bestämmelser om inspektionsrätt och om tystnadsplikt samt om straff och åtal.

De ämnen som medicinalansvarskommittén tar upp i detta betänkande avser frågor som i enlighet med vad som anfördes i propositionen 1975:8 till en del kräver lagform men till en del i och för sig kan regleras genom föreskrifter utfärdade av regeringen efter riksdagens bemyndigande. Utan att vilja gå närmare in på frågan om i vilken utsträckning 8 kap. 7 § RF tillåter riksdagen att åt regeringen överlåta regleringen av hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och dess offentligrättsliga ställning i övrigt, vill kommittén framhålla önskvärdheten av att de centrala delarna av detta författningskomplex sammanhålls i en författning. Av det nyss anförda följer att en sådan författning måste få karaktären av lag. Det kan givetvis diskuteras vilka ämnen som hör hemma i en sådan lag. För kommittén har en av utgångspunkterna varit att ämnen som nu är reglerade i lag bör vara det även framgent. Kommitténs förslag att införa i princip enhetliga regler för all hälso- och sjukvårdspersonal medför en utsträckning av lagområdet exempelvis föreskrifter om deslegitimation av andra legitimerade yrkesutövare än läkare och tandläkare. De bestämmelser kommittén föreslår om rätt för patient att få tillgång till privat förd patientjournal och om möjlighet att få journal förstörd har ingen motsvarighet i gällande rätt. Kommittén anser att dessa bestämmelser bör meddelas i form av lag. Detsamma gäller bestämmelserna om disciplinansvar och om prövningen av disciplinärenden. Ett särskilt skäl att hänföra sistnämnda bestämmelser till lagområdet är att bestämmelserna innefattar avvikelse från eller utfyllnad av vad som eljest gäller enligt lag.

På grundvalen av dessa överväganden lägger kommittén fram förslag till *lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.* Lagförslaget innehåller, förutom inledande paragrafer om tillämpningsområde m. m., föreskrifter om hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna åligganden däribland bestämmelse om tystnadsplikt, vissa föreskrifter om journaler samt föreskrifter om disciplinansvar, återkallelse av legitimation, handläggning av disciplinärenden m. m.

De förslag som kommittén lägger fram föranleder i övrigt ändring av ett antal lagar. Härom hänvisas till specialmotiveringen.

11 Specialmotivering

11.1 Förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

1 §

Av skäl som framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 10.3) föreslår kommittén att samhällstillsynen över personal inom hälso- och sjukvården bör omfatta inte endast den s. k. medicinalpersonalen utan i princip all inom hälso- och sjukvården arbetande personal som på något sätt medverkar i vårdarbetet.

Utvidgningen av personalkretsen medför en motsvarande begränsning av tillämpningsområdet för lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Bestämmelserna i denna lag, den s. k. kvacksalverilagen, gäller nämligen ej den som är i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område ställd under socialstyrelsens tillsyn. Någon ändring i kvacksalverilagen föreslår kommittén inte. Även framdeles kommer det alltså att finnas två, varandra uteslutande, kontrollsystem på hälso- och sjukvårdsområdet, det ena uppbyggt kring socialstyrelsens direkta och fortlöpande tillsyn över viss personal, det andra grundat på kvacksalverilagens bestämmelser om straff för utövande av hälsofarligt kvacksalveri.

När det gäller att bestämma vilka personer som skall stå under socialstyrelsens tillsyn och därmed inte omfattas av kvacksalverilagen bör utgångspunkten vara att personkretsen skall omfatta personal inom den hälso- och sjukvård för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar.

Det finns tre grupper som i första hand ifrågakommer att hänföra till den avsedda kretsen av personer. Till den första gruppen kan räknas personal vid sjukhus och andra inrättningar för öppen och sluten vård, som drivs av det allmänna eller av enskild med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd. Det allmännas direkta ansvar för eller godkännande i någon form av verksamheten vid dessa inrättningar utgör presumtion för att den där meddelade vården fyller erforderliga kvalitetskrav. Till en andra grupp kan hänföras den som arbetar i egenskap av legitimerad yrkesutövare utanför sådan inrättning som nyss har sagts samt den personal som biträder honom i vården. Legitimationen utgör här en motsvarande presumtion. Till den tredje gruppen slutligen kan räknas personal som arbetar inom detaljhandeln med läkemedel. Också här gäller att personalen genom det allmännas in-

flytande på verksamheten kan förväntas ha de erforderliga kvalifikationerna. Eftersom apotekspersonalen vanligen inte brukar hänföras till hälso- och sjukvårdspersonal har den i paragrafen omnämnts som en särskild grupp. De nu nämnda tre personalkategorierna bör i kraft av lag stå under det allmännas tillsyn.

Det finns även andra inom hälso- och sjukvård verksamma yrkesutövare än de nu nämnda, vilkas arbetsuppgifter och utbildning motiverar att de skall kunna omfattas av den föreslagna lagen. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården kan antas medföra att nya grupper av yrkesutövare tillkommer vilka också de bör vara underkastade lagens bestämmelser. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen bör därför få fullmakt att utvidga lagens tillämpning till andra grupper av yrkesutövare än den i föregående stycke omnämnda personalen. Detta kan ske exempelvis genom föreskrift att den som avlagt viss examen eller eljest har fått viss utbildning och som arbetar inom hälso- och sjukvården skall i denna sin verksamhet omfattas av lagen.

Även med de sålunda angivna begränsningarna fordras ytterligare bestämningar för att i lag ange den åsyftade personkretsen. Uttrycket hälso- och sjukvård är inte entydigt. I vidsträckt mening kan därmed förstås all verksamhet som främjar mental eller kroppslig hälsa. Det avser då även den allmänna hälso- och miljövården, samhällets olika organ för administration av sjukvården och även social omvårdnad av barn, åldringar och andra behövande. Om hälso- och sjukvård i denna vidsträckta mening är här inte fråga. I stället avses den individuellt inriktade vården till förebyggande, uppspårande, utredande eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd. Denna begränsning har i paragrafen kommit till uttryck på så sätt att däri – punkterna 1 och 2 – talas om patient som föremål för vården.

Inom vissa områden framträder det individuella vårdmomentet mindre starkt. För att hänföras till patientvård i lagens mening är det tillfyllest att det finns ett ansvar att ge vård åt en bestämd individ eller grupp av individer när behov därav uppkommer. I enlighet härmed räknas till patientvård exempelvis skolhälsovård och företagshälsovård. Denna personals relation till elever och anställda är ofta inte särskilt individualiserad. Men det ingår i dessa yrkesutövares skyldigheter att meddela vård åt den enskilde eleven eller den enskilde anställde. Deras verksamhet är därför att hänföra till sådan vård som avses i paragrafen och detta även i vad avser arbetsuppgifter av förebyggande karaktär såsom t. ex. hälsokontroller och övervakning av skollokalers och arbetsplatsers ändamålsenlighet ur hälsosynpunkt. Samma är förhållandet med den verksamhet inom socialvården som går ut på att tillhandahålla sjukvård åt socialvårdens klientel t. ex de arbetsuppgifter som ankommer på läkare vid vårdanstalt för alkoholmissbrukare. Vård enligt lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda är i och för sig inte hälso- och sjukvård enligt kommitténs betraktelsesätt. Personalen i denna verksamhet hänförs under lagen endast i de fall den är verksam vid sjukvårdsinrättning, exempelvis specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda, eller under legitimerad yrkesutövares överinseende utför sådana arbetsuppgifter som är att hänföra till hälso- och sjuk-

vård i den betydelse som anförts ovan. Till individuellt inriktad förebyggande vård av patient hör vidare mödravård, abortrådgivning och utprovning av preventivmedel. Även laboratoriepersonal som på uppdrag av läkare utför diagnostiska undersökningar av prov från sjuka och misstänkt sjuka människor bedriver patientvård i lagens mening.

Med den sålunda angivna bestämningen omfattar lagen inte, för att ta några exempel, länsläkare och personal inom den allmänna hälsovården och ej heller förtroendeläkare vid allmän försäkringskassa. I princip är inte heller den verksamhet som bedrivs vid statens rättsläkarstationer och statens rättskemiska laboratorium att hänföra till den individuellt inriktade vård varom är fråga. En annan sak är att sådan personal kan komma att omfattas av lagen exempelvis en länsläkare, som vid sidan av sin tjänst meddelar hälso- och sjukvård åt enskild patient, i vad avser denna verksamhet. Att lagen inte omfattar socialstyrelsens och landstingsförvaltningarnas personal är uppenbart.

Personal som arbetar i hälso- och sjukvård i den mening som har angivits här ovan kallas i lagen hälso- och sjukvårdspersonal. Vissa bestämmelser i lagen såsom bestämmelserna om återkallelse av legitimation har en vidare syftning och träffar även yrkesutövare som inte räknas till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Med personal avses i lagen inte endast anställd personal. Lagen är tillämplig även på den som i annan egenskap än anställd arbetar inom hälso- och sjukvården exempelvis såsom uppdragstagare eller frivillig medhjälpare. Anknytningen till de hälso- och sjukvårdande uppgifterna är det avgörande, inte anställningsformen. I enlighet härmed omfattar lagen i princip alla dem vilkas arbetsinsatser krävs för att vården skall fungera och således – förutom den egentliga vårdpersonalen – administrativ personal, ekonomipersonal, teknisk personal, ambulanspersonal m. fl. Det behöver i och för sig inte vara fråga om arbete som avlönas eller som på annat sätt gottgörs ekonomiskt. Till personal räknas sålunda även de som för sin utbildning deltar i vårdarbetet oavsett om deras arbete avlönas samt sjukhusvärdinnor som arbetar utan ekonomisk kompensation. I personalbegreppet får anses ligga att det skall vara fråga om arbete av viss varaktighet. Den som tillfälligt hjälper en läkare att ta hand om en trafikskadad tillhör inte läkarens personal. I övrigt får personalbegreppet sin närmare bestämning i de olika punkterna av förevarande paragraf.

Första punkten. När i denna punkt talas om personal vid sjukhus eller annan inrättning för vård av patient ligger häri ett krav att det skall vara fråga om någon som är knuten till visst sjukhus eller viss annan vårdinrättning. Hit hör – förutom de vid sjukhuset eller vårdinrättningen anställda – exempelvis städpersonal anställd hos ett städbolag som på entreprenad ombesörjer städningen av sjukhuset eller vårdinrättningen. Hit hör vidare ambulanspersonal som utan att vara anställd vid sjukhuset av detta tas i anspråk för att transportera patienter till eller från sjukhuset. Det förhållandet att sådan personal anlitas även av andra sjukhus medför

inte att den ej omfattas av lagen. Denna är däremot inte tillämplig exempelvis på den som utan att tillhöra sjukhusets egna anställda eller kretsen av sjukhusets mera permanent anlitade uppdragstagare tillfälligt utför reparations- och underhållsarbeten på sjukhuset. Den som är på avsett sätt knuten till ett sjukhus men som helt vid sidan därav ägnar sig åt sjukvård omfattas i denna verksamhet inte av 1. Är det en läkare eller sjuksköterska kan 2. bli tillämplig under det att ett sjukvårdsbiträde som vid sidan av tjänsten ägnar sig åt sjukvård i egen regi inte i detta arbete omfattas av lagen. Den som tillhör styrelsen för ett privatsjukhus kan inte inbegripas under uttrycket personal och det saknas anledning att låta lagen gälla honom.

Till sjukhus och övriga vårdinrättningar som avses i 1. hör främst inrättningar som drivs av det allmänna dvs. av staten, landsting eller annan kommun. Även inrättningar för öppen vård hör hit, distriktsläkarmottagningar, folktandvårdskliniker, mödra- och barnavårdscentraler m. fl. Även sjukvårdsavdelningar inom försvaret och kriminalvården avses i 1. Särskilda kliniska och tandtekniska laboratorier som drivs av det allmänna kan vidare vara att hänföra till inrättningar enligt förevarande punkt.

1. avser vidare sjukhus och annan jämförlig inrättning som drivs av enskild med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd. Hit hör bl. a. sjukvårdsinrättningar, beträffande vilka regeringen med stöd av 2 § 2 mom. sjukvårdslagen förordnat att nämnda lag och med stöd därav meddelade föreskrifter skall äga tillämpning samt vidare inrättningar för vård av patienter som, utan att sådant förordnande meddelats, drivs med bidrag till driftkostnaderna från det allmänna. Privat drivna laboratorier som mottar bidrag från exempelvis landsting kan vara att hänföra till inrättning som avses i denna punkt förutsatt att laboratoriet medverkar i sjukvård i den mening varom har talats här ovan. Till privat sjukvårdsinrättning som drivs efter särskilt tillstånd hör främst sådana vårdhem enligt stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m. m., som är godkända för vård av patienter.

Andra punkten. Denna punkt omfattar legitimerade yrkesutövare verksamma huvudsakligen i privat bedriven hälso- och sjukvård samt biträdespersonal. Legitimation inom hälso- och sjukvården förekommer f. n. för läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster och glasögonoptiker. Stundom blir även offentligt verksamma yrkesutövare att hänföra under förevarande punkt t. ex. en läkare som svarar för sjukvården vid allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare.

Till personal som avses i 2. hör i första hand den som den legitimerade yrkesutövaren själv anställer för vårdens bedrivande, mottagningssköterska, sekreterare, telefonist m. fl. Även annan som faktiskt biträder honom i vården hör hit exempelvis vårdare vid ett ålderdomshem som biträder läkare i dennes sjukvårdande verksamhet vid hemmet. I detta arbete omfattas vårdaren av lagen under det att han vid utförande av sitt arbete i övrigt inte gör det. På motsvarande sätt blir hemsamariter och hemvårdarinnor, vilka på distriksläkares eller distriktssköterskas anvisning meddelar sjukvård i hemmet, att betrakta som biträden åt läkaren eller sjuksköterskan och därmed underkastade lagens bestämmelser. Däremot omfattas de inte av lagen när de fullgör andra arbetsuppgifter även om däri ingår vård av sjuka. En bandagearbetare som på läkares direktiv och anvisningar tillverkar och

utprovar bandage för viss patient och en tandtekniker som på motsvarande sätt tillhandagår en tandläkare med tillverkning av proteser o. d. blir även de att anse som biträden i lagens mening åt läkaren resp. tandläkaren. Kommittén är medveten om de gränsdragningsproblem som kan komma att uppstå när det gäller att avgöra om någon fungerar som biträde åt legitimerad yrkesutövare i den mening som avses men anser att det bör kunna överlämnas åt rättstillämpningen att i gränsfallen avgöra om lagen är tillämplig.

Tredje punkten. Här åsyftas personalen inom den detaljhandel med läkemedel som f. n. regleras i lagen (1970:205) om detaljhandel med läkemedel. All personal inom denna verksamhet omfattas av lagen även den som sysslar med utlämning av läkemedel vid annat utlämningsställe än apotek.

Fjärde punkten. Behovet av den i denna punkt upptagna bestämmelsen har förut berörts. Inom den offentliga hälso- och sjukvården kan det finnas eller komma att finnas behov av att anlita yrkesutövare som inte omfattas av 1.–3. men som bör stå under det allmännas tillsyn och omfattas av exempelvis lagens tystnadspliktsregler. Som exempel må nämnas logopeder och psykoterapeuter med kvalificerad utbildning, som arbetar självständigt men till vilka patienter kan behöva remitteras. Det torde måhända även kunna bli aktuellt att låta lagen omfatta all ambulanspersonal – oavsett anställningsförhållande – som fått viss sjukvårdsutbildning.

Bestämmelsen i *andra stycket* åsyftar f. n. personer som är behöriga att utöva läkaryrket eller tandläkaryrket enligt 1 § b) eller c) i lagarna om behörighet att utöva läkaryrket och tandläkaryrket. Bestämmelsen innebär inte bara att i förekommande fall en sådan person kommer att omfattas av 2. utan även att så blir fallet med personal som biträder honom i vården av patienter.

Den i paragrafen angivna personkretsen överensstämmer i stort med den som nu omfattas av socialstyrelsens kungörelse (MF 1975:158) med föreskrifter om åligganden m. m. för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. vilken utfärdats den 19 december 1975 med stöd av lagen (1975:100) med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. och 4 a § socialstyrelsens instruktion (1967:606). Enligt socialstyrelsens kungörelse omfattas följande hälso- och sjukvårdspersonal av föreskrifter om åligganden och i följd härav även nyss nämnda lag: 1) medicinalpersonalen (16 grupper) enligt medicinalpersonalkungörelsen, 2) andra personalgrupper som utövar verksamhet inom hälso- och sjukvård (tandvård) samt är i allmän tjänst, såsom arbetsterapeuter, bandagister, laboratorieingenjörer, logopeder, läkarsekreterare, psykologer, sjukhusfysiker, sjukvårdsbiträden och tandhygienister, 3) personal som utan att vara i allmän tjänst biträder läkare eller tandläkare i deras yrkesutövning, 4) personal som är verksam inom detaljhandeln med läkemedel, 5) den som fullgör yrkespraktik inom ramen för utbildning inom allmän hälso- och sjukvård (tandvård) eller eljest hos läkare och tandläkare eller inom detaljhandel med läkemedel.

Skillnaden mellan den personkrets som omfattas av socialstyrelsens

kungörelse och den som omfattas av 1 § lagförslaget är huvudsakligen följande: Hälsovårdsinspektörer och desinsektörer, som nu tillhör medicinalpersonalen, faller i princip utanför ifrågavarande personkrets. Så är fallet även med andra som inte sysslar med hälso- och sjukvård enligt kommitténs bestämning, t. ex. de som är verksamma inom delar av omsorgsvården. Beträffande personal vid enskilda vårdhem, som är att anse som hälso- och sjukvårdsinrättningar, och dem som biträder andra legitimerade yrkesutövare än läkare och tandläkare, t. ex. biträde åt legitimerad sjuksköterska, sker en utvidgning.

2 §

Paragrafen motsvarar 2 § första stycket 1. medicinalpersonalkungörelsen. Liknande bestämmelser finns även i allmänna läkarinstruktionen och övriga författningar som inrymmer särskilda regler för envar av de yrkesgrupper som är föremål för legitimationsförfarande.

Med yrkesutövningen avses den verksamhet som någon utövar eller medverkar i såsom hälso- och sjukvårdspersonal. I specialmotiveringen till 1 § har angivits vad kommittén menar därmed.

Termen "tillsyn" har valts i stället för den i medicinalpersonalkungörelsen använda termen "inseende". Någon ändring i sak i vad avser socialstyrelsens tillsynsfunktion avses ej därmed. Anledningen är strävan att vinna bättre anpassning till kvacksalverilagens terminologi. I denna lag anges (1 § andra stycket) att lagen ej gäller den som är i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område ställd under socialstyrelsens "tillsyn".

3 §

Paragrafen motsvarar 1 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. Eftersom personal inom apoteksväsendet enligt 1 § lagförslaget räknas till hälso- och sjukvårdspersonalen behöver inte särskilt anges att bemyndigandet avser åligganden även för apotekspersonalen.

4 §

Paragrafen motsvarar i huvudsak 2 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. Den redaktionella ändringen har gjorts att inspektionsrätten anknyts till hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövande verksamhet i stället för till verksamhet för vilken gäller föreskrifter enligt 2 § (jämför 1 § nyss angivna lag).

5 §

Den föreslagna paragrafen har ingen motsvarighet i gällande lagstiftning. Som nämnts i annat sammanhang är patientens rättigheter inte generellt reglerade. Mot bakgrunden av vad som i den allmänna motiveringen har anförts om patienten i dagens hälso- och sjukvård kan frånvaron av en sådan generell reglering kännas som en brist. En kodifiering av patientens rättigheter och de krav allmänheten kan ställa på vården skulle kunna vara ägnad att stärka förtroendet för vården. Den svenska sjukvårdslagstiftningen är emellertid inte byggd på en systematik som tar patientens rättsställning till utgångspunkt. Patientens rättigheter framstår väsentligen som en annan sida av de skyldigheter som åvilar hälso- och sjukvårdspersonalen enligt

författning och praxis. Med hänsyn till den betydelse dessa åligganden har för fastställande av patientens rättsställning bör det ankomma på riksdagen att i lagstiftningens form ange grunderna för utövandet av den hälso- och sjukvård för vilken samhället påtagit sig ett ansvar. Det kommer ej i fråga att i vare sig lag eller annan författning detaljreglera hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden. Men de centrala och för patientens rättsställning grundläggande reglerna om vårdens bedrivande bör ges i lag. I förevarande paragraf har sammanförts regler som här avses. De avser inte att införa något nytt utan endast att kodifiera vad som redan gäller.

Paragrafens *första stycke* riktar sig till all hälso- och sjukvårdspersonal. Självfallet får bestämmelsen i första stycket om iakttagande av sakkunskap i vårdarbetet olika innehåll för olika personalgrupper. Men den slår fast att var och en skall vinnlägga sig om att i vården använda de kunskaper han fått under sin utbildning och den erfarenhet som samlats i hans fack. Regeln ger också uttryck för samhällets ansvar att personalen på alla nivåer har den utbildning som behövs för att fylla kravet på sakkunskap. I andra punkten har intagits bestämmelser som avser att inskärpa vikten av patientens roll i vårdarbetet. Betydelsen av att patienten så långt möjligt aktivt medverkar i vården har understrukits i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.3) och en bestämmelse som tillgodoser detta har ansetts motiverad. I kravet att patienten skall behandlas med aktning för den personliga integriteten ligger bl. a. att ingen får utan stöd av lag påtvingas behandling mot sin vilja eller på annat sätt utsättas för tvång i vården. Bestämmelsen ger uttryck för att det i princip krävs samtycke av patienten till planerade vårdåtgärder. Andra punkten ålägger vidare personalen att i behandlingen av patienten visa den särskilda hänsyn och omtanke som en vårdbehövande har rätt att vänta sig.

Andra stycket avser att ge uttryck för patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd och om planerad behandling. Att sådan information ges är en förutsättning för att patientens samtycke till behandlingen skall kunna tillmätas betydelse. Informationsplikten får anses höra till hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter. Under det att bestämmelsen i första stycket tar sikte på all hälso- och sjukvårdspersonal, åvilar informationsplikten enligt andra stycket den som har det direkta ansvaret för de vårdåtgärder informationen avser. Det sagda innebär inte att den ansvarige har att personligen lämna patienten de upplysningar och råd som informationsplikten omfattar. Intet hindrar att han överlämnar detta till annan som kan ge informationen men han har ansvaret för att patienten inte lämnas utan den information patienten har rätt till. Denna rätt torde inte lida annan inskränkning än som följer av att informationen givetvis inte får motverka vården (jfr patients rätt att ta del av journal som är allmän handling).

Den som ytterst har ansvaret för vården inom en enhet har att där skapa sådan ordning att patientens informationsbehov tillgodoses. Detta behov kan vara olika stort beroende på patienten, dennes hälsotillstånd, sjukdomens art och svårighetsgrad och andra omständigheter kring patienten. Informationens omfattning kan således växla från patient till patient. I ena fallet kan det bli nödvändigt att ge patienten en mycket utförlig och ingående information, varigenom patienten själv får möjlighet att avgöra om han skall genomgå föreslagen behandling eller inte, medan i ett annat fall för-

hållandena förutsätter en mera begränsad information. Någon gång kan patienten t. o. m. låta förstå att han inte önskar någon information alls, han vill t. ex. inte veta vilken sjukdom han lider av. Även en sådan inställning bör respekteras.

När, hur och i vilken omfattning information skall ges har den för vården ytterst ansvarige att besluta om med beaktande av förhållandena i det enskilda fallet. Detta kan svårligen regleras författningsmässigt. I lagen har därför endast angivits att patientens behov av information skall tillgodoses.

Informationsskyldigheten kan också göras gällande i förhållande till patientens anhöriga. Att någon av de närmast anhöriga omedelbart skall underrättas om en på sjukhus intagen patients tillstånd allvarligt försämras är föreskrivet i 31 § sjukvårdskungörelsen som ett åliggande för överläkare. Men därutöver får anses gälla att anhörig regelmässigt hålls informerad om patients tillstånd åtminstone vid mera allvarlig sjukdom eller då patienten annars är förhindrad att informera sina anhöriga. I allmänhet torde det kunna presumeras ligga i patientens eget intresse att anhörig informeras. Någon gång kan det dock inträffa att en patient önskar hålla anhöriga utanför. En sådan inställning bör principiellt respekteras.

I de fall patienter förs in till sjukvårdsinrättning efter att ha drabbats av akut sjukdom eller olycksfall får det anses angeläget att från sjukvårdens sida kontakt snarast tages med någon anhörig för att denne skall få veta vad som inträffat och hur det står till med patienten.

Vilka personer som skall räknas till nära anhöriga torde inte böra anges genom en uttrycklig bestämmelse. Vem som skall underrättas enligt förevarande bestämmelse får liksom underrättelseskyldighet enligt transplantationslagen (1975:190) avgöras från fall till fall. Då någon tas in på sjukhus brukar uppgift lämnas om någon nära anhörig. I regel torde såsom sådan anhörig räknas make och varaktigt sammanboende, barn, föräldrar och syskon.

Det må – för undvikande av missförstånd – understrykas att paragrafen inte avser att ersätta de särskilda föreskrifter som hälso- och sjukvårdspersonalen har att iaktta enligt instruktioner och andra författningar såsom t. ex. föreskriften i 3 § allmänna läkarinstruktionen att läkare skall i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjligt, den behandling, som patientens tillstånd fordrar.

6 §

Bestämmelsen motsvarar föreskrifter om tystnadsplikt i 3 § lagen med vissa bestämmelser för personal inom hälso- och sjukvård m. fl. Som angivits i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.9.1) är reglerna om tystnadsplikt i offentlig verksamhet föremål för övervägande i justitiedepartementet. Kommittén har därför inte ansett sig böra framlägga några andra regler om tystnadsplikt än vad som nu gäller. Av detta skäl har i övergångsbestämmelserna föreslagits att t. v. skall tystnadsplikten i 3 § nyss angivna lag gälla för den som enligt lagförslaget fortsättningsvis inte skall vara ställd under socialstyrelsens tillsyn i sin yrkesutövning enligt 2 § och därför inte kommer att omfattas av tystnadsplikt enligt förevarande paragraf i lagförslaget.

Vid ett införande av ändrade regler om tystnadsplikt för dem som är offentligt verksamma bör förevarande paragraf ändras så att tystnadsplikten även i ett sådant kommande läge blir densamma för all hälso- och sjukvårdspersonal.

7 §

Första stycket ersätter 2 § första stycket 2. medicinalpersonalkungörelsen. Däri anges att den som tillhör medicinalpersonalen är skyldig att följa de instruktioner och andra föreskrifter för yrkesutövningen, som socialstyrelsen meddelar samt skyndsamt lämna de upplysningar, förklaringar och underrättelser, som socialstyrelsen infordrar. Motsvarande bestämmelser finns särskilt angivna för läkare, tandläkare, sjuksköterska och barnmorska i för dem gällande instruktioner och liknande författningar.

Skyldighet att följa socialstyrelsens för yrkesutövningen meddelade föreskrifter får anses följa redan därav att personalen är ställd under tillsyn av den myndighet som meddelar föreskrifterna. Någon särskild föreskrift härom torde ej vara erforderlig.

Med "handlingar" som skall lämnas till socialstyrelsen avses handlingar som kan ge upplysningar om den hälso- och sjukvårdande verksamheten, i första hand journaler som förts om patient. Även andra handlingar, som socialstyrelsen behöver för att fullgöra sin tillsynsuppgift, omfattas dock av bestämmelsen, exempelvis röntgenbilder och anteckningar rörande användningen av tekniska hjälpmedel. Uttrycket "upplysningar" avser att täcka övriga muntliga och skriftliga uppgifter från yrkesutövaren som tillsynsmyndigheten behöver. Häri ingår således bl. a. att avge förklaring till en av socialstyrelsen ifrågasatt behandling av patient. Någon ändring i förhållande till vad som nu gäller beträffande uppgiftsskyldighet till socialstyrelsen är inte avsedd. Utanför bestämmelsen faller handlingar och uppgifter avseende verksamhetens direkt ekonomiska förhållanden.

Kommittén har inte funnit anledning föreslå någon särskild föreskrift om skyldighet för den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att infinna sig hos socialstyrelsen för överläggning eller för att lämna upplysning. En sådan föreskrift finns f. n. i 3 § medicinalpersonalkungörelsen för den som tillhör medicinalpersonalen och är i allmän tjänst eller anställd vid apotek. Behovet av en sådan särskild föreskrift torde vara mycket begränsad.

Regeln om vitesföreläggande har f. n. en motsvarighet i 6 § medicinalpersonalkungörelsen. I nämnda paragraf anges att socialstyrelsen äger förelägga den som tillhör medicinalpersonalen att vid vite, högst 1 000 kr varje gång, fullgöra vad som åligger honom enligt lag, instruktion eller annan författning, särskild föreskrift eller yrkesutövningens beskaffenhet och utdöma vitet. Enligt socialstyrelsens instruktion handlägger medicinalväsendets ansvarsnämnd ärenden om föreläggande och utdömande av vite.

Enligt kommitténs mening bör befogenheten att förelägga vite begränsas. Vitesföreläggande är inte ett medel som lämpar sig för att framtvinga ett fullgörande av de allmänna åligganden som åvilar hälso- och sjukvårdspersonalen. När det gäller skyldighet att tillhandahålla socialstyrelsen handlingar och upplysningar synes vitesföreläggande inte kunna undvaras. I den mån vite i övrigt kan behöva tillgripas bör frågan därom behandlas i de

särskilda författningar som reglerar personalens åligganden.

Om, såsom kommittén föreslår, ansvarsnämnden skiljs från socialstyrelsen, bör socialstyrelsen få förelägga vite som här är fråga om. Utdömande av vite bör ankomma på allmän domstol.

En speciell anmälningsskyldighet är den varom föreskrives i den s. k. "Lex Maria". Bestämmelsen återfinns i 10 § tredje stycket sjukvårdskungörelsen, som ålägger sjukhusdirektören eller chefsläkaren vid sjukhus att omedelbart anmäla till socialstyrelsen och polismyndighet samt underrätta sjukvårdsstyrelse och direktion om någon åsamkas allvarlig skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhuset eller anledning föreligger att befara att sådan skada eller sjukdom senare uppkommer på grund av behandlingen. Anmälan behöver dock ej göras om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse inte förelegat vid behandlingen. En motsvarande anmälningsskyldighet föreskrivs i 16 § stadgan om enskilda vårdhem m. m. för vårdhemsläkaren. "Lex Maria" tillkom år 1937 i samband med förgiftningsfall med dödlig utgång vid Maria sjukhus i Stockholm. Syftet var att tillse att en opartisk utredning om orsakerna till allvarlig skada eller sjukdom snarast kom till stånd.

Anmälningsskyldigheten enligt "Lex Maria" tar enligt bestämmelsens avfattning sikte på främst sådana händelser där straff- eller disciplinrättslig påföljd kan ifrågakomma. Skyldigheten innebär att exempelvis en överläkare kan ha att anmäla sig själv eller sina medarbetare vid misstanke om brott eller förseelse. Någon motsvarande skyldighet torde inte gälla inom andra yrkesområden och det kan sättas i fråga om förhållandena inom sjukvården är så särpräglade att en anmälningsskyldighet av detta slag är motiverad. Tillämpningen av "Lex Maria" är förenad med svårigheter, eftersom den anmälningsskyldige har att själv pröva om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse inte förelegat. Denna prövning är många gånger vansklig att göra, särskilt som den skall ske omedelbart.

Anmälningsskyldigheten enligt "Lex Maria" bör också ses mot bakgrund av angelägenheten att socialstyrelsen snabbt får kännedom om händelser som kan innebära medicinska säkerhetsrisker.

Det kan ifrågasättas om inte "Lex Maria" i vart fall bör ersättas av en bestämmelse som inte är i samma grad färgad av straff- och disciplinrättsliga inslag (jfr arbetsgivares skyldighet enligt 5 § arbetarskyddskungörelsen att underrätta yrkesinspektionen om vissa olycksfall eller olyckstillbud). "Lex Maria" ingår bland de bestämmelser som omfattas av hälso- och sjukvårdsutredningens arbete med att se över sjukvårdslagen med tillhörande författningar. Med hänsyn härtill och då anmälningsskyldighet om säkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården bör ses i ett vidare sammanhang har kommittén inte ansett sig böra lägga fram förslag i ämnet.

8 §

Vilka särskilda föreskrifter om förande av journal, som har meddelats hittills, framgår av redogörelsen under avsnitt 8.1. De anteckningar (journaler) som ibland förs inom hälso- och sjukvården utan direkt författningsföreskrift – exempelvis av sjukgymnaster och kuratorer – omfattas således inte av de i 9–11 §§ upptagna reglerna. Dessa blir dock tillämpliga om särskilda

föreskrifter meddelas. Genom 3 § i lagförslaget har regeringen eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen rätt att meddela föreskrifter, som är påkallade till skydd för enskild eller för verksamhetens bedrivande i övrigt. Föreskrift om skyldighet att föra journal torde kunna meddelas med stöd av detta bemyndigande.

Till journalen får regelmässigt anses höra alla handlingar rörande patientens vård och behandling, således förutom anteckningar i löpande text även bilagor såsom röntgenbilder, laboratorieresultat, diagram över olika kontroller osv.

9 §

Bestämmelserna om enskilds rätt att ta del av allmän handling inom hälsovård och sjukvård återfinns i 2 kap. tryckfrihetsförordningen samt i 14 § sekretesslagen (1937:249).

Bestämmelsen i andra stycket om rätt för patient inom den privata hälso- och sjukvården att ta del av journal rörande honom har behandlats utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.9.4). Någon uttrycklig regel när sådan journal (privat journal) skall anses tillgänglig för patienten har ej ansetts erforderlig. Generellt torde kunna sägas att alla anteckningar, som görs för att uppfylla föreskrifterna om skyldighet att föra journal och som journalföraren har för avsikt att behålla för behandlings- och tillsynsändamål, också bör vara tillgängliga för patienten. Det torde ligga i själva journalföringens natur att anteckningarna görs fortlöpande och i nära anslutning till behandlingstillfället.

I bestämmelsen sägs att journalen skall tillhandahållas den vars vård eller behandling journalen avser. Denna utformning avser ej att utesluta att även den som är behörig ställföreträdare för patienten – förmyndare, ombud med fullmakt och motsvarande – i förekommande fall bör kunna få tillgång till journalen.

Den inskränkning i rätten att ta del av privat journal som föreslås, dvs. att ändamålet med vården eller behandlingen äventyras eller någons personliga säkerhet sätts i fara, motsvarar vad som i 14 § sekretesslagen sägs om sådan handling som avser intagning på anstalt eller inrättning eller vård eller behandling av läkare annorstädes än på anstalt. I förevarande paragraf har inskränkningen inte begränsats till dylika handlingar utan föreslås skola gälla alla privat förda journaler. Det ligger dock i sakens natur att inskränkning knappast kommer i fråga för andra journaler än sådana som förs av läkare.

Av praktiska skäl har bestämmelsen begränsats till att avse tillhandahållande för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift. Något behov av särskild regel om avlyssning, såsom anges i 2 kap. 12 § tryckfrihetsförordningen, har ej ansetts föreligga. Begreppet "avskrift" avses innefatta även t. ex. fotokopia.

10 §

Vem som är ansvarig för journalen framgår av föreskrifterna om skyldighet att föra journal. Om den som ansvarade för journalen vid behandlingstillfället inte längre tjänstgör får hans efterträdare i verksamheten, om sådan finns, regelmässigt anses ha övertagit ansvaret för journalen. Skulle journalen ha

överlämnats till länsläkare enligt 6 § andra stycket allmänna läkarinstruktionen får denne pröva fråga om utlämnande enligt reglerna om allmänna handlingar.

Bestämmelsen om att den som vägrat utlämnande av journal enligt 9 § andra stycket skall avge yttrande till socialstyrelsen, då han dit hänskjuter frågan om utlämnande, har föranletts av att det i socialstyrelsen blir fråga om en överprövning av yrkesutövarens ställningstagande. Såsom angivits i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.9.4) får ett ärende av ifrågavarande slag anses som ärende rörande hälsovård och sjukvård i följd varav handlingarna i ärendet är sekretessbelagda enligt 14 § sekretesslagen.

11 §

Bestämmelsen har motiverats utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.9.5). Något behov för annan än patienten att ansöka om förstörande av journalen eller del av densamma har inte ansetts föreligga. Som anförts i den allmänna motiveringen kan inte enbart patientens viljeförklaring läggas till grund för ett beslut om förstörande. Även om patientens önskan är av grundläggande betydelse måste samhällets intresse av att kunna meddela så god och säker vård som möjligt åt medborgarna också tas med i bilden. Detta har i bestämmelsen uttryckts så att journalen får förstöras under förutsättning dels att den inte uppenbarligen behövs för patientens vård eller behandling, dels att det inte av allmänna skäl är påkallat att den bevaras. Att journalen sägs skola inte uppenbarligen behövas för framtida vård och behandling utesluter samtidigt i princip möjligheten att förstöra journalanteckningar medan behandling alltjämt pågår. Undantag härifrån skulle kunna förekomma endast med avseende på anteckning som uppenbarligen saknar betydelse för behandlingsresultatet. Genom inskränkningen att det inte heller får vara påkallat att bevara journalen av allmänna skäl ges möjlighet att beakta andra samhällsintressen med avseende på journalmaterialet – t. ex. insynen, forskningen, ekonomin i vården. Det får överlämnas åt den beslutande myndigheten – socialstyrelsen – att i egenskap av samhällets tillsynsorgan för hälso- och sjukvården också ge samhällets behov av att bevara ett journalmaterial dess närmare innehåll.

Förordnande om förstörande skall kunna avse hel journal eller del därav. Det sistnämnda innebär att t. ex. bara ett ord, en mening eller kanske patientens persondata tas bort ur journalen. Det ligger i sakens natur att socialstyrelsen skall kunna besluta om förstörande endast av journalmaterial som finns hos sådan yrkesutövare eller inom sådan verksamhet för vilken styrelsen har en tillsyns- eller beslutandefunktion. Vilka områden detta är framgår av 1 § detta lagförslag samt 3 § och 4 § socialstyrelsens instruktion Detta innebär således att styrelsen inte kan förordna om förstörande av journal, som av någon anledning finns utanför hälso- och sjukvården, exempelvis hos domstol eller försäkringskassa. En bestämmelse härom har intagits i första stycket andra punkten.

I fråga om förfarandet inför socialstyrelsen har inte föreskrivits annat än att den som ansvarar för journalen skall ha haft tillfälle yttra sig innan ansökan bifalles. Med den som ansvarar för journalen avses samma personkrets som angivits under 10 §, dvs. den som enligt föreskrift är skyldig att föra journal eller se till att journal förs. Ansökan om förstörande av

journal får anses som ärende rörande hälsovård och sjukvård. Handlingarna i ärendet är följaktligen sekretessbelagda enligt 14 § sekretesslagen.

Bestämmelsen i tredje stycket lämnar möjlighet för socialstyrelsen att välja om styrelsen själv skall verkställa förstörande eller om verkställighet kan överlåtas åt t. ex. sjukvårdshuvudman. För att kunna göra sin prövning torde socialstyrelsen alltid behöva fordra in originaljournalen. Det kan emellertid förekomma att denna av arkiveringsskäl blivit överförd till mikrofilm eller till annan inte omedelbart läsbar förvaringsform. Det bör åligga socialstyrelsen att ta reda på om så skett och låta sitt förordnande om förstörande avse även sådan registrering. I ett sådant fall kan det bli nödvändigt att förlita sig på innehavarens medverkan till förstörandet. Några särskilda tvångsmedel har inte bedömts behöva kombineras med bestämmelsen.

12 §

Paragrafens första stycke har utformats i enlighet med regeln om disciplinansvar i 10 kap. 1 § lagen (1976:600) om offentlig anställning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden hämtar sitt innehåll ur olika källor. Som alla andra medborgare är den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen självfallet skyldig att se till att han inte handlar i strid mot brottsbalkens regler eller mot andra i lag eller annan författning intagna föreskrifter av allmän art. För hälso- och sjukvårdspersonalen har även föreskrivits en rad skyldigheter för yrkesutövningen, vilka endast undantagsvis är kombinerade med straffpåföljd. Dessa föreskrifter om skyldigheter återfinns både i lagar och andra författningar. Vissa riktar sig, såsom t. ex. de allmänna åliggandena i denna lag, till all personal, andra till viss grupp av yrkesutövare (t. ex. läkar- och tandläkarinstruktionerna). Personalen är dessutom, som framgått av motiveringen till 7 §, skyldig att rätta sig efter de föreskrifter för yrkesutövningen som socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet utfärdar. Många yrkesutövare är också arbetstagare. För dessa gäller då att de är skyldiga att följa även de föreskrifter för yrkesutövning som arbetsgivaren meddelar, inte enbart skriftliga bestämmelser i reglementen och avtal utan även direktiv för yrkesutövningen, som ges av arbetsledare.

I överensstämmelse med vad som gäller om disciplinpåföljd enligt lagen om offentlig anställning föreskrivs att påföljd inte får meddelas om felet är ringa.

De nuvarande disciplinpåföljderna erinran och varning bibehålls och liksom f. n. är varning en allvarligare påföljd än erinran. Det bör framhållas att återkallelse av legitimation (15 §) inte är en disciplinpåföljd.

I 14 kap. 4 § lagen om offentlig anställning finns en regel om att disciplinpåföljd inte får åläggas sedan anställningen upphört. Någon motsvarighet finns f. n. inte för medicinalpersonalen. I praxis har hinder mot disciplinär bestraffning dock ansetts föreligga om den felande inte längre tillhör medicinalpersonalen när det är aktuellt att pröva fråga om disciplinpåföljd. Detta bör alltjämt gälla som huvudregel och följer av första stycket.

Undantagsvis kan det dock vara motiverat att ingripa även mot den som ej längre tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Som kommittén tidigare anfört har patienten ett berättigat intresse av att kunna få sin sak prövad i ansvarsnämnden. Den stora personalomsättningen inom sjukvården bör i sammanhanget också beaktas. Om någon tillfälligt lämnar hälso- och sjukvården t. ex. för att studera eller för att av annat skäl göra ett kortare avbrott i yrkesverksamheten bör han inte därigenom kunna undandra sig disciplinpåföljd. Med hänsyn till det anförda föreslås regeln i paragrafens andra stycke.

Paragrafens tredje stycke motsvarar 10 kap. 1 § andra stycket lagen om offentlig anställning.

13 §

Paragrafens första stycke motsvarar vad som f. n. gäller enligt 14 kap. 3 § lagen om offentlig anställning jämförd med 44 § socialstyrelsens instruktion enligt vilken nämnda lagbestämmelse äger motsvarande tillämpning i ärende om åtgärd som avses i 5 § medicinalpersonalkungörelsen, dvs. ärende om disciplinpåföljd.

Bestämmelsen avser att undvika dubbelbestraffning. Skulle åtalsförfarande redan ha inletts, får disciplinförfarande beträffande samma gärning ej inledas. Härvid kan det röra sig även om förseelser för vilka endast bötespåföljd kan komma i fråga. Förbudet riktar sig mot ansvarsnämnden och innebär att exempelvis en inkommen anmälan tills vidare inte föranleder något agerande från ansvarsnämndens sida. Bortfaller hindret har nämnden att ta upp saken utan ny anmälan.

Beträffande frågan om när ifrågavarande hinder mot disciplinförfarande bortfaller anförde departementschefen i motiven till motsvarande bestämmelse i lagen om offentlig anställning (prop. 1975:78 s. 194–195):

> Endast om åklagaren avskriver ärendet på den grund att gärningen inte är brottslig bortfaller hindret mot åläggande av disciplinpåföljd. Nedläggande av förundersökning eller åtal på annan grund liksom beslut att inte tala å brottet torde däremot inte böra föranleda att hindret mot inledande eller fortsättande av disciplinärt förfarande anses ha bortfallit. Samma är givetvis förhållandet med fällande dom – även sådan som innebär påföljdseftergift – och i regel även ogillande dom. Endast om den tilltalade frikänts på den grund att den åtalade gärningen visserligen begåtts av den tilltalade men inte är brottslig – t. ex. därför att ett subjektivt rekvisit inte är uppfyllt – bör disciplinärt förfarande mot honom för samma gärning kunna komma i fråga.

De sålunda angivna riktlinjerna bör kunna tjäna som ledning även i disciplinärenden enligt förevarande lagförslag.

I andra stycket har efter förebild av 12 kap. 1 § lagen om offentlig anställning intagits en bestämmelse om åtalsanmälan i disciplinärenden. Skyldighet att göra anmälan som här avses åvilar i första hand socialstyrelsen. Skulle ansvarsnämnden i ett där anhängigt ärende finna förutsättningarna för anmälan föreligga, har den att fullgöra anmälningsskyldigheten och att enligt paragrafens första stycke låta förfarandet inför nämnden vila i avvaktan på den straffrättsliga prövningen.

Enligt 12 kap. 1 § lagen om offentlig anställning skall åtalsanmälan göras inte endast om för brottet är föreskrivet fängelse utan även om det finns anledning antaga att talan om enskilt anspråk kommer att föras. Med hänsyn till att den disciplinära prövningen av hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet bl. a. avser att kunna ligga till grund för reglering av skadestånd upptar förslaget inte någon motsvarande bestämmelse.

14 §

Paragrafen upptar en preskriptionsbestämmelse motsvarande vad som f. n. gäller enligt 44 § tredje stycket socialstyrelsens instruktion jämförd med 14 kap. 1 och 5 §§ lagen om offentlig anställning. Sålunda får disciplinpåföljd ej åläggas den som inte inom två år efter förseelsen erhållit underrättelse enligt 29 § eller motsvarande underrättelse från riksdagens ombudsman eller justitiekanslern. Beträffande utformningen och den närmare innebörden av underrättelsen hänvisas till motiven till 29 §. Anmaning av JO eller JK kan naturligtvis endast komma i fråga beträffande den som är verksam i offentlig tjänst.

15 §

Av skäl som redovisats i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.8) bör gällande regler om deslegitimation ses över. De regler härom som föreslagits i 15–18 §§ ersätter nuvarande bestämmelser. De avser alla grupper av för hälso- och sjukvård legitimerade yrkesutövare och således även andra yrkesutövare än som enligt 1 § är att hänföra till hälso- och sjukvårdspersonal.

Första punkten. För återkallelse har föreskrivits att den legitimerade skall på visst sätt ha ådagalagt sin olämplighet att utöva yrket. Detta kan ha skett genom visad grov oskicklighet i yrkesutövningen, exempelvis genom ett allvarligt misstag eller flera försummelser av mindre allvarlig art. Även förfarande utom yrkesutövningen skall kunna utgöra orsak till återkallelse. Såsom anförts i den allmänna motiveringen bör bedömningen ske med utgångspunkt från om förfarandet kan anses ha undergrävt den tillit allmänheten har rätt att hysa till en legitimerad yrkesutövare. Exempel på sådant förfarande är synnerligen allvarligt brott mot annans hälsa. Ett sådant brott behöver dock i och för sig inte medföra att den legitimerade är uppenbart olämplig att utöva yrket. Förhållandena från fall till fall måste bli avgörande och det krävs en samlad bedömning av alla de faktorer som inverkar på lämplighetsprövningen. Enligt kommitténs mening torde det endast i undantagsfall bli aktuellt att ett handlande utom yrkesutövningen medför deslegitimation enligt denna punkt. Uppträdande utom yrkesutövningen kan emellertid liksom händelser som inträffar i denna tyda på att återkallelse enligt andra punkten kan komma i fråga.

Andra punkten. F. n. finns bestämmelser om deslegitimation av läkare, tandläkare, sjuksköterska och barnmorska på grund av sinnessjukdom eller annan rubbning av själsverksamheten (5 § lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket, 6 § lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket, 2 § reglementet (1957:656) för sjuksköterskor och 2 § reglementet (1955:592) för barnmorskor).

Förutom utvidgning till alla legitimerade yrkesutövare har den ändringen föreslagits att sjukdom, således inte endast psykisk, nämns som grund för deslegitimation. Det ligger dock i sakens natur att det är främst psykisk ohälsa som kommer i fråga, eftersom det vid hithörande sjukdomstillstånd ofta brister i sjukdomsinsikten. Med sjukdom jämförligt förhållande avser bl. a. missbruk av alkohol och narkotika som medfört att den legitimerade inte kan utöva sitt yrke tillfredsställande. Även åldersförändringar kan såsom angivits i den allmänna motiveringen i vissa fall hänföras hit. Beträffande möjlighet att få till stånd läkarundersökning vid ifrågasatt återkallelse enligt denna punkt hänvisas till 16 §.

Självfallet bör deslegitimation inte vara den enda eller ens den normala åtgärden för att komma till rätta med sjukdomsfallen. Genom samarbete mellan främst sjukvårdshuvudmännen och socialstyrelsen bör rådgivning och stödåtgärder sättas in på ett sådant stadium att tvångsvis deslegitimation ej skall behöva tillgripas.

Tredje punkten. Av skäl som angivits i den allmänna motiveringen har föreslagits att återkallelse skall ske om den legitimerade själv begär det. Det förbehållet har dock intagits att hinder mot återkallelse inte får föreligga från allmän synpunkt. Härmed åsyftas att samhällsintresset under vissa förhållanden, exempelvis krig eller krigsfara, skall kunna väga över enskilds intresse av att inte vara legitimerad.

Bestämmelser motsvarande *andra stycket* finns f. n. för läkare och tandläkare. De har sin grund i nordiska överenskommelser. Regeln bör utvidgas till att gälla även andra yrkesutövare i den mån legitimation i Sverige erhållits på grundval av auktorisation i annat nordiskt land enligt särskilda föreskrifter.

De föreslagna deslegitimationsbestämmelserna syftar inte till ändring i nuvarande praxis förutom vad punkterna 2 och 3 kan ge anledning till. Av ansvarsnämndens redogörelser för sin verksamhet (avsnitt 6.3) framgår, att återkallelse på annan grund än sinnessjukdom eller andra rubbning av själsverksamheten endast förekommer i något enstaka fall per år.

Deslegitimationsprövningen avses även i fortsättningen ankomma på ansvarsnämnden. Sådan fråga skall enligt 24 § tas upp efter anmälan av socialstyrelsen utom i fall då yrkesutövaren själv begär att legitimationen skall återkallas. För att säkerställa att socialstyrelsen får kännedom om händelser som kan föranleda anmälan till ansvarsnämnden för närmare prövning rörande legitimationen bör gällande föreskrifter om anmälningsskyldighet till socialstyrelsen i dessa hänseenden ses över. Härvid bör kungörelsen (1964:636) angående skyldighet för domstol att underrätta socialstyrelsen om dom i vissa brottmål enligt kommitténs mening inriktas på brott i och utom yrkesutövningen som har betydelse för förmågan att utöva yrket t. ex. brott mot liv och hälsa. Den nuvarande underrättelseskyldigheten som delvis är beroende av vilket straff som utdömts är mindre väl förenlig med kommitténs förslag om skäl för deslegitimation. Vidare bör förordningen (1975:801) om underrättelse i vissa fall till socialstyrelsen angående beslut om avskedande av läkare och tandläkare utvidgas till att avse alla legi-

timerade yrkesutövare, som till någon del omfattas av lagen om offentlig anställning. Härvid bör klargöras att underrättelseskyldigheten även omfattar alla kommunalt, inkl. landstingskommunalt, anställda. Socialstyrelsen får i övrigt tillse att för dess tillsyn behövliga underrättelser görs. Bl. a. bör kompletterande föreskrifter meddelas i vad avser socialstyrelsens kungörelse den 19 december 1972 (MF 135) angående anmälan till styrelsen om psykisk sjukdom eller annan psykisk rubbning hos viss medicinalpersonal.

16 §

Bestämmelser av detta slag finns f. n. endast för läkare och tandläkare men kommer enligt förslaget att gälla för alla legitimerade yrkesutövare.

I samband med frågan om interimistisk återkallelse av legitimation bör erinras om möjligheterna att i arbetsrättslig ordning avstänga arbetstagare från tjänstgöring. Den särskilda rätt att från tjänsten avstänga distrikts- och sjukhusläkare som socialstyrelsen har enligt 22 § sjukvårdslagen torde komma att behandlas av hälso- och sjukvårdsutredningen och tas därför ej upp i detta sammanhang.

Att reglerna i förvaltningslagen (1971:290) om beslutsmotivering (17 §) samt om underrättelse och besvärshänvisning (18 §) skall tillämpas vid beslut enligt förevarande paragraf oaktat det är fråga om beslut under handläggning framgår av 37 § i förslaget. Enligt lagarna om behörighet att utöva läkaryrket och tandläkaryrket får polishandräckning tillgripas vid vägran att inställa sig till läkarundersökning. Förslaget upptar inte några motsvarande föreskrifter. Om någon vägrar att låta sig undersökas av läkare som anvisats honom kan han, om han är anställd i offentlig tjänst, avstängas från tjänstgöring. Den vägrande löper också risk att bli interimistiskt deslegitimerad enligt andra stycket. Inte heller upptar förslaget någon motsvarighet till 6 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket och 7 § lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket om begränsning av befogenheten att återkalla legitimation såvitt gäller läkare eller tandläkare som regeringen eller socialstyrelsen förordnat. De angivna paragraferna sammanhängde med reglerna om ämbetsansvar och ämbetsstraff men torde efter 1975 års reform av 20 kap. brottsbalken inte längre fylla något behov.

17 §

Paragrafen motsvarar 7 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket och 8 § lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket. Särskilda bestämmelser om relegitimation finns f. n. även för sjuksköterskor, barnmorskor och glasögonoptiker.

Det får avgöras från fall till fall om förhållandena medger att legitimation åter kan meddelas. Prövningen kan inte begränsas till enbart frågan om skälet för återkallelsen alltjämt föreligger. En samlad bedömning bör göras i fråga om den deslegitimerades förmåga att utöva yrket tillfredsställande. Såsom framgår av 19 och 24 §§ i förslaget tas fråga om meddelande av ny legitimation upp på ansökan av den saken gäller. Det får i princip ankomma på sökanden att visa att hinder för legitimation inte föreligger, exempelvis genom att förete nytt läkarintyg.

18 §

Denna paragraf motsvarar 7 a § lagen om behörighet att utöva läkaryrket. Den bör utsträckas till att gälla alla legitimerade yrkesutövare, för vilka kan meddelas behörighet att utöva yrke i annan form än legitimation. F. n. kan detta ske, förutom för läkare, endast för tandläkare.

19 §

Såsom framgår av den allmänna motiveringen föreslår kommittén att disciplinfrågor rörande hälso- och sjukvårdspersonalen handläggs och prövas av en från socialstyrelsen fristående nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Socialstyrelsen förutsätts dock skola tillhandahålla nämnden föredragande och svara för dess kansliorganisation, nämnden obetaget att för utredning och föredragning av visst ärende anlita annan än tjänsteman hos socialstyrelsen. För sådant ändamål skall nämnden disponera egna medel.

I administrativt hänseende innebär förslaget att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd får ungefär samma ställning som nämnden för läkares vidareutbildning. Denna nämnd har eget förslagsanslag i statsbudgeten men socialstyrelsen tillhandahåller den sekreterar- och biträdeshjälp som nämnden behöver.

I den nya ansvarsnämnden kommer liksom i den nuvarande ärendena att avgöras efter föredragning. I medicinalväsendets ansvarsnämnd ankommer föredragningen på chefen för den byrå till vilken ärendet huvudsakligen hör eller på annan tjänsteman som socialstyrelsens generaldirektör bestämmer; föredraganden är också ledamot av nämnden och deltar som sådan i nämndens beslut. Den ordning för föredragning som sålunda nu gäller bör i allmänhet också kunna tillämpas i den nya från socialstyrelsen fristående ansvarsnämnden, dock med den skillnaden att föredraganden ej ingår i nämnden och följaktligen ej deltar i beslutsfattandet. Det måste anses värdefullt att den nya ansvarsnämnden utnyttjar den sakkunskap och erfarenhet som socialstyrelsens föredragande representerar. Samtidigt måste beaktas att förenandet av ställningen som tjänsteman i socialstyrelsen med ställningen som föredragande i nämnden kan motverka strävan att göra nämnden fristående från socialstyrelsen. Misstanke om att styrelsen genom sina föredragande kan påverka nämndens beslut måste förebyggas. Detta bör kunna ske genom införande av jävsregler som förhindrar att den som i socialstyrelsen tagit befattning med ett ärende som ett led i styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården föredrar samma ärende i nämnden. Förvaltningslagens jävsregler täcker inte den angivna situationen. Det gör däremot rättegångsbalkens regler om jäv mot domare. Såsom domarjäv upptar 4 kap. 13 § rättegångsbalken det fallet att domaren hos annan myndighet tagit befattning med saken. Kommittén föreslår i det följande, 22 §, att rättegångsbalkens regler om jäv mot domare skall gälla för den som handlägger ärende i ansvarsnämnden och sålunda även för föredragande. Med en sådan ordning synes det inte möta hinder att socialstyrelsens tjänstemän uppträder som föredragande i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. En i viss mån parallell företeelse är patent- och registreringsverkets tjänstemän som föredrar patentmål i regeringsrätten.

F. n. anges medicinalväsendets ansvarsnämnds uppgifter i 43 § socialstyrelsens instruktion. Den däri angivna uppgiften att handlägga ärenden om "avskedande av eller avstängning enligt 13 kap 1 § lagen (1976:600) om offentlig anställning av medicinalpersonal, som är anställd hos styrelsen eller hos statligt organ, som lyder under styrelsen, under förutsättning att ärendet rör fel eller försummelse i yrkesutövning såsom medicinalpersonal" bör, som angivits i den allmänna motiveringen, med hänsyn till ansvarsnämndens föreslagna ställning inte vara en uppgift för nämnden utan för myndigheten, socialstyrelsen, eller i förekommande fall för statens ansvarsnämnd. I övrigt har föreslagits att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skall ha i huvudsak samma uppgifter som medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Förutom ärenden om disciplinansvar skall nämnden enligt paragrafens andra stycke pröva vissa behörighetsfrågor. I första hand avses härmed ärenden om deslegitimation och relegitimation samt återkallande av behörighet som avses i 1 § b) och c) i lagarna om behörighet att utöva läkaryrket och tandläkaryrket samt meddelande av ny behörighet att mottaga förordnande som avses i nämnda lagrum.

F. n. gäller enligt särskild föreskrift, 43 § 3) socialstyrelsens instruktion, att medicinalväsendets ansvarsnämnd prövar fråga om begränsning i rätt för läkare, tandläkare och veterinär att förskriva narkotiska läkemedel och teknisk sprit. Enligt kommitténs mening bör hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd pröva dessa samt liknande frågor om begränsning av legitimerad yrkesutövares behörighet.

Det är vanskligt att förutsäga omfattningen av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet. Vissa av kommitténs förslag kan medföra att ansvarsnämndens verksamhet blir mer omfattande än f. n., bl. a. vidgningen av personkretsen under särskild tillsyn. Andra förslag är ägnade att verka i begränsande riktning, bl. a. inrättandet av förtroendenämnder i varje sjukvårdsområde samt möjligheten att överlämna vissa disciplinärenden till arbetsgivare för prövning (38 §). Om kommitténs förslag genomförs torde man kunna räkna med att verksamheten vid den nya nämnden – åtminstone till en början – kommer att bli av ungefär samma omfattning som vid nuvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd. Nämndens anslag jämte de medel socialstyrelsen behöver för nämndens kanslifunktion torde inte behöva uppgå till sammanlagt högre belopp än som i tabellbilaga 3:1 av socialstyrelsen beräknats för medicinalväsendets ansvarsnämnd, dvs. ca 2,5 milj. kr med 1977 års löner.

För alla av nämndens verksamhet berörda personer är det viktigt att nämndens beslut inte fördröjs i onödan. Om det behövs för arbetets behöriga gång skall ytterligare personer än dem socialstyrelsen från början ställt till förfogande kunna knytas till nämnden utan omständligt förfarande. Detta gäller såväl biträdes- och sekreterarpersonal som särskilda föredragande. Vid anslagsfördelningen bör tillses att nämndens anslag inte begränsar dess möjlighet att bestämma vem som skall ombesörja föredragandeuppgiften, oavsett om medicinskt utbildad person eller annan skall fullgöra denna. Om nämnden i vissa ärenden anser att föredraganden skall hämtas utanför den krets personer socialstyrelsen ställt till förfogande för denna uppgift, måste nämnden ha erforderliga medel härtill.

20 §

Sammansättningen av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.6.3). För de fyra särskilt utsedda ledamöterna i medicinalväsendets ansvarsnämnd har förordnats tre ersättare för ordförande och envar av de två ledamöter, för vilka särskilda behörighetskrav ej föreskrivits, samt två ersättare för läkarledamoten. Med hänsyn till osäkerheten rörande antalet sammanträden med den nya nämnden har kommittén föreslagit, att det får ankomma på regeringen att bestämma antalet ersättare. Det bör ankomma på nämnden att bestämma i vilken ordning ersättare skall kallas till tjänstgöring.

21 §

Med hänsyn till det relativt stora antalet ledamöter i nämnden bör det finnas möjlighet att avgöra ärenden med ett mindre antal ledamöter. Medicinalväsendets ansvarsnämnd, som normalt består av sex ledamöter, är beslutför med fem ledamöter närvarande. I den nya nämnden bör sex ledamöter vara gränsen neråt för beslutförhet. Avsikten med bestämmelsen är att undvika uppskov med ärenden av det skälet att någon ledamot fått förfall och ersättare ej hinner kallas. Det är däremot inte meningen att ärenden av visst slag skall kunna handläggas med det mindre antalet ledamöter. Kallelse av fulltalig nämnd skall därför alltid ske. Om förfall anmäles av någon ledamot och ersättare för honom hinner kallas, skall kallelse utgå till ersättaren.

Enligt andra stycket får ordföranden ensam avgöra ärende som inte innefattar slutligt avgörande i sak. Bestämmelsen är avsedd för sådana enklare beslut som avskrivning på grund av återkallelse och avvisning av anmälan från någon som uppenbarligen inte är behörig att göra anmälan samt av klart preskriberade fall. Även ett överlämnande enligt 38 § av anmälan för behandling i arbetsrättslig ordning hör hit förutsatt att anmälan otvetydigt avser fråga som bättre lämpar sig för sådan behandling, t. ex. anmälan om för sen ankomst. Beslut om läkarundersökning i ärende om återkallelse av legitimation och om interimistisk återkallelse av legitimation samt om utdömande av vite bör inte kunna fattas av ordföranden ensam. En bestämmelse härom har intagits i andra stycket.

Beslut under handläggningen såsom att infordra handlingar och yttranden från parter bör normalt ankomma på föredraganden eller annan tjänsteman på nämndens kansli. Beslut att inhämta yttrande från myndighet bör som regel ankomma på nämnden eller på ordföranden. Särskild bestämmelse härom synes inte behövas.

22 §

Rättegångsbalkens regler om domarjäv bör gälla för ansvarsnämndens ledamöter och föredragande. Behovet härav har, såvitt gäller föredragande, närmare berörts under 19 §. Med hänsyn till den domstolsliknande verksamhet som bedrivs vid ansvarsnämnden kunde finnas skäl föreskriva att de som deltar i handläggningen i ansvarsnämnden skall ha avlagt domared. Enär sådan föreskrift inte finns för dem som deltar i handläggningen av ärenden om disciplinansvar och avstängning från tjänsten enligt lagen om offentlig anställning, har kommittén stannat för att inte framlägga något förslag härom.

23 §

Bestämmelsen innebär att vid lika röstetal för exempelvis varning och erinran i ett särskilt fall, skall den lindrigaste meningen gälla, dvs. erinran skall meddelas som disciplinpåföljd i det anförda exemplet. Paragrafen har utformats i enlighet med 13 § lagen (1971:52) om skatterätt, fastighetstaxeringsrätt och länsrätt. En liknande bestämmelse finns f. n. i 45 § instruktionen för socialstyrelsen vid omröstning i medicinalväsendets ansvarsnämnd.

24 §

Såsom anförts i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.6.1) bör ansvarsnämnden få ta upp fråga om disciplinansvar endast om behörig anmälan föreligger. Motsvarande bör gälla beträffande annan fråga som nämnden har att handlägga. I denna paragraf regleras vem som äger anhängiggöra ärende i nämnden och formen, anmälan eller ansökan, för anhängiggörandet.

Den som i enlighet med de föreslagna bestämmelserna anhängiggör ett ärende blir liksom den mot vilken åtgärd ifrågasätts part i ärendet med rätt att verka för sakens utredande, att få insyn i utredningen och att ta del av utredningsmaterialet.

Att socialstyrelsen skall äga att som ett led i styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen påtala fel eller försummelse synes inte kräva särskild kommentar. Ansvarsnämndens föreslagna fristående ställning medför att en anmälan från socialstyrelsen till nämnden måste ske mer formbundet än vad som nu synes ha varit fallet vid överlämnande av ärende till nuvarande ansvarsnämnden från annan enhet inom socialstyrelsen. Ett formellt beslut av styrelsen om anmälan till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd måste givetvis i regel föregås av utredning från styrelsens sida.

Såsom närmare utvecklats i den allmänna motiveringen bör patient som lidit men av någon hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärd ha rätt att anmäla saken med verkan att den blir utredd och prövad. I lagtexten användes uttrycket "patient som saken rör" för att ange den åsyftade saklegitimationen. Meningen är alltså inte att exempelvis varje patient som under vistelse på ett sjukhus har iakttagit något klandervärt skall ha rätt att anmäla saken. Det krävs att den klandrade åtgärden har länt honom till men i något hänseende.

Liksom många andra frågor om saklegitimationens närmare innebörd i förvaltningsärenden bör det ankomma på rättstillämpningen att närmare ange de krav som skall gälla. Om det under utredningen framkommer att den åtgärd som avses med patientens anmälan inte länt honom till men, föreligger ingen behörig anmälan och patientens talan skall då avvisas. Skulle det framkomma att annan än anmälare lidit men av den påtalade åtgärden, får nämnden inte ingå i prövning av saken med mindre anmälan inkommer från någon som är behörig att göra anmälan därom.

Om patienten inte själv kan anmäla saken – han har t. ex. avlidit – skall anmälan kunna göras av "nära anhörig". Det torde inte behöva närmare preciseras vilka som avses med uttrycket. Det bör emellertid tolkas snävt och omfatta endast dem som har ett klart och otvetydigt intresse av att få saken utredd och prövad. I övrigt hänvisas till vad som sagts om begreppet "nära anhörig" i specialmotiveringen till 5 §. Av paragrafens ordalydelse

framgår att endast anhörig till patient som själv skulle vara anmälningsberättigad äger anhängiggöra saken. Att legal ställföreträdare eller befullmäktigat ombud för anmälningsberättigad patient äger göra anmälan behöver inte anges särskilt.

Kommittén är medveten om att det i vissa fall kan strida mot patients intresse att en nära anhörig får anhängiggöra ett disciplinärende. Vid ärendets utredning kan det komma att uppdagas förhållanden som patienten önskat inte skola komma till annans kännedom. Vid avvägningen av nämnda intresse och de anhörigas intresse att få utrett om en närstående, som ej själv kan anmäla saken, har behandlats sakkunnigt och i övrigt korrekt har kommittén ansett de anhörigas intresse väga tyngst. Kommittén vill i sammanhanget erinra om 39 § sekretesslagen, som medger att part vägras tillgång till exempelvis en sjukjournal, om det av hänsyn till enskilt intresse är av synnerlig vikt att innehållet ej uppenbaras.

Av paragrafens andra stycke följer att ansvarsnämnden får ta upp fråga om deslegitimation endast på anmälan av socialstyrelsen. Nämnden äger sålunda inte i ett disciplinärende återkalla legitimation med mindre socialstyrelsen anmält frågan för övervägande. Ansökan varom sägs i andra stycket kan avse återkallelse av legitimation på egen begäran eller återfående av legitimation eller annan behörighet som tidigare återkallats.

Tredje stycket innehåller en erinran om den rätt att anhängiggöra disciplinärende som tillkommer JO enligt 6 § lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen och JK enligt 6 § lagen (1975:1339) om justitiekanslerns tillsyn.

25 och 26 §§

Med hänsyn till den rättsverkan som anmälan och ansökan enligt 24 § har, nämligen sakens anhängiggörande hos ansvarsnämnden med skyldighet för denna att ta upp ärendet till handläggning, bör skriftlig form krävas. Bestämmelsen i *25 §* motsvarar 3 § första stycket förvaltningsprocesslagen.

Enligt 4 § förvaltningsprocesslagen skall i ansökningshandling eller därmed jämförlig handling anges vad som yrkas samt de omständigheter som åberopas till stöd härför. Sökanden skall vidare uppge bevis som han vill åberopa samt vad han vill styrka med varje särskilt bevis. I det föreliggande lagförslaget upptas inte någon motsvarighet till dessa bestämmelser. Det skulle vara att ställa alltför stora krav på den enskilde om han vore tvungen att på detta sätt precisera sin talan. En patient, som har genomgått en omfattande och komplicerad medicinsk behandling, saknar ofta möjlighet att ange vari ett förment fel består och kan ännu mindre ange de omständigheter under vilka det kan ha uppkommit samt vem eller vilka som bär ansvaret. Av enskild anmälare bör inte krävas mera i fråga om anmälans innehåll än att handlingen kan tjäna som utgångspunkt för en utredning av saken från nämndens sida. Utredningen skall syfta till att få fastställt om det har förekommit något fel av beskaffenhet att ha länt anmälaren till men. Om det vid utredningen framkommer att felet har begåtts av annan än den anmälaren har uppgivit bör nämnden vara oförhindrad att pröva felet och att meddela disciplinpåföljd. Härav följer å andra sidan att anmälan ej får vara alltför obestämd till sitt innehåll. En anmälan med begäran om utredning huruvida en behandling skett i överensstämmelse med vetenskap

och beprövad erfarenhet utan antydan av att det skall ha förelupit något fel bör kunna avvisas. Likaså, såsom nämnts under 24 §, en anmälan av enskild om fel som inte berört honom.

Av 8 § förvaltningslagen följer att om en anmälan eller ansökan är ofullständig och bristen kan avhjälpas på ett enkelt sätt, skall ansvarsnämnden vägleda anmälaren eller sökanden, om det behövs för att han skall kunna ta till vara sin rätt. Denna skyldighet får anses innefatta åliggande för nämnden att tillse att enskild anmälare ej betas rätten att få sin sak prövad på den grund att han inte tillräckligt preciserat vad han avser med sin anmälan. Komplettering torde i åtskilliga fall kunna göras på ett informellt sätt genom exempelvis telefonsamtal. I vissa fall kan det vid denna informella kontakt vara lämpligt att den enskilde anmälaren eller sökanden erinras om möjligheterna att få rättshjälp enligt rättshjälpslagen (1972:429).

Om bristen ej kan botas på detta sätt, bör sökanden föreläggas att inom viss tid avhjälpa bristen vid påföljd att hans talan ej tas upp till prövning. Av föreläggandet skall framgå att underlåtenhet att efterkomma föreläggandet medför att saken ej kommer att prövas. Bestämmelse härom har intagits i *26 §*. Den motsvarar 5 § förvaltningsprocesslagen.

Socialstyrelsen torde i flertalet fall komma att beredas tillfälle avge yttrande i ansvarsnämndsärenden som inrymmer medicinska bedömningar. Finner styrelsen därvid skäl anhängiggöra fråga om återkallelse av legitimation och liknande eller om disciplinansvar beträffande annan yrkesutövare får styrelsen göra anmälan om den frågan.

27 §

I den allmänna motiveringen (avsnitt 10.6.5) har framhållits att det är ansvarsnämnden som har ansvaret för att disciplinärende blir uttömmande behandlat och att det för att tvekan ej skall uppkomma om nämndens processledande uppgifter bör slås fast att officialprincipen gäller. Förevarande paragraf avser att ge uttryck för de åligganden i dessa hänseenden som åvilar ansvarsnämnden.

Paragrafens första stycke motsvarar 8 § förvaltningsprocesslagen dock med den avvikelsen att någon motsvarighet till 8 § andra stycket första punkten inte medtagits. Enligt nämnda punkt skall förvaltningsdomstol vid behov visa parterna hur utredning bör kompletteras. Föreskriften härom är ett uttryck för att det främst ankommer på parterna att skaffa fram utredning i målet (prop. 1971:30 s. 530). Tillämpningen av en sådan föreskrift inom förevarande område skulle kunna undanskymma ansvarsnämndens huvudansvar för att saken blir fullständigt utredd. Av detta skäl upptar förslaget ingen motsvarighet till den i nämnda punkt intagna regeln.

Bestämmelserna i paragrafens andra stycke avser att tillförsäkra ansvarsnämnden samma utredningsbefogenheter i vad avser infordrande av sjukjournaler och liknande handlingar som enligt gällande rätt tillkommer medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Särskild föreskrift om skyldighet att höra socialstyrelsen synes inte erforderlig. Det ligger i sakens natur att i alla ärenden där tvekan kan uppkomma om vad som är i medicinskt hänseende rätt och riktigt nämnden infordrar yttrande från den myndighet som i sista hand har ansvaret för att hälso- och sjukvården utövas enligt "vetenskap och beprövad erfarenhet".

Ansvarsnämnden bör vidare kunna använda sig av den föreslagna förtroendenämnden för utredning om lokala förhållanden. Inte heller härom är någon uttrycklig föreskrift erforderlig.

28 §

Paragrafen innehåller huvudregeln om skriftlig handläggning i ansvarsnämnden och om förutsättningarna för muntlig förhandling. Hithörande frågor har behandlats översiktligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.6.5). Paragrafen motsvarar 9 § förvaltningsprocesslagen. Skillnaden i utformningen avses vara av endast redaktionell natur.

Kommittén har i den allmänna motiveringen framlagt skälen för att muntlig handläggning i ansvarsnämnden skall ske i form av muntlig förhandling dvs. vid ett sammanträde inför nämnden, till vilket parterna kallas. Vid en sådan förhandling kan ärendet i dess helhet behandlas. Den muntliga förhandlingen kan emellertid också, om det anses lämpligt, begränsas att avse viss fråga. Är flera svarande inblandade och föreligger det inget närmare samband mellan de fel som görs gällande mot dem, kan det vara motiverat att begränsa förhandlingen till en eller ett par av de frågor som skall prövas i ärendet.

Det beror i första hand av nämndens egen bedömning huruvida en muntlig förhandling är till fördel för utredningen. Självfallet får nämnden antagas ta hänsyn till parternas önskemål om handläggningsformen. Med avseende å rätten för enskild part att påkalla muntlig förhandling bör, såsom har framhållits i den allmänna motiveringen, skillnad göras mellan anmälare och den mot vilken åtgärd ifrågasättes. Den förres intresse att bli hörd muntligen kan inte anses väga lika tungt som den senares. Enligt gällande rätt har denne en ovillkorlig rätt att yttra sig muntligen. Med hänsyn till det jämförelsevis omständliga och kostsamma förfarande som en muntlig förhandling utgör torde det vara ofrånkomligt att något begränsa denna rätt. Den skulle eljest kunna utnyttjas ohemult i syfte att hindra eller fördröja ärendets avgörande. En begäran om muntlig förhandling av den mot vilken disciplinpåföljd eller annan i 19 § avsedd åtgärd ifrågasättes skall enligt andra stycket i paragrafen efterkommas om muntlig förhandling ej är obehövlig och ej heller särskilda skäl talar mot det. Ordalydelsen får anses ge uttryck för den restriktivitet som bör iakttas när det gäller att inte villfara önskan om muntlig förhandling av den som riskerar att ådömas disciplinärt ansvar eller få sin legitimation återkallad.

29–31 §§

Dessa paragrafer, som i huvudsak överensstämmer med 10–12 §§ förvaltningsprocesslagen, reglerar den skriftväxling som normalt ingår i handläggningen av disciplinärende och ärende om återkallelse av legitimation m. m. Till skillnad från de åsyftade bestämmelserna i förvaltningsprocesslagen upptar de nu föreslagna paragraferna ingen bestämmelse om att anhängigt ärende i händelse av uteblivet svar eller yttrande ändå kan komma att avgöras och ej heller att underrättelse om anhängiggjort ärende ej behövs, om den skulle avsevärt försvåra genomförandet av beslut i ärendet. Bestämmelser med denna innebörd synes inte fylla något behov i ärende som ansvarsnämnden har att handlägga.

I vissa fall, såsom när det av anmälan ej framgår av vem disciplinansvar

kan komma att utkrävas, får underrättelse som avses i 29 § anstå till dess nämnden införskaffat närmare utredning, t. ex. infordrat patientjournal.

Såsom framgår av 14 § förevarande lagförslag verkar underrättelse som avses i 29 § preskriptionsavbrytande.

I disciplinärende som handläggs enligt 14 kap. lagen om offentlig anställning skall, om arbetstagare begär att annan skall yttra sig i saken eller att annan utredning skall förebringas, hans begäran efterkommas, om det ej är uppenbart att utredningen saknar betydelse. Med hänsyn till föreskriften i 27 § lagförslaget att ansvarsnämnden skall tillse att ärendet blir så utrett som dess beskaffenhet kräver synes någon bestämmelse motsvarande den åsyftade inte behövas. Det ligger i sakens natur att nämnden med det ansvar för utredningens fullständighet, som den har, efterkommer parts begäran om utredning som har betydelse i ärendet.

32 §

Denna paragraf är frånsett en redaktionell ändring likalydande med 24 § förvaltningsprocesslagen.

33 §

Denna paragraf motsvarar i sak 14 kap. 2 § lagen om offentlig anställning. Genom hänvisning i 44 § socialstyrelsens instruktion gäller bestämmelsen f. n. vid handläggning av ärende i medicinalväsendets ansvarsnämnd.

34 §

Paragrafen motsvarar 14 och 15 §§ förvaltningsprocesslagen. Samtliga parter skall kallas till muntlig förhandling om sådan skall ingå i handläggningen. Ansvarsnämnden synes inte böra utrustas med annat tvångsmedel för att få enskild att personligen inställa sig än det som ligger i påföljden att hans utevaro ej utgör hinder för ärendets vidare handläggning och avgörande. Självfallet innebär påföljden ej att kravet på fullständig utredning får eftersättas.

Ersättning för resa och traktamente kan ibland vara en förutsättning för att en part skall kunna inställa sig vid muntligt förhör i ansvarsnämnden. Enligt kommitténs mening bör bestämmelserna om ersättning enligt rättshjälpslagen kompletteras med en regel som ger ansvarsnämnden möjlighet att på grundval av skälighetsöverväganden ge enskild part som inställt sig vid muntlig förhandling ersättning för resa och uppehälle.

Vad som skall förekomma vid en muntlig förhandling och hur denna i övrigt skall fortgå har lämnats oreglerat. Det bör framhållas att muntlig förhandling i ansvarsnämnden inte är offentlig liksom ej heller annat sammanträde med nämnden. Några bestämmelser om förande av protokoll vid muntlig förhandling framläggs inte. Det bör kunna överlämnas åt nämnden att själv avgöra om protokoll skall föras och vad det skall innehålla. Utsagor av betydelse för utredningen i ärendet bör med tanke på överklagande antecknas i erforderlig omfattning i protokoll eller på annat sätt.

35 §

Paragrafen motsvarar 18 § förvaltningsprocesslagen. En liknande bestämmelse finns i 15 § första stycket förvaltningslagen och skulle i och för sig gälla i ärende vid ansvarsnämnden. I syfte att handläggningsreglerna så långt möjligt skall hållas samlade i en och samma lag och då förvaltnings-

processlagens motsvarande bestämmelse är bättre anpassad till de ärenden ansvarsnämnden har att handlägga har denna bestämmelse upptagits i förslaget.

Om vissa begränsningar i rätten att ta del av det som tillförts ärendet föreskrivs i 14 § förvaltningslagen.

36 §

Paragrafen kompletterar 35 § och motsvarar 15 § tredje stycket förvaltningslagen och 19 § förvaltningsprocesslagen, vilken sistnämnda paragraf hänvisar till 43 § i samma lag. Den paragrafen överensstämmer med 14 § förvaltningslagen. I dessa paragrafer, som reglerar parts rätt till aktinsyn, hänvisas till 39 § andra stycket sekretesslagen. Dessutom anges bl. a. att om myndigheten (rätten) vägrat att lämna ut handling eller annat som tillförts ärendet (målet) skall parten på annat sätt upplysas om innehållet i materialet, i den mån det behövs för att han skall kunna ta till vara sin rätt och det kan ske utan allvarlig skada för det intresse som föranlett vägran att lämna ut materialet.

37 §

Den här upptagna hänvisningen till förvaltningslagens regler om beslutsmotivering och underrättelse om beslut samt besvärshänvisning motsvarar vad som nu enligt lagarna om behörighet att utöva läkaryrket och tandläkaryrket gäller för beslut om läkarundersökning och interimistisk återkallelse av legitimation. Den i nyss nämnda lagar upptagna hänvisningen jämväl till 15 § förvaltningslagen om tillfälle att yttra sig över vad som tillförts ärendet har inte överförts. Motivet härtill är att den legitimerade yrkesutövaren innan ansvarsnämnden fattar beslut skall ha erhållit underrättelse enligt 29 § första stycket om ej sådana skäl föreligger som anges i 29 § andra stycket.

38 §

I den allmänna motiveringen har framhållits (avsnitt 10.6.2) att ansvarsnämndens disciplinära befogenheter avser yrkesutövningen utan begränsning och att de omfattar även fel som lämpar sig bättre för prövning av arbetsgivaren än för handläggning i en central ansvarsnämnd. Den nya ansvarsnämnden har därför föreslagits få rätt att till arbetsgivaren överlämna klagomål rörande fel som kan beivras i arbetsrättslig ordning. I denna paragraf anges förutsättningarna för ett sådant överlämnande.

Disciplinärendet skall gälla arbetstagare. Det kan vara fråga om arbetstagare i allmän eller enskild tjänst. Det behöver inte vara fråga om arbetstagare som är underkastad arbetsrättsliga disciplinära regler. Överlämnas ärendet till arbetsgivaren, sker det för den åtgärd som ankommer på honom. Ansvarsnämnden har ej att befatta sig med arbetsgivarens handläggning av saken. Vid ställningstagande till fråga om överlämnande bör nämnden dock ta hänsyn till arbetsgivarens möjligheter och benägenhet att beivra saken. Det kan finnas starkare skäl för överlämnande till arbetsgivare, som enligt lag eller kollektivavtal har disciplinära befogenheter, än till annan arbetsgivare.

I den allmänna motiveringen har berörts vilka disciplinärenden som kommer i fråga att överlämnas. Det skall gälla fel som uteslutande eller över-

vägande hänför sig till det interna anställningsförhållandet. Som exempel har angivits för sen ankomst, åsidosättande av någon arbetsgivarens tjänsteföreskrift t. ex. rökningsförbud, olämpligt uppträdande mot arbetskamrater o. dyl. Fall av åsidosättande av offentligrättsliga regler för yrkesutövning torde endast undantagsvis komma i fråga. Den nu åsyftade begränsningen har i lagtexten angetts så att det skall vara uppenbart att ärendets behandling i ansvarsnämnden ej är påkallad från allmän synpunkt. En sådan omständighet som att felet vållat patient skada eller annan olägenhet av betydelse talar givetvis mot ett överlämnande och av lagtexten framgår att i sådant fall överlämnande som regel ej får ske.

Beslut om överlämnande innebär för ansvarsnämndens del ett slutligt avgörande utan sakprövning. Enligt 21 § kan sådant beslut fattas av nämndens ordförande.

Ett i ansvarsnämnden anhängiggjort disciplinärende eller ärende om återkallelse av legitimation kan vara av sådan beskaffenhet att det från allmän synpunkt är önskvärt att arbetsgivaren får kännedom om saken för vidtagande av åtgärder. Ansvarsnämnden eller, om ärendet anhängiggörs av socialstyrelsen, denna bör i sådana fall underrätta arbetsgivaren om saken. Bestämmelse härom i lag är dock knappast erforderlig.

39–44 §§

Paragraferna innehåller regler om besvärsinstans, besluts överklagbarhet, vem som äger anföra besvär och verkställighet av beslut. Paragraferna supplerar förvaltningslagens regler i ämnet och dessa regler är alltså tillämpliga i den mån annat ej följer av ifrågavarande paragrafer.

I *39 §* föreskrivs att kammarrätt är besvärsinstans vid överklagande av ansvarsnämndens beslut. Ändring av nuvarande ordning enligt vilken beslut av medicinalväsendets ansvarsnämnd överklagas i kammarrätt har ej ifrågasatts. Endast beslut som nämnden meddelar enligt förevarande lag avses. Annat beslut av nämnden t. ex. beslut om tjänstetillsättning kommer, om allmänna verksstadgan (1965:600) görs tillämplig på nämnden, att överklagas i den ordning 18 § stadgan föreskriver.

I *40 §* behandlas vem som äger föra talan mot ansvarsnämndens slutliga beslut. Besvärsrätten enligt punkterna 1 och 2 har behandlats utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.6.4), till vilken hänvisas. Bestämmelsen om socialstyrelsens rätt att anföra besvär för tillvaratagande av allmänna intressen avser rätt att föra talan mot ansvarsnämndens friande beslut eller beslut som enligt styrelsens mening innebär en alltför mild bedömning. Enbart mot nämndens motivering av beslut får styrelsen ej föra talan även om motiveringen enligt styrelsens bedömande är oriktig eller ofullständig. Besvärsrätten enligt punkt 3 motsvarar vad som gäller enligt 11 § förvaltningslagen. Denna punkt avser alltså besvärsrätt för yrkesutövare eller i förekommande fall såsom ibland vid ansökan om relegitimation, förutvarande yrkesutövare, som beslutet gäller. Har beslutet gått honom emot, är han som f. n. berättigad att anföra besvär däröver.

Paragrafens andra stycke motsvarar 16 kap. 3 § första stycket lagen om offentlig anställning. I andra stycket av nämnda paragraf föreskrivs att med anledning av talan av JO eller JK får disciplinpåföljd åläggas eller skärpas endast om det är påkallat från allmän synpunkt. Med denna bestämmelse

avsåg konstitutionsutskottet (KU 1975/76:22) att domstolen vid sin prövning i dessa fall främst skulle beakta allmänna synpunkter. Patientens intresse i disciplinförfarandet inom hälso- och sjukvården har, i vad avser besvär över ansvarsnämndens beslut i sak, föreslagits bli tillvarataget av JO eller JK. Med anledning härav har kommittén inte föreslagit någon motsvarighet till ifrågavarande bestämmelse i lagen om offentlig anställning i de fall JO eller JK för talan mot beslut om disciplinansvar beträffande hälso- och sjukvårdspersonalen.

I *41 §* behandlas vem som äger föra talan mot annat beslut av ansvarsnämnden än som avses i 40 §. Enligt de föreslagna bestämmelserna om handläggning av ärende i ansvarsnämnden kommer nämnden att kunna fatta olika sådana beslut exempelvis interimistisk återkallelse av legitimation, beslut i jävsfråga, föreläggande att inkomma med journal, utdömande av vite samt beslut om ersättning till sakkunnig eller till part som inställt sig till muntlig förhandling. Särskild bestämmelse om vem som äger överklaga sådant beslut har synts erforderlig.

42 § behandlar vilka under handläggningen meddelade beslut som får överklagas särskilt. De bestämmelser härom som återfinns i förvaltningslagen, 5 § fjärde stycket och 6 § tredje stycket, bör med hänsyn till ansvarsnämndens uppgifter och handläggningen där kompletteras. Paragrafen har sin förebild i 34 § förvaltningsprocesslagen.

43 § innehåller bestämmelser om rätt att föra talan mot socialstyrelsens beslut i anledning av ansökan om förstörande av journal. Talan får endast föras mot styrelsens beslut att icke bifalla ansökan. Något behov av att kunna föra talan mot styrelsens beslut att förstöra journal synes inte föreligga.

Vad angår talan mot socialstyrelsens beslut i ärende om utlämnande av privat förd patientjournal, 10 § lagförslaget, synes särskilda regler inte behövas. Såsom framhållits i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.9.4) blir sådan journal, när den kommer in till socialstyrelsen, allmän handling och beträffande talan mot styrelsens beslut gäller då föreskrifterna i 2 kap. tryckfrihetsförordningen om talan mot beslut i ärende om utbekommande av allmän handling. Talan mot socialstyrelsens beslut kommer alltså att föras hos kammarrätt för det fall att styrelsen avslår ansökan om utbekommande av journalen. Mot beslut att bifalla ansökan får enligt de nämnda föreskrifterna talan inte föras.

Bestämmelsen i *44 §* motsvarar och är i sak likalydande med 12 § tredje stycket lagen om behörighet att utöva läkaryrket och 13 § tredje stycket lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket.

45 §

Att JO eller JK i vissa fall – bl. a. då en yrkesutövare som ålagts disciplinpåföljd anfört besvär häröver och beslutet har tillkommit efter anmälan av JO eller JK – ensam är motpart till yrkesutövaren följer av 7 § andra stycket lagen med instruktion för justitieombudsmännen och i 7 § andra stycket lagen om justitiekanslerns tillsyn. I övriga fall då en yrkesutövare anfört besvär över ansvarsnämndens eller kammarrätts beslut har föreslagits att socialstyrelsen skall såsom part tillvarata det allmännas intressen. Behovet av att en sådan motpart till yrkesutövaren finns har framhållits av medicinalväsendets ansvarsnämnd (avsnitt 9.2). Härigenom vinnes även att so-

cialstyrelsen i dessa fall kan begära regeringsrättens prövning av ärende, vari kammarrätten undanröjt ansvarsnämndens fällande beslut eller ändrat påföljden i mildrande riktning.

Övergångsbestämmelserna

Punkt 1. Bestämmelsen i 9 § andra stycket om rätt för patient att få ta del av journal som ej är allmän handling har ansetts icke skola tillämpas på journal som upprättats före den nya lagens ikraftträdande. Det synes nämligen inte vara rimligt att tvinga någon att till enskild lämna ut journal som han fört i förvissning att sådant utlämnande inte kommer i fråga.

Punkt 2. I den nya lagen sker en utvidgning av den personkrets som är underkastad särskilt disciplinansvar. Den som före lagens ikraftträdande inte var underkastad sådant ansvar bör inte kunna åläggas disciplinansvar för fel som han har begått före nämnda tidpunkt. Detta torde följa av allmänna disciplinrättsliga regler (jfr RRK 1976 2:84) men en uttrycklig bestämmelse i ämnet har ansetts böra meddelas.

Punkt 3. De nya bestämmelserna om handläggning och avgörande av disciplinärenden och ärenden om återkallelse av legitimation bör i största möjliga utsträckning bli tillämpliga även på ärenden som blivit anhängiggjorda före den nya lagens ikraftträdande. Kommittén förutsätter att socialstyrelsen till den nya hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd överlämnar de vid ikraftträdandet i medicinalväsendets ansvarsnämnd anhängiga ärenden som är av beskaffenhet att tillhöra den nya nämndens kompetens. Särskilda regler för att den sålunda avsedda ordningen skall vinna tillämpning torde inte behövas. Däremot bör anges de undantag som är påkallade från den nya lagens regler om handläggning och avgörande. I förevarande punkt har dessa undantag angivits. Den nya lagens handläggningsregler är mera utförliga än motsvarande regler för handläggning i medicinalväsendets ansvarsnämnd. För att inte behöva företa ett ärende till förnyad handläggning enbart för uppfyllande av de nya bestämmelserna och därmed fördröja avgörandet föreslås att äldre bestämmelser skall tillämpas i fråga om ärenden som vid den nya lagens ikraftträdande är anhängiga men ännu inte slutligt avgjorda.

Punkt 4. Denna övergångsbestämmelse har behandlats i det föregående (specialmotiveringen till 6 §).

11.2 Övriga lagförslag

Förslaget till lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242)

10 a §

Förslaget om förtroendenämnder har behandlats utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.7), till vilken hänvisas. Lagbestämmelsen har utformats i överensstämmelse med paragraferna om sjukvårdsstyrelse och direktion i sjukvårdslagen. Om landstinget eller kommunen finner det lämpligt, exempelvis på grund av geografiska förhållanden eller omfattningen av den hälso- och sjukvårdande verksamheten, ges möjlighet att inrätta mer än en förtroendenämnd.

35 §

I avvaktan på nya regler om tystnadsplikt vid offentlig verksamhet har förtroendenämnd intagits vid sidan av sjukvårdsstyrelse och direktion i sjukvårdslagens tystnadspliktsbestämmelse.

Förslaget till lag om ändring i transplantationslagen (1975:190)

Vikten av att föreskrifter om underrättelseskyldighet m. m. enligt transplantationslagen fullgörs har ansetts motivera en särskild straffbestämmelse.

Bestämmelsen har utformats med straffbestämmelsen i 8 § steriliseringslagen (1975:580) som förebild. Bestämmelsen tar sikte på den som utför ingreppet för att ta organ eller annat biologiskt material enligt transplantationslagen. Om denne uppsåtligen handlar i strid med lagens bestämmelser kan han fällas till ansvar enligt förevarande paragraf. Frågan huruvida i vissa fall straff enligt bestämmelserna i 3 kap. brottsbalken om brott mot liv och hälsa i stället skall ådömas får avgöras enligt allmänna straffrättsliga konkurrensregler.

Om någon är skäligen misstänkt för brott enligt den föreslagna paragrafen skall åtalsanmälan göras enligt 10 § andra stycket förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1975:1057) med instruktion för justitieombudsmännen

Av praktiska skäl kan JO inte alltid delge befattningshavare anmaning motsvarande underrättelse enligt 29 § förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. Denna underrättelse innebär nämligen delgivning av anmälningsskrift till ansvarsnämnden och vad som hör till denna handling. I stället har JO tillagts rätt att bryta preskription genom att i anmaning (underrättelse) ange vad JO åberopar mot befattningshavaren. Härigenom blir ansvarsnämndens prövning – liksom i fall då kompletterande anmälan görs till nämnden – begränsad till vad som åberopats mot yrkesutövaren inom den i 14 § förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. angivna tvåårsperioden.

Förslaget till lag om ändring i förvaltningsprocesslagen (1971:291)

Om JO eller JK för talan om disciplinansvar enligt förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. bör liksom vid ansvarstalan inför allmän domstol något villkor inte finnas för prövningen i högsta instans.

Förslaget till lagar om ändring i lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket och i lagen (1963:251) om behörighet att utöva tandläkaryrket

Dessa ändringsförslag är en följd av kommitténs förslag angående bestämmelserna om deslegitimation m. m. I fråga om motiv hänvisas till vad som anförts som specialmotivering till 15–18 §§ och 37 § i förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:600) om offentlig anställning

Genom den föreslagna bestämmelsen öppnas möjlighet att döma till disciplinpåföljd i arbetsrättslig ordning för förseelser, som väsentligen skett i yrkesutövning under socialstyrelsens tillsyn men som inte är av beskaffenhet att skola prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, t. ex. förseelse som nämnden överlämnar enligt 38 § förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. Kommittén får hänvisa till vad som anförts i den allmänna motiveringen (10.6.2) och i specialmotiveringen till den nämnda 38 §. Uppkommer hos myndighet fråga huruvida viss förseelse är av beskaffenhet att skola prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, kan det vara lämpligt att myndigheten tar kontakt med nämnden eventuellt med socialstyrelsen i syfte att förebygga att förseelsen blir prövad av såväl myndigheten som nämnden.

Reservation och särskilda yttranden

1. Reservation *av Göran Karlsson*

Allmänt

Frågan om ansvarsnämndens ställning har under åtskilliga år varit föremål för livliga diskussioner i riksdagen och på andra håll.

Det är främst två frågor som har förekommit i debatten. Den första rör ärendenas behandling som man ansett har tagit allt för lång tid. Den andra gäller läkarförbundets kritik mot nämnden för dess ställningstaganden.

Kritiken mot dröjsmålen med ärendenas avgörande är berättigad. Orsaken till dröjsmålen är att nämndens kansliresurser varit allt för små. Om man är beredd att nu ställa erforderliga resurser till förfogande kommer också den stora ärendebalans som råder att minska eller försvinna. Tyvärr tillfredsställer emellertid knappast kommittéförslaget behovet i det avseendet.

När det gäller läkarförbundets kritik måste man hålla i minnet att förbundet har en partsställning på det sättet att det är dess medlemmar som främst drabbats av ansvarsnämndens beslut. Kritiken är enligt min mening inte sakligt motiverad, vilket framgår av ett studium av ansvarsnämndens handlingar.

I det följande tar jag upp två frågor där jag har en från kommitténs majoritet avvikande mening.

Ansvarsnämndens sammansättning

Jag instämmer i kommitténs allmänna slutsatser om att ansvarsnämnden bör förnyas. Att olika personalgrupper i fortsättningen blir representerade i nämnden är motiverat, inte minst ur personaldemokratisk synpunkt.

Jag finner det också naturligt att sjukvårdshuvudmännen blir företrädda i nämnden och att denna dessutom utökas med ytterligare en representant för det allmänna, företrädande patientintressena.

Jag beklagar att kommittén inte kunnat finna någon patientorganisation som är tillräckligt representativ för att ges möjlighet att utse ledamöter i ansvarsnämnden. Det skulle varit av värde om kommittén hade lyckats att lösa uppgiften att ge patienterna rätt att själva utse företrädare i nämnden.

I ett avseende har jag en annan uppfattning än kommitténs majoritet, som helt vill frigöra nämnden från socialstyrelsen. Det låter bestickande att ha en nämnd som är självständig gentemot socialstyrelsen. Men vad leder detta till?

Jo, att kontinuiteten, som jag anser ytterst värdefull, försvinner, att personal- och huvudmannaföreträdarna, där nämnden är delad i sin uppfattning, kan avgöra beslutet i ett ärende, att man riskerar att innehållet i begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" blir svårare att uttolka i det enskilda fallet och att den nya ordningen leder till ökad byråkrati.

Enligt min uppfattning bör nämnden få en nionde ledamot, varigenom kontinuiteten kan upprätthållas. Den nionde ledamoten bör vara lagbyråchef i socialstyrelsen.

Jag stöder min uppfattning på en flerårig verksamhet som ledamot av ansvarsnämnden. Den ligger så långt tillbaka i tiden att jag anser mig ha ett visst perspektiv på arbetet.

Min erfarenhet som nämndledamot är att den lagbyråchef som ingått i nämnden haft en mycket viktig funktion att fylla. Jag betecknar det som olyckligt om kommitténs förslag skulle genomföras.

Genom sitt arbete i lagbyrå i socialstyrelsen har han mycket goda förutsättningar att tränga in i frågorna. Han utgör genom sin sakkunskap en stor tillgång för nämnden och utgör enligt min uppfattning en betydande förstärkning för patienternas rättssäkerhet. Det sista är inte minst viktigt med hänsyn till debatten om patientinflytande och patientdemokrati.

Visserligen skall nämnden även i fortsättningen ha en person med domarerfarenhet som ordförande, men det är av stort värde att det dessutom finns juridisk sakkunskap representerad i nämnden, som till följd av sin dagliga gärning har särskild erfarenhet och insikt i sjukvårdsfrågor.

Man kan anföra att nio ledamöter i en nämnd av ansvarsnämndens karaktär är för mycket och att en arbetsduglig nämnd helst inte skall innehålla mer än fem ledamöter.

Jag kan dela den uppfattningen. Men när man nu valt att låta olika personalorganisationer och sjukvårdshuvudmännen vara representerade i nämnden och dessutom för att tillgodose patientintresset utöka det allmännas representanter med en ledamot är man uppe i åtta ledamöter.

Om man väljer en nämnd med åtta eller nio ledamöter kan därför inte vara någon avgörande fråga. Med åtta ledamöter får man ett jämnt antal ledamöter i nämnden, varvid personal- och huvudmannarepresentanterna i tvistiga frågor kan fälla avgörandet. Med nio ledamöter i nämnden enligt mitt förslag kan ingen kategori "ensam" avgöra ärendena och dessutom får man en person med stora insikter i sjukvårdslagstiftningen som representant i nämnden.

Jag förordar därför att nämndens antal bestäms till nio personer och att – utöver de ledamöter som kommittémajoriteten föreslagit – i nämnden också ingår lagbyråchef i socialstyrelsen.

Patients besvärsrätt

Jag förordar dessutom att patient tillförsäkras besvärsrätt. Patienter som är missnöjda med ansvarsnämndens beslut bör ha egen rätt att klaga i kammarrätt och regeringsrätt och inte vara beroende av JO:s eller JK:s avgörande i frågan.

Jag hänvisar i det avseendet till de riksdagsmotioner som väckts i ärendet och till de starka krav på patienternas rättssäkerhet som därvid åberopats.

2. Säryttrande av *Börje Langton* och *Kurt Roos*

Av skäl som närmare redovisas nedan har vi två experter, representerande socialstyrelsen i MAK, funnit anledning avge följande *säryttrande.*

Ansvarsnämndens sammansättning

Inledningsvis vill vi framhålla att vi ansluter oss till förslaget att åt en central ansvarsnämnd ges en fristående ställning och att i denna nämnd finns representation för personalorganisationer och arbetsgivare inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Medicinalväsendets ansvarsnämnd fungerar f. n. om inte formellt så i varje fall reellt som en fristående institution i förhållande till socialstyrelsen. Ordförande och en läkarledamot samt lekmannarepresentanterna förordnas av regeringen. Den koppling som finns till styrelsen tar sig uttryck i att styrelsens lagbyråchef ingår i nämnden, varjämte föredraganden, som också deltar i besluten, hämtas från styrelsen.

Den beskrivna organisationen kom till år 1968 och har alltså nu tillämpats i 10 år. Erfarenheterna härav är såvitt vi kan finna goda frånsett alltför långa handläggningstider beroende på resursknapphet. Härtill återkommer vi längre fram. Allmänt sett har nämnden med de begränsade resurser som stått till buds i sin nuvarande sammansättning fungerat väl och har på ett tillfredsställande sätt tillgodosett kravet på en allsidig och objektiv bedömning av de ärenden nämnden haft att handlägga. Den anknytning till socialstyrelsen som finns har därvid spelat stor roll.

En av socialstyrelsens viktigaste uppgifter är att slå vakt om patienternas rättssäkerhet och att se till att dessa meddelas adekvat vård inom en godtagbar vårdstandard. Denna uppgift utför styrelsen – förutom genom sin anvisnings- och inspektionsverksamhet – genom ansvarsnämnden och sin representation i denna nämnd. Styrelsens roll i detta avseende är av största betydelse för patienternas del. Styrelsens åtgärder inom säkerhetsområdet har i hög grad initierats av erfarenheter hämtade från ansvarsnämnden och då inte minst s. k. "Lex Maria"-ärenden.

Rådande arbetsfördelning inom socialstyrelsen mellan ansvarsnämnden och styrelsens fackbyråer innebär att fastläggandet av vad som inom den medicinska och odontologiska verksamheten betecknas som "vetenskap och beprövad erfarenhet" lagts på nämnden. Detta har visat sig vara en rationell och fruktbärande ordning, varigenom styrelsens representation i nämnden garanterat ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte och informationsflöde i båda riktningarna.

Formuleringarna i betänkandet (avsnitt 10.6.3) ger närmast intryck av att i enlighet med förslag av läkarförbundet en partssammansatt nämnd tillskapas. Ytterligare ges intryck av en nämnd, där personalintressena erhållit ett dominerande inflytande. Av nämndens föreslagna åtta ledamöter är fyra att betrakta som representanter för vårdgivarna (personal och huvudman), vars uppfattningar i ett anmälningsärende många gånger torde sammanfalla och därvid bestämma utgången i ärendet. Vid lika röstetal föreslås den mildare bedömningen gälla.

De övriga förslag kommittén framför för att stärka patientens ställning

balanserar ej bilden särskilt väl, eftersom flera av dem när det gäller ansvarsnämndens handläggningsrutiner i princip är en kodifiering av nuvarande praxis. Tillkomsten av lokala förtroendenämnder torde ej heller kompensera obalansen i föreslagen sammansättning av nämnden.

För att ändra ett bestående system, vilket såvitt visats inte medfört några olägenheter med avseende på ansvarsnämndens bedömningar i sak, måste krävas starka skäl. För att godtaga en reform måste kunna framläggas övertygande bevisning för att denna medför uppenbara fördelar i förhållande till vad som gäller. Vad utredningen anfört i denna fråga har inte gett oss anledning ändra vår inställning, nämligen att socialstyrelsen även i fortsättningen bör vara representerad i ansvarsnämnden.

Majoritetsförslaget innebär att rådande ordning bryts med ett flertal besvärande nackdelar som följd, av vilka följande kan nämnas.

1. En ansvarsnämnd enligt majoritetsförslaget där socialstyrelsens representation är slopad ger till resultat en snedvridning av nämndens sammansättning till förmån för personal- och huvudmannaintressena. Detta är ur patientsynpunkt otillfredsställande och torde minska allmänhetens (patienternas) förtroende för nämnden.
2. En sådan nämnd försvårar uppgiften att fastställa vad som objektivt sett är "vetenskap och beprövad erfarenhet".
3. Socialstyrelsens arbete med att utreda och uttala sig i frågor rörande "vetenskap och beprövad erfarenhet" kommer i hög grad att öka.
4. Nämndens domslut kan i de fall dessa ej uppfattas stå i samklang med gällande anvisningar leda till att osäkerhet på fältet uppstår om vad som kan anses vara "vetenskap och beprövad erfarenhet". Härigenom uppstår säkerhetsrisker.
5. Socialstyrelsens tillsynsverksamhet försvåras.
6. Genom förslaget att socialstyrelsen skall kunna överklaga nämndens beslut till kammarrätten ges styrelsen en åklagarfunktion mot sjukvårdspersonalen, vilket torde leda till icke önskvärda motsatsförhållanden. Ur denna synpunkt hade det varit bättre att ge anmälande part reell överklagningsrätt.
7. Den nuvarande verksamheten vid ansvarsnämnden präglas av intimt och formlöst samarbete med socialstyrelsen. Värdet härav kan inte överskattas. Det ger möjligheter att på ett enkelt, smidigt och snabbt sätt erhålla sakkunnig information och medverkan i utredningsarbetet, vars syfte är att klarlägga saken för att så långt sig göra låter säkerställa ett rättvist avgörande i ansvarsnämnden. Majoritetsförslaget innebär på denna punkt allvarliga olägenheter. Det smidiga och enkla samarbetsförfarandet med socialstyrelsen försvåras och ersätts av ökad byråkrati, som innebär en tillkrånglad och omständlig processordning och som kräver både längre tid och mera resurser.
8. Nuvarande möjlighet för ansvarsnämndens kansli att i ett anmälningsärende göra en total utredning rörande samtliga oklara omständigheter oberoende av yrkanden av anmälande part försvåras eller omöjliggörs med det föreslagna systemet. Enligt förslaget skall den principen gälla att det blir patientens yrkanden som uppdrar riktlinjerna för nämndprövningen. Under utredningens gång uppkomna misstänkta fel eller för-

summelser som berör t. ex. annan personal kan inte prövas med mindre förhållandet anmäls till socialstyrelsen och styrelsen verkställer erforderlig utredning och för talan hos nämnden. Detta innebär ett omständligt och resurskrävande förfarande som i varje fall inte gagnar allmänhetens (patienternas) intressen.

Enligt vår mening bör socialstyrelsen vara företrädd också i en reorganiserad nämnd som den föreslagna. Därmed skulle ovan redovisade nackdelar enligt vår uppfattning om majoritetsförslaget i hög grad reduceras. Utöver föreslagna åtta ledamöter bör således socialstyrelsens lagbyråchef ingå i nämnden. Eventuellt bör också föredraganden såsom f. n. ingå i nämnden varvid bör ske en minskning av föreslagna tre representanter för det allmänna till två. Totalt föreslås således nio ledamöter i nämnden. Våra skäl för socialstyrelsens representation i nämnden kan sammanfattas på följande sätt.

1. Socialstyrelsens uppgift att tillgodose också patientintresset ger en bättre balans i nämndens sammansättning. Därmed ökas patienternas förtroende för nämnden.
2. Socialstyrelsen har en omfattande kännedom om hälso- och sjukvårdsverksamheten i landet i dess helhet. Denna kännedom bör tillföras nämnden på ett smidigt och direkt sätt.
3. Socialstyrelsen har stor kunskap om regelsystemet inom hälso- och sjukvårdssektorn. Denna bör likaledes tillföras nämnden på ett smidigt och direkt sätt.
4. För socialstyrelsens individuella tillsynsverksamhet är ett direkt engagemang i ansvarsnämnden av stor betydelse.
5. För utveckling av normverksamheten särskilt med avseende på "vetenskap och beprövad erfarenhet" är medverkan i ansvarsnämnden likaså av stor betydelse.
6. Fri tillgång till ansvarsnämndens material och direkt engagemang i nämnden ökar på ett smidigt och enkelt sätt styrelsens kunskaper om vad som pågår på fältet samtidigt som behov av nya eller reviderade anvisningar tidigt kan uppmärksammas.
7. Socialstyrelsen kan genom medverkan i nämnden bevaka att godtagbar vårdstandard upprätthålls.
8. Handläggningsgången förenklas och resursåtgången blir mindre.

Anmälningsskyldighet enligt "Lex Maria"

Inom kommittén har nuvarande anmälningsskyldighet enligt 10 § sjukvårdskungörelsen ("Lex Maria") varit föremål för stor uppmärksamhet. Bakgrunden till denna författningsbestämmelse var en förväxlingsolycka som inträffade på Maria sjukhus i Stockholm i augusti 1936. Fyra personer avled efter att ha erhållit injektioner av kvicksilveroxicyanid i stället för etocain. När förväxlingen upptäcktes, underrättades medicinalstyrelsen och Stockholms stads sjukhusdirektion omedelbart men polismyndigheten först fyra dagar senare. Polisen lyckades inte klarlägga hur förväxlingen uppkommit. Denna händelse föranledde tillkomsten av "Lex Maria".

Det väsentligt nya i bestämmelsen var att "onormala" händelseförlopp i vården skulle bli föremål för opartisk utredning och granskning. Rege-

ringsrätten har i ett uppmärksammat mål anslutit sig till denna uppfattning (RÅ 1972:S 150). Socialstyrelsen betraktar för sin del anmälningsskyldigheten som en väsentlig säkerhetsfaktor för såväl patienter som personal. Som tidigare framhållits har en rad säkerhetshöjande åtgärder vidtagits som en följd av s. k. Lex-Maria-anmälningar. Även för personalen är tillgång till opartiskt utredningsinstitut av stort värde vid ogrundade misstankar/beskyllningar. Nuvarande författningsbestämmelse är utan tvekan i stort behov av översyn. Obligatorisk polisanmälan bör således utgå och författningstexten bör vidare utformas så att det tydligare framgår när anmälningsskyldighet föreligger.

Slutresultatet av kommitténs överväganden i denna fråga har fått en mycket undanskymd plats i specialmotiveringen 11.1 till "Förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl." paragraf 7. Enligt vår mening borde kommittén mer utförligt ha behandlat denna viktiga fråga i huvudbetänkandet och överlämnat den till HSU med förslag om i lag bibehållen anmälningsskyldighet vid onormala händelser/förlopp i patientvården. Därigenom skulle kommittén kunnat markera starkare intresse för att säkerhetsfrågorna både ur patienternas och personalens synpunkt får tillräcklig uppmärksamhet i pågående sjukvårdslagstiftningsarbete.

Besvärsrätt för patient

Någon självständig besvärsrätt föreslås patienterna inte erhålla enligt utredningsförslaget. De skäl som andragits mot att tillerkänna patienter en sådan rätt har inte övertygat oss om att inte så bör ske. Trots patientförsäkringen kan det i vissa fall framstå som ett starkt och berättigat intresse för en patient att få till stånd en överprövning av ett friande beslut i ansvarsnämnden. I dessa fall bör patientens rätt inte vara beroende av uppfattningen hos JO/JK. Vi förordar alltså att besvärsreglerna utformas så, att patient ges en självständig besvärsrätt.

Resursförstärkning

Kritik har framförts mot ansvarsnämnden för de långa handläggningstiderna. Denna kritik saknar inte fog och har samband med bristande resurser framför allt vid ansvarsnämndens kansli, vars uppgifter f. n. kan skötas endast tack vare betydande övertidstjänstgöring inom kansliet och omfattande arbetsinsatser av jurister utanför socialstyrelsen. En förutsättning för att nedbringa handläggningstiderna är en såväl kvalitativ som kvantitativ upprustning av kansliet. Betydligt fler tjänster måste tillföras kansliet. Av vikt är därvid att tjänsterna placeras i lönegrader som kan locka kvalificerade sökande. I åtskilliga ärenden skulle säkerligen handläggningstiden radikalt kunna nedbringas om socialstyrelsen getts bättre resurser att göra utredningar på platsen. I många av dessa fall skulle dessa platsbesök kunnat verkställas genom nämndens kansli och föredraganden. En sådan ordning skulle dessutom öka möjligheterna att få fram tillfredsställande utredning på ett tidigt stadium och införskaffa relevant information av betydelse för nämndens ställningstagande. Därigenom tillgodoses rättssäkerhetsintresset bättre. Men både per-

sonalen och patienterna har också intresse av att få ett snabbt avgörande till stånd. Det är inte rimligt att som f. n. dessa skall i månader och kanske år – mediantiden är ca 11 månader – få i ovisshet vänta på ett slutligt avgörande. Detta händer inte sällan i uppmärksammade anmälningsärenden och där personalen utsätts för stor psykisk press under utredningens gång. Det sagda gäller självfallet också ofta patienter eller anhöriga till patienter.

Även om kommittén påtalat vikten av att erforderliga resurser ställs till nämndens förfogande kvarstår enligt vår mening behovet av en noggrann analys av resursåtgången för ansvarsnämndsverksamheten givetvis med beaktande av nuvarande resursbrister avhjälps. Mot bakgrund härav borde kommittén ha beskrivit vilka resurser som skulle ställas till nämndens förfogande direkt och hur mycket som skulle ställas till förfogande av socialstyrelsen med föreslagen processordning. Kravet på bl. a. en ordentlig upprustning av nämndkansliet tillgodoses således inte genom utredningsförslaget.

Kommittén borde vidare ha gjort en analys av den ökade resursåtgång som uppstår inom socialstyrelsen som en följd av kommitténs förslag om inhämtande av yttrande över vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet, ökade utredningsinsatser för socialstyrelsen innan ärende kan överlämnas till ansvarsnämnden samt överklagande genom socialstyrelsen över beslut i ansvarsnämnden och kammarrätten. Efterfrågad analys borde utmynnat i en beskrivning vilken resursförstärkning som borde tillföras socialstyrelsen för att fullgöra de uppgifter som följer av kommitténs förslag.

3. Särskilt yttrande av *Uncas Serner*

Jag anser inte att utformningen av förslaget till lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. är tillfredsställande i följande avseenden:

1 Avgränsningen av gruppen hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal anges i lagförslaget med utgångspunkt från institutioner, i första hand sjukhus och i andra hand inrättningar.

Det är emellertid en allmänt omfattad mening att hälso- och sjukvårdens organisation bör inriktas på vårdformer som skall decentraliseras i så stor utsträckning och vara så litet institutionaliserade som möjligt.

Hälso- och sjukvårdsutredningens direktiv pekar på att sjukvårdspolitiken i allt högre grad har inriktats på att få till stånd en ändrad struktur på den svenska sjukvården. Därvid har bl. a. den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhus ställts i förgrunden även om lagstiftningen fortfarande har sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten.

Även oavsett utformningen av den framtida hälso- och sjukvårdslagstiftningen måste man räkna med att vårdorganisationens utveckling fortsätter i riktning mot ökad decentralisering samt öppnare och allt mindre institutionaliserade arbetsformer. Detta torde t. ex. komma att i ökande omfattning gälla uppsökande förebyggande verksamhet i form av hälsokontrollundersökningar och liknande.

Vid sidan av den nu anförda principiella invändningen mot den föreslagna konstruktionen kan också invändas att delar av den offentliganställda vård-

personalen med förslagets utformning skulle kunna komma att omfattas av lagen först genom tillämpning av 1 § p. 2, vilken huvudsakligen avser yrkesutövare i privat bedriven verksamhet. Detta är inte tillfredsställande.

Mot denna bakgrund bör den föreslagna lagens avgränsning av gruppen hälso- och sjukvårdspersonal inte utgå från om dess arbete är anknutet till sjukhus eller inrättning som drivs av det allmänna. Den bör avse all undersökning och behandling av vårdsökande som sker inom det allmännas hälso- och sjukvårdsorganisation. Detta skulle också utesluta t. ex. städ- och reparationspersonal från entreprenadfirmor ifrån vårdpersonalbegreppet, till skillnad från utredningsförslaget.

2 Den vårdsökandes ställning

Den föreslagna 5 § talar om att "ge patienten vård, . . . ge tillfälle att medverka, . . . behandla patienten . . .". Den föreskriver vidare att "den som har ansvaret för vården skall . . . . tillse att patienten underrättas om (sitt) hälsotillstånd".

Kommitténs förslag siktar till förändringar i bl. a. synen på patienten i sjukvården. Jag tror inte att sakkunniga och övriga experter har annan mening än jag beträffande det önskvärda i att man eftersträvar att de vårdsökande får möjlighet att medverka aktivt i vården.

Jag menar dock att uppmärksamheten på hithörande frågor är så stor att det måste läggas stor vikt vid utformningen av de regler om vilka kommittén lägger fram förslag, så att också dess ordval ger alldeles klart uttryck för de mål som åsyftas.

De vårdsökandes ställning har behandlats i rapporten Patienten i sjukvården – kontakt och information (SOU 1977:66), vars synpunkter medicinalansvarskommittén i allt väsentligt ställt sig bakom. Där anförs att patienten självfallet bör ta del i diskussioner om vård och behandling och att information till och från patienten då måste ingå som en integrerad del av vårdarbetet.

Den vårdsökande bör därvid inte i det föreslagna lagrummet beskrivas som enbart en mottagare av vård, vilken behandlas och ges tillfälle till medverkan. Inte heller bör informationen beskrivas som att den för vården särskilt ansvarige tillser att patienten underrättas. Det kan visserligen ibland vara så att patienten inte är fysiskt eller psykiskt förmögen att ta emot och använda informationen. Det viktiga – och enda – lagrum i förslaget där den vårdsökandes ställning och medverkan behandlas bör emellertid utgå från grundsynen att denne aktivt medverkar i arbetet, närmast som en medlem i ett vårdlag. Det bör därför uttryckligen anges att all personal skall samarbeta med den vårdsökande, i öppenhet och med respekt och förståelse.

När det gäller den närmare utformningen av lagrummet kan erinras om socialutredningens förslag till socialtjänstlag. Där anges att insatserna för den enskilde skall "utformas och genomföras tillsammans med honom".

Det nu diskuterade avsnittet av lagstiftningen om personalens åligganden bör vidare inte beskrivas som en grundläggande reglering av patientens rätt. Det blir aktuellt först om såväl vårdhuvudmäns och vårdgivares som vårdsökandes skyldigheter och rättigheter regleras mera övergripande.

Bilaga 1 Hälso- och sjukvården i översikt

1:1 Översikt av organisationen för hälso-, sjuk- och socialvården

SOCIALDEPARTEMENTET
SOCIALSTYRELSEN

Med Socialstyrelsen sidoordnade serviceorgan

Statens bakteriologiska laboratorium
Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader
Nämnden för internationella hälso- och socialvårdsärenden (NIH)
Apoteksbolaget AB
Handikappinstitutet

Beslutande nämnder:

Rättsläkarråd (3 sektioner)
Socialpsykiatrisk nämnd
Psykiatrisk nämnd
Medicinalväsendets ansvarsnämnd
Läkemedelsnämnd
Specialistbehörighetsnämnden för tandläkare
Nämnden för utländsk medicinalpersonal (3 sektioner)
Nämnden för hälsoupplysning

Avd HB: Social barna- och ungdomsvård samt tandvård

HB 2: Social barna- och ungdomsvård
HB 3: Tandvård

Avd SN: Hälsovård, akutsjukvård, nykterhetsvård m m

SN 1: Omgivningshygien, hälsovård och kroppssjukvård utanför sjukhus m m
SN 2: Sluten kroppssjukvård
SN 3: Psykiatrisk sjukvård
SN 4: Nykterhetsvård, narkomanvård
SN 5: Alkoholbyrån
SN-h: Nämnden för hälsoupplysning

Avd LÅ: Långtidsvård, åldringsvård m m

LÅ 1: Långtidssjukvård, rehabilitering, handikappvård
LÅ 2: Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda
LÅ 4: Åldringsvård, socialhjälp m m

Avd PB: Planerings- och beredskapsavdelningen

PB 1: Personal- och utbildningsplanering
PB 2: Allmän vårdplanering
PB 3: Statistik
PB 4: Beredskapsplanering m m
PB 5: Krigssjukvårdsutbildning, krigsplacering

Avd L: Läkemedelsavdelningen

L 1: Byrån för allmänna läkemedelsärenden
L 2: Registreringsbyrån

Läkemedelslaboratoriet:

L 3: Farmacevtiska enheten
L 4: Farmakologiska enheten
L 5: Farmakoterapevtiska enheten
L 6: Enheten för läkemedelsprövning

Avd A: Administrativa avdelningen

A 1: Juridiska ärenden
A 2: Juridiska ärenden
A 3: Kansli- och personalärenden m m
A 4: Ekonomiska och kamerala ärenden m m
A 5: Information

Sidoordnade myndigheter med administrativa uppgifter

1. Myndigheter med enbart hälso-, sjuk- och socialvårdande uppgifter:
Karolinska sjukhusets direktion
Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)
Försvarets sjukvårdsstyrelse
Nämnden för läkares vidareutbildning
Statens strålskyddsinstitut
Arbetarskyddsstyrelsen

2. Övriga myndigheter med hälso-, sjuk- och socialvårdande uppgifter:
Riksförsäkringsverket
Försäkringsdomstolen
Kriminalvårdsstyrelsen
Skolöverstyrelsen
Civilförsvarsstyrelsen
Kommerskollegium
Sjöfartsverket
Luftfartsverket
Statens naturvårdsverk
Statens livsmedelsverk
Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande

Rådgivande organ:

Vetenskapliga rådet
Beredskapsrådet
Hjälpmedelsrådet
Läkemedelsbiverkningskommittén

Socialstyrelsen är:

chefsmyndighet för	statens rättskemiska laboratorium statens rättsläkarstationer statens rättspsykiatriska kliniker och stationer länsläkarväsendet
central myndighet för	ungdomsvårdsskolorna (och de i samband med verksamheten vid nämnda skolor upprättade särskilda inackorderingshemmen) allmänna och statsunderstödda enskilda vårdanstalter för alkoholmissbrukare (i den mån sådan anstalt ej lyder under annan statlig myndighet)
tillsynsmyndighet för	länsnykterhetsnämnderna
Styrelsen har inseende över	statens socialkonsulenter Styrelsen leder den forskning och utbildning i öppen hälso- och sjukvård som bedrives vid läkarstationen i Dalby

Lokala självstyrande organ (under socialstyrelsens överinseende):

Landstings (kommuners utom landsting) sjukvårdsstyrelser

Styrelser för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda

Primärkommuners hälsovårdsnämnder, sociala centralnämnder, barnavårdsnämnder och nykterhetsnämnder

Enskilda sjukhus och andra enskilda organ

Hälsovårdsförbund (med hälsovårdskonsulenter)

1:2 Översikt över huvudmannaskap inom hälso- och sjukvård

A. Staten	B. Landstingen	C. De tre landstingsfria kommunerna
a) Länsläkarorganisationen (motsvaras av stadsläkare i landstingsfria kommuner) b) Två undervisningssjukhus: karolinska sjukhuset och akademiska sjukhuset c) Riksförsäkringsverkets sjukhus (Nynäshamn, Tranås, Åre), vilka dock formellt drivs av en privat organisation d) Kriminalvårdens och försvarets sjukvård	a) Sjukhusvård – inkl. öppen vård vid sjukhus – i allmänhet (lasarett, sjukstugor, sjukhem för långvarigt kroppssjuka, sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, inrättningar för psykiskt utvecklingsstörda, konvalescenthem) b) Distriktsläkarvård c) Distriktsvård (distriktssköterskorna) d) Förlossningsvård e) Mödra- och barnhälsovård f) Abortförebyggande verksamhet g) Familjerådgivning h) Tuberkulosdispensärer i) Psykisk barna- och ungdomsvård j) Folktandvård k) Sjuktransportväsendet	a) Samma vårdgrenar som landstingen b) Hälsovårdsnämnder c) Fristående polikliniker d) Stadssjuksköterskor e) Skolhälsovård

D. Övriga primärkommuner	E. Föreningar, stiftelser o. d. i vars styrelser det allmänna är representerat	F. Privata personer eller företag
a) Hälsovårdsnämnder b) Stadsläkare (kan förekomma i kommuner med minst 15 000 och skall finnas i kommuner med minst 40 000 invånare) c) Sjukhem för långvarigt kroppssjuka d) Skoltandvård (i några kommuner) e) Skolhälsovård	Vissa specialsjukhus av lasarettskaraktär: Barnsjukhus Reumatikersjukhus Kustsanatorier	a) Enskilda yrkesutövare, läkarhus m. m. b) Enskilda vårdhem av sjukhemskaraktär c) Inrättningar för psykiskt utvecklingsstörda

1:3 Översikt över den slutna vården (1975)

	Antal sjukhus	Huvudman				
		Staten	Landsting o. motsv.	Övriga kommuner	Vissa fonder, stift.	Privata företag
Lasarett	156	5[a]	140	–	5[a]	6[a]
Sjukhem	565	–	335	23	–	207
Specialsjukhus och vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda	159	–	118	–	–	41
Totalt antal	880	5	593	23	5	254

[a] Bland lasaretten har inräknats kustsanatoriet Apelviken, riksförsäkringsverkets sjukhus (redovisas som statliga), reumatikersjukhus samt vissa större vårdhem (bl. a. Betaniastiftelsens sjukhus, Ersta sjukhus, Röda korsets sjukhus, Sophiahemmet, Björnbo sjukhus och Carlanderska sjukhemmet).

1:4 Översikt över den av det allmänna drivna öppna vården (1975)

Organ för öppen hälso- och sjukvård	Vårdform	Antal organ
Distriktsläkarna	Allmänläkarvård	Ca 700 läkarstationer
Distriktsvård	Hälso- och sjukvård i allmänhet	2 050 distriktssköterskedistrikt
Öppen vård vid sjukhus	–"–	Ca 200 kroppssjukhus
Polikliniker i Stockholm och Göteborg	–"–	11 polikliniker
Distriktsbarnmorskorna	Mödrahälsovård	Ca 300 barnmorskeområden
Mödra- och barnavårdcentraler	Mödra-och barnhälsovård	1 993 centraler
TBC-dispensärer	Lungsjukvård	46 dispensärer
Polikliniker för könssjukvård	Vård av veneriska sjukdomar	30 polikliniker
Byråer för sexualrådgivning	Abortförebyggande m. m.	31 byråer
Karantänsväsendet	Förebyggande infektionsvård	10 karantänsstationer
Hjälpverksamhet och familjevård knutna till lasarett för psykiatrisk vård	Psykisk hälso- och sjukvård	17 sjukhus
Centraler för psykisk barn- och ungdomsvård	Barn- och ungdomspsykiatri	53 centraler
Folktandvård	Tandvård	1 127 tandpolikliniker

Bilaga 2 Hälso- och sjukvårdens personal[1]

2:1 Medicinalpersonalen

Uppgifterna är, där annat ej sägs, hämtade ur socialstyrelsens officiella statistiska material. Den officiella statistiken omfattar emellertid inte apotekare och övrig apotekspersonal och inte heller optiker, kuratorer, vårdare- och skötargrupperna inom psykiska vården, tandsköterskor, hälsovårdsinspektörer eller desinsektörer. Sammanställningar över övriga grupper sker årsvis för varje personalgrupp för sig. För fullständighetens skull har ungefärliga siffror beträffande de åtta grupper som inte omfattas av den officiella statistiken inhämtats under hand från socialstyrelsens statistikbyrå.

Läkare

Totala antalet *legitimerade läkare* var den 31 december 1976 15 494.

I mars 1977 genomfördes undersökningen LATT –77 – läkarnas arbetstider och tjänster – i samarbete mellan läkarförbundet och socialstyrelsen. I undersökningen deltog samtliga legitimerade läkare under 70 år. Av nedanstående tabell framgår läkarnas fördelning på olika verksamheter.

[1] Siffermaterialet syftar till att ge en allmän bild av omfattningen av personal inom hälso- och sjukvård och av fördelningen på olika yrkeskategorier och verksamhetsområden.

Tabell 1

Inom hälso- och sjukvård vid sjukhus, vårdcentraler (motsv.)	10 507
Företagshälsovård	599
Privat praktik	848
Enbart forskning/undervisning	206
Övrigt[a]	476
Annan verksamhet	77
Ej yrkesverksamma	249
Totalt	12 962

[a] I denna grupp ingår läkare verksamma inom omsorgsverksamhet, rättsmedicin, rättspsykiatri, arbetsvård, förbandssjukvård, kriminalvård, vid enskilt sjukhus, inom administration och övrigt.
Enkäten besvarades inte av 645 leg. läkare.

Tandläkare, sjukgymnaster och tandtekniker

Tabell 2

Yrkesgrupp[a]	Offentlig verksamhet	Privat verksamhet		Både offentlig och privat verksamhet	Ej yrkesverksamma	Totalt
		Priv. anst.	Priv. eg företag			
Tandläkare	2 997	3 718		458	1 553	8 947
Sjukgymnaster	2 644	561		534	1 948	5 687
Tandtekniker	457	632	592	36	212	1 929

[a] Siffrorna avser 1976-12-31.

Sköterskor och assistenter

Tabell 3

Yrkesgrupp[a]	Nyexaminerade 1976	Antal som besvarat årlig anmälan[b]	Yrkesverksamma	Ej yrkesverksamma	Totalt
Leg. sjuksköt.	2 874	61 934	47 761	14 263	64 808
Varav sjuksköterskebarnmorskor[c]			2 505	766	3 271
Leg. barnmorskor	3	757	537	220	760
Medicinskt-tekniska assistenter	173	2 588	2 020	568	2 761
Undersköterskor	4 162	23 317	15 008	8 309	27 479

[a] Siffrorna avser 1976–12–31

[b] En enkät där man bl. a. besvarar frågan om man är yrkesverksam/ej yrkesverksam. Enkäten besvaras årligen dock ej det år man registreras som medicinalpersonal.

[c] Sjuksköterskebarnmorskor är sjuksköterskor som är vidareutbildade inom obstetrik och gynekologi. Därför kan ingen siffra för nyexaminerade sjuksköterskebarnmorskor år 1976 anges.

Övriga

Tabell 4

Apotekare	ca 1 200 (1976)
Receptarier	ca 3 400 (1976)
Leg. optiker	1 049 (1976-12-31)
Kuratorer	ca 1 030 (1976)
Vårdare/skötare	16 790 (1973-12-31)
Tandsköterskor	12 119 (1975)
Hälsovårdsinspektörer	ca 1 100 (1976)
Desinsektörer	ca 425 (1977)

2:2 Hälso- och sjukvårdspersonal i allmän tjänst

För landstingens del har siffrorna erhållits från landstingsförbundet. Vad gäller de landstingsfria kommunerna har uppgifterna tagits ur kommunförbundets publikation "Kommunal personal 1975". Redovisningarna avser förhållandena per den 1 mars åren 1977 resp. 1975. Siffrorna för akademiska och karolinska sjukhusen avser antal tjänster budgetåret 1977/78. Detta innebär, bl. a. på grund av deltidstjänstgöring, att antalet faktiskt verksamma personer är icke obetydligt större än de siffror som återges för dessa sjukhus.

Landstingsanställda

	Antal	Procent
Totalt	293 476	
Hälso- och sjukvård	252 008	85,9
Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda	21 578	7,3
Övriga verksamheter	19 890	6,8

1. Sjukvårdspersonal	*183 215*	Vårdpersonal	120 115
Läkare	10 130	därav sjukvårdsbiträden	80 390
därav distriktsläkare	1 174	undersköterskor	13 759
Administrativ sjuksköterskepersonal	1 281	skötare, ospec.	19 263
Avdelningsföreståndare	7 744	Övriga	311
Sjuksköterskor/barnmorskor/assistenter	34 761	*2. Tandvårdspersonal*	*10 263*
därav distriktssköterskor	2 891	därav tandläkare	3 052
Arbetsterapeuter	1 870	tandtekniker	485
Sjukhusfotografer	48	tandhygienister /sköterskor	5 872
Hörselvårdskonsulenter	21	övriga	827
Hörselvårdsassistenter	275		
Laboratorieingenjörer	253		
Logopeder	118	*3. Undervisningspersonal*	*2 755*
Logopedassistenter	25		
Sjukgymnaster	2 513	*4. Social personal*	*24 159*
Sjukhusfysiker	40		
Annan sjukvårdspersonal (ex. optiker, dialystekniker, chefsapotekare, afasipedagoger, kemister, badmästare osv.)	395	*5. Förvaltningspersonal*	*25 659*
		därav läkarsekreterare	4 275
		kontorister	10 678
Medicinskt-teknisk personal (ex. laboratoriebiträden, röntgenbiträden, audiometriser)	3 310	*6. Ekonomipersonal*	*47 425*
		därav ambulansförare	676
		vaktmästare	ca 4 300

Kommunalt anställda

Totalt inom hälso- och sjukvård	29 142	sjukgymnaster	423
varav på sjukhus	20 575	sjuksköterskor	6 898
på fristående poliklinik	2 075	stadsläkare	14
i folktandvården	1 120	övriga läkare ca	2 400
		tandläkare	412
därav arbetsterapeuter	551	tandsköterskor m. fl.	595
ekonomiföreståndare	144	tandtekniker	51
hälsovårdspersonal	672	sjukvårdsbiträden	6 755
hörselvårdsassistenter	33	skötare	2 276
kuratorer	968	undersköterskor	2 024
psykologer/skolpsykologer	690		

Antal tjänster vid statliga sjukhus

Karolinska sjukhuset		*Akademiska sjukhuset*	
Antal tjänster totalt	4 249	Antal tjänster totalt	3 808
därav läkare	397	därav läkare	204
avdelningsföreståndare	373	sjuksköterskor (inkl. barnmorskor)	673
sjuksköterskor	304	undersköterskor	414
barnmorskor	7	sjukvårdsbiträden	745
undersköterskor	381	sjukgymnaster	48
sjukvårdsbiträden	750	arbetsterapeuter	20
sjukgymnaster	43	barnsköterskor	141
arbetsterapeuter	14	sjukhusfysiker	4
barnsköterskor	227		
ekonomibiträden	375		
kontorsbiträden	162		
kanslibiträden	100		

Bilaga 3 Uppgifter avseende medicinalväsendets ansvarsnämnd

3:1 Beräknade kostnader för medicinalväsendets ansvarsnämnd enligt uppgifter från socialstyrelsen december 1977

Kostnaderna som är ungefärliga omfattar inte lokalkostnader. Underlaget är beräknat med 39 % lönekostnadspåslag och i 1977 års löner	(Kr.)	
A. Lönekostnader för tjänstemän vid ansvarsnämndens kansli (en avdelningsdirektör, en byrådirektör, en förste byråsekreterare, två byråsekreterare, en halvtidstjänstgörande arvodesanställd, en assistent, tre kansliskrivare och två kontorister)		1 275 000:–
B. Arvoden samt beräknade kostnader för medverkan i nämndens arbete av tjänstemän inom socialstyrelsen, till vilka ej utgår särskilt arvode för denna medverkan.		
1. Arvoden till de av regeringen särskilt utsedda ledamöterna i nämnden.	160 000:–	
2. Beräknad kostnad för lagbyråchefs medverkan i nämndarbetet (72 persondagar i F 25)	60 000:–	
3. Föredragande m. fl. inom styrelsens avdelning för hälsovård, akutsjukvård och nykterhetsvård (SN).	520 000:–	
4. Föredragande läkare m. fl. inom styrelsens övriga avdelningar.	30 000:–	
5. Arvoden till utomstående experter (vetenskapliga råd m. fl.) och skribenter av förslag till beslut.	350 000:–	1 120 000:–
C. Övriga kostnader		
1. Resekostnader	34 000:–	
2. Expenser	30 000:–	64 000:–
Summa beräknade kostnader		2 459 000:–

3:2 Ansvarsnämndens egen redovisning av sin verksamhet under 1976

Till ansvarsnämnden har under 1976 inkommit 713 ärenden, varjämte från 1975 balanserats 656.

Nämnden har under 1976 sammanträtt 46 gånger och därvid avgjort 636 ärenden. Vidare har nämnden prövat 30 skrivelser i tidigare avgjorda ärenden.

På nämndens kansli har handlagts 188 ärenden.

Till 1977 har balanserats 545 ärenden.

Till belysande av nämndens verksamhet överlämnas bifogade tablåer.

Stockholm i socialstyrelsen den 6 juni 1977

G Eurenius

I Ansvarsärenden

Avseende	Antal handlagda ärenden	Nämndens beslut				
		Återkallande av legitimation	Anmälan till åklagarmyndighet	Varning	Erinran	Ingen åtgärd
Läkare	485			20	27	445
Tandläkare	42	1		10	3	29
Sjuksköterskor	12 (31)	1	1	6	5	4
Sjukgymnaster	1 (2)					1
Optiker	3					3
Undersköterskor	1					1
Barnmorskor	(1)					
Farmacevter	1			1		
Summa	545(+34)=579	2	1	37	35	483

( ) anger att prövningen av ärende som i tablån inräknats i antalet läkarärenden även omfattat person (-er) tillhörande den kategori till vilken parentesen hänför sig.

II Behörighetsärenden

Avseende	Legitimation			
	Återkallande p. g. a.		Återgivande av	Avslag på ansökan om återfående av
	Sjukdom	Brott		
Läkare	3*		1	
Tandläkare	1		1	
Sjuksköterskor	2	1	2	
Summa	6	1	4	

* I ett ärende har genom delbeslut legitimationen återkallats i avvaktan på resultatet av läkarundersökning.

Avseende	Receptutskrivningsrätt					
	Inskränkning i		Återgivande av		Avslag på ansökan om återfående av	
	Sprit	Nark.	Sprit	Nark.	Sprit	Nark.
Läkare		3*				
Tandläkare	1					
Summa	1	3				

* I ett ansvarsärende, där läkare tilldelades varning begränsades även rätten att utfärda recept.

III Avgivna yttranden

Avseende	Yttrande till							
	Åklagarmyndighet	Polismyndighet	JO	Socialdepartementet	Rättshjälpsnämnd	Andra myndigheter	Domstol	Kammarrätt
Läkare	20	5	1	2		2	2	16
Optiker								2
Tandläkare								2
Sjuksköterskor	4 (9)					2		2
Ombudskostnadsräkningar m. m.			1		14			
Summa	24 (9)	5	2	2	14	4	2	22

( ) anger att prövningen omfattat även sjuksköterska i ärende som i övrigt gällt läkare.

IV Viten

Avseende	Föreläggande av	Utdömande av
Läkare	1	
Tandläkare	8	3
Summa	9	3

188 ärenden har handlagts på ansvarsnämndens kansli. Som exempel härpå kan nämnas ärenden där preskription inträtt, domar angående medicinalpersonal, skrivelser som överlämnats till fackbyrå inom socialstyrelsen eller annan myndighet.

Under 1976 har nämnden till kammarrätten i Stockholm avgett 22 yttranden i anledning av besvär över 20 av nämndens beslut. Besvären har i nio ärenden ej lett till ändring av det överklagade beslutet. I sex ärenden rörande disciplinär påföljd och ett ärende angående återkallande av legitimation har kammarrätten upphävt nämndens beslut. 4 ärenden är fortfarande beroende av kammarrättens prövning.

3:3 Sammanställning av uppgifter om medicinalstyrelsens disciplinnämnds och medicinalväsendets ansvarsnämnds verksamhet åren 1947–1976

	–47 fr 1/7	–48	–49	–50	–51	–52	–53	–54	–55	–56	–57	–58	–59	–60	–61
1. Under året inkomna ärenden	91	259	296	230	246	292	273	289	359	291	356	352	388	464	492
2. Balanserade ärenden från föregående år	–	17	16	64	65	71	99	118	112	167	152	150	123	143	182
3. Under året avgjorda ärenden	74	260	248	229	240	283	298	295	304	306	358	379	368	425	478
Vartill kommer skrivelser i tidigare avgjorda ärenden													23	31	45
4. Av kansliet handlagda ärenden (ingår i 3)															
5. Under året avgjorda disciplinärenden	65	212	199	188	186	214	224	233	224	219	292	286	262	322	358
6. Till nästa år balanserade ärenden	17	16	64	65	71	99[a]	118[a]	112	167	152	150	123	143	182	196

[a] Stämmer inte.

	–62	–63	–64	–65	–66	–67	–68	–69	–70	–71	–72	–73	–74	–75	–76
1. Under året inkomna ärenden	455	458	550	439	422	462	550	556	605	661	703	705	833	779	713
2. Balanserade ärenden från föregående år	196	132	149	284	249	323	357	382	348	345	407	501	555	636	656
3. Under året avgjorda ärenden	519	441	415	474	348	428	525	590	608	599	609	651	752	759	824
Vartill kommer skrivelser i tidigare avgjorda ärenden	48	39	41	27	11	32	13	20	53	19	27	30	48	30	30
4. Av kansliet handlagda ärenden (ingår i 3)												98	148	120	188
5. Under året avgjorda disciplinärenden	394	327	287	359	258	294	352	415	436	405	417	436	503	552	545
6. Till nästa år balanserade ärenden	132	149	284	249	323	357	382	348	345	407	501	555	636	656	545

Statens offentliga utredningar 1978

Kronologisk förteckning

1. Stat–kyrka. Ändrade relationer mellan staten och svenska kyrkan. Kn.
2. Stat–kyrka. Bilaga 1. Kyrkans framtida organisation. Kn.
3. Stat–kyrka. Bilaga 2–12. Utredningar i delfrågor. Kn.
4. Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömningsunderlag. U.
5. Föräldrautbildning. S.
6. Ny skogspolitik. Jo.
7. Skog för framtid. Jo.
8. Hyresrätt 2. Lokalhyra. Ju.
9. Ny konkurrensbegränsningslag. H.
10. Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. Ju.
11. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. E.
12. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 1. E.
13. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 2–4. E.
14. Arbete åt handikappade. A.
15. Praktikfrågor–åtgärder i ett kort perspektiv. U.
16. Regional konsumentpolitisk verksamhet. H.
17. Energi. I.
18. Öresundsförbindelser. K.
19. Öresundsförbindelser. Bilaga A. Ritningar. K.
20. Öresundsförbindelser. Bilaga B. Konsekvenser för företag och hushåll. K.
21. Bemanning av fartyg. K.
22. Energi, strukturomvandling och sysselsättning. A.
23. Växtförädling. Jo.
24. Ny renhållningslagstiftning. Jo.
25. Etablering av miljöstörande industri. B.
26. Hälso- och sjukvårdspersonalen. S.

Statens offentliga utredningar 1978

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Hyresrätt 2. Lokalhyra. [8]
Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. [10]

Socialdepartementet

Föräldrautbildning. [5]
Hälso- och sjukvårdspersonalen. [26]

Kommunikationsdepartementet

1975 års danska och svenska öresundsdelegationer. 1. Öresundsförbindelser. [18] 2. Öresundsförbindelser. Bilaga A. Ritningar. [19] 3. Öresundsförbindelser Bilaga B. Konsekvenser för företag och hushåll. [20]
Bemanning av fartyg. [21]

Ekonomidepartementet

Kapitalmarknadsutredningen. 1. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. [11] 2. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 1. [12] 3. Kapitalmarknaden i svensk ekonomi. Bilaga 2–4. [13].

Utbildningsdepartementet

Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömningsunderlag. [4]

Jordbruksdepartementet

1973 års skogsutredning. 1. Ny skogspolitik. [6] 2. Skog för framtid. [7]
Växtförädling. [23]
Ny renhållningslagstiftning. [24]

Handelsdepartementet

Ny konkurrensbegränsningslag. [9]
Regional konsumentpolitisk verksamhet. [16]

Arbetsmarknadsdepartementet

Sysselsättningsutredningen. 1. Arbete åt handikappade. [14] 2. Energi, strukturomvandling och sysselsättning. [22]

Bostadsdepartementet

Etablering av miljöstörande industri. [25]

Industridepartementet

Energi. [17]

Kommundepartementet

Kyrkoministerns stat–kyrka grupp. 1. Stat–kyrka. Ändrade relationer mellan staten och svenska kyrkan. [1] 2. Stat–kyrka. Bilaga 1. Kyrkans framtida organisation. [2] 3. Stat–kyrka. Bilaga 2–12. Utredningar i delfrågor. [3]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-03784-X
ISSN 0375-250X