1978:70

SOU

Region-sjuk-vården

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Betänkande av regionsjukvårdsutredningen

1978:70

SOU

Region-sjuk-vården

Betänkande av regionsjukvårdsutredningen

Statens offentliga utredningar
1978:70
Socialdepartementet

Regionsjukvården

Betänkande av regionsjukvårdsutredningen

Stockholm 1978

Omslag Johan Hillbom
Jernström Offsettryck AB

ISBN ~~91-38-04174-X~~ 91-38-04468-4 (F)
ISSN 0375-250X
Gotab Stockholm 1978

Till statsrådet Lindahl

Kungl. Maj:t bemyndigade den 28 juni 1974 chefen för socialdepartementet att tillkalla fem sakkunniga för att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan sjukvårdsregionerna m. m. Med stöd av detta bemyndigande tillkallade departementschefen såsom sakkunniga expeditionschefen Bengt Söderqvist, t. f. överdirektören Sven Alsén, landstingsrådet Arvid Eskel, landstingsrådet Bertil Göransson, landstingsrådet Nils J Wedin (avliden 1976-07-31) och landstingsrådet Harald Olsson (fr. o. m. 1976-10-06). Departementschefen förordnade Bengt Söderqvist att vara de sakkunnigas ordförande.

De sakkunniga har antagit benämningen regionsjukvårdsutredningen.

Experter i utredningen har varit departementsrådet Ingemar Nygren, byråchefen Einar Fredriksson, direktören Bengt Ericsson (t. o. m. 1976-03-31), organisationschefen Kjell Gremner, professorn Carl-Axel Hamberger, verkställande direktören Bo Hjern, professorn Lars Werkö (t. o. m. 1978-02-21), avdelningschefen Karl-Eric Wictorson, t. f. avdelningschefen Kurt Roos (fr. o. m. 1976-09-01), sektionschefen Douglas Skalin (fr. o. m. 1976-09-01) och avdelningsdirektören Lars Fredlund (fr. o. m. 1977-04-01, avliden 1977-06-25).

Sekreterare i utredningen har varit departementssekreteraren Birgitta Bratthall och biträdande sekreterare fil. kand. Sigbjörn Olofsson (fr. o. m. 1976-02-16). Dessutom har fil. kand. Lars Rengby biträtt i utredningen.

Utredningen får härmed avlämna sitt betänkande.

Till betänkandet hör två huvudbilagor som redovisar ett särskilt delprojekt angående regionsjukvårdens innehåll och avgränsning gentemot länssjukvården m. m. (RIA). De är Regionsjukvården Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi (SOU 1978:71) och Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi (SOU 1978:72).

Stockholm i november 1978

Bengt Söderqvist

Sven Alsén *Arvid Eskel*

Bertil Göransson *Harald Olsson* /*Birgitta Bratthall*

Sigbjörn Olofsson

Innehåll

Tabeller, diagram och kartor

Tabeller

[1] Se även Summary, sid. 25.

Diagram

Kartor

Sammanfattning

Bakgrund

Enligt beslut av riksdagen den 6 december 1960 i anledning av proposition (nr 159 år 1960) på grundval av förslag från den s. k. regionvårdsutredningen (SOU 1958:26) är riket indelat i sju regioner för den högspecialiserade kroppssjukvården med undervisningssjukhusen i Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala och Umeå samt lasarettet i Örebro som regionsjukhus. Regionsjukhuset i Linköping blev dock undervisningssjukhus först några år efter 1960 års riksdagsbeslut.

I riksdagsbeslutet angavs vilka specialiteter som skulle utvecklas på länsplanet resp. vilka som borde förbehållas regionsjukhusen. De s. k. regionspecialiteterna skulle vara: hudsjukdomar, kardiologi, reumatologi, barnkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologisk kirurgi, neurologi, radioterapi/onkologi samt fysiologiskt laboratorium och käkcentral. Enheter för hudsjukdomar, urologisk kirurgi och neurologi skulle dock kunna utvecklas även på länsplanet.

Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen i fråga om regionsjukvården borde enligt riksdagsbeslutet vila på frivillig grund. Det skulle alltså ankomma på huvudmännen att själva besluta i fråga om planeringen och utbyggnaden av regionsjukvården.

1958 års regionvårdsutredning genomfördes under en period då de större lasaretten expanderade och utvecklingen i fråga om nya specialiteter var snabb. Lasarettsvården var landstingens helt dominerande uppgift och utvecklingen av denna skedde mot bakgrund av tätorternas expansion och en god ekonomi.

År 1963 tog landstingen över ansvaret för den offentliga öppna läkarvården utanför sjukhus. Den hade dittills bedrivits av staten genom provinsialläkare och av de större städerna genom stadsdistriktsläkare. Huvudmannaskapet för vården av psykiskt sjuka överfördes till landstingen år 1967.

Efter huvudmannaskapsreformerna har ökad vikt lagts vid långtidssjukvård, öppen vård utanför sjukhus samt psykiatri.

Utnyttjandet av vårdplatser inom de s. k. regionspecialiteterna har blivit lägre än vad som förutsattes i 1960 års riksdagsbeslut, särskilt inom barnkirurgi och thoraxkirurgi. Orsakerna till detta är flera bl. a. har medelvårdtiden sjunkit och tillgången på personal, särskilt läkare, ökat betydligt.

I de avtal som upprättats mellan huvudmännen för vård av patienter

utanför det egna sjukvårdsområdet skiljer man mellan vård av patienter från regionen på de s. k. regionklinikerna, vilken regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal, och utomlänsremissvård på övriga kliniker, som regleras genom ett för hela landet gemensamt utomlänsavtal. Sistnämnda avtal reglerar även vården av patienter från andra regioner.

Den vård som meddelats enligt regionsjukvårdsavtalen uppgick till ca 307 500 vårddagar år 1975 resp. ca 279 600 år 1977. Övrig vård av utomlänspatienter med specialistremiss uppgick under samma år till ca 250 200 resp. 237 500. Även sistnämnda vård är så gott som uteslutande förlagd till regionsjukhusen.

Den sjukvård, som motsvarar regionsjukvård och utomlänsvård med specialistremiss och ges till patienter bosatta inom sjukvårdsområden med regionsjukhus, ingår inte i statistiken för nämnda avtal. Med tillägg för dessa patienter kan antalet vårddagar för region- och utomlänssjukvård uppskattas till sammanlagt ca 900 000 eller 2,5 % av all sluten sjukvård. Utnyttjandet av sådan sjukvård varierar avsevärt sjukvårdsområden emellan.

Kostnaderna för regionsjukvård och utomlänsvård med specialistremiss uppräknade till att omfatta hela landet har beräknats till 680 mkr. år 1975, vilket utgör 3,5 % av hälso- och sjukvårdens totala kostnader.

För utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete finns sex högskoleregioner, som till stora delar stämmer överens med sjukvårdsregionerna. Det råder dock ömsesidiga beroendeförhållanden mellan sjukvård och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete.

Genom 1960 års riksdagsbeslut inrättades ett särskilt samordningsorgan, centrala regionsjukvårdsnämnden, där representanter för staten och övriga regionsjukvårdshuvudmän skulle överlägga om gemensamma regionvårdsproblem. Framför allt avsågs takten för utbyggnaden av regionspecialiteterna där sjukvårdens och utbildningens behov skulle vägas samman med ekonomiska och personella resurser. Nämnden kom emellertid inte att spela den roll man hade väntat sig och dess uppgifter övertogs år 1965 av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Andra centrala organ som handhar frågor rörande samråd och samplanering är socialstyrelsen (SoS), nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB), Landstingsförbundet (Lf) samt sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri).

Regionala organ, regionsjukvårdsnämnder, har inrättats i samtliga regioner. I Göteborgsregionen har numera uppdragits åt en för allmänna landstingskommunala samordningsfrågor tillskapad planeringsnämnd att även vara regionsjukvårdsnämnd.

Vidare finns regionnämnder för läkares vidareutbildning (RLV).

Inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation genomfördes våren 1974 en förberedande utredning om regionsjukvården (stencil 1974-02-06). Anledningen härtill var bl. a. skrivelser till socialdepartementet från regionsjukvårdsnämnden i Umeåregionen som önskade att landskapet Medelpad skulle tillföras regionen för att öka dess befolkningsunderlag. Delegationen förordade en översyn av regionindelningen och vissa andra frågor rörande regionsjukvården.

Kungl. Maj:t bemyndigade den 28 juni 1974 chefen för socialdepartementet att tillkalla fem sakkunniga för att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan regionerna. De sakkunniga antog benämningen regionsjukvårdsutredningen.

Överväganden och förslag

Utredningen redovisar vissa problem beträffande regionsjukvården bl. a. brist på balans mellan patientunderlag och resurser, för snävt avgränsat samarbete inom sjukvårdsregionerna samt andra brister i samarbetet inom och mellan regionerna. Mot denna bakgrund föreslår utredningen vissa förändringar.

Utredningen anser att det regionala samarbetet bör utvidgas till att omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden och inte som nu enbart vissa s. k. regionspecialiteter. Vidare bör formerna för samverkan inte enbart avse sluten och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram m. m., vissa frågor rörande utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Detta innebär att planeringen inriktas mot all sådan verksamhet som skall bedrivas i samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen. För att lösa dessa frågor och för att skapa balans mellan patientunderlag och resurser erfordras planeringssamverkan i första hand inom sjukvårdsregionerna men också mellan regionerna.

Formerna för samarbetet bör ändras för att bättre svara mot de krav som en utvidgning av samarbetsområdet ställer. En kontinuerlig samverkan i planeringen blir nödvändig. Bindningen i långsiktiga avtal till ett visst antal vårdplatser bör upphöra.

Det flerregionala samarbetet måste ges former som ger möjlighet att initiera och påskynda utvecklingen av resurser inom bristområden samt förhindra uppbyggnaden av för stora resurser inom andra områden.

Begreppet regionsjukvård ges en vidare omfattning än det har f. n. och inbegriper även vård av patienter från de sjukvårdsområden som regionsjukhusen är belägna i.

Utredningen ansluter sig till den definition av begreppet regionsjukvård som redovisas i HS-80. Regionsjukvården omfattar sålunda "det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas".

I princip finns regionsjukvård inom alla medicinska verksamhetsområden. Kliniker för långvårdsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri på regionsjukhusen har i regel inte regionpatienter men bör ha likartade uppgifter som övriga kliniker på regionsjukhuset vad avser utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. Allmänläkarvården tillhör helt primärvården. Dock är viss medverkan i regionalt samarbete nödvändig även för allmänläkarvården. Exempel härpå är utveckling av vårdprogram, information och fortbild-

ning.

Omfattningen av regionsjukvården är beroende bl. a. av vilka resurser som finns inom länssjukvården. Sjukvårdshuvudmännens planer redovisar f. n. en strävan att öka antalet medicinska verksamhetsområden i länssjukvården samtidigt som behovet av regionsjukvård minskar. Detta varierar dock mellan såväl sjukvårdshuvudmän som medicinska verksamhetsområden. Fortsatt utbyggnad bör ske på grundval av överenskommen arbetsfördelning mellan läns- och regionsjukvård.

Enligt utredningens uppfattning ankommer det på sjukvårdshuvudmännen att planera och besluta om dimensionering och lokalisering av regionsjukvården. Som ett underlag för utredningens överväganden och sjukvårdshuvudmännens planering har utredningen tagit fram ett omfattande material genom ett särskilt projekt, RIA (Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning). De skilda medicinska verksamhetsområdena har redovisats var för sig och sammanställts i Regionsjukvården Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi (SOU 1978:71) samt Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi (SOU 1978:72).

Vissa medicinska verksamhetsområden, bl. a. medicinsk rehabilitering, psykiatri och medicinsk service har inte ingått i RIA, men för dessa områden har socialstyrelsen nyligen redovisat strukturutredningar.

Tabell 1 (sid. 17) redovisar utredningens bedömning av regionsjukvårdens omfattning uttryckt i vårdplatser (jfr tab. 28 sid 120). Volymen regionsjukvård anges i avrundade tal eller som intervaller. Utredningen har avstått från att redovisa fördelningen per region. Den närmare beräkningen av erforderliga resurser inom regionerna vid skilda tidpunkter och en samtidig avvägning mot länssjukvården måste framkomma som resultat av huvudmännens gemensamma planering och ge uttryck för de ändringar i förutsättningarna som ständigt sker inom hälso- och sjukvården.

Den slutna regionsjukvården kommer enligt utredningens bedömning att totalt sett minska i omfattning. Den öppna vården beräknas däremot öka i omfattning liksom konsultationerna. Detta kommer att variera dels medicinska verksamhetsområden emellan, dels sjukvårdshuvudmän och regioner emellan beroende på olika förutsättningar.

Inom vissa medicinska verksamhetsområden är resursbehovet så litet, att resurserna inte bör fördelas på mer än ett fåtal platser. I dessa fall är det angeläget inte bara av ekonomiska skäl utan även med hänsyn till kvaliteten på vården att en överetablering inte sker eller – om det redan skett – att vissa enheters verksamhet förändras eller avvecklas. Främst gäller detta den högspecialiserade brännskadevården, som bör koncentreras till två platser, samt barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi som bör koncentreras till vardera fyra platser. Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar och specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser.

Utredningen vill understryka att ett ensidigt fasthållande vid den traditionella volymenheten vårddagar (vårdplatser) ger för snäv bild av regionsjukvårdens omfattning och resursbehov. Det är angeläget att resurserna vid regionsjukhus utöver dem som erfordras för länssjukvård, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete dimensioneras och disponeras så att såväl öppen som sluten regionsjukvård kan bedrivas samt stöd till länssjukvården kan fullgöras. Detta gäller inte minst dimensionering av medicinska serviceenheter.

Tabell 1 Regionsjukvårdens omfattning i vårdplatser 1985

Medicinskt verksamhetsområde	Behov av vårdplatser för regionsjukvård år 1985
Somatisk korttidsvård utom onkologi	
Barnmedicin	100–150
Barnkirurgi	100
Hudsjukdomar	30
Allmän internmedicin Kardiologi Endokrinologi Medicinsk gastroenterologi Medicinska njursjukdomar	300–400
Akuta infektionssjukdomar	30
Reumatologi	65–75
Yrkesmedicin	[a]
Lungsjukdomar Thoraxkirurgi	330–345[f]
Neurologi Neurokirurgi	280–300
Allmän kirurgi Ortopedisk kirurgi Urologisk kirurgi	300–360
Handkirurgi	75–80
Plastikkirurgi	200
Brännskadevård	20
Gynekologi och obstetrik	30
Ögonsjukdomar	40–45
Öron-, näs- och halssjukdomar Audiologi Foniatri	160–180
Delsumma	2 060–2 345
Onkologi[b]	630–710
Medicinsk rehabilitering[c]	
Psykiatri[d]	50–100
Summa	2 740–3 155[e]

[a] Enbart öppen vård.
[b] Samtliga vårdplatser vid regionsjukhus inkl. länssjukvård för det egna områdets invånare.
[c] Utredningen anger inte något vårdplatsantal.
[d] Härtill kommer regionalt anordnad vård för särskilt vårdkrävande (475–525 platser) samt rättspsykiatriska undersökningar (50–75 vårdplatser).
[e] Exkl. medicinsk rehabilitering.
[f] Beträffande fördelning av vårdplatserna se under lungsjukdomar resp. thoraxkirurgi, sid. 129.

Utredningen anser att patienter i princip skall erbjudas vård så nära hemorten som möjligt där vård av tillfredsställande kvalitet kan bedrivas. Det måste enligt utredningens mening vara fel att remittera patienter med viss sjukdom till regionsjukhus enbart med motivet att denna grupp av patienter

erfordras för utbildning eller forskning. Utbildning och forskning måste sålunda lokaliseras och organiseras med anpassning till sjukvårdens behov. Sjukvårdshuvudmännens planering bör vara riktlinjer för beslut om vårdutbildningens volym och förläggning inom högskoleregionerna. Samplaneringen underlättas givetvis om sjukvårds- och högskoleregioner överensstämmer geografiskt. Vidgat samarbete beträffande forsknings- och utvecklingsarbete mellan regionsjukhus och sjukvården utanför regionsjukhus bör kunna etableras.

Samordning inom i första hand sjukvårdsregionen är nödvändig också för att möjliggöra en effektiv efterutbildning. Regionsjukhusen har en stor uppgift att fylla härvidlag. Detta gäller alla personalkategorier.

Utredningen har ovan redovisat sin uppfattning att volymen sluten regionsjukvård kommer att minska. RIA-underlaget har vidare pekat på behovet av ytterligare koncentration av regionsjukvården för vissa verksamhetsområden. Bemanningsutvecklingen medför också krav på större befolkningsunderlag för att tillfredsställande medicinsk kvalitet skall kunna upprätthållas. Inom flera verksamhetsområden, bl. a. allmänkirurgi, finns behov av profilering eftersom den enskilda regionsjukvårdsklinikens del av den totala regionsjukvården inom verksamhetsområdet är för liten för att ett fullständigt sjukvårdsutbud skall kunna ges med tanke på kvalitet och säkerhet.

Det är mot denna bakgrund nödvändigt att ompröva antalet regionsjukhus och antalet regioner och därmed indelningen av riket i sjukvårdsregioner.

Utredningen föreslår att antalet regioner minskas från sju till sex. Utredningen anser liksom 1958 års regionvårdsutredning, att sambandet mellan regionsjukvård och utbildning jämte forsknings- och utvecklingsarbete är så starkt, att dessa regioner bör baseras på var sin av de sex orter som har medicinska högskolor/fakulteter. Stor-Stockholm resp. Lund/Malmö betraktas därvid som vardera en ort.

Sjukvårdsregionen med den minsta folkmängden, Umeåregionen, har redan påtagliga besvär till följd av bristande patientunderlag och har föreslagit ökning av regionen. Det är också utredningens uppfattning, att Umeåregionen måste tillföras ytterligare befolkningsunderlag för att regionsjukhuset i längden skall kunna upprätthålla den medicinska standard som är en förutsättning för att kunna bedriva regionsjukvård. Detta bör ske genom att regionen utökas med såväl södra delen av Västernorrlands län (Medelpad) som Jämtlands län, vilka f. n. tillhör Uppsalaregionen.

Utredningen föreslår vidare att Örebroregionen omstruktureras och att i denna ingående län överförs till andra regioner. Värmlands län bör därvid föras till Göteborgsregionen, Södermanlands län till Stockholmsregionen samt Örebro län till Uppsalaregionen liksom också den del av Västmanlands län – Köpingsområdet – som nu tillhör Örebroregionen.

Hallands läns södra del, som nu tillhör Lund/Malmöregionen, föreslås överförd till Göteborgsregionen.

Genom föreslagna ändringar i regionindelningen kommer varje sjukvårdsområde att helt tillhöra en region.

Utredningen har utgått från att alla sjukvårdshuvudmän i fortsättningen kommer att ha en väl utvecklad planering av sin verksamhet i huvudsaklig överensstämmelse med det planeringssystem som är under vidareutveckling

i samarbete mellan centrala organ.

En förutsättning för att resurserna inom en sjukvårdsregion skall kunna utnyttjas effektivt är planeringssamverkan avseende innehållet i och omfattningen av den regionsjukvård som regionsjukvårdshuvudmannen skall tillhandahålla och den vård övriga huvudmän inom regionen skall svara för. En sådan planeringssamverkan måste avse såväl längre som kortare tidsperspektiv. Resultatet av den gemensamma planeringen i dessa avseenden måste sedan ingå i resp. sjukvårdshuvudmans egna planer och fastställas av sjukvårdshuvudmannen.

Erfarenheten har visat att med nuvarande samarbetsformer mellan sjukvårdshuvudmännen finns betydande risker för bristande samordning mellan läns- och regionsjukvården med åtföljande överetablering inom den högkvalificerade sjukvården. Utvecklingen av sådana resurser bör ske planmässigt enligt överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmännen inom i första hand varje region men även mellan regionerna. En gemensam planering inom och mellan regionerna måste därför enligt utredningens mening vara obligatorisk.

Skyldighet att medverka i en samordnad planering av sjukvården måste vara knuten till viss region. Regiontillhörigheten måste därför också vara obligatorisk.

I övrigt bör sjukvårdshuvudmännen bestämma sina inbördes samarbetsformer. Likaså bör sjukvårdshuvudmännen bestämma omfattning och lokalisering av resurserna för regionsjukvården inom ramen för den gemensamma planeringen.

Landstings- och primärkommuner måste samverka med staten mer än f. n. om hälso- och sjukvårdens utveckling skall kunna anpassas till samhällsekonomins ramar. Kommunalekonomiska utredningen (KEU 76) har behandlat former för sådan samverkan. Några beslut på grundval av KEU:s förslag har ännu inte fattats. Regionsjukvårdsutredningen utgår emellertid från att överläggningar och överenskommelser skall komma till stånd mellan landstingskommuner/primärkommuner och staten om utvecklingen såväl för de närmaste åren som på längre sikt.

De regionala planerna måste insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i god tid innan de fastställs av berörda sjukvårdshuvudmän.

Det framstår som naturligt att erforderliga sammanställningar av de regionala planerna utgår från det etablerade samarbetet mellan de centrala organen rörande sjukvårdshuvudmännens planer. Huvuddelen av erforderlig bearbetning och analys av de regionala planerna bör också kunna genomföras i samarbete mellan de centrala organen.

Sedan de regionala planerna sammanställts och analyserats bör överläggningar tas upp med berörda regioner beträffande sådana medicinska verksamhetsområden där en samlad bedömning motiverar förändringar i planerna. Sådana överläggningar bör också tas upp under pågående planeringsarbete avseende samverkan mellan regioner, då någon så begär eller då anmälan inkommit om att avvikelse av betydelse för andra regioner kommer att ske från fastställd plan.

Inom regionerna bör regionala samverkansnämnder dels ta över befintliga regionsjukvårdsnämnders uppgifter, dels svara för ovan redovisad regional planering och i övrigt utökad samverkan. De bör vara rådgivande men ändå

ha tyngd och självständighet. Utredningen vill särskilt peka på de erfarenheter som gjorts av Västsvenska planeringsnämnden i Göteborg.

Utredningen förutsätter att samverkansnämnderna också handlägger frågor beträffande block för läkares vidareutbildning inom sjukvårdsregionerna.

Samarbete i beredskapsfrågor bör etableras mellan samverkansnämnderna och civilbefälhavarna.

Utredningen föreslår att samarbetet inom varje region regleras i avtal mellan sjukvårdshuvudmännen i regionen, regionsjukvårdsavtal.

När den första regionsjukvårdsorganisationen kom till efter riksdagsbeslut år 1960, gav Landstingsförbundet rekommendationer angående utformningen av regionsjukvårdsavtalen, vilka lett till relativt stor enhetlighet beträffande de befintliga avtalen. Motsvarande förfaringssätt synes lämpligt även vid den nu föreslagna organisationen av regionsjukvården.

Samarbete över regiongränser bör regleras genom ett riksavtal, tillkommet på initiativ av Landstingsförbundet och godkänt av samtliga sjukvårdshuvudmän. Riksavtalet bör även reglera frågor, i vilka olikheter mellan regionerna skulle medföra olägenheter. Bl. a. är det angeläget, att utbytet av tjänster huvudmännen emellan underlättas genom att reglerna för ekonomisk ersättning för lämnade tjänster görs så lätta att tillämpa som möjligt. Grunden för beräkning av ersättningen bör vara riksgiltig. Av dessa skäl bör denna grund liksom begrepp, grunddragen av organisationen för den regionala samverkan samt vissa garantiföreskrifter för vård på likartade villkor åt alla patienter och för ömsesidig väsentlig information anges i riksavtalet.

Utredningen har utarbetat förslag till riksavtal och regionsjukvårdsavtal där hänsyn tagits till av utredningen föreslagna förändringar i det regionala samarbetet.

För att tillämpningen av regionsamarbetet enligt det föreslagna systemet i de nya, ändrade regionerna skall kunna komma i gång fordras på grundval av principplanen utarbetad flerårsplan och budget. Processen med avtalsslutande, konstituering av samverkansnämnder samt utarbetande av planer torde kräva en tid av tre till fyra år från det att de grundläggande besluten fattas av riksdagen.

Under denna förberedelsetid kan det gamla avtals- och ersättningssystemet fortsätta att fungera. Med hänsyn till behovet av samordning bör det nya systemet träda i kraft vid samma tidpunkt i olika regioner. Ikraftträdandet av de nya avtalen förutsätts ske vid ett kalenderårsskifte.

De nya sjukvårdsplanerna och på grundval av därav träffade riks- och regionsjukvårdsavtal kommer därvid att ersätta nu gällande regionsjukvårds- och utomlänsavtal.

Genomförandet av utredningens förslag blir således uppgifter för i första hand sjukvårdshuvudmännen. Med hänsyn till de särskilda förutsättningar som enligt förslaget kommer att gälla för Örebro läns landsting kan det dock enligt utredningens mening finnas skäl att göra en särskild undersökning beträffande de närmare konsekvenserna för detta landstings del av utredningens förslag m. m.

Summary

Background

For purposes of highly specialized somatic medical care, Sweden is divided into seven regions, based on the Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Gothenburg, Uppsala and Umeå university hospitals and Örebro General Hospital. This regional division was established by the Riksdag on 6th December 1960, when it passed a Government Bill (No. 1960:159) based on proposals submitted by the Commission on Regional Medical Services (SOU 1958:26). Linköping Regional Hospital, however, did not become a university hospital until some years after the Act of 1966.

The Act enumerated the specialities which were to be developed at county level and the specialities which should be reserved for the regional hospitals. The following were to be regional specialities: skin diseases, cardiology, rheumatology, pediatric surgery, neurosurgery, plastic surgery, radiotherapy/oncology, physiological laboratories and oral surgery centres. Units dealing with skin diseases, urological surgery and neurology, however, could also be developed at county level.

The Act recommended that co-operation between medical authorities with regard to regional medical services should be established on a voluntary basis. Thus it would be for the medical authorities themselves to decide concerning the planning and expansion of regional medical services.

The inquiries of the 1958 Commission on Regional Medical Services were undertaken during a period when the large general hospitals were expanding and new specialities were rapidly developing. The running of general hospitals was the paramount task of the county councils, and this type of medical care developed in an atmosphere of urban growth and sound finances.

In 1963 the county councils assumed responsibility for public outpatient medical services outside hospitals. Previously these services had been operated by the State via district medical officers and by the larger cities via municipal medical officers. Sponsorship of care of the mentally retarded was transferred to the county councils in 1967.

Following these changes of sponsorship, additional importance has been attached to long-term medical care, hospital outpatient care and psychiatry.

The regional specialities, particularly child surgery and thoracic surgery, have been less fully subscribed than was anticipated in the 1960 Act. There

are many reasons for this. Among other things, the mean duration of treatment has decreased and the supply of personnel, especially medical practitioners, has greatly improved.

The agreements which have been concluded between sponsors for the care of patients outside their own hospital management areas distinguish between the care of patients from the region in the regional clinics, which are governed by special regional medical agreements, and extra-county referrals to other clinics, which are governed by an extra-county agreement common to the whole of Sweden. The latter agreement also governs the care of patients from other regions.

The care provided under the regional medical agreements amounted to about 307 500 nursing days in 1975 and about 279 600 in 1977. During these same two years, care of extra-county patients with specialists referrals amounted to about 250 200 and 237 500 nursing days respectively. This latter type of care is almost exclusively provided by the regional hospitals.

The statistics concerning these agreements do not include the medical care corresponding to regional medical care and extra-county care which is given to patients living in hospital management areas with regional hospitals. If allowance is made for these patients, the number of nursing days for regional and extra-county medical care can be estimated at a total of some 900 000 nursing days or 2.5 percent of all institutional medical care. Utilization of this type of care varies considerably from one hospital management area to another.

Expenditure on regional medical services and extra-county medical care for specialist referrals, adjusted to cover the entire country, has been estimated at Skr 680m. for 1975, i.e. 3.5 per cent of total expenditure in the health and medical sector.

For purposes of training and research and development there are six higher education regions, only one of which is coterminous with a medical region, though medical care, training and research and development are interdependent in a variety of ways.

The Act of 1960 established a special co-ordinating body, the Central Regional Medical Services Board, in which representatives of the State and other regional medical sponsors were to discuss common problems concerning regional medical services. The intention was above all for the expansion rate of regional specialities to be discussed in terms of the appropriate balance between the requirements of medical care and training and, on the other hand, resources of finance and personnel. In actual fact the Board never acquired the role thus envisaged, and in 1965 its duties were taken over by the Medical Services Advisory Committee of the Ministry of Health and Social Affairs.

Other central bodies dealing with questions of consultation and joint planning are the National Board of Health and Welfare (SoS), the National Committee for Postgraduate Medical Education (NLV), the Committee for the Expansion of University Hospitals (NUU), the Committee for the Construction of Hospitals and Social Welfare Buildings (NSB), the Federation of the Swedish County Councils (Lf) and the Planning and Rationalization Institute of the Health and Social Services (Spri).

Regional bodies, known as regional medical services committees, have

been set up in all regions. In the Gothenburg region, a planning board set up to deal with general questions of co-ordination in the County Council Area has also been instructed to act as a regional medical services board.

There are also regional committees for postgraduate medical education (RLV).

During the spring of 1974 the Medical Services Advisory Committee of the Ministry of Health and Social Affairs carried out a preparatory survey of regional medical services (stencil 1974-02-06). This survey was undertaken partly in response to letters to the Ministry of Health and Social Affairs from the Regional Medical Services Committee of the Umeå region, requesting that the Province of Medelpad be added to the region in order to augment the population served. The Advisory Committee recommended a review of regional boundaries and of certain other aspects of regional medical services.

On 28th June 1974 the King in Council authorized the Minister of Health and Social Affairs to appoint a five-member Commission to investigate the content and forms of regional medical services, regional boundaries and the question of co-operation within and between the regions. The new Commission came to be known as the Regional Medical Services Commission.

Deliberations and proposals

In its report the Commission presents certain problems relating to regional medical services. These include imbalance between potential patients and resources, excessively narrow co-operation within the medical regions and other shortcomings in co-operation within and between the regions. The Commission recommends certain changes against this background.

The Commission feels that regional co-operation should be widened so as in principle to include all fields of medical activity and not only, as at present, what are known as regional specialities. Furthermore, the forms of medical co-operation should not be confined to institutional and non-institutional care but should also include medical services, counselling, consultations, the compilation of common nursing programmes etc., certain aspects of training, and research and development.

In this way planning will focus on all activities which are to be jointly undertaken by the medical sponsors. To deal with these questions and to achieve a balance between the populations served and the resources available, planning co-operation will be needed, primarily within the medical regions but also between regions.

The forms of co-operation should be revised so as to respond better to the demands posed by an expansion of the field of co-operation. Continuous co-operation will be needed in the planning context. The practice of commitment under long-term agreements to a certain number of nursing places should be discontinued.

Multi-regional co-operation must be established on a basis which will make it possible to initiate and accelerate the development of resources in fields where there are shortages and to prevent the accumulation of excessive resources in other fields.

The concept of regional medical services should be given a wider meaning that it now possesses, and it should also be made to include the care of patients from the hospital management areas in which the regional hospitals are situated.

The Commission endorses the definition of regional medical services presented in HS-80. Thus regional medical services concern "the few patients whose cases present complex problems and demand co-operation between a number of highly trained specialists, possibly with the aid of special equipment which is expensive to procure or difficult to operate. This category also includes illnesses of such rarity that experience of their treatment is not acquired at county level."

In principle regional medical services exist in all medical fields. Clinics for long-term care and child and youth psychiatry in regional hospitals do not as a rule admit regional patients, but where traning and research and development are concerned, their duties should resemble those of the other clinics in a regional hospital. A certain degree of participation in regional co-operation is also needed where general practice is concerned. Nursing programmes, information and in-service training are among the relevant topics in this connection.

The scope of regional medical depends among other things on the county medical resources which are available. At present the plans drawn up by the medical sponsors reflect an endeavour to increase the number of fields of medical activity in county medical services, at the same time as the need for regional medical services is declining. This situation, however, varies from one medical sponsor to another and also from one medical field to another. Further expansion should be based on an agreed division of labour between county and regional medical services.

In the Commission's opinion, it is up to the medical sponsors to plan and decide on the scale and location of regional medical services. As a form of documentation on which to base its own deliberations and the planning activities of the medical sponsors, the Commission has compiled a comprehensive corpus of material under a special project, entitled the RIA project (RIA being, in Swedish, short for "Content and delimitation of regional medical services"). The various fields of medical activity have been separately presented and synthesized in two main appendices to the report of the Commission: Main Appendix 1 – Medicine and Oncology (SOU 1978:71) and Main Appendix 2 – Surgery (SOU 1978:72).

Some medical fields, such as medical rehabilitation, psychiatry and medical services, have not been included in RIA, but they have been made the subject of structural surveys recently presented by the National Board of Health and Welfare.

Table 1 shows the Commission's assessment of the scope of regional medical services in terms of beds. The volume of regional medical services is stated in rounded figures or as intervals. The Commission has refrained from stating the regional distribution. The more detailed calculation of the resources required within the regions at different junctures and, at the same time, the balance in relation to county medical services, will have to emerge from the joint planning undertaken by the medical sponsors, and it will have to reflect the constantly changing circumstances attendant on health services

Table 1 The scope of regional medical services; beds in 1985

Medical field	No. beds needed for regional medical services in 1985
Short-term somatic care, excl. oncology	
Pediatric medicine	100–150
Pediatric surgery	100
Skin diseases	30
General internal medicine Cardiology Endochrinology Medical gastro-enterology Medical kidney diseases	300–400
Acute infectious diseases	30
Rheumatology	65–75
Occupational medicine	[a]
Pulmonary diseases Thoracic surgery	330–345
Neurology Neuro surgery	280–300
General surgery Orthopaedic surgery Urological surgery	300–360
Hand surgery	75–80
Plastic surgery	200
Treatment of burns	20
Gynaecology and obstetrics	30
Eye diseases	40–45
Ear, nose and throat diseases Audiology Phoniatry	160–180
Total	2 060–2 345
Oncology[b]	630–710
Medical rehabilitation[c]	
Psychiatry[d]	50–100
Grand total	2 740–3 155[e]

[a]Non-institutional care only.
[b]All beds at regional hospitals, including county medical care for residents within the area.
[c]The Commission does not specify the number of beds.
[d]To this must be added regionally sponsored care for persons requiring special care (475–525 beds) and forensic psychiatric examinations (50–75 beds).
[e]Medical rehabilitation excluded.

and medical care.

The Commission expects a contraction in the total volume of institutional regional medical care. Non-institutional care, on the other hand, is expected to increase, and so are consultations. Actual developments will vary from one medical sponsor and region to another, according to the various circumstances and conditions involved.

There are some medical fields where the demand for resources is so small that resources should not be distributed between more than a small number of places. In these cases it is essential, not only for economic reasons but also with a view to the quality of the care provided, to avoid over-endowment or, if over-endowment has already occurred, to revise or discountinue the activities of certain units. Above all this applies to the highly specialized treatment of burns, which should be concentrated in two places, and also to pediatric surgery, thoracic surgery and transplant surgery, each of which should be concentrated in four places. Units for certain infectious diseases and special coagulation laboratories should not exist in more than two places.

The Commission feels that patients should in principle be offered treatment as near their home areas as possible where treatment of satisfactory quality is feasible. The Commission feels that it is wrong for patients suffering from a particular disease to be referred to regional hospitals solely on the grounds that they belong to a category which is needed for training or research purposes. Training and research must instead be located and organized in keeping with the requirements of medical care. The plans drawn up by the medical sponsors should furnish guidelines for decisions concerning the volume and siting of nursing and medical education in the higher education regions. Joint planning will be mad easier, for example, by the existence of coterminous medical and higher education regions. It should also be possible for wider co-operation to be established between regional hospitals and medical services outside the regional hospitals concerning research and development work.

Co-ordination is also needed, primarily within the medical region, in order for more efficient subsequent training to be possible. The regional hospitals have a major task to perform in this connection. This applies to all personnel categories.

As stated above, the Commission anticipates a decrease in the volume of institutional regional medical care. Moreover, the RIA documentation has suggested that regional medical services will need to be further concentrated where certain fields of activity are concerned. In addition, staff ratios are developing in such a way that larger client populations will be needed in order for the maintenance of adequate medical standards to be feasible. Several fields, general surgery among them, are in need of closer definition, since the share of the individual regional hospital clinic in the total volume of regional care in the field concerned is too small for the full range of medical services to be offered with an assurance of adequate quality and safety.

Against this background, the number of regional hospitals needs to be reconsidered and with it the number of regions and, therefore, the existing medical regional boundaries.

The Commission recommends that the number of regions be reduced to six. In common with the 1958 Commission, the Commission feels that, in

view of the connection between regional medicine, training and research and development, the six regions should each be based on one of the six localities having facilities for higher medical studies, Greater Stockholm and Lund/Malmö each being regarded as one locality in this connection.

Umeå, which is the medical region with the smallest population, is already labouring under considerable difficulties because of its inadequate client population and has proposed an expansion of its boundaries. The Commission agrees that the Umeå region must be given a larger client population so as to enable the regional hospital there in the long run to maintain the medical standard required for the conduct of regional medical services. This should be accomplished by adding both the southern areas of the County of Västernorrland (the Province of Medelpad) and the County of Jämtland, at present included in the Uppsala region, to the Umeå region.

The Commission also recommends a structural revison of the Örebro region and the transfer to other regions of the counties which it includes. Thus the County of Värmland should be added to the Gothenburg region, the County of Södermanland to the Stockholm region and the County of Örebro to the Uppsala region, together with that portion of the County of Västmanland – the Köping area – which at present forms part of the Örebro region.

It is proposed that the southern portion of the County of Halland, which at present comes under the Lund/Malmö region, should be transferred to the Gothenburg region.

As a result of the regional boundary revisions proposed here, each hosital management area will belong in its entirety to one particular region.

The Commission has assumed that all medical sponsors will in future maintain sophisticated planning of their activities, in essential agreement with the planning system now being jointly elaborated by central authorities.

One prerequisite for the efficient deployment of the resources of a medical region is planning co-operation with regard to the content and scope of the regional medical care which the regional medical sponsor is to provide and the care to be provided by other sponsors in the region. Joint planning of this kind must incorporate both long-range and short-range perspectives. The results of joint planning in these respects must then be included in the planning of each medical sponsor and confirmed accordingly.

Experience has shown that the existing forms of co-operation between medical sponsors entail considerable risks of insufficient co-ordination between county and regional medical services and, therefore, of excessive endowment in highly advanced medical fields. Resources of this kind should be developed on a planned basis and on the strength of an agreement, primarily between the medical sponsors within each region but also between different regions. The Commission therefore feels that joint planning within and between the regions will have to be made compulsory.

The duty of participation in co-ordinated medical planning must be attached to a particular region. Regional membership must therefore also be made compulsory.

In other respects the medical sponsors should be left free to determine their mutual forms of co-operation between themselves. Similarly, the medical

sponsors should determine the scope and location of their joint planning.

County councils and municipal authorities must co-operate more closely with the State than at present in order for the development of health services and medical care to be adjusted to the frames dictated by the national economy. Forms of co-operation on these lines have been considered by the Commission on Local Govenment Finance (KEU 76), but no policy decisions have yet been taken on the strength of its proposals. The Regional Medical Services Commission presumes, however, that deliberations and agreements will materialize between county councils/municipalities and the State concerning developments over the next few years and over a longer period.

Regional plans must be transmitted to the National Board of Health and Welfare and the Federation of the Swedish County Councils well before they are adopted by the medical sponsors concerned.

It seems natural for the requisite syntheses of regional plans to be based on the co-operation established between the central authorities with regard to planning by medical sponsors. It should also be possible for most of the requisite processing and analysis of the regional plans to be caried out jointly by the central authorities.

After the regional plans have been synthesized and analysed, deliberations should be opened with the regions concerned on the subject of medical fields where a general assessment points in favour of a revision of their plans. Deliberations of this kind should also be held in the course of planning for inter-regional co-operation if a request is made to this end or if notice has been received of an impending deviation from established plans which will be of major consequence to other regions.

Within the regions, joint regional committees should take over the duties of existing regional medical services committees and they should also be made responsible for the regional planning and wider co-operation mentioned above. They should be advisory bodies,, but they should at the same time possess both influence and independence. The Commission would particularly draw atention to the experience of the West Sweden Planning Committee in Gothenburg.

The Commission assumes that the joint committees will also deal with questions concerning further medical education area within the medical regions.

Co-operation should be established between the joint committees and the regional directors of civil defence concerning emergency planning.

The Commission recommends that co-operation in each region be governed by an agreement – known as a regional medical agreement – between the medical sponsors in that region.

When the first system of regional medical services was introduced following the Act of 1960, the Federation of the Swedish County Councils issued recommendations concerning the framing of regional medical agreements. Those recommendations have resulted in a relatively high degree of uniformity in the agreements concluded, and a similar procedure would seem appropriate in connection with the organization of regional medical services

as proposed here.

Co-operation across regional boundaries should be governed by a national agreement concluded at the instance of the Federation of the Swedish County Councils and approved by all medical sponsors. This national agreement should also deal with matters where differences between the regions would cause inconvenience.It is essential, for example, to facilitate the exchange of services between sponsors by making the rules of remuneration for services rendered as straightforward as possible. Remuneration should be calculated on a uniform national basis. For these reasons, the basis of calculation, together with terminology, the main organizational features of regional co-operation and certain guarantee regulations concerning treatment on equal terms for all patients and concerning essential mutual information should be indicated in the national agreement.

The Commission has drafted both a national agreement and a regional medical agreement with the alterations proposed by the Commission to the fabric of regional co-operation.

The Commission's proposals should be implemented simultaneously throughout the country and at the turn of a calendar year.

1 Inledning

1.1 Utredningsuppdraget m. m.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslöt den 29 juni 1973 att tillsätta en arbetsgrupp för vissa regionsjukvårdsfrågor. Gruppen fick till uppgift att inventera och till delegationen redovisa de frågeställningar med anknytning till regionsjukvårdens organisation som borde bli föremål för närmare utredning. Bakgrunden till uppdraget var bl. a. skrivelser till och uppvaktningar i socialdepartementet av regionsjukvårdsnämnden i Umeåregionen. Önskemål framfördes därvid om att föra landskapet Medelpad till Umeåregionen för att därigenom vidga befolkningsunderlaget i regionen. Samtidigt skulle enligt nämnden delningen av Västernorrlands län på två regioner undvikas.

Arbetsgruppen överlämnade den 6 februari 1974 promemorian "Regionsjukvården" (stencil 1974-02-06) till sjukvårdsdelegationen, som beslutade att förorda en översyn av regionsjukvården på grundval av de angivna frågeställningarna.

Kungl. Maj:t bemyndigade den 28 juni 1974 chefen för socialdepartementet att tillkalla fem sakkunniga för att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan regionerna m. m. De sakkunniga antog benämningen regionsjukvårdsutredningen.

1.2 Utredningens arbete

Utredningen arbetade inledningsvis i fyra grupper sammansatta med utgångspunkt i följande frågeställningar som redovisades i sjukvårdsdelegationens promemoria "Regionsjukvården".

En grupp behandlade frågan om regionsjukvårdens innehåll, verksamheten på regionnivå samt regionsjukvårdsbegreppet. Med denna arbetsgrupp som beredande organ och utredningen i sin helhet som ledningsgrupp genomfördes ett särskilt projekt (RIA) med syfte att analysera regionsjukvårdens innehåll och avgränsning gentemot länssjukvården inom de medicinska verksamhetsområden som anges på sid. 32.

Projektledningen för RIA har bestått av medicinalrådet Kurt Roos (projektledare), överläkaren Sven Dahlgren och biträdande överläkaren Olof Edhag (biträdande projektledare) samt byrådirektörerna Gunnar Holmberg

(projektadministratör) och Marianne Thorén (sekreterare).

I RIA har företrädare för olika medicinska verksamhetsområden medverkat som experter. Resultaten av arbetet publiceras som 27 expertrapporter i två huvudbilagor till betänkandet (Medicin och onkologi, SOU 1978:71, samt Kirurgi, SOU 1978:72). Medverkande experters namn framgår av försättsbladen till respektive rapport. Som framgår av beskrivningen av RIA:s arbetssätt i bilaga 1 i betänkandet har regionsjukvårdsutredningen kontinuerligt följt arbetet i RIA och haft tillfälle att framföra synpunkter till expertgrupperna under arbetets gång. Experter/författare svarar dock själva helt för innehållet i respektive rapport.

RIA:s projektledning har utarbetat en sammanfattning av expertrapporterna, vilken har utnyttjats som underlag för vissa delar av utredningens betänkande, främst avsnitt 3.8 och 4.3.

Medicinska verksamhetsområden som omfattas av RIA

Barnmedicin	Allmän kirurgi
Hudsjukdomar	Barnkirurgi
Allmän internmedicin	Handkirurgi
Endokrina sjukdomar	Neurokirurgi
Hjärtsjukdomar	Ortopedisk kirurgi
Infektionssjukdomar	Plastikkirurgi
Lungsjukdomar	Brännskadevård
Gastroenterologi	Thoraxkirurgi
Medicinska njursjukdomar	Urologisk kirurgi
Reumatiska sjukdomar	Kvinnosjukdomar[a]
Yrkesmedicin	Ögonsjukdomar[a]
Nervsjukdomar	Öron-, näs- och halssjukdomar[a]
Allmän onkologi	Audiologi[a]
Gynekologisk onkologi	Foniatri[a]

[a] Projektledning har för dessa medicinska verksamhetsområden varit Roos, Holmberg och Thorén.

De övriga tre arbetsgrupperna inom utredningen har behandlat dels utbildnings- och informationsfrågor, dels planering och samarbetsorgan, dels kostnader/avtal samt regionernas avgränsning och antal.

Avtalsexemplen har utarbetats i samråd med Landstingsförbundet och under medverkan av planeringschefen Bengt Erland Fogelberg, Göteborg.

Utredningen har besökt sjukvårdsregionerna och deltagit i överläggningar med representanter för regionsjukvårdsnämnderna. Utredningen har också besökt ett flertal landsting som inte har regionsjukhus.

Representanter för utredningen har gjort studieresor till Danmark, Finland, Norge, Storbritannien och Tjeckoslovakien, se bilaga 11.

2 1960 års riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggnad

2.1 Utredning och beslut

Efter förberedande överläggningar i medicinalstyrelsen under åren 1954–1955 tillkallades generaldirektören Arthur Engel den 7 november 1956 av Kungl. Maj:t såsom utredningsman med uppdrag att utarbeta en plan för den specialiserade kroppsjukvårdens utbyggnad regionvis m. m. I utredningens direktiv anfördes bl. a. följande:

"Utredningen bör i första hand klarlägga behovet och förläggningen av sjukvårdsavdelningar (platser) för den specialiserade kroppssjukvården och landets uppdelning i räjonger som underlag för sådana avdelningar samt utarbeta en plan för utbyggnaden. Denna bör även innefatta sådana serviceavdelningar, vilka lämpligen bör anordnas räjongvis. Vid planens utformning bör beaktas att dess realiserande med hänsyn till de begränsade investeringsmöjligheterna och rådande brist på sjukvårdspersonal torde få fördelas över en relativt lång tidsperiod och att den i första hand får betraktas som en allmän riktlinje för sjukvårdshuvudmännens planering. Utredningsmannen bör dock även undersöka, hur samarbetet mellan huvudmännen lämpligen bör åvägabringas för att säkerställa de nya avdelningarnas (platsernas) tillkomst och drift. I den mån statliga eller statsunderstödda sjukhus eller speciella av undervisningen föranledda åtgärder berörs, bör utredningen pröva, vilka ändringar i gällande bestämmelser om riksplatser eller vilka insatser från statens sida som kan anses påkallade och framlägga förslag till sådana åtgärder." (SOU 1958:26, sid. 11.)

Utredningsmannen lämnade den 14 juli 1958 sitt betänkande angående regionsjukvården med förslag till riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård (SOU 1958:26).

Propositionen till riksdagen med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m. lämnades den 13 maj 1960 (nr 159 år 1960). Riksdagen beslöt den 6 december 1960 att godkänna de riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande som förordats i propositionen.

2.2 Regionsjukvårdens omfattning

Specialiteterna och serviceavdelningarna indelades av utredningen i två grupper, de som borde utvecklas på länsplanet respektive de som borde förbehållas regionsjukhusen. Dock fanns en mellangrupp, som visserligen

ansågs i princip innehålla regionspecialiteter men med så stort vårdplatsbehov att det delvis måste tillgodoses på länsplanet.

Utredningen ställde sig tveksam till en mera långtgående specialisering, särskilt vad beträffar internmedicin, och förordade i stället ett system med subspecialiserade biträdande överläkare eller konsulter. Bland de diskuterade specialiteter som avvisades med hänsyn härtill var reumatologi, hematologi, allergologi och endokrinologi (med viss reservation). Även "konstgjord njure" ansågs höra hemma inom internmedicinblocket vid fyra av regionsjukhusen. Den neurofysiologiska laboratorieverksamheten ansågs böra utvecklas inom ramen för de fysiologiska laboratorierna.

Riksdagsbeslutet följde utredningens förslag i fråga om gruppindelningen av specialiteterna utom på ett par punkter. Det förutsattes att kardiologin organiserades som subspecialitet inom internmedicin och att reumatologin betraktades som regionspecialitet. Vidare förutsattes att urologisk kirurgi skulle utvecklas som såväl regionspecialitet som subspecialitet på länsplanet.

Indelningen enligt riksdagsbeslutet blev följande:

Länsplanet	*Regionplanet*
anestesiologi	hudsjukdomar[2]
barnsjukdomar	kardiologi[1]
invärtes medicin	reumatologi
infektionssjukdomar	barnkirurgi
lungsjukdomar	neurokirurgi
långvårdsmedicin	plastikkirurgi
yrkesmedicin	thoraxkirurgi
allmän kirurgi	urologi[2]
ortopedi	fysiologiskt laboratorium (bakteriologisk/serologiska och virologiska laboratorier enligt särskild regionplan)
blodgivarcentral	neurologi[2]
centrallaboratorium, företrädesvis klinisk kemi	radioterapi
patologi	käkcentral
gynekologi och obstetrik	
psykiska sjukdomar	
barnpsykiatri	
röntgendiagnostik med viss strålterapi	
ögonsjukdomar	
öron-, näs- och halssjukdomar	
rehabilitering	
centraltandpoliklinik	

Syftet med regionsjukvårdsplaneringen – att ge planmässighet och stadga åt organisationen för den högspecialiserade vården – fick enligt riksdagsbeslutet inte undanskymma det förhållandet, att nya framsteg inom medicinen kunde komma att kräva andra organisationsformer än de för dagen aktuella. Specialiteter, som ansågs böra anordnas på regionplanet, kunde så småningom komma att föras ut på länsplanet, och inom förefintliga specialiteter kunde åter utvecklas nya diagnostiska och terapeutiska metoder,

[1] Subspecialitet .

[2] Mellangrupp.

vilka skulle komma att kräva sin egen organisation såsom regionspecialiteter.

I utredningen angavs vårdplatsbehovet inom regionspecialiteterna, vilket redovisas i tab. 2 jämte riksdagsbeslutets siffror.

I utredningen angavs vårdplatsbehovet inom regionspecialiteterna.

I riksdagsbeslutet godtogs i princip beräkningarna utom vad beträffar barnkirurgi, där en lägre norm ansågs möjlig. Utbyggnaden av regionsjukvården beräknades kräva i runt tal 1 700 nya vårdplatser och mer än 200 nya läkare.

Tabell 2 Behov av vårdplatser vid regionsjukhus i regionvård per specialitet enligt 1958 års regionvårdsutredning och 1960 års riksdagsbeslut

Medicinskt verksamhetsområde	Antal vårdplatser vid regionsjukhus enligt	
	1958 års utredning	1960 års riksdagsbeslut
Hudsjukdomar	714	714
Kardiologi	210	210
Barnkirurgi	613	530
Neurokirurgi	349–354	349–354
Plastikkirurgi	370	370
Thoraxkirurgi	408	408
Urologi	300–360	300–360
Neurologi	474–504	474–504
Radioterapi	590	590
Summa	4 028–4 123	3 945–4 040

Klinikerna för de olika specialiteterna vid regionsjukhusen skulle i första hand anordnas och dimensioneras under hänsynstagande till lokala behov och sjukhusorganisatoriska synpunkter, som det helt ankommer på sjukvårdshuvudmännen att bedöma. Därför framlades inte några detaljerade förslag som skulle binda huvudmännen i deras planläggning.

Med hänsyn till forskningens och undervisningens intressen och för att erhålla erforderligt underlag för vissa befintliga kliniker – företrädesvis vid Karolinska sjukhuset – föreslogs emellertid vissa restriktioner beträffande utbyggnaden av neurokirurgi, thoraxkirurgi och radioterapi.

2.3 Indelning i sjukvårdsregioner

Utredningen framlade sex alternativ till indelning av riket i regioner. En utgångspunkt för samtliga alternativ var att undervisningssjukhusen i Stockholm, Uppsala, Lund/Malmö, Göteborg och Umeå skulle utgöra regionsjukhus. Vidare eftersträvades att varje region skulle omfatta ca en miljon invånare. Med hänsyn härtill och på grundval av bl. a. beräkningar över restiderna till de aktuella centralorterna förordade utredningen ett alternativ med sex regioner och regionsjukhus i de fem nyss nämnda orterna jämte Linköping. En eventuell sjunde region med centrum i Örebro skulle enligt utredningens uppfattning kunna utvecklas senare.

I propositionen framhöll departementschefen, att regiongränserna så långt som möjligt borde följa de administrativa gränserna för dåvarande sjukvårdsområden bl. a. för undvikande av att en huvudman skulle behöva engagera sig i regionsjukvård på flera håll och att patienter från ett och samma sjukvårdsområde skulle komma att hänföras till olika regionsjukhus. I detta sammanhang underströks att regionaliseringen i princip borde grunda sig på fixerade upptagningsområden. Departementschefen ansåg det vidare nödvändigt att ställning redan då togs till antalet regioner, eftersom indelningen måste kunna läggas till grund för en långsiktig sjukhusplanering.

Med utgångspunkt i de gjorda övervägandena föreslogs, att riket skulle indelas i sju regioner för den högspecialiserade kroppssjukvården med regionsjukhus i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg, Örebro och Umeå, varvid dock vissa regionspecialiteter tills vidare ej skulle utbyggas i Linköping[1] och Örebro[2].

Förslaget innebar att fyra sjukvårdsområden – Västernorrland, Västmanland, Södermanland och Halland – delades på två regioner.

Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen.

2.4 Samordningsorgan m. m.

Förslag till samarbetsformer inom sjukvårdsregionerna grundade sig på frivilligt deltagande av sjukvårdshuvudmännen. Det skulle ankomma på huvudmännen att själva besluta i fråga om planläggning och utbyggnad av regionsjukvården.

I fråga om rikets indelning i regioner och utbyggnaden av vissa regionspecialiteter i Uppsala-, Linköpings- och Örebroregionerna ställdes vissa mer bestämda krav, som förutsattes skulle komma att iakttas. Om mindre jämkningar i gränsdragningen skulle bli aktuella i fall där ett sjukvårdsområde delats på två regioner, borde frågorna prövas i ett samordningsorgan.

Utredningen förordade att samarbetet inom en region skulle regleras genom avtal, enligt vilket en huvudman driver regionsjukhus för samtliga parters räkning. Statsmakterna borde enligt riksdagsbeslutet inte söka binda sjukvårdshuvudmännens val av samarbetsformer för regionsjukvårdens utbyggande. Såvitt möjligt borde dock enhetliga samarbetsformer väljas för samtliga regioner.

I riksdagsbeslutet framhölls, att planläggningen av regionsjukvården och planernas förverkligande skulle komma att kräva samverkan och anpassning även över regiongränserna.

Riksdagen fann det synnerligen angeläget att ett särskilt samordningsorgan tillskapades, där representanter för staten och övriga regionsjukvårdshuvudmän kunde överlägga om gemensamma regionvårdsproblem och besluta om hur dessa skulle lösas.

Frågor som lämpligen borde handläggas av ett sådant samordningsorgan avsåg framför allt takten för utbyggnaden av de olika regionspecialiteterna. Därvid måste mot varandra vägas sjukvårdens och undervisningens behov, de ekonomiska förutsättningarna samt tillgången på läkare och annan sjukvårdspersonal. Dimensioneringen av de särskilda klinikerna måste ske

[1] Neurokirurgi skulle tills vidare ej finnas och utbyggnaden av thoraxkirurgi och radioterapi skulle ske med försiktighet.

[2] Neurokirurgi skulle tills vidare ej finnas, endast viss thoraxkirurgi (30 vpl).

med hänsyn till förefintlig eller redan beslutad utbyggnad vid övriga regionsjukhus, inriktningen av en viss specialitet vid ett regionsjukhus såsom subspecialitet eller självständig specialitet samt utformningen och tillämpningen av ett enhetligt intagnings- och remissystem vid regionsjukhusen. Vidare borde samordningsorganet verka för att på länsplanet ej realiserades utbyggnadsplaner, som skulle kollidera med eller försvåra en rationell utbyggnad av klinikerna på regionplanet.

Sedan riksdagen godkänt riktlinjerna för regionsjukvårdens utbyggande inrättades det förordade samordningsorganet under namnet Centrala regionsjukvårdsnämnden.

Utredningen föreslog inte några statsbidrag till uppförande/utrustning eller drift av regionklinikerna (med undantag för de nya radioterapeutiska klinikerna) och departementschefen delade utredningens mening. I riksdagsbeslutet pekades på det förhållandet, att en specialitet, som i dag betraktas som en regionspecialitet, inom en relativt nära framtid kan komma att hänföras till länsspecialiteterna.

3 Bakgrund

3.1 Utvecklingen inom sjukvården

Regionvårdsutredningen gjordes under en period, 1956–58, då de större lasaretten expanderade och då utvecklingen av nya specialkliniker hade tagit fart. Lasarettsvården var landstingens helt dominerande uppgift och utvecklingen av denna skedde mot bakgrund av tätorternas expansion och en god ekonomi.

Totala antalet vårdplatser för kroppssjukvård (exkl. långtidssjukvård) ökade endast med ett par hundra under 1950-talet och var oförändrat ca 49 000 under 1960-talet. Under vartdera av dessa decennier minskades emellertid antalet vårdplatser för lungsjukvård och infektionssjukvård med ca 4 000, huvudsakligen till följd av avvecklingen av fristående sanatorier och epidemisjukhus. För de egentliga lasarettens del var ökningen av vårdplatsantalet ca 10 procent under denna period.

Successivt har landstingen blivit huvudmän för praktiskt taget all sjukvård.

Vården av kroniskt sjuka betraktades under förra hälften av 1900-talet som ett led i fattigvården i den mån inte anhöriga kunde svara för den sjuke. Successivt ändrades detta synsätt och som konsekvens av en beslutad reform av ålderdomshemsvården ålades landstingen år 1951 vården av kroniskt kroppsjuka, dvs. i stort sett vad som nu benämns långtidssjukvård. Utbyggnaden av vårdplatser för detta ändamål hos landstingen hade börjat i mindre skala redan tidigare och fortsatte under 1950-talet. År 1960 fanns ca 18 600 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka. År 1975 hade antalet ökat till ca 38 500 och år 1976 40 400 (LKELP 76 respektive 77).

Landstingens skyldighet att bereda öppen vård lagfästes första gången år 1959. Den gällde då endast öppen vård vid sjukhus och begränsades till sådan vård som inte lämpligen kunde erhållas annorstädes än på sjukhus. Därtill stod i lagen att den öppna vården inte fick inkräkta menligt på den slutna vården. Den bestämmelsen togs bort 1972.

År 1963 övertog landstingen ansvaret för öppen läkarvård utanför sjukhus. Den hade dittills bedrivits av staten genom provinsialläkare och av de större städerna genom stadsdistriktsläkare. Fullständigt reglerades huvudmannaskapsförändringen inte förrän i 1972 års sjukvårdslag. Det bör även erinras om att sjukvårdshuvudmännen haft relativt begränsad styrningsmöjlighet av öppen vård vid sjukhus före reformeringen av läkarvårdstaxan år 1970.

Landstingen hade före år 1967 svarat för vissa begränsade uppgifter inom

den psykiatriska vården, men det fulla ansvaret för vården av psykiskt sjuka ålades inte landstingen förrän detta år. Då överfördes huvudmannaskapet för den av staten drivna mentalsjukvården till landstingen.

Efter huvudmannaskapsreformerna har den starka satsningen på lasarettsvården successivt minskats. De till landstingen under 1950- och 1960-talen överförda vårdområdena (långtidssjukvård, öppenvård utanför sjukhus samt psykiatri) har i stället prioriterats. Av investeringsmedlen åren 1977 och 1978 för de inom hälso- och sjukvårdssektorn prioriterade byggnadsprojekten avsattes ca 35 procent till långtidssjukvård och lika stor andel till anläggningar för öppen vård utanför sjukhus.

Läkarutbildningen har sedan föregående regionvårdsutredning ändrats både i fråga om innehåll och omfattning. En ny ordning för läkares grund- och vidareutbildning genomfördes år 1969 och blocksystemet för läkarnas vidareutbildning genomfördes för allmäntjänstgöringen år 1973 och för den fortsatta vidareutbildningen år 1975. Tillskottet av legitimerade läkare med svensk examen var år 1960 ca 250. Det hade år 1968 fördubblats. Fr. o. m. år 1977 är tillskottet ca 1 000 om året. Antalet nytillkomna legitimerade läkare med utländsk examen var år 1977 drygt 300. Antalet yrkesverksamma läkare har ökat från 7 130 år 1960 till 13 260 år 1974 och 15 150 år 1977 (LATT 77).

Den bättre tillgången på specialistkompetenta läkare samt det förhållandet att författningsenligt endast en överläkare kunde finnas på en klinik bidrog till den ökning av antalet kliniker, som 1958 års regionvårdsutredning noterade. Bestämmelsen har senare vållat bekymmer med hänsyn till organisatoriska och ekonomiska konsekvenser. Mot bl. a. den bakgrunden vidtogs år 1970 sådan ändring av sjukvårdsförfattningarna att flera överläkare nu kan finnas vid samma klinik (proposition nr 42 år 1970).

Ökad utbildning har medfört bättre tillgång på annan personal än läkare. Så har t. ex. antalet yrkesverksamma sjuksköterskor och barnmorskor ökat från 23 000 år 1960 till drygt 48 000 år 1974, och drygt 52 000 år 1977 (Vårdpersonalprogram, Socialstyrelsen 1976).

1977 uppgick antalet sjukgymnaster till drygt 6 300 varav ca 65 procent var yrkesverksamma. Drygt en fjärdedel var privatpraktiserande.

År 1977 fanns ca 2 100 arbetsterapeuter. Av dem var ca 1 600 yrkesverksamma, främst inom den somatiska sjukvården. Den verksamhet som arbetsterapeuterna bedriver inom den medicinska rehabiliteringen är omfattande.

Förbättrade behandlingsmetoder och förändrad behandlingspraxis har medfört starkt förkortade medelvårdtider.

I diagram 1 (sid. 41) visas utvecklingen av medelvårdtiden inom de medicinska och kirurgiska verksamhetsområdena under perioden 1960–1975. Dessutom anges medelvårdtidens utveckling inom den medicinska barnsjukvården. Det framgår att medelvårdtiden inom såväl de medicinska som kirurgiska specialiteterna har minskat under perioden.

De förkortade medelvårdtiderna har möjliggjort att antalet intagningar ökat oavbrutet under hela efterkrigstiden. Från ca 620 000 intagningar år 1950 för vårdplatserna inom kroppssjukvård (exkl. långtidssjukvård) har antalet stigit till ca 930 000 år 1960, ca 1 180 000 år 1970 och till 1 290 000 år 1977 (LKELP 1977).

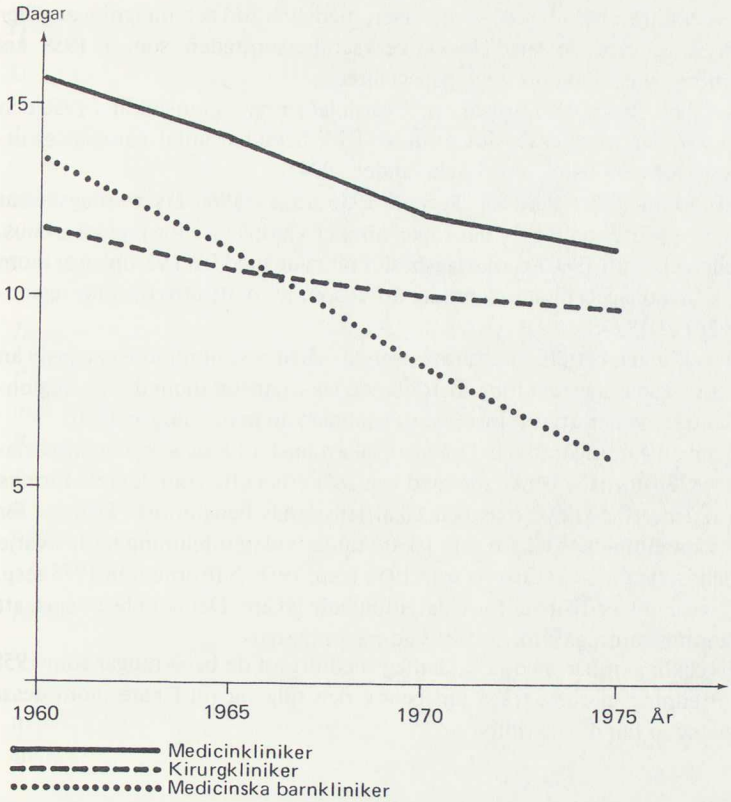


Diagram 1. Medelvårdtidens utveckling 1960–1975

Tabell 3 Antal vårdplatser på regionsjukhus 1956, enligt 1960 års riksdagsbeslut samt beräknat utnyttjade för regionsjukvård 1974

Medicinskt verksamhetsområde	Antal vårdplatser på regionsjukhus		Beräknat antal för regionsjukvård utnyttjade vårdplatser i hela landet 1974
	År 1956	Enligt 1960 års riksdagsbeslut	
Hud- och könssjukdomar	636	714	105
Kardiologi	210	210	70
Barnkirurgi	253	530	105
Neurokirurgi	198	349–354	230–260
Plastikkirurgi	146	370	235
Thoraxkirurgi	322	408	205
Urologisk kirurgi	87	300–360	135
Neurologi	258	474–504	130
Radioterapi/onkologi	322	590	710
Summa	2 432	3 945–4 040	1 925–1 955

Utvecklingen beträffande vårdplatser, medelvårdtid och intagningar gäller också ifråga om de medicinska verksamhetsområden som i 1958 års utredning betecknas som regionspecialiteter.

Av tabell 3 (sid. 41) framgår antal vårdplatser på regionsjukhus 1956 och enligt 1960 års riksdagsbeslut samt av RIA beräknat antal vårdplatser utnyttjade för regionsjukvård i hela landet 1974.

Jämfört med det faktiska läget år 1956 angav 1960 års riksdagsbeslut närmast en fördubbling av det totala antalet vårdplatser för regionsjukhus. Tabellen visar att 1960 års riksdagsbeslut räknade med flera vårdplatser inom de s. k. regionspecialiteterna än det antal som kom att utnyttjas för regionsjukvård år 1974.

Utvecklingen beträffande vårdplatser har således varit mindre expansiv än 1960 års riksdagsbeslut antog. Beträffande läkartjänster inom de s. k. regionspecialiteterna har utvecklingen varit snabbare än man antog år 1960.

Av tabell 4 framgår utvecklingen av läkartjänster för de s. k. regionspecialiteterna. Siffrorna är behäftade med viss osäkerhet eftersom det inte funnits fasta normer för klinikernas och läkartjänsternas benämning. Tjänster för såväl vidareutbildade läkare som läkare under vidareutbildning torde i varje fall delvis vara med i siffrorna från 1956 resp. 1958. Siffrorna från 1975 resp. 1977 avser endast tjänster för vidareutbildade läkare. Det bör observeras, att tjänster hos samtliga sjukvårdshuvudmän inräknats.

Utvecklingen har med få undantag medfört att de beräkningar som 1958 års utredning gjorde i fråga om behov och tillgång till läkare inom dessa specialiteter har överskridits.

Tabell 4 Antal läkartjänster för vissa medicinska verksamhetsområden 1956, enligt 1958 års utredning samt inrättade 1975 och 1977

Medicinskt verksamhetsområde	Antal läkartjänster			
	1956[a]	SOU 1958:26[b]	1975[c]	1977[c]
Hud- och könssjukdomar	36	48	114	139
Kardiologi	–	21	27	32
Barnkirurgi	19	44	39	41
Neurokirurgi	29	48	44	48
Plastikkirurgi	14	32	36	40
Thoraxkirurgi	29	48	33	36
Urologisk kirurgi	3	24	50	71
Neurologi	27	43	68	83
Radioterapi/onkologi	40	65	84	98
Summa	197	373	495	588

[a] 31 december 1956 enligt SOU 1958:26
[b] 1960 års riksdagsbeslut ligger totalt några tiotal högre.
[c] Källa: Sammanställning över tjänster för vidareutbildade läkare 1975-01-01 respektive 1977-01-01.
Anm: Avser tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning.

Följande avsnitt utgör en kortfattad genomgång av utvecklingen efter 1960 av de i 1960 års riksdagsbeslut behandlade specialiteterna.

Hud- och könssjukdomar

Under de senaste 15 åren har specialiteten hud- och könssjukdomar, såsom regionvårdsutredningen förutsåg, utvecklats till en länsspecialitet och samtidigt har verksamheten i allt större utsträckning övergått från sluten till öppen vård. Trots att nya kliniker tillkommit i flertalet sjukvårdsområden – f. n. saknar endast sex av dem egen klinik inom specialiteten – är det totala antalet vårdplatser föga större än år 1956. Detta innebär att antalet vårdplatser minskats kraftigt vid vissa kliniker.

Invärtesmedicinsk allergologi (överkänslighetssjukdomar)

Enligt 1958 års utredning borde vården av patienter med allergiska sjukdomar inte organiseras som en egen specialitet på vare sig läns- eller regionplanet. Resurser för diagnostik och behandling av allergiska sjukdomar borde dock utvecklas. Detta har skett, bl. a. har ett antal specialenheter tillkommit för allergiska sjukdomar inom framför allt invärtesmedicin, barnmedicin samt hudsjukdomar.

Hematologi (blodsjukdomar)

Vid tiden för 1958 års utredning var hematologins ställning inte klarlagd.

Resurser för avancerad hematologi har senare utvecklats inom invärtesmedicinska kliniker vid samtliga regionsjukhus och några andra större sjukhus.

Endokrinologi (insöndringsorganens sjukdomar)

Vid tidpunkten för utredningen fanns endokrinologisk klinik endast vid Karolinska sjukhuset. Senare har en klinik tillkommit i Malmö samt endokrinologiska enheter inom invärtesmedicinska kliniker i Göteborg och Linköping. Endokrinologisk verksamhet har etablerats vid övriga regionsjukhus och vissa andra större sjukhus inom invärtesmedicinska kliniker. I samband med detta har laboratorieresurserna utökats kraftigt.

Kardiologi (hjärtsjukdomar)

Utvecklingen har gått i den av 1958 års utredning förutsedda riktningen med mindre enheter för speciellt kvalificerade och tekniskt avancerade utredningar – oftast som förberedelse till hjärtoperation – under det att kardiologin i övrigt integrerats med invärtesmedicin. Särskilda kardiologiska kliniker finns nu vid Malmö allmänna sjukhus, Södersjukhuset och i Lund. Övriga regionsjukhus har kardiologiska enheter inom ramen för invärtesmedicinska kliniker samt i vissa fall barnmedicinska kliniker.

Medicinska njursjukdomar

När 1958 års utredning avslutades fanns njurdialysverksamhet endast i Lund men planerades i Stockholm, Göteborg och Umeå. Enligt utredningens

mening borde en utveckling av njurdialysverksamhet ske inom ramen för invärtesmedicin och till en början bara på dessa fyra platser. I Stockholm förlades verksamheten till en särskild njurmedicinsk klinik vid S:t Eriks sjukhus. Senare har sådan verksamhet tagits upp även på Karolinska sjukhuset inom den invärtesmedicinska kliniken samt vid Huddinge sjukhus. I Lund och Linköping finns även särskilda njurmedicinska kliniker under det att njurmedicinsk verksamhet utvecklats inom de invärtesmedicinska klinikerna vid övriga regionsjukhus. Under det senaste decenniet har njurdialysenheter inrättats även vid andra sjukhus än regionsjukhus och flertalet sjukvårdsområden har nu en enhet för njurdialys.

Reumatologi

År 1958 fanns självständiga kliniker för reumatologi i Lund och vid Karolinska sjukhuset, varjämte nya sådana enheter föreslogs tillkomma i Göteborg och Uppsala. Därtill kom dåvarande pensionsstyrelsens två reumatikersjukhus i Nynäshamn och Tranås, Spenshults reumatikersjukhus samt smärre avdelningar vid vissa länslasarett.

Reumatologiska kliniker har etablerats vid regionsjukhusen i Umeå och Örebro. I Göteborg, Linköping, Malmö och Uppsala har avdelningar/sektioner för reumatologi tillkommit inom ramen för invärtesmedicinsk storklinik. Utanför regionsjukhusen finns vid flertalet länssjukhus tjänster inrättade inom verksamhetsområdet reumatologi. Riksföreningen mot reumatism är huvudman för nyssnämnda Spenshults reumatikersjukhus samt sjukhus i Strängnäs och Östersund.

Barnkirurgi

I mitten av 1950-talet fanns tre barnkirurgiska kliniker i landet; vid Karolinska sjukhuset och Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus som numera överflyttats till S:t Görans sjukhus i Stockholm, samt i Göteborg. En klinik var under uppbyggnad i Lund. Den specialiserade barnkirurgin har sedermera förstärkts med en klinik i Uppsala. Vidare bedrivs viss barnkirurgisk verksamhet inom de kirurgiska klinikerna i Umeå, Linköping respektive Malmö.

Neurokirurgi

Vid tiden för regionvårdsutredningen fanns neurokirurgiska kliniker vid Serafimerlasarettet (1963 överflyttad till Karolinska sjukhuset), Södersjukhuset i Stockholm samt i Lund och Göteborg. Därefter har kliniker tillkommit i Uppsala, Linköping och Umeå. I fråga om medicinsk service framhöll utredningen – liksom beträffande neurologi – den stora betydelsen från diagnostisk synpunkt av tillgång till specialapparatur samt specialutbildade läkare och viss annan specialutbildad personal i neuroradiologi och i klinisk neurofysiologi. Väl fungerande serviceresurser finns vid de regionsjukhus som har neurokirurgiska kliniker. Neuropatologi är ännu under utbyggnad.

Plastikkirurgi med brännskadevård

Den första mer självständiga plastikkirurgiska verksamheten i Sverige påbörjades 1944 vid Serafimerlasarettet. Vid tiden för 1958 års utredning var denna verksamhet sålunda relativt ny. Den ansågs böra utgöra regionspecialitet med från början behandling endast av remissfall. Såsom regionvårdsutredningen förutsåg har plastikkirurgin under senare tid utvecklats snabbt. Detta gäller inte blott den egentliga plastikkirurgin, som övertagit en viss del av den rekonstruktiva kirurgin i samband med tumöroperationer speciellt i ansiktet och på halsen, utan även speciella områden såsom handkirurgi och brännskadevård. Plastikkirurgiska kliniker har numera etablerats vid samtliga regionsjukhus utom i Lund, som dock kompletteras av plastikkirurgiska kliniken i Malmö. I Stockholm finns två, en vid Karolinska sjukhuset och en vid Sabbatsbergs sjukhus.

Enheter för brännskadevård finns nu etablerade i Uppsala, Stockholm (Karolinska sjukhuset) och Linköping varjämte särskilda resurser för brännskadevård finns inom plastikkirurgiska kliniken i Malmö.

Handkirurgi

Handkirurgin har utvecklats från olika medicinska verksamhetsområden och enheter för handkirurgi finns nu inom de plastikkirurgiska klinikerna vid Karolinska sjukhuset och Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm, i Uppsala, Örebro och Umeå samt inom de ortopediska klinikerna i Göteborg och Lund. I Malmö finns en särskild handkirurgisk klinik.

Thoraxkirurgi (brösthålans kirurgi)

Thoraxkirurgin har såsom utredningen förutsåg utvecklats till att i hög grad avse hjärtkirurgi. Thoraxkirurgiska kliniker finns nu på Karolinska sjukhuset i Stockholm samt vid regionsjukhusen i Uppsala, Lund, Göteborg och Örebro samt vid Malmö allmänna sjukhus.

Regionsjukhusen i Linköping och Umeå replierar i fråga om hjärtkirurgi på de thoraxkirurgiska klinikerna vid Karolinska sjukhuset respektive Akademiska sjukhuset i Uppsala. Det har visat sig att de väl utrustade kliniskt-fysiologiska avdelningarna och kardiologiska enheterna vid de två förstnämnda sjukhusen är väl lämpade att genomföra kvalificerad utredningsverksamhet i nära kontakt med respektive thoraxkirurgiska klinik. En liknande samordning har delvis genomförts mellan Örebro och Karolinska sjukhuset.

Urologisk kirurgi (urinorganens kirurgi)

Utvecklingen av urologisk kirurgi har gått i den riktning som förutsågs i 1960 års riksdagsbeslut och det kan konstateras att urologiska kliniker nu finns vid alla regionsjukhus. Sektioner inom kirurgiska kliniker eller självständiga kliniker är inrättade vid flera länssjukhus.

Neurologi (nervsjukdomar)

Neurologi bedömdes av 1958 års regionvårdsutredning inta ett mellanläge samtliga regionssjukhus. Behovet av specialiserad neurologisk vård inom länssjukvården tillgodoses vanligen genom att en i neurologi vidareutbildad läkare anställs på en internmedicinsk klinik. I vissa fall anställs neurologer i öppen vård men har konsultuppdrag i den slutna vården. I två fall har neurologisk klinik etablerats utanför regionsjukhus.

Onkologi (tumörsjukdomar)

Såsom den från resurssynpunkt tyngsta regionspecialiteten behandlades radioterapi, som termen då löd, ingående av regionvårdsutredningen.

År 1958 var jubileumsklinikerna i Stockholm (Karolinska sjukhuset), Göteborg och Lund de dominerande centralanstalterna för diagnostik och behandling av tumörsjukdomarna. I Uppsala hade då radioterapeutisk verksamhet pågått under några år med ett fåtal vårdplatser och med begränsade resurser i övrigt. Självständiga radioterapeutiska enheter med begränsade resurser fanns vid denna tid på Södersjukhuset i Stockholm, vid centrallasaretten i Gävle, Linköping och Örebro samt vid Malmö allmänna sjukhus.

Den gynekologiska radioterapin var vid tiden för 1958 års utredning företrädd vid de tre jubileumsklinikerna, varjämte sådan verksamhet bedrevs vid kvinnokliniken i Uppsala.

Utredningen 1958 konstaterade att en utbyggnad av resurserna för behandling av maligna tumörer var starkt påkallad och därför borde ske snarast. Särskilt trängande var behovet av vårdplatser vid välutrustade centralenheter av den typ jubileumsklinikerna representerade. Samtidigt talade medicinska skäl, särskilt den relativt sällsynta förekomsten av vissa slag av tumörer och tumörlokalisationer, för en stark centralisering av behandlingen av maligna tumörer. Då inrättande av ytterligare centralanstalter befanns ofrånkomligt förordade utredningen att radioterapeutisk klinik skulle ingå i varje regionsjukhus med hänsyn till bl. a. övriga specialiteters behov av nära samarbete med radioterapeutisk expertis framför allt i fråga om pre- och postoperativ tumörbehandling.

Efter omfattande utredning har socialstyrelsen i februari 1974 utgivit "Planering av onkologisk sjukvård" nr 32 i serien Socialstyrelsens råd och anvisningar. I denna skrift betonas en funktionell samordning mellan regionsjukhusets samtliga resurser för tumörbehandling. Namnet för verksamhetsområdet har ändrats till allmän respektive gynekologisk onkologi.

Onkologiska kliniker liksom också resurser för gynekologisk onkologi finns numera vid samtliga regionsjukhus. Därjämte har onkologiska enheter utöver dem som tidigare nämnts byggts upp i Borås, Jönköping, Karlstad och Eskilstuna samt vid Danderyds sjukhus i Stockholm.

Vissa serviceorgan i övrigt

I 1960 års riksdagsbeslut framhölls betydelsen av att laboratorieorganisationen vid regionsjukhusen utbyggdes. Den snabba utvecklingen talade för att speciella laboratorier successivt skulle tillkomma. Så har skett i fråga om

exempelvis klinisk virologi, klinisk immunologi, klinisk cytologi och klinisk genetik. Beträffande röntgendiagnostik betonade utredningen behovet av tränade neuro- och thoraxradiologer och rekommenderade att särskilda barnröntgenavdelningar inrättades vid regionsjukhus. Man kan nu konstatera att en stark ännu fortskridande utveckling karaktäriserar de olika servicedisciplinerna.

Specialiseringen på regionsjukhus uttryckt i läkartjänster

Antal tjänster för vidareutbildade läkare redovisas i tabell 5.

Tabell 5 Antal tjänster för vidareutbildade läkare inom viss medicinsk verksamhet inom sjukvårdsområden med regionsjukhus (1978-01-01)

Medicinsk Verksamhet	Stockholm			Linköping	Lund	Malmö	Göteborg		Örebro	Uppsala	Umeå	Summa
	KS[f]	HS[g]	Övriga				SS[h]	Östra				
Endokrinologi	6[e]			2		5[a]	3					16
Hjärtsjukdomar	2		5+1[i]	3	5	3	6	2	4	2	1	34
Gastroenterologi	1				1		3[a]					5
Yrkesmedicin	2		2[j]	1	3[a]		1		3		1	13
Barnkirurgi	7		9[a k]	1	6			11[b]	1	5	1	41
Handkirurgi	2		3[l]	1	1	4[a]	5[a]		2	3	2	23
Neurokirurgi	9		6[j]	6	9		9			6	5	50
Plastikkirurgi	6		5[l]	3		7[a]	7		4	6	3	41
Thoraxkirurgi	8				7	3	9[a]		3	7		37
Blodgruppsserologi	2		1+3[m]	3	3	2	4		1	4	2	25
Klinisk neurofysiologi	3	2	2[j]	4	4		4		3	3	3	28
Klinisk virologi	2		4[n]		3	3	5[d]				1	18
Klinisk immunologi		1,5		1			1[d]					3,5
Socialmedicin	1	3		3	1	3[a]	12[c]		3[b]	2	3[b]	31
Audiologi	2	1	3[aj]	1	2	2[a]	4[a]		2	2	2	21
Foniatri	1	1		2	2[a]	1	1		1	2	1	12
Allergologi	4	3			2[a]		5,5[a]					14,5
Klinisk cytologi	1	1	2+2[m]	3	3	3	4			3	2	24
Klinisk farmakologi	1	2		1			1			1		6
Hematologi	1				1							2
Koagulationslab.	3					2						5
Klinisk genetik	2				2							4
Giftinformation	1											1
Hormonlaboratorium	1											1[e]
Näringsfysiologi							2					2
Neuroradiologi	4[o]											4
Barnröntgen	3[o]											3
Summa	75	14,5	48	35	55	38	86,5	13	27	46	27	465

[a] En tjänst avser öppen vård.
[b] Två tjänster avser öppen vård.
[c] Åtta tjänster avser öppen vård.
[d] Göteborgs kommuns laboratorium.
[e] En tjänst avser laborator.
[f] Karolinska sjukhuset.
[g] Huddinge sjukhus.
[h] Sahlgrenska sjukhuset.
[i] Södersjukhuset respektive Serafimerlasarettet.
[j] Södersjukhuset.
[k] S:t Görans sjukhus.
[l] Sabbatsbergs sjukhus.
[m] Sabbatsbergs sjukhus respektive Södersjukhuset.
[n] Mikrobiologiskt laboratorium.
[o] Vid övriga sjukhus är tjänster ej specialdestinerade för dessa verksamheter. De återfinns där under röntgen.

3.2 Utomlänsremissvård

I 1958 års utredning delades de medicinska verksamhetsområdena i två grupper; de som borde utvecklas på länsplanet och de som borde finnas endast på regionsjukhusen. Denna indelning var knuten till då rådande organisatoriska förhållanden med strikt klinikindelning per specialitet och med en överläkare per klinik.

Denna indelning har lett till en avtalsmässig klyvning av utomlänsremissvården, dvs. vården utanför hemlandsting beträffande patienter med specialistremiss enligt regionsjukvårdsavtal eller utomlänsavtalet. Vården av patienter från regionen på de s. k. regionklinikerna regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal under det att utomlänsremissvården i övrigt regleras genom ett för hela landet gemensamt utomlänsavtal, som också omfattar vården av akut insjuknade utanför hemlandstinget.

Av regionvårdsutredningen framgår emellertid att man var väl medveten om behovet av specialistvård vid regionsjukhus även inom andra medicinska verksamhetsområden. Utredningen förordade t. ex. ett system med subspecialiserade biträdande överläkare eller konsulter inom internmedicinska kliniker för reumatologi, hematologi, allergologi och endokrinologi. En sådan utveckling ansågs emellertid inte behöva eller kunna styras på samma strikta sätt som utvecklingen av särskilda kliniker.

Regionsjukvården och övrig vård av utomlänspatienter med specialistremiss har ungefär lika stor omfattning, ca 307 500 respektive 250 200 vårddagar år 1975 (ca 279 600 respektive 237 500 år 1977). Även vården av sistnämnda patienter är nästan helt förlagd till regionsjukhus. Endast en procent av dessa vårddagar avser vård inom sjukvårdsområden utan regionsjukhus. En redovisning av regionsjukhusens högspecialiserade vård måste därför omfatta såväl den vård som lämnas inom ramen för regionsjukvårdsavtalen som den vård som lämnas inom ramen för utomlänsavtalet åt patienter med remiss från hemlandstinget.

Utvecklingen under de senaste åren framgår av tabell 6. Jämförbara siffror från tidigare år finns tyvärr inte. Utnyttjandet totalt sett visar en sjunkande tendens de senaste åren.

Tabell 6 Antal vårddagar enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel åren 1972–1977

År	Regionsjukvårds-avtal (Index 1972=100)	Utomlänsavtalets-specialistremissdel (Index 1972=100)	Summa (Index 1972=100)
1972	283 455 (100)	261 690 (100)	545 145 (100)
1973	281 058 (99)	245 276 (94)	526 334 (97)
1974	308 171 (109)	255 593 (98)	563 764 (103)
1975	307 502 (108)	250 244 (96)	557 746 (102)
1976	305 935 (108)	231 246 (88)	537 181 (99)
1977	279 593 (99)	237 520 (91)	517 113 (95)

Det bör observeras att flertalet regionsjukvårdsavtal innehåller garantiklausul. Enligt sådan klausul får sjukvårdshuvudmän som inte utnyttjar

vårdplatser i regionsjukvård i avtalad utsträckning ändå betala vårdersättning enligt vissa normer. Det kan medverka till att vård enligt regionsjukvårdsavtal finns kvar i relativt hög omfattning.

Av tabell 7 framgår att 55 procent av vårddagarna avser vård enligt regionsjukvårdsavtalen och således 45 procent utomlänsavtalets specialistremissdel.

Ca 70 procent av antalet vårddagar meddelades inom medicinska verksamhetsområden där vårddagar redovisas enligt såväl regionsjukvårdsavtal som utomlänsavtal, dvs. de s. k. regionspecialiteterna. I särskilt stor utsträckning utnyttjas onkologi, neurokirurgi, plastikkirurgi och thoraxkirurgi. Dessa medicinska verksamhetsområden omfattar tillsammans 40 procent av det totala utnyttjandet enligt tabell 7. Därefter följer i omfattning allmän kirurgi, som innehåller bl. a. transplantationer.

Tabell 7 Antal vårddagar enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel per medicinskt verksamhetsområde år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Regionsjukvårdsavtal	Utomlänsavtalets specialistremissdel	Summa	Procent
Barnmedicin		27 233	27 233	4,9
Hudsjukdomar	10 091	3 054	13 145	2,3
Allmän internmedicin		32 711	32 711	5,9
Kardiologi	9 509	1 998	11 507	2,1
Akuta infektionssjukdomar	174	5 143	5 317	0,9
Lungsjukdomar		10 678	10 678	1,9
Med. njursjukdomar	13 385	8 063	21 448	3,8
Reumatologi	3 082	10 583	13 665	2,4
Allmän kirurgi		30 095	30 095	5,4
Barnkirurgi	17 133	6 937	24 070	4,3
Handkirurgi		3 471	3 471	0,6
Neurokirurgi	44 091	3 781	47 872	8,6
Ortopedisk kirurgi		23 342	23 342	4,2
Plastikkirurgi	31 811	14 439	46 250	8,3
Thoraxkirurgi	28 330	7 718	36 048	6,5
Urologisk kirurgi	20 640	1 923	22 563	4,0
Gynekologi		4 123	4 123	0,7
Obstetrik		2 621	2 621	0,5
Neurologi	23 701	614	24 315	4,4
Allmän psykiatri[a]		1 491	1 491	0,3
Barn- och ungdomspsykiatri[a]		1 220	1 220	0,2
Onkologi	90 762	2 213	92 975	16,7
Ögonsjukdomar		11 119	11 119	2,0
Öron-, näs- och halssjukd.		26 093	26 093	4,7
Habilitering m. m.	14 793	9 581	24 374	4,4
Summa	307 502	250 244	557 746	100,0

[a] Exkl. vård vid lasarett för psykiatrisk vård (f. d. mentalsjukhus).

I tabell 8 (sid. 50) redovisas utnyttjad utomlänsremissvård per sjukvårdsområde och 100 000 invånare. Skillnaderna är stora såväl mellan grupperna sjukvårdsområden med och utan regionsjukhus som mellan sjukvårdsom-

råden inom vardera av dessa båda grupper.

En jämförelse med omfattningen av hela den slutna sjukvården i landet visar att den totala utomlänsremissvården har relativt liten omfattning. År 1974 omfattade hela den slutna sjukvården 35 715 300 vårddagar, varav 11 877 500 inom somatisk korttidssjukvård enligt LKELP 1975.

Omfattningen av utomlänsremissvård och motsvarande vård inom det egna sjukvårdsområdet har uppskattats till ca 900 000 vårddagar. Detta motsvarar ca 2,5 procent av landets slutna sjukvård eller ca 7,5 procent av landets slutna somatiska korttidssjukvård.

Tabell 8 Utnyttjat antal vårddagar med utomlänsremiss per 100 000 invånare och sjukvårdsområde år 1975

Sjukvårdsområde	Utnyttjat antal vårddagar för utomlänsremiss-vård	Folkmängd i 1 000-tal den 31 dec. 1977	Antal vårddagar per 100 000 invånare
Med regionsjukhus			
Stockholm	2 581	1 512	171
Östergötland	7 275	391	1 861
Malmöhus	8 736	504	1 733
Malmö kommun	8 169	239	3 418
Göteborgs kommun	818	440	186
Örebro	8 845	274	3 228
Uppsala	1 743	236	739
Västerbotten	3 306	239	1 383
Summa	41 473	3 835	1 081[a]
Utan regionsjukhus			
Södermanland	28 482	252	11 302
Jönköping	30 165	303	9 955
Kronoberg	20 536	171	12 009
Kalmar	40 828	242	16 871
Gotland	11 860	55	21 564
Blekinge	22 743	155	14 673
Kristianstad	35 222	275	12 808
Halland	26 542	225	11 796
Göteborgs och Bohus	29 076	274	10 612
Älvsborg	30 769	422	7 291
Skaraborg	27 500	266	10 338
Värmland	24 033	285	8 433
Västmanland	39 471	260	15 181
Kopparberg	30 383	284	10 698
Gävleborg	39 681	294	13 497
Västernorrland	32 945	268	12 293
Jämtland	15 793	134	11 786
Norrbotten	30 244	267	11 327
Summa	516 273	4 432	11 649[a]
Totalt	557 746	8 267	6 747[a]

[a] Erhållen genom division av kolumn 1 med kolumn 2 på samma rad.

3.3 Högskoleutbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete

3.3.1 *Högskolans organisation*

Den 1 juli 1977 omorganiserades och vidgades högskoleutbildningen. Den indelas nu i en statlig och en kommunal högskoleorganisation. Den kommunala högskoleutbildningen är uppdelad på två huvudmän, nämligen landstingskommuner och primärkommuner. Den landstingskommunala högskoleutbildningen omfattar sjuksköterskeutbildning och vissa vårdutbildningar som tidigare varit specialkurser i gymnasieskolan.

Landet är indelat i sex högskoleregioner vilkas omfattning framgår av karta 1 (sid. 52). Varje högskoleregion leds av en regionstyrelse som har samordnande uppgifter för all grundläggande högskoleutbildning i regionen med undantag av utbildning under jordbruksdepartementet. Regionstyrelserna har dock inte något överinseende över forskning och forskarutbildning.

Regeringen utser samtliga 21 ledamöter i regionstyrelserna. Därav skall 14 företräda allmänna intressen i regionen och två verksamheten inom högskolan i regionen. Minst en av dessa ska vara rektor vid en statlig högskoleenhet. De anställda har rätt att vara företrädda med tre ledamöter och de studerande med två.

Regionstyrelserna har uppgifter av planerande och samordnande karaktär. De skall verka för att planerings- och utvecklingsarbete i fråga om den grundläggande utbildningen i regionen bedrivs i kontakt med samhälls- och yrkeslivet samt med myndigheter och organisationer som anordnar andra typer av utbildning.

En annan viktig uppgift för regionstyrelserna är att stödja den forskningsanknytning av grundläggande utbildning i regionen som ges utan anknytning till fasta resurser för forskning. Särskilda medel utgår till regionstyrelserna för detta ändamål. I övrigt skall regionstyrelserna handlägga alla frågor som är gemensamma för två eller flera högskoleenheter i respektive regioner.

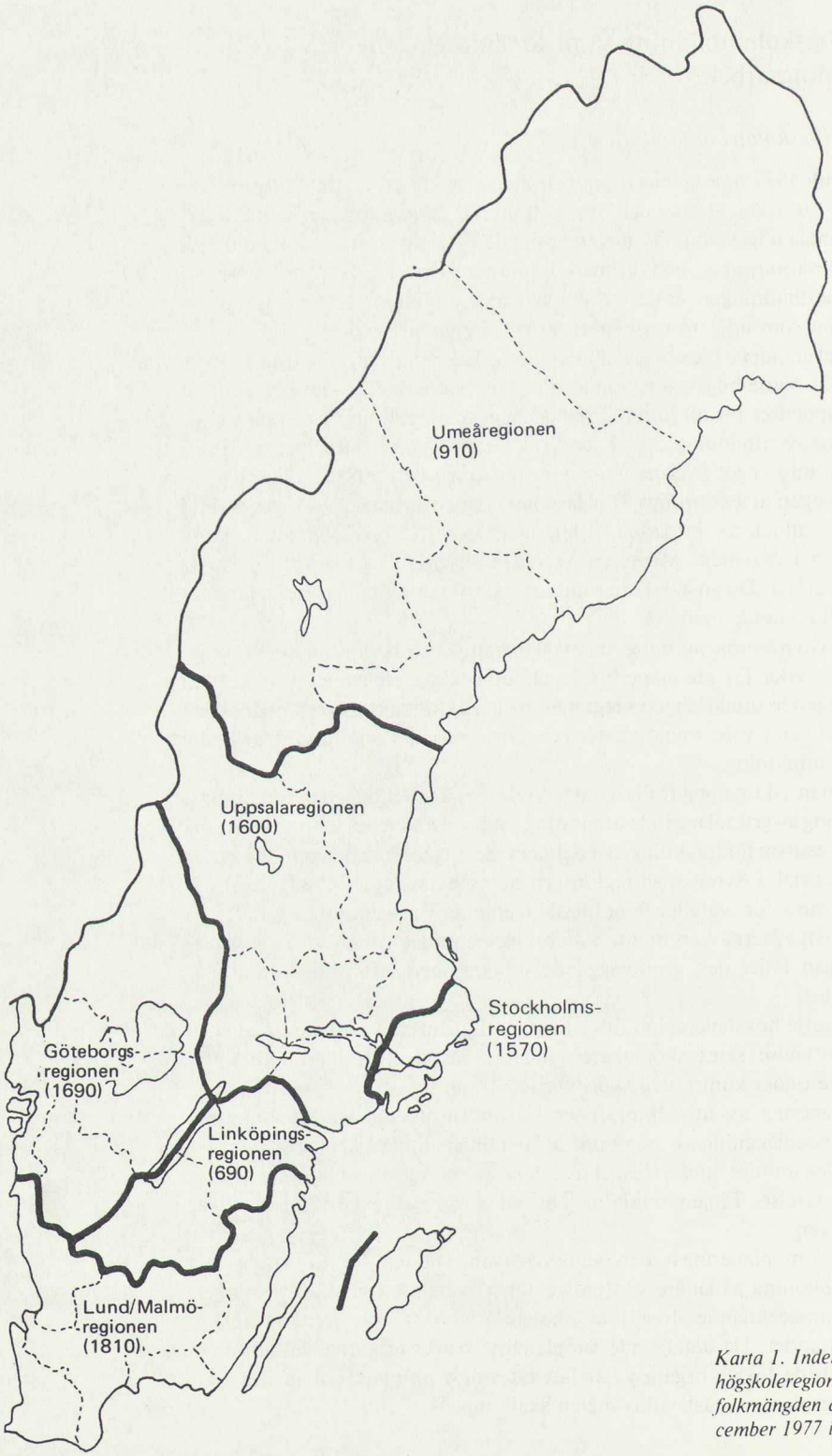
Regionstyrelserna kan inrätta utbildningsnämnder vilka som rådgivande expertorgan följer den grundläggande utbildningen inom en yrkesutbildningssektor.

Inom varje högskoleregion finns flera statliga högskoleenheter med egen högskolestyrelse samt skolenheter under landstingets utbildningsnämnd respektive under kommunal skolstyrelse.

För planering av utbildningslinjer i grundläggande högskoleutbildning samt för handläggning av frågor om sådana linjers innehåll och organisation finns linjenämnder under respektive högskolestyrelse, utbildningsnämnd och skolstyrelse. Linjenämnderna har således ett direkt inflytande över utbildningen.

Frågan om planerings- och ledningsorganisationen för forskning och forskarutbildning på längre sikt prövas för närvarande i särskild ordning.

Ett kännetecknande drag i högskolereformen är det decentraliserade beslutsfattandet. De detaljerade läroplanerna har ersatts med utbildningsplaner och de lokala organen har fått ett större inflytande över hur de i utbildningsplanerna fastställda målen skall uppnås.



Karta 1. Indelningen i högskoleregioner med folkmängden den 31 december 1977 i 1 000-tal.

Samtliga vårdutbildningar måste samplaneras på lokal nivå för att resurser som t. ex. lärare, lokaler och praktikplatser skall kunna utnyttjas effektivt.

Utbildning till olika vårdyrken ges numera i gymnasieskolan, t. ex. den två-åriga vårdlinjen, och i olika specialkurser i den kommunala högskolan samt i den statliga högskolan på t. ex. läkarlinjen.

I de flesta vårdutbildningar ingår praktiska utbildningsmoment. Förutom vårdutbildning inom hälso- och sjukvården förekommer en rad utbildningar inom t. ex.social- och barnomsorgsområdet där praktisk erfarenhet från sjukvården anses värdefull.

Utbildnings- och vårdplanering är intimt förknippade med varandra. Utbyggnad av en vårdgren innebär i allmänhet ökad tillgång på praktikplatser. En nedskärning av vård ger på motsvarande sätt reduktion av utbildningsmöjligheterna. Det är därför viktigt att utbildningsplaneringen sker i nära samarbete med vårdplaneringen i såväl kortsiktigt som långsiktigt perspektiv. Av synnerlig vikt är då att planeringsområdena är så nära överensstämmande som möjligt geografiskt sett.

Av särskilt intresse för regionalt samarbete är utbildningen av läkare och andra personalgrupper med krav på praktik vid vårdenheter för speciella patientgrupper.

3.3.2 *Läkarutbildning*

Läkarutbildningen består av grundutbildning, som avslutas med läkarexamen, samt vidareutbildning, som leder fram till allmänläkar- eller specialistkompetens. Vidareutbildning består av allmäntjänstgöring (AT) och fortsatt vidareutbildning (FV).

Fortbildning och efterutbildning efter uppnådd allmänläkar- eller specialistkompetens är inte reglerad.

Läkarnas *grundutbildning* fram till läkarexamen omfattar 5,5 år enligt den studieordning som tillämpas sedan år 1969. De två första åren ägnas åt teoretiska studier. Fr. o. m. det tredje året är större delen av utbildningen förlagd till sjukhus och präglas av anknytningen till praktiskt sjukvårdsarbete. Teoretiska insikter förvärvas jämsides med det kliniska arbetet.

Med nuvarande intagning av medicine studerande om drygt 1 000 personer

Tabell 9 Antal intagna medicine studerande per studerandeort år 1977

Studerandeort	Antal intagna
Stockholm	370[a]
Uppsala	110
Lund/Malmö	190
Göteborg	168
Linköping	86[b]
Umeå	102
Summa	1 026

[a] Varav 60 avser förkortad utbildning för sjuksköterskor.
[b] Den prekliniska utbildningen är förlagd till Uppsala.

per år, som redovisas per studerandeort i tabell 9, innebär denna studiegång att utbildningsutrymme varje år måste beredas på sjukhusen för ca 3 000 studerande. För år 3 i utbildningen beräknas därvid 500 utbildningsplatser, år 4 och 5 vartdera 1 000 platser samt 500 platser för halva år 6.

I Stockholm återfinns de kliniska utbildningsplatserna huvudsakligen på Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus, Södersjukhuset och Serafimerlasarettet, men även S:t Eriks sjukhus, Danderyds sjukhus, Roslagstulls sjukhus, Beckomberga sjukhus, Sabbatsbergs sjukhus samt S:t Görans sjukhus utnyttjas i undervisningen. Av dessa sjukhus är Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus regionsjukhus.

I Lund-Malmö finns utbildningsplatser på Lunds lasarett, Malmö allmänna sjukhus och S:t Lars sjukhus. I Göteborg utnyttjas Sahlgrenska sjukhuset, Vasa sjukhus, S:t Jörgens sjukhus, Lillhagens sjukhus och Östra sjukhuset.

I Uppsala bedrivs utbildning på Akademiska sjukhuset och Ulleråkers sjukhus. I Linköping och Umeå är utbildningen förlagd till respektive regionsjukhus.

Efter läkarexamen följer allmäntjänstgöring (AT) som omfattar sammanlagt 21 månaders tjänstgöring på underläkartjänst, AT-block. AT omfattar med vissa utbytesrättigheter:

6 månaders allmän kirurgi inklusive anestesi
6 månaders allmän invärtesmedicin
3 månaders psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri
6 månaders allmänläkarvård

Med hänsyn till att allmäntjänstgöringen omfattar nära två år krävs med nuvarande intagning av medicine studerande drygt 2 000 tjänster. I denna siffra inkluderas utrymme för svenska medborgare med utländsk läkarexamen men även utländska läkare från bl. a. de nordiska grannländerna, som enligt särskilda bestämmelser har möjlighet att få förordnande för att fullgöra AT.

Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) konstaterade år 1972 (Läkares allmäntjänstgöring – Rapport utarbetad av en arbetsgrupp inom NLV) att AT-tjänstgöringen bör "baseras på det sjukvårdspanorama, de organisatoriska och terapeutiska metoder och möjligheter samt den sjukvårdsorganisation som kan innefattas i begreppet vardagssjukvård".

"Beroende på den utformning som tjänstgöringen kan få vid skilda inrättningar kan givetvis även sjukvård på regionnivå ingå i AT-läkarens verksamhet. Så länge den primära målsättningen uppfylles utgör detta naturligtvis ingen nackdel. – – – Det bör också framhållas att vid region- och undervisningssjukhus normalt också bedrivs sjukvård av normal- och centrallasarettstyp."

NLV underströk att undervisningssjukhusen beträffande vidareutbildningen i första hand borde utnyttjas i den fortsatta vidareutbildningen av läkare. Skälet för detta var den konkurrens om utbildningsresurser och sjukvårdsunderlag som eljest kunde uppstå mellan nyutexaminerade läkare och studerande i grundutbildningen.

I enlighet med denna grundsyn förläggs endast en liten del av AT-blocken till regionsjukhus. År 1977 förlades 339 eller 33 procent av samtliga AT-block

till sjukvårdsområden med regionsjukhus. Enligt uppgifter från sjukvårdshuvudmännen (förfrågan i oktober 1977) tilldelades regionsjukhusen 101 AT-block, dvs. 10 procent av det totala antalet. Av dessa block förlades 20 till regionsjukhuset i Örebro, där ingen konkurrens föreligger med grundutbildning.

AT-blocken vid undervisningssjukhus kan bl. a. utnyttjas av forskarstuderande i prekliniska ämnen som önskar upprätthålla kontakten med sin institution för sin forskningsverksamhet.

Läkares fortsatta vidareutbildning till allmänläkar- eller specialistkompetens fullgörs på förordnande som underläkare. I likhet med allmäntjänstgöringen är vidareutbildningen konstruerad som ett block med flera tjänstgöringsperioder. Utbildningstiden varierar från 3,5 år för allmänläkarkompetens till 5,5 år för specialistkompetens i neurokirurgi och thoraxkirurgi. Den genomsnittliga tiden för fortsatt vidareutbildning omfattar ca 4,5 år.

Antalet tjänster i form av FV-block kan därför med nuvarande intagning av medicine studerande beräknas till ca 4 500 per år.

Den fortsatta vidareutbildningen är inte formellt knuten till undervisningssjukhus/regionsjukhus. Det föreskrivs endast att ett år av huvudutbildningen för erhållande av specialistkompetens skall fullgöras vid sjukhus eller inrättning som klassificeras som kategori I. Förutom regionsjukhusen tillhör framför allt länssjukhusen denna kategori.

År 1977 fördelades 976 FV-block. Därav förlades 52 procent till sjukvårdsområde med regionsjukhus. Enligt uppgifter från sjukvårdshuvudmännen (förfrågan i oktober 1977) placerades 329 eller 34 procent av FV-blocken vid regionsjukhus. Fördelningen av FV-block per medicinskt verksamhetsområde framgår av tabell 10 (sid. 56).

Vid sammanställningen har hänsyn inte kunnat tas till att FV-block i vissa fall delas mellan tjänstgöring vid länssjukhus och regionsjukhus. Tabellen visar emellertid att åtminstone två tredjedelar av den fortsatta vidareutbildningen i huvudsak sker i länssjukvården. Inom de stora verksamhetsområdena allmänläkarvård, allmän psykiatri, allmän invärtesmedicin, allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, barnmedicin och kvinnosjukdomar dominerar länssjukvården markant.

Specialistkompetens kan inte alltid sägas vara liktydig med faktisk kompetens för överordnad tjänst. I flertalet specialiteter finns behov av viss tids kompletterande tjänstgöring. Sådan tjänstgöring är idag inte formellt reglerad. I praktiken skaffar sig många specialistkompetenta läkare utökad erfarenhet genom tjänstgöring på avdelningsläkartjänst eller som vikarie på underläkartjänst företrädesvis vid undervisningssjukhusen.

För närvarande bedrivs efterutbildningen huvudsakligen genom kurser, konferenser, symposier etc. vilka till övervägande del anordnas av Svenska Läkaresällskapets sektioner och Sveriges Läkarförbunds specialistföreningar. En utredning om efterutbildningens organisation pågår f. n. inom NLV (NLV:s översynsutredning).

Forskarutbildningen svarar närmast de medicinska fakulteterna för. Dessa finns i Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala och Umeå. Som beskrivs i avsnitt 3.3.4 finns det starka samband mellan sjukvård och forskarutbildning.

Tabell 10 Fördelning av block för fortsatt vidareutbildning (FV) år 1977

Medicinskt verksamhetsområde	Region-sjukhus[a]	Övriga sjukhus	Summa
Allmänläkarvård	34[b]	204	238
Långtidssjukvård	7[b]	60	67
Medicinsk rehabilitering	10	4	14
Allmän psykiatri	13	50	63
Barnpsykiatri	7	12	19
Rättspsykiatri	–	3	3
Barnmedicin	21	39	60
Hudsjukdomar	9	1	10
Allmän invärtesmedicin	24	45	69
Hjärtsjukdomar	3	2	5
Yrkesmedicin	4	1	5
Infektionssjukdomar	4	–	4
Lungsjukdomar	5	2	7
Endokrinologi	4	–	4
Gastroenterologi	3	–	3
Medicinska njursjukdomar	4	2	6
Reumatologi	5	–	5
Neurologi	6	1	7
Allmän onkologi	8	–	8
Gynekologisk onkologi	1	–	1
Allmän kirurgi	12	39	51
Ortopedisk kirurgi	9	21	30
Urologisk kirurgi	9	2	11
Barnkirurgi	2	–	2
Handkirurgi	2	–	2
Neurokirurgi	2	–	2
Plastikkirurgi	2	–	2
Thoraxkirurgi	2	–	2
Kvinnosjukdomar	9	36	45
Ögonsjukdomar	13	22	35
Öron-, näs- och halssjukdomar	17	28	45
Anestesiologi	12	26	38
Blodgruppsserologi	2	2	4
Klinisk bakteriologi	5	2	7
Klinisk fysiologi	6	1	7
Klinisk kemi	13	3	16
Klinisk neurofysiologi	1	–	1
Klinisk patologi	9	5	14
Klinisk virologi	1	–	1
Röntgendiagnostik	26	34	60
Socialmedicin	3	–	3
Totalt	329	647	976

[a] Definition av regionsjukhus/klinik framgår av avsnitt 4.3.
[b] Siffran osäker.

3.3.3 *Utbildning av sjuksköterskor m. fl.*

Från den 1 juli 1977 ingår sjuksköterskeutbildningen i den landstingskommunala högskoleutbildningen. Grundutbildning av sjuksköterskor sker inom alla sjukvårdsområden i landet. Utbildningstiden är 2,5 år.

Sjuksköterskor kan vidareutbilda sig genom påbyggnadslinjer för anestesisjukvård, hälso- och sjukvård för barn och ungdom, intensivvård, medicinsk och kirurgisk sjukvård, obstetrisk och gynekologisk sjukvård, operationssjukvård, psykiatrisk sjukvård, ålderdomshem och öppen åldringsvård samt öppen hälso- och sjukvård. Utbildningstiden varierar mellan 0,5 och 1 år.

Vidareutbildning av sjuksköterskor sker inom alla sjukvårdsregioner. Alla påbyggnadslinjer finns dock inte överallt.

Utbildning av sjukgymnaster sker i Göteborg, Lund, Stockholm och Uppsala. Utbildningstiden är 2,5 år.

Utbildning av arbetsterapeuter sker inom alla sjukvårdsregioner. Utbildningstiden är 3 år.

Antalet utbildningsplatser i vårdutbildningarna inom den kommunala högskolan framgår av sammanställningen i tabell 11.

Tabell 11 Antal utbildningsplatser för vårdyrkessektorn inom kommunal högskoleutbildning 1977/78

Utbildning	Antal utbildningsplatser 1977/78 enligt riksdagens beslut
Sjuksköterskelinjen	3 855[a]
Vidareutbildning av sjuksköterskor	3 365[b]
Arbetsterapeutlinjen	480
Hörselvårdsassistentlinjen	48
Laboratorieassistentlinjen	970
Medicinska assistentlinjen	296
Oftalmologassistentlinjen	48
Operationsassistentlinjen	96
Sjukgymnastlinjen	156[c]
Sociala servicelinjen	352
Tandhygienistlinjen	160
Blodgruppsserologi och hemoterapi I–III	144
Klinisk cytologi	96
Ortoptistutbildning	16
Summa	10 082

[a] 3 693 platser har inrättats.
[b] 3 271 platser har inrättats.
[c] Härutöver finns inom den statliga högskolan 190 utbildningsplatser.
Källa: Praktikfrågor, SOU 1978:15.

Av antagningsplatserna för vidareutbildning av sjuksköterskor var den procentuella fördelningen på de skilda linjerna följande: medicinsk och kirurgisk sjukvård 41 procent, ålderdomshem och öppen åldringsvård 2 procent, psykiatrisk vård 11 procent, anestesisjukvård, intensivvård och operationssjukvård 20 procent, hälso- och sjukvård för barn och ungdom 5 procent, obstetrisk och gynekologisk vård 8 procent, öppen hälso- och sjukvård (40 poäng) 10 procent, öppen hälso- och sjukvård (26 poäng), alternativ studiegång 3 procent.

Totalt svarar sjuksköterskeutbildningen för 73 procent av utbildningskapaciteten för samtliga vårdutbildningar i den kommunala högskolan.

I samtliga vårdutbildningar – även de som ingår i gymnasieskolan – ingår

praktik och fältstudier i varierande omfattning. Det ställs stora krav på hälso- och sjukvårdens resurser att upplåta tillräckligt antal praktikplatser.

3.3.4 *Forsknings- och utvecklingsarbete*

Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) är nödvändigt för hälso- och sjukvården liksom för andra verksamheter. Det behövs för att analysera problem, utveckla och utnyttja nya möjligheter samt för att ge underlag för planeringsarbetet. FoU är också nödvändigt för kontroll och utvärdering, som måste ske fortlöpande.

Följande allmänna definitioner inom forskningen har rekommenderats av OECD och gäller även sjukvården:

- *Grundforskning:* Systematiskt och metodiskt sökande efter ny kunskap och nya idéer utan någon bestämd tillämpning.
- *Tillämpad forskning:* Systematiskt och metodiskt sökande efter ny kunskap och nya idéer med en bestämd tillämpning i sikte.
- *Utvecklingsarbete:* Systematiskt utnyttjande av forskningsresultat och vetenskaplig kunskap med målsättningen att åstadkomma nya produkter, nya processer, nya system eller väsentliga förbättringar av redan existerande sådana.

För regionsjukvårdsutredningens del är den del av medicinsk forskning mest intressant, som kan påverka eller påverkas av patientunderlaget för regionsjukhusen. Grundforskning är därför av mindre direkt intresse i detta sammanhang. Det tillämpade forsknings- och utvecklingsarbetet är däremot av betydelse för regionsjukvården. Denna typ av forskning kallas ofta klinisk forskning.

Den kliniska forskningen kan indelas i:

- Forsknings- och utvecklingsarbete beträffande etiologi och epidemiologi vid olika sjukdomar.
- Utvecklande av diagnostiska metoder.
- Utvecklande av behandling vid olika sjukdomstillstånd.
- Utarbetande av profylaktiska åtgärder för att att förhindra sjukdomars uppträdande.

Ett område som är nära besläktat med forskningen är det metodområde som brukar kallas produktionskontroll. Syftet med denna är att följa upp att planerade resultat uppnås samt att ge impulser och möjligheter till effektivisering och ökat kostnadsmedvetande på alla nivåer genom att ställa resultat mot resursinsats – uttryckt i medicinska, sociala och ekonomiska termer.

Exempel på olika typer av produktionskontroller:

- Kliniska metodstudier för metodkontroll och metodutveckling inom profylax, diagnostik, terapi och omvårdnad
- Kliniska resultatstudier
- Insats/resultat – kartläggningsstudier med begränsad efterkontroll, främst

inom rutinsjukvården

- Breda produktionskontroller där mängden data, insamlad per patient, är starkt komprimerad vanligen utan efterkontroll

Den kliniska forskningen och forskarutbildningen kombineras oftast med praktiskt sjukvårdsarbete genom att läkare i regel sysslar med såväl forsknings- och utvecklingsarbete som sjukvård. I första hand återfinns de forskarregistrerade läkarna vid undervisningssjukhusen, men forskarutbildning och forskning sker också utanför dessa sjukhus.

Höstterminen 1976 fanns drygt 1 800 forskarstuderande registrerade vid medicinsk fakultet. Av dessa forskare är drygt 500 registrerade i prekliniska ämnen och knappt 1 300 i kliniska ämnen. Av antalet registrerade kan man inte dra slutsatsen om proportionen mellan teoretisk och klinisk forskning, eftersom det är vanligt att vid klinik anställda läkare utför forskning vid prekliniska institutioner. Av LATT 77 framgår att 83 procent av de forskarregistrerade läkarna fanns vid undervisningsklinik. Övriga kategori I sjukhus svarade för 9 procent, kategori II sjukhus för 5 procent och öppen vård utanför klinik för 4 procent av de forskarregistrerade. Något mer än hälften av de forskarregistrerade läkarna hade genomgått fortsatt vidareutbildning. Återstoden förenade således forskarutbildning med fortsatt vidareutbildning.

Av tabell 12 framgår antalet doktorsavhandlingar från kliniska institutioner vid olika medicinska fakulteter åren 1976 och 1977. Som framgår av tabellen kommer större antalet avhandlingar från de universitetssjukhus, som är belägna i landets storstadsområden. Av denna tabell kan man dock inte få någon uppfattning om vilka avhandlingar som kommer från regionsjukhuset i Örebro. De avhandlingar som produceras här måste registreras vid medicinsk fakultet och har sålunda fördelats på olika universitet, troligtvis Uppsala och i någon mån Linköping. Det framgår inte heller av denna tabell huruvida delar av avhandlingen har producerats vid klinik utanför universitetssjukhuset.

Tabell 12 Antal doktorsavhandlingar från kliniska institutioner per medicinsk fakultet åren 1976 och 1977 (preliminärt)

Fakultet	1976	1977
Stockholm	46	37
Linköping	12	4
Lund	33	30
Göteborg	32	25
Uppsala	19	18
Umeå	14	5
Summa	156	119

Källa: SCB.

Viss belysning av omfattningen forsknings- och utvecklingsarbete ger antalet föredrag som årligen hålls vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma. År 1976 kom 705 av 864 föredrag, som utgått från endast ett sjukhus/institution, från regionsjukhus. Motsvarande siffror 1977 var 765 av 999.

Det för hälso- och sjukvården betydelsefulla forsknings- och utvecklingsarbetet har hittills inte knutits till planerings- och utvecklingsproblem på ett systematiskt och övergripande sätt. Detta har medfört bl. a. att forsknings- och utvecklingsarbete saknas eller är helt otillräckligt inom många områden som är av särskild betydelse för planering, programutformning och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Att så är förhållandet har uppmärksammats av statens medicinska forskningsråd, som tagit vissa initiativ till bl. a. forskning om effektmätning inom hälso- och sjukvården. I Svenska läkaresällskapets handlingar från 1974 anges att ökade forskningsinsatser behövs avseende det framtida sjukdomspanoramat, sjukvårdssektorns mål och medel, hälso- och sjukvårdens planering samt resultatvärdering och behandlingsforskning.

Den otillfredsställande situationen har även dokumenterats i ett flertal andra sammanhang. Som exempel kan nämnas sjukvårdspolitiskt utvecklingsprogram (Landstingsförbundet), hälso- och sjukvård inför 80-talet (socialstyrelsen) samt den utredning som föregick tillkomsten av delegationen för social forskning.

Den nuvarande inriktningen av forsknings- och utvecklingsarbetet beror till en del på att nyttokriteriet inte haft tillräcklig genomslagskraft vid beslut om insatser. Orsakerna till detta finns bl. a. i de värderingar som ligger till grund för prioritering av forskning och forskarmeriter, finansieringssvårigheter samt kanske främst i att ansvariga inom hälso- och sjukvården hittills inte tillräckligt klart formulerat behoven av forsknings- och utvecklingsarbete.

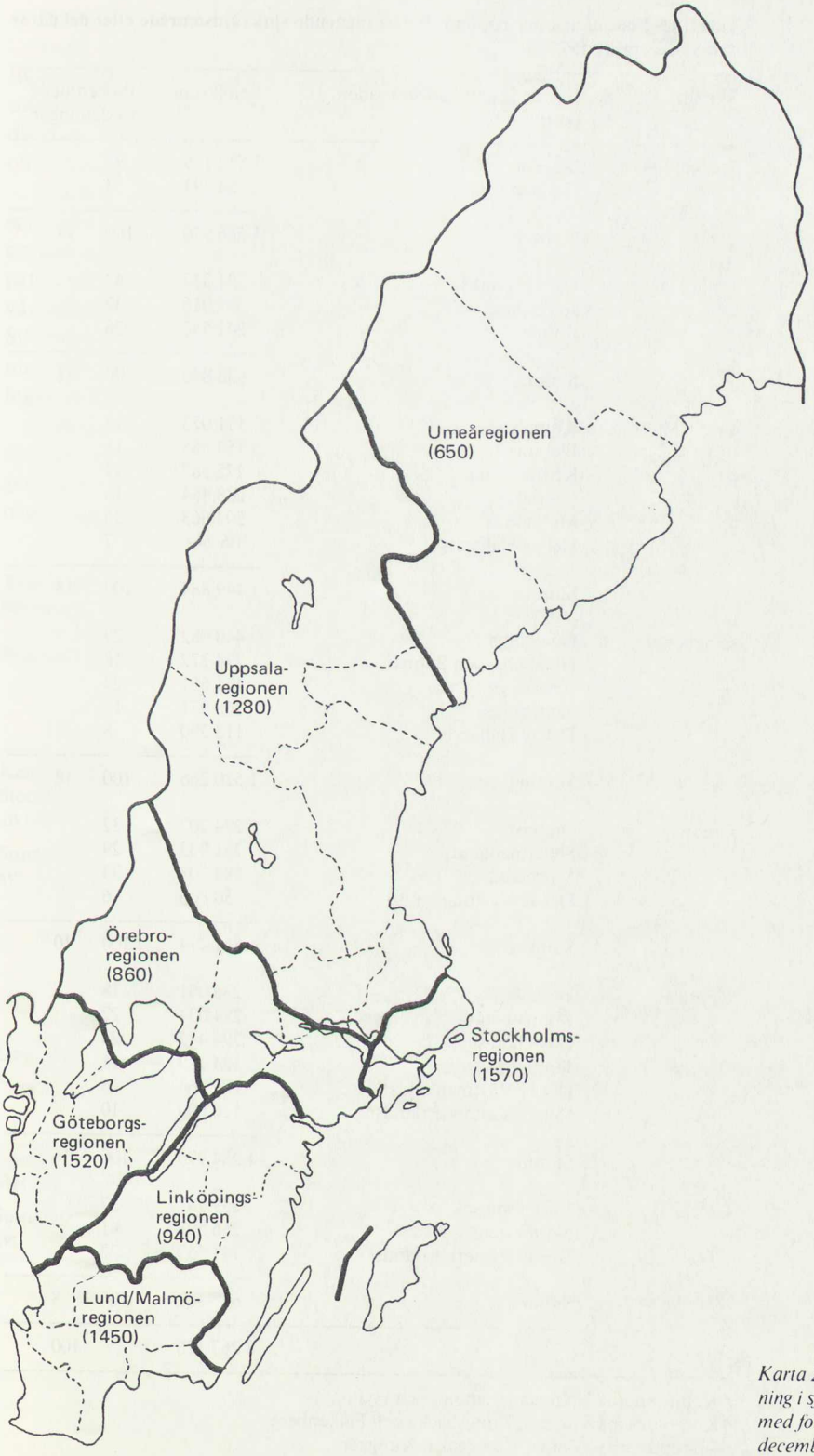
3.4 Sjukvårdsregionerna

Indelningen i sjukvårdsregioner fastställdes som framgår av avsnitt 1.3 av riksdagen år 1960. År 1972 genomfördes den ändringen att Södermanlands län i sin helhet fördes till Örebroregionen. Detta innebar att kommunerna Nyköping och Strängnäs med tillsammans ca 85 000 invånare överfördes från Stockholmsregionen.

De nuvarande sjukvårdsregionerna framgår av karta 2 (sid. 61). Tre sjukvårdsområden är fortfarande delade på två regioner. Av Västernorrlands län hör Ångermanland till Umeåregionen och Medelpad till Uppsalaregionen. Västmanlands län tillhör Uppsalaregionen utom Köpingsområdet, vilket ingår i Örebroregionen. Hallands läns norra del, upptagningsområdet för sjukhuset i Varberg, tillhör Göteborgsregionen medan dess södra del, upptagningsområdet för länssjukhuset i Halmstad, tillhör Lund/Malmöregionen.

Av tabell 13 (sid. 62) framgår vilka sjukvårdsområden som hör till respektive region. I de fall sjukvårdsområden replierar på två regioner redovisas vilka kommuner som hör till respektive region. Dessutom redovisas folkmängden per sjukvårdsområde och region samt den procentuella fördelningen av folkmängden inom varje region och regionerna emellan.

Fyra regioner Stockholm, Lund/Malmö, Göteborg och Uppsala har, som framgår av tabell 13, cirka 1,3–1,6 miljoner invånare medan tre regioner, Linköping, Örebro och Umeå, endast har cirka 0,6–0,9 miljoner invånare.



Karta 2. Nuvarande indelning i sjukvårdsregioner med folkmängden den 31 december 1977 i 1 000-tal.

Tabell 13 Folkmängd per region och däri ingående sjukvårdsområde eller del därav den 31 december 1977

Region	Ingående sjukvårdsområden (kommuner)	Befolkning	Procentuella fördelningar	
Stockholms	Stockholms	1 512 179	97	
	Gotlands	54 791	3	
	Summa	1 566 970	100	19
Linköpings	Östergötlands	391 337	42	
	Jönköpings	303 016	32	
	Kalmar	241 537	26	
	Summa	935 890	100	11
Lund/Malmö	Kronobergs	171 073	12	
	Blekinge	154 565	11	
	Kristianstads	275 387	19	
	Malmö	238 454	16	
	Malmöhus	503 663	35	
	Del av Hallands[a]	106 742	7	
	Summa	1 449 884	100	18
Göteborgs	Göteborgs	440 082	29	
	Göteborgs och Bohus	274 272	18	
	Älvsborgs	421 651	28	
	Skaraborgs	265 971	17	
	Del av Hallands[b]	118 290	8	
	Summa	1 520 266	100	18
Örebro	Örebro	274 207	32	
	Södermanlands	251 933	29	
	Värmlands	284 708	33	
	Del av Västmanlands[c]	50 866	6	
	Summa	861 714	100	10
Uppsala	Uppsala	236 091	18	
	Kopparbergs	284 034	22	
	Gävleborgs	294 412	23	
	Jämtlands	134 189	11	
	Del av Västmanlands[d]	209 464	16	
	Del av Västernorrlands[e]	126 800	10	
	Summa	1 284 990	100	16
Umeå	Västerbottens	239 247	37	
	Norrbottens	266 598	41	
	Del av Västernorrlands[f]	141 557	22	
	Summa	647 402	100	8
Riket		8 267 116		100

[a] Kommunerna Halmstad, Laholm och Hylte.
[b] Kommunerna Varberg, Kungsbacka och Falkenberg.
[c] Kommunerna Köping, Arboga och Kungsör.
[d] Kommunerna Skinnskatteberg, Surahammar, Heby, Hallstahammar, Norberg, Västerås, Sala och Fagersta.
[e] Kommunerna Sundsvall, Timrå och Ånge (Medelpad).
[f] Kommunerna Örnsköldsvik, Härnösand, Sollefteå och Kramfors (Ångermanland).

Även i övrigt var regionernas förutsättningar vid tiden för 1960 års riksdagsbeslut mycket olika. Fyra regioner hade väl etablerade och utbyggda undervisningssjukhus. Två hade ny medicinsk fakultet eller fick det några år därefter medan den sjunde inte hade medicinsk fakultet. Regionernas olikartade förutsättningar avspeglas i resursutnyttjandet.

Tabell 14 avser vård enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel uttryckt i vårdplatser. Det bör observeras att statistiken endast omfattar patienter från annat sjukvårdsområde. Regionsjukvård av patienter från det egna sjukvårdsområdet finns alltså inte med. I regionsjukvårdshuvudmännens områden bor cirka 46 procent av landets folkmängd. Siffrorna i tabell 14 blir därför inte jämförbara med dem som bygger på RIA:s material och som redovisas i kapitel 4.3. För t. ex. Karolinska sjukhusets del ingår inte vården av invånarna i Stockholms län i tabell 14.

I tabellerna i detta avsnitt har antal vårdplatser framräknats genom att antalet utnyttjade vårddagar dividerats med 280. Detta innebär att man generellt räknar med 77 procents beläggning av fastställda vårdplatser, en något lägre genomsnittlig beläggning än den nuvarande.

Tabell 14 Antal vårdplatser som utnyttjades enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel år 1975

Regionsjukhus		Regionsjukvårdsavtal	Utomlänsavtalets specialistremissdel	Summa
Karolinska[a]		52,0	99,4	151,4
Stockholm i övrigt			37,4	37,4
Summa		52,0	136,8	188,8
av:	Gotland	18,1	21,5	39,6
	Södermanland	17,6	21,1	38,7
	Örebro	16,3	6	22,3
	Östergötland		18,4	18,4
	Jönköping		6,2	6,2
	Kalmar		11,2	11,2
	Övriga		52,4	52,4
Linköping		92,2	91,3	183,5
av:	Jönköping	33,8	32,2	66
	Kalmar	58,4	49,1	107,5
	Övriga		10	10
Lund		197,1	141	338,1
Malmö			88,4	88,4
Summa (Lund/Malmö)		197,1	229,4	426,5
av:	Kronoberg	40,6	28,2	68,8
	Blekinge	37,6	41,9	79,5
	Kristianstad	64,4	59,6	124
	Halland	22,8	13,3	36,1
	Malmö	17,6	10,4	28
	Malmöhus		26,6	26,6
	Jönköping	8	12,9	20,9
	Kalmar	6,1	15,5	21,6
	Övriga		21	21

Regionsjukhus		Regionsjukvårdsavtal	Utomlänsavtalets specialistremissdel	Summa
Sahlgrenska/Östra		203,0	209,5	412,5
av:	Göteborgs och Bohus	61,6	39,1	100,7
	Älvsborg	57,2	42,9	100,1
	Skaraborg	56,0	32,8	88,8
	Halland	28,2	27,7	55,9
	Värmland		28,4	28,4
	Jönköping		12,5	12,5
	Övriga		26,1	26,1
Örebro		92,3	46,9	139,2
av:	Södermanland	41,1	12,6	53,7
	Värmland	35,9	13,3	49,2
	Västmanland	15,3	3,5	18,8
	Övriga		17,5	17,5
Akademiska		263,4	196,1	459,5
av:	Kopparberg	61,6	36	97,6
	Gävleborg	68,9	53	121,9
	Jämtland	32,6	15,1	47,7
	Västmanland	78,4	35,7	114,1
	Västernorrland	21,9	11,5	33,4
	Västerbotten		6,7	6,7
	Norrbotten		13,2	13,2
	Övriga		24,9	24,9
Umeå		111,1	53,0	164,1
av :	Västernorrland	53,6	22,3	75,9
	Norrbotten	56,8	27,3	84,1
	Övriga		4,1	4,1
Summa		1 010,4	963,7	1974,1

[a] Inkluderar inte vård till Stockholms län.

Tekniska vårdplatser anges inte i regionsjukvårdsavtalen. De redovisas dock i utnyttjat antal vårdplatser, som beträffande de tekniska vårdplatserna inte särskiljs från respektive medicinska verksamhetsområden.

Totalt utnyttjades år 1975 enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel 1 974,1 vårdplatser.

Utöver dessa vårdplatser utnyttjades tillsammans 17,9 platser hos andra sjukvårdshuvudmän än dem som har regionsjukhus. Fyra av dessa avser habilitering i Uppsala.

I Stockholm utnyttjades 35,8 vårdplatser av Linköpingsregionen samt 31,2 platser av huvudmän i andra regioner. Av de förstnämnda 35,8 platserna avser 10,5 thoraxkirurgi, 4,5 barnkirurgi och 3,6 ortopedisk kirurgi. Av de 31,2 platserna avser 7,4 ortopedisk kirurgi och 4,1 thoraxkirurgi samt är i övrigt relativt jämnt fördelade på medicinska verksamhetsområden.

I Linköping utnyttjades 10 platser av huvudmän utanför regionen, varav drygt hälften inom öron-, näs- och halssjukdomar samt allmän kirurgi med brännskador.

I Lund/Malmö utnyttjades 42,5 platser av Jönköpings län och Kalmar län, som tillhör Linköpingsregionen, men har avtalsenligt regionsamarbete även med Lund/Malmöregionen. Härutöver utnyttjar huvudmän i andra regioner 21 platser som i huvudsak avser reumatologi i Lund.

I Göteborg utnyttjades 67 vårdplatser av sjukvårdshuvudmän utanför regionen, huvudsakligen Värmlands och Jönköpings län, främst avseende njurtransplantationer, ortopedisk kirurgi, barnkirurgi, barnmedicin och plastikkirurgi.

Av de 18,2 vårdplatser som i Örebro utnyttjades av huvudmän utanför regionen avsåg 16,4 ögonsjukdomar.

På Akademiska sjukhuset i Uppsala utnyttjades 19,9 platser av Norrbottens och Västerbottens län samt 24,9 platser av andra huvudmän utanför regionen. Sistnämnda platser avser främst plastikkirurgi och barnmedicin.

Stockholmsregionen

Karolinska sjukhuset är det enda sjukhus i Stockholmsregionen för vilket regionsjukvårdsavtal slutits. Avtalet omfattar Gotlands län och Örebroregionen. Stockholms län kan genom andra avtal utnyttja vårdplatser på Karolinska sjukhuset.

Sjukhuset som tillkom år 1940 hade från början karaktären av rikssjukhus. Riksplatserna avvecklades i huvudsak under 1960-talet i takt med att regionsjukvården utbyggdes.

Som regionsjukhus räknas i den fortsatta framställningen också Huddinge sjukhus, som började tas i bruk år 1971 och enligt avtal med staten i sin helhet utnyttjas för läkarutbildning och forskning.

Härutöver finns vid andra sjukhus i Stockholm ett antal kliniker som i den fortsatta framställningen räknas som kliniker med regionsjukvård. Detta gäller S:t Eriks sjukhus, kliniken för medicinska njursjukdomar, Sabbatsbergs sjukhus, kliniken för plastikkirurgi, S:t Görans sjukhus, kliniken för barnkirurgi, Södersjukhuset, kliniken för neurokirurgi, samt Roslagstulls

Tabell 15 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid Karolinska sjukhuset år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Gotland		Örebroregionen		Summa	
	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar	2	1,0			2	1,0
Reumatologi	1	1,4			1	1,4
Barnkirurgi	1	0	5	4,9	6	4,9
Neurokirurgi	2	2,2	15	17,2	17	19,4
Plastikkirurgi	1	1,1			1	1,1
Thoraxkirurgi	1	1,8	3	5,6	4	7,4
Urologisk kirurgi	1	2,1			1	2,1
Neurologi	2	2,3			2	2,3
Onkologi	4	6,2	2	6,2	6	12,4
Summa	15	18,1	25	33,9	40	52

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

Tabell 16 Utnyttjade vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid Karolinska sjukhuset för Örebroregionen år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Utnyttjade vårdplatser		
	Södermanland	Örebro	Summa
Barnkirurgi	3,0	1,9	4,9
Neurokirurgi	8,6	8,6	17,2
Thoraxkirurgi	1,6	4,0	5,6
Onkologi	4,4	1,8	6,2
Summa	17,6	16,3	33,9

sjukhus, kliniken för infektionssjukdomar.

Såväl Gotland som Örebroregionen utnyttjade fler vårdplatser än som förutsetts i avtal. Avtalet innehåller inte fördelning av vårdplatser på sjukvårdshuvudmän i Örebroregionen.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) omfattade i Stockholm utomlänsavtalets specialistdel 136,8 vårdplatser. Därav omfattade ortopedisk kirurgi 21,9, thoraxkirurgi 14,6, barnmedicin 14,8 och barnkirurgi 11,7 vårdplatser. De platser som invånarna i Stockholms län utnyttjade har då inte inräknats.

Stockholms län utnyttjade hos andra regioner 9,2 vårdplatser. Gotlands län utnyttjade 2,8 vårdplatser utanför Stockholm.

Linköpingsregionen

Regionsjukhuset i Linköping fick sin nuvarande funktion genom riksdagsbeslut 1960. Sjukhuset har nyligen utökats väsentligt i och med att det s. k. huvudblocket togs i bruk 1977.

För habilitering finns i regionsjukvårdsavtalet utöver vad som anges i tabell 17 upptaget 22 vårdplatser. Inom regionen utnyttjades 27,3 platser. Kardiologi och urologisk kirurgi är inte med i regionsjukvårdsavtalet och tillhör (1975) storkliniker. De uppges av huvudmannen inte ha egna vårdplatser.

Tabell 17 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid regionsjukhuset i Linköping år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Jönköping		Kalmar		Summa	
	A	U	A	U	A	U
Med. njursjukdomar	0	0	4,0	6,4	4,0	6,4
Neurokirurgi	7,8	12,5	10,8	9,7	18,6	22,2
Plastikkirurgi	9,7	5,9	8,1	6,6	17,8	12,5
Neurologi	9,7	2,6	8,1	6,0	17,8	8,6
Onkologi, allmän	13,0	3,8	15,1	20,9	28,1	24,7
Onkologi, gyn.	7,0	9,0	11,8	8,8	18,8	17,8
Summa	47,2	33,8	57,9	58,4	105,1	92,2

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

Kalmar län utnyttjade vård inom dessa medicinska verksamhetsområden motsvarande 1,9 resp. 7,5 vårdplatser och Jönköpings län 2,0 resp. 0,7 platser. Hudsjukdomar som 1958 definierades som regionspecialitet återfinns inom länssjukvården i regionen, varför avtal inte föreligger. Kalmar län utnyttjade 5,2 vårdplatser inom hud- och könssjukdomar enligt utomlänsavtalets specialistdel.

Kalmar län utnyttjade mer sjukvård än regionsjukvårdsavtalet anger. Jönköpings län utnyttjade däremot mindre sjukvård än avtalet anger, vilket sammanhänger bl. a. med utbyggnaden av onkologi i Jönköping.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) utnyttjades vid regionsjukhuset i Linköping 91,3 vårdplatser enligt utomlänsavtalets specialistremissdel. Av dessa utnyttjades 81,3 inom regionen. Öron-, näs- och halssjukdomar svarade totalt för 15,6 samt allmän kirurgi resp. allmän internmedicin vardera för 7,1 vårdplatser.

Linköpingsregionen utnyttjade hos andra regioner 63,1 vårdplatser. Jönköpings och Kalmar län utnyttjade 20,9 resp. 21,6 vårdplatser i Lund/Malmöregionen. Östergötlands län utnyttjade 25,7 vårdplatser hos andra regioner, varav 15,7 på Karolinska sjukhuset och 2 á 3 på övriga regionsjukhus utom Örebro och Umeå. Jönköpings län utnyttjade 20,8 vårdplatser hos andra regioner varav 12,5 i Göteborg och 4,6 på Karolinska sjukhuset. Kalmar län utnyttjade 16,6 vårdplatser hos andra regioner, varav 8,6 på Karolinska sjukhuset. För Jönköpings län och Kalmar län borträknas då utnyttjandet av regionsjukvård i Lund/Malmö.

Lund/Malmöregionen

Såväl lasarettet i Lund som Malmö allmänna sjukhus räknas som regionsjukhus. Avtal om regionsjukvård vid Malmö allmänna sjukhus finns emellertid inte.

Utöver de vårdplatser som redovisas i tabell 18 finns avtal om 3,44 vårdplatser i barnkardiologi och 18 i reumatologi.

Tabell 18 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid lasarettet i Lund – Lund/Malmöregionen år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Blekinge		Kristianstad		Kronoberg		Halland		Malmö		Summa	
	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar	2,6	0,3	4,5	0,8	1,0	0,1	2,0	1,4			10,1	2,6
Kardiologi	4,1	1,6	4,1	3,0	3,5	2,9	0,6	2,0			12,3	9,5
Med. njursjukdomar	1,6	1,9	2,8	6,0	1,6	4,0	1,2	0,6	2,0	0,3	9,2	12,8
Barnkirurgi	1,9	1,5	3,4	4,4	1,7	2,3	0,8	0,3			7,8	8,5
Neurokirurgi	5,3	6,4	9,6	11,5	6,0	5,9	4,2	6,2	9,0	12,2	34,1	42,2
Thoraxkirurgi	6,1	4,9	10,7	11,0	6,6	3,4	5,5	4,3			28,9	23,6
Urologisk kirurgi	5,3	5,0	9,0	4,0	5,0	3,9	4,3	2,7			23,6	15,6
Neurologi	3,9	3,5	6,7	2,1	4,3	3,4	3,0	0,4	6,1	4,4	24,0	13,8
Onkologi, allm.	8,6	9,8	15,2	12,4	9,6	10,3	6,6	4,7	1,6	0,7	41,6	37,9
Onkologi, gyn.	4,1	2,7	7,2	9,2	4,6	4,4	2,6	0,2			18,5	16,5
Summa	43,5	37,6	73,2	64,4	43,9	40,6	30,8	22,8	18,7	17,6	210,1	183

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

För att visa hela omfattningen av regionsjukvården enligt regionsjukvårdsavtal vid Lunds lasarett redovisas i tabell 19 de vårdplatser som utnyttjats enligt avtal av Jönköping län och Kalmar län samt totalt i hela regionen.

Tabell 19 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid lasarettet i Lund år 1975 – Jönköpings län och Kalmar län samt totalt

Medicinskt verksamhetsområde	Jönköping		Kalmar		Summa		Totalt[a]	
	A	U	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar							10,1	2,6
Kardiologi	3,0	1,2	2,4	0,9	5,4	2,1	17,7	11,6
Med. njursjukdomar	3,2	3,2	2,6	0	5,8	3,2	15,0	16,0
Barnkirurgi	1,9	0,3	2,3	0,7	4,2	1,0	12,0	9,5
Neurokirurgi	6,7	0,6	6,9	0,2	13,6	0,8	47,7	43,0
Thoraxkirurgi	2,7	2,6	7,2	4,2	9,9	6,8	38,8	30,4
Urologisk kirurgi							23,6	15,6
Neurologi	3,5	0,1	3,2	0,1	6,7	0,2	30,7	14,0
Onkologi, allmän							41,6	37,9
Onkologi, gyn.							18,5	16,5
Summa	21,0	8,0	24,6	6,1	45,6	14,1	255,7	197,1

A = Avtalade. U = Utnyttjade.
[a] Avser all regionsjukvård enligt avtal som utnyttjades vid Lunds lasarett, dvs. även tabellen 21.

Nästan 80 procent av de vårdplatser Malmöhus läns landsting enligt avtal upplåter åt andra sjukvårdshuvudmän utnyttjades av dessa.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) utnyttjades vid lasarettet i Lund och Malmö allmänna sjukhus 229,4 vårdplaser enligt utomlänsavtalets specialistremissdel. 180 av dessa hänförde sig till egna regionen och 28,4 till Jönköpings län och Kalmar län. Vid lasarettet i Lund svarade reumatologi för 29,1 vårdplatser, barnmedicin för 23, allmän kirurgi för 19 samt ortopedisk kirurgi resp. öron-, näs- och halssjukdomar för vardera ca 12 vårdplatser.

I Malmö svarade plastikkirurgi för 35,2 vårdplatser, allmän internmedicin 13,5 och handkirurgi för 12,4 vårdplatser.

Lund/Malmöregionen utom Kalmar län och Jönköpings län utnyttjade hos andra regioner 14,2 vårdplatser. Då är de 55,9 platser som Hallands län utnyttjade i Göteborg inte medräknade. Av nämnda 14,2 vårdplatser utnyttjade Kronobergs län 4,3, Malmöhus län utom Malmö kommun 3,6, Blekinge län 0,9, Kristianstads län 1,7, Hallands län 2,5 samt Malmö kommun 1,2 vårdplatser.

Göteborgsregionen

Regionsjukhus är Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Klinikerna för barnmedicin, barnkirurgi och akuta infektionssjukdomar har dock senare förlagts till Östra sjukhuset i Göteborg. Dessa kliniker jämställs i den fortsatta framställningen med regionsjukvårdskliniker. Östra sjukhuset omfattar drygt 900 vårdplatser. Dessa fördelas på dels ett centralblock med allmän internmedicin, allmän kirurgi och ortopedisk kirurgi, tillsammans ca 400

platser, dels kliniker för infektionssjukdomar ca 130 platser, gynekologi och obstetrik ca 177 platser och barnsjukdomar (medicin och kirurgi) ca 200 vårdplatser.

Göteborgsregionen benämns numera i regionsjukvårdsavtalet västsvenska regionen.

För barnneurologisk vård finns avtal för 11 vårdplatser. Inom regionen utnyttjades 11,9 platser. Medicinska njursjukdomar och speciell kardiologi ingår i regionsjukvårdsavtalet, men antalet vårdplatser anges inte.

Inom de medicinska verksamhetsområdena i tabell 20 utnyttjades 14,1 vårdplatser av Värmlands län och 8,2 vårdplatser av andra sjukvårdshuvudmän.

Avtalade vårdplatser för neurologi samt hud- och könssjukdomar utnyttjades endast till hälften. Älvsborgs län utnyttjade endast hälften av sitt avtalade vårdplatsantal inom onkologi.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) omfattade utomlänsavtalets specialistremissdel i Göteborg 209,5 vårdplatser, varav 142,5 hänförde sig till regionen. Således utnyttjades 67 vårdplatser av sjukvårdshuvudmän utanför regionen. Av dessa 67 platser utnyttjades för njurtransplantationer 8,8 och barnkirurgi 8,6 vårdplatser.

Medicinska verksamhetsområden med stor omfattning utomlänsvård med specialistremiss är:

- ortopedisk kirurgi 27,1 vårdplatser
- allmän kirurgi 26,9 vårdplatser
- barnmedicin 24,9 vårdplatser
- allmän internmedicin 23,2 vårdplatser
- öron-, näs- och halssjukdomar 15,0 vårdplatser
- lungsjukdomar 11,5 vårdplatser

Tabell 20 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Göteborgs o. Bohuslän		Halland		Älvsborg		Skaraborg		Summa	
	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar	9	1,8	2	2,5	1	0,6	5	2,8	17	7,7
Barnkirurgi	5	8,2	1	3,4	8	11,6	4	4,5	18	27,7
Neurokirurgi	7	9,2	1	4,2	8	11,7	5	8,2	21	33,3
Plastikkirurgi	7	5,8	2	3,4	10	9,5	5	4,3	24	23,0
Thoraxkirurgi	5	9,8	2	2,3	8	7,8	4	7	19	26,9
Urologisk kirurgi	2	5,6	1	3	4	2,7	3	3,6	10	14,9
Neurologi	9	2,7	1	0,4	2	0,9	4	3,7	16	7,7
Onkologi	17	18,5	8	9	24	12,4	18	21,9	67	61,8
Summa	61	61,6	18	28,2	65	57,2	48	56,0	192	203

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

I andra regioner utnyttjades 24,3 vårdplatser (exklusive av Hallands län utnyttjade platser i Lund och Malmö). Av nämnda 24,3 vårdplatser utnyttjade Hallands län 2,3, Göteborg och Bohus län utom Göteborgs kommun 2,7 Göteborgs kommun 2,5, Älvsborgs län 9,8 och Skaraborgs län 7,0 vårdplatser.

Hallands län utnyttjade 55,9 platser i Göteborg varav 28,2 enligt regionsjukvårdsavtalet. I Lund utnyttjade Hallands län 30,8 platser, varav 22,8 enligt regionsjukvårdsavtalet. I Malmö utnyttjades 5,3 och i övrigt 2,8 vårdplatser. Totalt blir detta 94,8 platser. Hallands län utnyttjade i Lund fler än tre vårdplatser inom vardera neurokirurgi, thoraxkirurgi och allmän onkologi.

I Göteborg utnyttjade Hallands län fler än tre vårdplatser inom barnmedicin, allmän internmedicin, allmän kirurgi, barnkirurgi, neurokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, urologisk kirurgi, allmän onkologi respektive öron-, näs- och halssjukdomar.

Örebroregionen

Sjukhuset i Örebro blev regionsjukhus genom riksdagsbeslutet 1960. Sjukhusets äldre delar inrymmer lokaler för bl. a. allmän onkologi. De ombyggdes i mitten av 1970-talet och kompletterades då med gynekologisk onkologi. Lokalerna för centraloperation är från 1950-talet men har successivt byggts om. Under 1960-talet nybyggdes lokaler för allmän internmedicin, infektionssjukdomar, plastikkirurgi, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar och neurologi, samt för vissa laboratorier. Under 1970-talet har byggts lokaler för hud- och könssjukdomar, barnmedicin samt dialysverksamhet.

Örebroregionen är den enda region som inte har medicinsk fakultet och grundutbildning för läkare.

Tabell 21 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid regionsjukhuset i Örebro år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Södermanland		Värmland		Västmanland		Summa	
	A	U	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar	2	5,5	3	0	1	0,1	6	5,6
Kardiologi	4	2,9	5	3,5	1	0,4	10	6,8
Med. njursjukdomar	4	1,7	6	1,4	0	0,2	10	3,3
Reumatologi	4	0,3	5	3,8	1	5,5	10	9,6
Plastikkirurgi	5	8,5	10	9,1	2	1,7	17	19,3
Thoraxkirurgi	6	7,8	10	5,6	2	2,1	18	15,5
Urologisk kirurgi	4	5,7	5	2,8	2	0,2	11	8,7
Neurologi	4	3,7	5	4,1	1	1,4	10	9,2
Onkologi, allm.	9	5,0	23	5,6	4	3,7	36	14,3
Summa	42	41,1	72	35,9	14	15,3	128	92,3

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

Vid regionsjukhuset i Örebro utnyttjades endast 72 procent av avtalade vårdplatser. De sex avtalsplatserna för barnkirurgi, som inte byggts ut, är då inte medräknade. Vårdplatsutnyttjandet är lågt inom medicinska njursjukdomar samt beträffande Värmlands län i allmän onkologi. Södermanlands län och Västmanlands län utnyttjade avtalade platser medan Värmlands län utnyttjade endast hälften.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) utnyttjades enligt utomlänsavtalets specialistremissdel 46,9 vårdplatser i Örebro, varav för ögonsjukdomar 20,7 platser, allmän internmedicin 11 samt öron-, näs- och halssjukdomar 6,5 platser.

Västmanlands län har huvuddelen av sin regionsjukvård vid Akademiska sjukhuset. Regionen har avtal med Karolinska sjukhuset om vissa vårdplatser, vilket framgår av tabellerna 15 (sid. 65) och 16 (sid. 66).

Örebroregionen utom Västmanlands län utnyttjade 62,9 vårdplatser i andra regioner. Då har inte räknats de 33,9 platser, som enligt avtal utnyttjades vid Karolinska sjukhuset. Av nämnda 62,9 vårdplatser utnyttjade Södermanlands län 16,1, Värmlands län 34,9 och Örebro län 11,9 platser. Andra regioner utnyttjade i Örebro 17,5 platser främst inom ögonsjukdomar.

Uppsalaregionen

Regionsjukhuset i Uppsalaregionen – Akademiska sjukhuset – grundades år 1867 i samarbete mellan staten och Uppsala läns landsting.

Akademiska sjukhuset har byggts ut successivt. Under 1970-talet har kirurgblock och neuroblock färdigställts. För närvarande byggs lokaler för barnklinikerna. Planering sker av lokaler för patologi samt gynekologi och obstetrik.

Avtalsplatserna utnyttjades till 90 procent. Västmanlands län utnyttjade mer än avtalet anger medan övriga län, särskilt Västernorrlands län och

Tabell 22 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid Akademiska sjukhuset år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Västmanland		Kopparberg		Gävleb.		Västern.		Jämtl.		Summa	
	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar	5	2,4	8	4,2	8	4,6	4	0,6	4	3,9	29	15,7
Kardiologi	3	2,5	4	1,4	4	4,0	2	1,6	2	1,2	15	10,7
Barnkirurgi	6	3,2	7	2,6	7	6,7	3	3,7	3	2,8	26	19,0
Neurokirurgi	4	8,4	7	4,6	7	6,3	3	2,6	3	2,7	24	24,6
Plastikkirurgi	10	10,3	14	11,9	14	14,2	7	3,7	7	4,8	52	44,9
Thoraxkirurgi	5	5,4	7	3,5	7	6,3	3	3,4	3	2,5	25	21,1
Urologisk kirurgi	4	1,6	6	2,5	6	10,8	3	0,8	3	3,5	22	19,2
Neurologi	6	11,1	8	7,3	8	5,7	3	3,9	3	3,6	28	31,6
Onkologi, allm.	9	24,8	13	15,2	13	2,3	5	1,6	5	5,0	45	48,9
Onkologi, gyn.	5	8,7	7	8,4	7	8,0	3	0	3	2,6	25	27,7
Summa	57	78,4	81	61,6	81	68,9	36	21,9	36	32,6	291	263,4

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

Kopparbergs län, utnyttjade mindre. Enligt regionsjukvårdsavtalet utnyttjades år 1975 263,4 vårdplatser. Folke Bernadottehemmet (för barn med cerebral pares och andra rörelsehinder) ingår i avtalet men redovisas inte här. Medicinska njursjukdomar ingår inte i avtalet.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) utnyttjades 196,1 vårdplatser enligt utomlänsavtalets specialistremissdel. Av dessa utnyttjades 24,9 på s. k. regionspecialitetsavdelningar, bl. a. inom thoraxkirurgi 7,2, plastikkirurgi 5,3 och barnkirurgi 4,4 vårdplatser.

Övriga medicinska verksamhetsområden med stor omfattning utomlänsvård med specialistremiss är:

- öron-, näs- och halssjukdomar 29,0 vårdplatser
- allmän kirurgi 26,9 vårdplatser
- barnmedicin 21,7 vårdplatser
- allmän internmedicin 19,3 vårdplatser
- lungsjukdomar 15,9 vårdplatser
- ortopedisk kirurgi 9,4 vårdplatser

I andra regioner utnyttjades 55,7 vårdplatser. Då har för Västmanlands läns del frånräknats Örebroregionen och för Västernorrlands läns del Umeregionen. Av dessa vårdplatser utnyttjade Uppsala län 6,0, Västmanlands län 7,4, Kopparbergs län 10,2, Gävleborgs län 15,5, Västernorrlands län 8,1 samt Jämtlands län 8,5 vårdplatser.

Andra regioner utnyttjade 44,8 vårdplatser i Uppsala. I denna siffra ingår inte Västernorrlands län eller Västmanlands län.

Umeåregionen

När sjukhuset i Umeå fick sin nuvarande funktion som regionsjukhus var läkarutbildning redan förlagd dit. Det nuvarande sjukhuset är i huvudsak byggt under 1960-talet.

Tabell 23 Vårdplatser enligt regionsjukvårdsavtal vid regionsjukhuset i Umeå år 1975

Medicinskt verksamhetsområde	Västernorrland		Norrbotten		Summa	
	A	U	A	U	A	U
Hud- och könssjukdomar	6	3,2	10	0,4	16	3,6
Neurokirurgi	6	5,4	10	9,8	16	15,2
Plastikkirurgi	7	5,2	12	7,5	19	12,7
Urologisk kirurgi	7	3,1	12	2,6	19	5,7
Neurologi	7	4,3	12	6,8	19	11,1
Onkologi, allm.	19	32,4	31	21,6	50	62,1
Onkologi, gyn.				8,1		
Summa	52	53,6	87	56,8	139	110,4

A = Avtalade. U = Utnyttjade.

Västernorrlands län utnyttjade fler vårdplatser än avtalet anger medan Norrbottens län genomsnittligt utnyttjade 65 procent. Medicinska njursjukdomar ingår inte i avtalet.

Som framgår av tabell 14 (sid. 63) utnyttjades 53,7 vårdplatser enligt utomlänsavtalets specialistremissdel. Detta skedde inom bl. a. allmän internmedicin 14,1, allmän kirurgi 8 och barnmedicin 6,7 vårdplatser.

I andra regioner utnyttjades ca 44 vårdplatser. Då har frånräknats de platser som Västernorrlands län utnyttjade vid Akademiska sjukhuset. Av dessa 44 vårdplatser utnyttjade Norrbottens län 23,9 platser. Andra regioner utnyttjade i Umeå, 4,1 vårdplatser.

3.5 Vissa centrala och regionala organ för planering och samråd

I proposition nr 159 år 1960 föreslogs ett särskilt samordningsorgan, centrala regionsjukvårdsnämnden där representanter för staten och övriga regionsjukvårdshuvudmän skulle överlägga om gemensamma regionvårdsproblem. Framför allt avsågs takten för utbyggnaden av regionspecialiteterna där sjukvårdens och undervisningens behov skulle vägas samman med ekonomiska och personella resurser.

Nämnden kom emellertid inte att spela den roll man hade väntat sig och dess uppgifter övertogs år 1965 av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Andra centrala organ som handhar frågor rörande samråd och samplanering är socialstyrelsen (SoS), nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB), Landstingsförbundet (Lf) samt sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri).

I enlighet med proposition nr 159 år 1960 har regionala organ, regionsjukvårdsnämnder, inrättats i samtliga regioner. I Göteborgsregionen har numera uppdragits åt en för allmänna landstingskommunala samordningsfrågor tillskapad planeringsnämnd att även vara regionsjukvårdsnämnd. Nämnden kallas i det följande Västsvenska planeringsnämnden.

Vidare finns regionnämnder för läkares vidareutbildning (RLV) vilka inrättats på initiativ av NLV.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation inrättades 1965. Dess målsättning är att "vid utbyggnaden av vårdresurserna söka åstadkomma en fördelning som totalt sett och på längre sikt bäst tillgodoser vårdbehovet". Den fastställer bl. a. principer för prioritering av investeringar inom sjukvården.

Delegationen skall också fastställa läkarfördelningsprogram. Förslag till sådant utarbetas inom socialstyrelsen i samarbete med Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund samt universitets- och högskoleämbetet.

Delegationen har övertagit centrala regionsjukvårdsnämndens uppgifter.

Delegationen är sammansatt av representanter för bl. a. socialdepartementet, vissa andra departement, socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri, Sveriges läkarförbund, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund samt Svenska kommunalarbetareförbundet.

Socialstyrelsen (SoS)

Riksdagen beslöt år 1967 om sammanslagning av medicinalstyrelsen och socialstyrelsen, vilken genomfördes från år 1968. Socialstyrelsen skall handlägga frågor beträffande riksplanering av verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad med beaktande särskilt av såväl de enskildas behov av vård som behovet av samordning av landets vårdresurser och tillgången på utbildad arbetskraft. Vidare skall socialstyrelsen följa och stödja den regionala planeringen. Som ett led i riksplaneringen skall socialstyrelsen insamla, sammanställa och analysera av huvudmännen fastställda planer samt redovisa verkets uppfattning om såväl den totalbild som analysen lett fram till som de enskilda planerna.

Socialstyrelsen har efter hand fått flera omfattande uppdrag av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Bl. a. kan nämnas framtagande av system för sjukvårdsplanering, vilket senare vidareutvecklats av Spri, samt principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet.

Socialstyrelsens roll övervägs f. n. inom socialdepartementet i en särskild beredningsgrupp för socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer.

Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV)

NLV bildades 1969 och svarar för läkares vidareutbildning i den mån den inte ankommer på socialstyrelsen. Nämnden skall följa den medicinska utvecklingen och lämna förslag till regeringen i frågor som rör krav för specialistbehörighet m. m.

I nämnden är socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet, sjukvårdshuvudmännen, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet och Sveriges förenade studentkårer representerade.

För handläggning av ärenden av löpande natur har NLV tillsatt tre delegationer: delegationen för allmäntjänstgöring (NLV:AT), delegationen för systematisk undervisning (NLV:U) och delegationen för behörighetsfrågor (NLV:B).

NLV har vidare tillsatt 36 ämnesgrupper med rådgivande funktion såväl till NLV som till NLV:s delegationer. Grupperna skall var och en inom sitt specialitetsområde bl. a. detaljplanera den systematiska undervisningen med kunskapsprov och till NLV inkomma med förslag i detta hänseende.

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU)

Nämnden inrättades 1960 och har till uppgift att bl. a. följa planeringen för undervisningssjukhusen samt verka för att utbyggnaden av dessa samordnas och sker på ett väl avvägt sätt. Nämnden skall granska och godkänna förslag

till byggnadsarbeten och anskaffande av utrustning vid kommunala undervisningssjukhus i de fall där statlig investeringsersättning kan utgå enligt avtal om läkarutbildning och forskning.

Nämnden består av sex av regeringen utsedda ledamöter.

Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB)

Nämnden, som inrättades 1968, har till uppgift att handlägga frågor om byggnadsplanering inom hälso- och sjukvården samt socialvården. Nämnden ersatte i detta avseende Centrala sjukvårdsberedningen.

Det åligger nämnden särskilt att godkänna förläggning av sjukhus samt ritningar för sjukhus och andra anstalter enligt härom gällande särskilda bestämmelser, granska förslag till vissa anläggningar och byggnader inom barnavården och åldringsvården. NSB skall vidare tillhandagå myndigheter, huvudmän för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader samt andra med råd och upplysningar inom sitt verksamhetsområde.

NSB består av nio ledamöter utsedda av regeringen. Vissa ledamöter representerar sjukvårdshuvudmännen. Tre av ledamöterna är f. n. ledamöter även i NUU. En av dem är verkställande ledamot i NSB.

Ett delbetänkande av decentraliseringsutredningen, Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar (Ds Kn 1977:6), berör NSB. Regeringen har dock ännu inte tagit ställning till delbetänkandets förslag.

Landstingsförbundet (Lf)

Landstingsförbundet är landstingens intresseorganisation. Numera ingår i förbundet även samtliga kommuner utanför landsting, nämligen Göteborg, Malmö och Gotland.

Landstingsförbundet skall enligt förbundsstadgarna "vara samarbetsorgan för landstingen, tillvarata gemensamma intressen, biträda i deras verksamhet och informera om landstingskommunala angelägenheter".

Av speciellt intresse är att förbundets styrelse beslutar i frågor som rör utomlänsavtalets tillämpning och tolkning. Enligt särskild överenskommelse avgör styrelsen också tvister i fråga om rätt hemlandsting för vård enligt regionsjukvårdsavtalen.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)

Spri, som inrättades 1968, är ett av staten och sjukvårdshuvudmännen, genom Landstingsförbundet, gemensamt ägt utvecklingsinstitut för hälso- och sjukvården. Statens andel i ägande, finansiering och styrelse är en tredjedel och sjukvårdshuvudmännens två tredjedelar. Spri ersatte i vissa avseenden Centrala sjukvårdsberedningen.

Spris uppgift är att på olika sätt ge sjukvårdshuvudmännen råd samt främja, samordna och medverka i planerings- och rationaliseringsarbetet. Spris arbete omfattar i huvuddrag utvecklingsfrågor inom sjukvården beträffande

- vårdarbete, vårdstruktur och vårdorganisation
- planering
- administration
- försörjning
- byggnader och
- utrustning.

En viktig uppgift för Spri är att förmedla information i utvecklingsfrågor till och emellan sjukvårdshuvudmännen.

Regionsjukvårdsnämnder

Genom överenskommelser mellan vederbörande sjukvårdshuvudmän har regionsjukvårdsnämnder inrättats i samtliga sjukvårdsregioner. I Göteborgsregionen har regionsjukvårdsnämnden fr. o. m. 1976 uppgått i Västsvenska planeringsnämnden som beskrivs nedan.

I regionsjukvårdsnämnderna ingår som regel två representanter för varje i regionen ingående sjukvårdshuvudman. Det totala antalet ledamöter varierar mellan 8 och 20. Ledamöterna är till övervägande delen förtroendemän. Läkare ingår endast undantagsvis som ledamöter men adjungeras tillfälligt vid vissa regionsjukvårdsnämnder. Staten är som huvudman för Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset representerad i regionsjukvårdsnämnderna i Stockolmsregionen och Uppsalaregionen.

Västsvenska planeringsnämnden bildades år 1968 genom avtal mellan Hallands läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Göteborgs stad, Älvsborgs läns landsting och Skaraborgs läns landsting angående samplanering och samordning av landstingskommunala angelägenheter. Enligt avtalet åligger det planeringsnämnden bl. a. att utarbeta och underställa parterna en översiktlig hälso- och sjukvårdsplan för den västsvenska sjukvårdsregionen samt fortlöpande underkasta planen behövlig revision. Förslag till en sådan hälso- och sjukvårdsplan presenterades 1971.

Regionkommittéer för läkares vidareutbildning (RLV)

Regionkommittéer för läkares vidareutbildning har bildats på initiativ av nämnden för läkares vidareutbildning vid varje regionsjukhus för att samordna frågor av praktisk natur på lokal nivå. Detta gäller såväl planering och schemaläggning av enskilda kurser som service till respektive kursledare och kurssekreterare.

Nämnden för läkares vidareutbildning föreslog att i respektive nämnd skulle ingå en à två ledamöter gemensamt för de i regionen ingående landstingen, utsedda av förvaltningsutskottet eller sjukvårdsstyrelserna samt en à två ledamöter utsedda gemensamt av medicinska fakulteten eller – i fråga om Örebroregionen – av överläkarföreningen vid regionsjukhuset.

Utöver arbete med nämndens för läkares vidareutbildning kursverksamhet har RLV-kommittéerna svarat för praktiska arrangemang vid kunskapsprov inom ramen för allmäntjänstgöringen (AT) som nämnden för läkares vidareutbildning anordnar vid regionsjukhusen och i vissa fall med planering av block inom fortsatt vidareutbildning (FV). Erfarenhetsmässigt

har det visat sig att arbetet i respektive RLV i regel inte kommit att helt motsvara intentionerna.

En översyn av RLV:s organisation, arbetsuppgifter och sammansättning aktualiserades av nämnden för läkares vidareutbildning år 1973. En arbetsgrupp föreslog 1976 att, i avvaktan på resultatet av regionsjukvårdsutredningen, skulle regionens planering av block för fortsatt vidareutbildning samordnas och att som beredande organ för detta skulle respektive RLV knytas till regionsjukvårdsnämnderna. Nämnden för läkares vidareutbildning beslöt att överlämna rapporten med remissammanställning till regionsjukvårdsutredningen.

3.6 Avtal och kostnader

Utredningen har i 3.2 och 3.4 redovisat omfattningen av utomlänsremissvård. Denna regleras genom skilda avtal, nämligen regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel.

3.6.1 *Regionsjukvårdsavtalen*

Enligt 1960 års riktlinjer skulle regionalt samarbete avse vissa högt specialiserade kliniker. I 1958 års regionvårdsutredning gjordes följande bedömning: "Verksamhetens art, lämnande av specialistvård, är emellertid sådan, att intresset för samverkan hos de regionens huvudmän, inom vars områden regionsjukhuset icke är beläget, torde vara begränsat till en önskan att mot skälig ersättning få för länsbornas räkning disponera tillräckligt antal vårdplatser på vissa kliniker inom ett främmande sjukvårdsområde." Detta synsätt präglar de nuvarande avtalen.

Regionsjukvårdsavtalen följer i stort ett förslag till normalavtal som Landstingsförbundet utarbetade i samband med tillkomsten av nuvarande organisation av regionsjukvården. De uppvisar dock sinsemellan variationer. Avvikelser från normalavtalet finns särskilt i avtalen för Uppsalaregionen och Göteborgsregionen.

Avtal om samarbete beträffande regionsjukvård finns i alla regioner. För sex av regionerna träffades avtal under åren 1962 och 1963. I Stockholmsregionen reglerades samarbetet före samgåendet mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting av särskilda samarbetsavtal mellan dessa parter samt mellan dem och Karolinska sjukhuset. Samarbetet mellan Stockholms läns landsting efter samgåendet och Karolinska sjukhuset regleras fortfarande genom ett specialavtal. Härutöver finns ett avtal om regionsjukvård vid Karolinska sjukhuset som träffades år 1972 mellan å ena sidan staten och å andra sidan Gotlands kommun samt de i Örebroregionen ingående landstingskommunerna.

De moment som ingår i regionsjukvårdsavtalen är betalningsprincip, regler för beräkning av drift- respektive kapitalkostnader, ersättning för sluten respektive öppen vård, förfarande om vårdplatser inte utnyttjas, hur ny-, till- eller ombyggnad skall handläggas, kapitalkostnader efter avtals upphörande, avtalstid, regionsjukvårdsnämnd samt vårdplatser per medicinskt verksam-

hetsområde och sjukvårdshuvudman, i regel de tio s. k. regionspecialiteterna.

En jämförelse mellan regionsjukvårdsavtalen redovisas mera detaljerat i bilaga 2 (sid. 191). En översikt lämnas i det följande.

Avtalens ändamål är regionsjukvård vid visst regionsjukhus, definierad som sluten och öppen vård vid vissa angivna kliniker. Omfattningen av den slutna vården bestäms genom i avtalen preciserat antal vårdplatser, fördelat per specialitet. För den öppna vården anges inga dimensioner. I några avtal sägs att vårdplatser inom andra kliniker vid regionsjukhuset i mån av tillgång får utnyttjas av de avtalsslutande landstingskommunerna.

I några avtal preciseras vissa medicinska serviceavdelningar som skall stå till de avtalsslutande landstingskommunernas förfogande.

Ersättning för kapitalkostnader erläggs enligt Landstingsförbundets normalavtal genom ett pålägg till driftkostnaden. Detta pålägg beräknas såsom den på varje vårddag (besök) belöpande delen av kostnaderna för avskrivning och ränta för resp. byggnad. Avskrivningstiden är 30 år och gemensam räntefot har fastställts. I Umeåregionen och Uppsalaregionen är det dock 20 års avskrivningstid.

I Göteborgsregionens avtal grundas kapitalersättningarna på medelst index beräknat aktuellt värde av utnyttjade lokaler och utrustning. Enhetspris för sjukhuset i dess helhet används och kapitalkostnaderna är sålunda inte relaterade till de för olika ändamål använda byggnaderna.

Enligt normalavtalet uppsamlas kapitalkostnaderna successivt, så att dessa vid avskrivningstidens slut motsvarar värdet av den del av kapitalet jämte ränta, som motsvarar kapitalkostnader för av de olika regionlandstingen utnyttjade vårddagarna. Enligt avtalet i Uppsalaregionen bidrar landstingskommunerna i regionen årligen, genom av Uppsala läns landsting förskotterade medel, med den del av lokalkostnaderna, som motsvarar deras beräknade sammanlagda engagemang i de olika byggnadsdelarna. Storleken av dessa för respektive landsting förskotterade belopp nedbringas successivt under avskrivningstiden genom årliga inbetalningar av ersättning för amorteringar och ränta i proportion till av vederbörande landsting utnyttjade vårddagar. Landstingskommunerna i regionen skall dock tillsammans svara för 30 procent av utbyggnadskostnaden.

Beträffande driftkostnader i övrigt gäller samma huvudprincip för samtliga avtal dvs. gästlandsting skall erlägga full ersättning för regionsjukhusets självkostnader (vårddagskostnad, besökskostnad) enligt driftbokslut vid regionkliniken.

En garantiregel har intagits i flertalet avtal. Den innebär att ett landsting som inte utnyttjar det antal vårdplatser som avtalet anger skall under vissa förhållanden betala för dessa. I Örebroregionens avtal saknas sådan garantiregel och i Göteborgsregionens avtal har garantiregeln numera borttagits.

Giltighetstiden är för flertalet avtal 30 år dvs. i regel från 1962–63 till 1992–93. Avtalet om Karolinska sjukhuset gäller för tiden 1 april 1972 till 31 december 1993. Avtalet i Göteborgsregionen hade tidigare en giltighetstid av fem år, den senaste versionen dock endast ett år med sex månaders uppsägnings- och förlängningsklausul.

I samtliga avtal stadgas att regionsjukvårdsnämnd skall finnas. Dennas yttrande skall inhämtas i alla frågor om planering och utbyggnad av

regionspecialiteter inom respektive sjukvårdsområde. Enligt avtalet i Uppsalaregionen skall parterna vid planeringen av den egna sjukhusorganisationen beakta att regionklinikerna vid Akademiska sjukhuset bör bibehållas i den storlek som erfordras för regionsjukvårdens rationella drift samt för undervisningens och forskningens behov.

Frågor om ändring av avtalen skall anmälas till respektive regionsjukvårdsnämnd och lösas genom förhandlingar. Regionsjukvårdsnämndernas befogenheter är endast av konsultativ natur varför nämnderna endast kan rekommendera åtgärder. Slutlig ställning till olika frågor måste därför tas av vederbörande landsting eller dess verkställande organ.

3.6.2 *Utomlänsavtalet*

1978 års utomlänsavtal återges i bilaga 3 (sid. 197). En sammanfattning lämnas i det följande.

Utomlänsavtalet gäller öppen och sluten sjukvård. Vård som meddelas enligt regionsjukvårdsavtal eller annan överenskommelse berörs dock inte av avtalet.

Utomlänsavtalet täcker hela riket och administreras centralt. Det avser såväl akutvård som planerad specialistvård med remiss. Specialistvården motsvarar till sin karaktär den som regleras av regionsjukvårdsavtalen, men avser till större delen andra specialiteter än regionspecialiteterna samt är inte begränsad till regionsjukhus.

Remissrätt för vård inom regionspecialitet, som ej är utbyggd inom den egna regionen, och vård inom annan specialitet, tillkommer överläkare och biträdande överläkare vid lasarett i såväl sluten som öppen vård eller centraldispensärläkare. Överläkare vid regionsjukhus får på patientens hemlandstings bekostnad remittera patienter för specialistvård till andra regionsjukhus.

Ersättning är vid sluten vård med specialistvårdsremiss

- på regionspecialitetsavdelning enligt reglerna i aktuellt regionsjukvårdsavtal eller för avdelningar utan sådant avtal enligt självkostnadsprincipen,
- avseende dialysbehandling dels dagersättning, dels ersättning för varje behandling allt enligt självkostnadsprincipen. Beräkningsgrunderna för detta skall anmälas till Landstingsförbundet,
- avseende njurtransplantation såväl genomsnittlig operationskostnad som dagersättning bestämd enligt självkostnadsprincipen. För vård av donator utgår dagersättning som vid akutvård. Huvudman får debitera transportkostnaden för njurar antingen med den verkliga kostnaden eller som genomsnittligt beräknad kostnad,
- på lasarett för psykiatrisk vård genomsnittlig vårddagkostnad vid respektive klinik (avdelning) beräknad enligt självkostnadsprincipen eller om sådan inte beräknas, genomsnittlig vårddagkostnad för hela sjukhuset samt
- i övriga fall 95 kr per vårddag år 1978. Detta belopp gäller preliminärt under vårdåret. Definitiv vårddagersättning fastställs senast två månader efter vårdårets utgång.

Den huvudman som fördelar kostnaderna lägre än till kliniknivå har rätt

att debitera därigenom framräknad självkostnad. Sådana beräkningar skall godkännas av Landstingsförbundet.

I ersättningarna inräknas kostnaderna för central administration, utbildning, pensioner och kapitaltjänst med viss justering. Ersättningar utgår för såväl in- som utskrivningsdag.

Vid öppen vård utgår ersättning med 180 kr år 1978 för varje besök, som ersätts av försäkringskassan. Undantag finns för särskilt dyra behandlingar. Vid dialysbehandling i öppen vård sker debitering enligt självkostnadsprincipen.

Ersättning för vård enligt utomlänsavtalet sker med en tolftedel a conto per månad av ett beräknat avräkningsunderlag. Detta utgörs av ett nettobelopp som beräknas på uppgifter om ersättningen två år tidigare. Nettobeloppen justeras med hänsyn till förväntade löne- och prisförändringar.

Huvudmän, som utnyttjar mer vård hos andra huvudmän än vad dessa utnyttjar hos dem, betalar varje månad in belopp enligt avräkningsunderlaget till en central clearingfunktion inom Landstingsförbundet, som i sin tur fördelar motsvarande belopp till respektive huvudman. Den centrala clearingfunktionen gör även slutavräkning.

3.6.3 *Jämförelse mellan regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalet*

Regionsjukvårdsavtalen har full täckning för samtliga kostnader som betalningsprincip, dvs. självkostnaden.

I utomlänsavtalet beräknas ersättningen för regionspecialitetsavdelningar i enlighet med regionsjukvårdsavtalen eller där sådant inte finns och det är möjligt efter självkostnaden. Om kostnadsfördelning förs lägre än kliniknivå eller vid dialys, beräknas självkostnader som Landstingsförbundet prövar. Annars är ersättningen preliminärt 995 kr. per vårddag och 180 kr. per besök år 1978.

Kapitalkostnader i regionsjukvårdsavtalen beräknas motsvara avskrivning på anskaffningsvärden jämte av kommunförbunden rekommenderade räntor. Avskrivningstiden är 30 år för fastigheter och 10 år för utrustning med avvikelser i Umeåregionen, Uppsalaregionen och Göteborgsregionen. För investerat kapital som inte skrivits av före avtalstidens slut sker förhandling. Utomlänsavtalet tillämpar indexreglerade byggnadskostnader per vårdplats med utgångspunkt i år 1968. Ersättningsbeloppet per vårddag är 100 kr. år 1978.

In- och utskrivningsdagarna räknas enligt regionsjukvårdsavtalen som en vårddag (avvikelser i Uppsala och på Karolinska sjukhuset). Ersättning enligt utomlänsavtalet beräknas emellertid för såväl in- som utskrivningsdag.

Betalning sker enligt regionsjukvårdsavtalen per månad. Slutavräkning görs efter årets slut. I utomlänsavtalet sker betalning per månad till central clearing enligt konsumtionen två år tidigare uppräknad med kostnadsutvecklingen. Genom clearingen fördelas pengarna till de sjukvårdshuvudmän, som meddelat vården, samt sker slutavräkning.

Garantiklausul i regionsjukvårdsavtalen avser fall då avtalat vårdplatsantal inte utnyttjas under året. Då kan viss debitering ske ändå, dock inte i Örebroregionen eller Göteborgsregionen som inte har sådan klausul. Utomlänsavtalet har inte garantiklausul.

Avtalstid för regionsjukvårdsavtalen är i regel 30 år från 1962–1963. I Göteborgsregionen löper avtalet liksom utomlänsavtalet på ett år.

Administration av och överenskommelser enligt regionsjukvårdsavtalen sker i regionsjukvårdsnämnder som är partsammansatta. Utomlänsavtalets frågor handläggs av Landstingsförbundet, som även avgör tvister om rätt hemlandsting för patienter som vårdats enligt regionsjukvårdsavtalen.

3.6.4 *Nuvarande kostnader*

De ersättningar som för år 1975 betalades ut till regionsjukvårdshuvudmännen var för vård enligt regionsjukvårdsavtal 213 mkr. och för vård enligt utomlänsavtalet 152 mkr., tillsammans 365 mkr. vilket redovisas i tabell 24. Slutenvården omfattar ca 347 mkr.

Siffrorna grundar sig på statistik från Landstingsförbundet jämte uppgifter från regionsjukvårdshuvudmännen.

Kostnaderna för regionsjukvårdshuvudmännens egna patienter är inte medräknade. Dessa huvudmän svarar för 46 procent av landets befolkning. En uppräkning baserad på antagandet om lika stor konsumtion av regionsjukvård ger ytterligare 310,6 dvs. 676 mkr. Till detta kommer 3,8 mkr. som andra sjukvårdshuvudmän än regionsjukvårdshuvudmän ersätts med enligt utomlänsavtalets specialistremissdel, vilket totalt gör 680 mkr.

Enligt LKELP 76 var bruttokostnaderna för hälso- och sjukvården totalt i landet år 1975 19,7 miljarder kronor. Utomlänsremissvårdens kostnader motsvarar således endast 3,5 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader.

Tabell 24 Ersättning enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel till regionsjukvårdshuvudmännen år 1975, mkr.

Regionsjukvårds-huvudman	Utomlänsavtalets specialistremissdel	Regionsjukvårds-avtalen	Summa
Stockholm	8,5		8,5
Karolinska sjukhuset	11[c]	16,4[c]	27,4[c]
Linköping	9,5	19,9[b]	29,4
Lund/Malmö	35,4	47,1[b]	82,5
Göteborg	41,5	43[b]	84,5
Örebro	7,9	15,9	23,8
Uppsala	29,2	51,4[a]	80,6
Umeå	9	19,7[b]	28,7
Summa	152	213,4	365,4

[a] Budgetår 1974/75 (46,8 mkr.) omräknat till 1975 med 5 % höjning.
[b] Avser 1974 som uppräknats till 1975 med 10 % höjning.
[c] Budgetår 1974/75 (0,3 resp. 0,05 mkr.) i öppen vård omräknat till 1975 med 5 % höjning.

Andelen regionsjukvård kostnadsmässigt för de skilda regionsjukhusen framgår av tabell 25 (sid. 82).

Uppsala har en mycket hög andel av driftkostnaderna täckta genom intäkter av regionsjukvård. Däremot är andelen relativt liten för Stockholm, Linköping och Örebro. För Stockholms del beror detta på att Stockholms läns utnyttjande av Karolinska sjukhuset inte inräknas.

Tabell 25 Driftkostnader för regionsjukhusen samt andel intäkter enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel år 1975

Regionsjukhus	Driftkostnad mkr.	Intäkter enligt regionsjukvårdsavtalen och utomlänsavtalets specialistremissdel	
		Nominellt mkr.	Procentuellt
Stockholm[c]	510[a]	27,4	5
Linköping	354	29,4	8
Lund/Malmö	861[b]	82,5	10
Göteborg	518	84,5	16
Örebro	359	23,8	7
Uppsala	306[a]	80,6	26
Umeå	241	28,7	12
Summa	3 149	356,9[d]	11

[a] Medeltal av driftkostnaderna budgetåren 1974/75 och 1975/76
[b] Adderat belopp, Lund 405 mkr. och Malmö 456 mkr.
[c] Avser Karolinska sjukhuset.
[d] Stockholm utom Karolinska sjukhuset inte medräknat (omfattar 8,5 mkr).

3.7 Ställningstaganden som har betydelse för regionsjukvården

Sjukvårdspolitiken består av ställningstaganden från skilda tillfällen såväl lokalt som centralt. Utredningen har funnit det nödvändigt att som utgångspunkt för sina överväganden och ställningstaganden redovisa några väsentliga och för hela riket gällande delar av tidigare antagen sjukvårdspolitik.

3.7.1 *Prioriteringar av investeringar*

I slutet av 1960-talet gällde följande prioriteringar av investeringarna inom sjukvården: sjukhem för långvarigt sjuka, kliniker för psykiskt sjuka samt undervisningssjukhus, nödvändiga för den ökade läkarutbildnignen.

År 1971 ändrades prioriteringsordningen till 1. öppen vård utanför sjukhus, 2. sjukhem för långvarigt sjuka, kliniker för psykiskt sjuka, vårdhem och specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda samt undervisningssjukhus nödvändiga för den ökade läkarutbildningen, 3. övriga sjukhus.

År 1972 togs gruppen undervisningssjukhus bort från prioriteringsgrupp 2. Dessutom sammanfördes de tre prioriteringsgrupperna i en allmän ram samt skapades en särskild kostnadsram för större sjukhusprojekt.

År 1975 fördes långtidssjukvård till prioritetsgrupp 1.

För 1979 prioriteras inom den allmänna ramen i första hand långtidssjukvård, i andra hand öppen vård utanför sjukhus, i tredje hand psykiatri och i fjärde hand övrig sjukvård.

3.7.2 *Sjukvårdsplanering*

Sjukvårdsdelegationen tillsatte 1971 en arbetsgrupp för sjukvårdsplaneringen (Ag S-plan) för att ge förslag till ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. Detta initiativ togs med ledning av 1971 års statsverksproposition.

Ag S-plan konstaterade att det behövs ett enhetligt system för sjukvårdsplanering med informationsåterföring för vidareutveckling av sjukvårdspolitiken på riksplanet. Sjukvårdshuvudmännen behöver å andra sidan allmänt formulerad sjukvårdspolitisk målsättning, medicinsk information och uppgifter angående förväntad samhällsutveckling. Ag S-plan menade att formulering av sjukvårdspolitiska mål är en uppgift för sjukvårdshuvudmännen och statsmakterna.

Det yttersta syftet med sjukvårdsplanering är, enligt Ag S-plan, en balansering av kostnadsutvecklingen genom en medveten och effektiv styrning medelst långsiktig planering av verksamheten.

3.7.3 *Fördelning av läkartjänster*

Propositionen om vidareutbildning och fördelning av läkare (prop. nr 35 år 1969) innehöll förslag till dels ny grund- och vidareutbildning för läkare, dels inordnande av läkarutbildningen i den allmänna sjukvårdsplaneringen.

Enligt propositionen skulle antalet tjänster för läkare under vidareutbildning inte vara fler än det antal läkare som skall utbildas inom denna kategori. De skulle också fördelas på sjukvårdens olika sektorer, så att de motsvarar det sjukvårdsbehov som kan förutses. Det senare utgör led i samhällets strävan efter en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar. Särskilt angelägna områden att bygga ut var öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri.

Allmäntjänstgöring inom öppen vård och psykiatri kom till bl. a. för att stimulera de unga läkarna att inrikta sin fortsatta yrkesutövning mot sådana verksamhetsgrenar.

Propositionen framhöll att målet för läkarinsatser måste vara att bidra till patientens fullständiga rehabilitering. Därvid underströks vikten av integration mellan sjukvård och socialvård samt en önskan om bättre överensstämmelse i läkarutbildningarna främst de nordiska länderna emellan.

Resultatet av propositionen blev att socialdepartementets sjukvårdsdelegation med socialstyrelsen som verkställighetsorgan fick i uppgift att fördela tjänster för läkare under vidareutbildning på såväl medicinskt verksamhetsområde som sjukvårdshuvudman samt att fastställa ett långsiktigt läkarfördelningsprogram.

1969 års program för fördelning av läkartjänster hade till huvuduppgift att fram till 1975 uppnå balans mellan antal läkartjänster och tjänstgörande läkare. Enligt sjukvårdsdelegationens mening borde det ske genom återhållsamhet i inrättandet av nya tjänster för vidareutbildade läkare inom andra områden än öppen vård, psykiatri och långtidssjukvård som på så sätt prioriterades.

Från 1973 antog sjukvårdsdelegationen ett nytt läkarfördelningsprogram för 1973–1975 (LP 77). De övergripande målen för detta var att skapa en normalisering av vakansläget samt att få till stånd en mot samhällets behov

anpassad fördelning av vidareutbildade läkare på olika verksamhetsområden. Prioriterade områden var som tidigare psykiatri, långtidssjukvård och öppen vård utanför sjukhus.

Från 1975 beslöt sjukvårdsdelegationen en översyn och framskrivning av läkarfördelningsprogrammet för perioden 1975–1980 (LP 80). Där konstaterades att tillskottet av läkare inte motsvarat tjänstetilldelningen inom främst allmänläkarvård, långtidssjukvård, medicinsk rehabilitering samt psykiatri, dvs. de prioriterade områdena.

Rekryteringsbefrämjande åtgärder har förordats beträffande allmänläkarvård, psykiatri, långvårdsmedicin och vissa laboratoriespecialiteter.

3.7.4 *Statsverks/budgetpropositioner*

I 1971 års statsverksproposition framhölls att satsningarna på öppna vårdformer inom hälso- och sjukvården skulle fortsätta liksom satsningarna på långtidssjukvården och psykiatrin. Den väl utbyggda slutna sjukhusvården ålades därför en större återhållsamhet. Inte minst på grund av kostnadsutvecklingen skulle den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på ändrad struktur av sjukvården. Den mindre kostnadskrävande öppna vården utanför sjukhus skulle då prioriteras.

Medel för att realisera dessa sjukvårdspolitiska mål var dels sjukronorsreformen, där sjukvårdshuvudmännen fick ökad kostnadstäckning inom öppen vård genom sjukförsäkringssystemet samt ökad möjlighet att påverka öppenvården, dels nytt system för läkarutbildning med ökat innehåll av öppen vård samt dels läkartjänsternas fördelning på medicinska verksamhetsområden.

Propositionen om ändring i sjukvårdslagstiftningen (prop. nr 104 år 1972) innehöll bestämmelser om behörighetsregler för läkare och om läkartjänsternas utformning. Dessutom öppnades möjligheter att anställa specialister som distriktsläkare för att bättre närhetsservice skulle uppnås inom den öppna vården. Förslagen grundades på bl. a. propositionen om vidareutbildning och fördelning av läkare (nr 35 år 1969), läkartjänstutredningen (SOU 1971:68), socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968) och departementsstencil S 1971:3 angående förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen.

I propositionen avvisades tanken på olika behörighetskrav för läkartjänster på skilda vårdnivåer som normallasarett, centrallasarett och regionsjukhus. Däremot skulle vid meritbedömning hänsyn tas till de särskilda krav som aktuell tjänst medför. I propositionen framhölls att då den slutna vården koncentrerats är det så mycket angelägnare att öppen sjukvård kan beredas så nära de vårdbehövande som möjligt. Då underlättas dessutom samordningen mellan sjukvård och socialvård.

I budgetpropositionerna 1975 och 1976 framhölls att en helhetssyn bör vara grunden för utbyggnad av förebyggande insatser och social omvårdnad, vilket leder till ökad integration av organisation och insatser. Hälso- och sjukvårdspolitiken bör inriktas på en snabb utbyggnad av den öppna decentraliserade sjukvården och långtidssjukvården. Att på sikt möta befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov med enbart en alltmer specialiserad sjukhusservice är sannolikt inte möjligt. Problemen måste angripas genom

åtgärder som skyddar individen i dennes lokala miljö och genom primärt förebyggande åtgärder.

I dessa budgetpropositioner framhölls också att socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet blir en viktig utgångspunkt för det sjukvårdspolitiska reformarbetet. En betydande utbyggnad av den öppna vården utanför sjukhus har kommit igång och inom psykiatrin innebär utvecklingen en utbyggnad av de öppna vårdformerna.

I budgetpropositionen 1977 framhölls vidare att sjukhusvården är väl utbyggd medan däremot den öppna vården utanför sjukhusen fortfarande är otillräcklig. Därför borde inte bara allmänläkarvården byggas ut utan även en viss decentralisering ske av specialistvården. En fortsatt utbyggnad av både den institutionella långtidssjukvården och hemsjukvården framhölls som angelägen. Vidare framhölls önskvärdheten av att få till stånd en offensiv hälsopolitik med syfte att tidigt spåra och undanröja medicinska och sociala risker.

3.7.5 *Hälso- och sjukvården inför 80-talet – (HS 80)*

Enligt socialstyrelsens instruktion har styrelsen att handlägga frågor om riksplaneringen av de under styrelsen lydande verksamhetsgrenarnas omfattning, inriktning och allmänna uppbyggnad. Vidare skall styrelsen följa och stödja den regionala och lokala planeringen inom styrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsens principprogram om Hälso- och sjukvård inför 80-talet, "HS 80", är enligt sina direktiv avsett att utgöra underlag för den sjukvårdspolitiska debatten och att ge information till politiska beslutsfattare såväl på riksnivå som hos sjukvårdshuvudmännen.

Utgångspunkt för HS 80 är bl. a. 1971 års statsverksproposition. I denna föreslogs en fördjupad planering för att ändra sjukvårdens struktur. Det yttersta syftet skulle därvid vara att dämpa sjukvårdens kostnadsutveckling genom att i första hand omdisponera resurserna så att eftersatta områden blir bättre tillgodosedda.

HS 80 avhandlar strukturen särskilt avseende ansvars- och arbetsfördelning samt samverkansformer inom och mellan olika medicinska vårdformer och verksamhetsområden. Tyngdpunkten i HS 80:s modell ligger på primärvården, som omfattar inte bara den öppna vården utanför sjukhus utan även huvuddelen av långtidssjukvården. Primärvårdens hälsopolitiska inriktning vid sidan av sjukvården betonas liksom dess ansvar inom psykiatrin och samordning med bl. a. socialvården. Detta harmonierar väl med de sjukvårdspolitiska målen: ökad satsning på öppna vårdformer samt ökat samarbete skilda vårdformer emellan. HS 80 menar att en utbyggd primärvård medför minskad belastning på länssjukvården jämfört med nuvarande förhållanden.

I principprogrammet skisseras en strukturmodell byggd på tre huvudelement: primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Vartdera av dessa har ansvar för en särskild del av sjukvården.

Primärvården ansvarar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde. Temporärt, när primärvårdens sjukvårdsresurser är otillräckliga för de åtgärder som erfordras beträffande viss patient, kan ansvaret för denna patient övergå till läns- eller regionsjukvården. Så snart man där

emellertid anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, bör ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Länssjukvårdens ansvar omfattar patienter med livshotande tillstånd och andra sjukdomstillstånd, vilka kräver tillgång till personella och tekniska resurser, som av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde. Vidare bör länssjukvården svara för produktionskontroll, effektvärdering och metodutveckling inom sjukvårdsområdet samt för den kontinuerliga fortbildningen av den medicinska personalen även inom primärvården med syfte att inom sjukvårdsområdet kunna garantera rationalitet, kontinuitet och effektivitet i vårdarbetet. Länssjukvården skall jämväl svara för den medicinska servicen inom sjukvårdsområdet.

Regionsjukvården ansvarar för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att erfarenhet av dess behandling ej erhålles på länsnivå. I regionsjukvården kan jämväl ansvar läggas för sådant kontroll- och utvecklingsarbete samt för utbildning som ovan angivits för länssjukvården. Härtill kommer forsknings- och utvecklingsarbete av mera grundläggande natur samt vissa grenar av medicinsk service.

Länssjukvården enligt HS 80

Som tidigare angivits skall länssjukvården svara för vården av patienter med sjukdomstillstånd, som kräver tillgång till personella och tekniska resurser, vilka av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde.

En utbyggd primärvård kommer att medföra en minskad belastning på länssjukvården i förhållande till nuvarande förhållanden vid läns- och länsdelssjukhusen. En väl fungerande primärvårdsjour måste också medföra en betydande avlastning av sjukhusklinikernas akutmottagningar.

För den helt övervägande delen av patienterna inom länssjukvården rör det sig om antingen en kort episod inom en längre kontinuerlig eller intermittent vårdperiod eller också en fristående akutvårdsepisod. Av de patienter som kräver inläggning på sjukhus har nästan två tredjedelar insjuknat akut och många kräver omedelbara livsuppehållande åtgärder.

Länssjukvårdens stora personella och tekniska resurser förutsätts emellertid inte enbart komma dess egna patienter till godo utan också utnyttjas för att hjälpa och stödja primärvården.

För primärvårdens servicebehov skall således länssjukhusets laboratorier svara dels genom att utföra vissa undersökningar/analyser vid länssjukhuset, dels genom att stödja vårdcentralerna i den laboratorieverksamhet som sker där. Laboratorieläkarna skall också ge konsulthjälp till primärvårdens läkare motsvarande den till sjukhusklinikernas läkare.

Även klinikernas specialistläkare skall fungera som konsulter åt primärvårdens läkare i första hand genom rådgivning men där så är lämpligt också genom att medverka i mottagningar på vårdcentraler. Vidare är det angeläget att länssjukvårdens läkare och annan personal medverkar på olika sätt i

fortbildning av primärvårdens personal.

Fördelningen av den patientinriktade verksamheten mellan primärvård, länssjukvård och regionsjukvård och mellan olika enheter inom dessa baseras lämpligen på lokala program för medicinsk samverkan (vårdprogram). I dessa bör också de riktlinjer fastställas i fråga om undersöknings- och behandlingsmetoder, som skall tillämpas inom sjukvårdsområdet respektive sjukvårdsregionen för att samarbetet skall fungera utan onödigt medicinskt risktagande och utan dubblering av insatser.

Inom den somatiska korttidsvården faller nästan all vård som kräver tillgång till vårdplatser på länssjukvården. Enda undantagen är sådana patienter som kräver tillgång till regionsjukvårdens speciella personella och tekniska resurser samt möjligen i glesbygdsområden vissa patienter som sökt vårdcentral för akut sjukdomstillstånd och bedömts inte kunna sändas hem men inte heller behöva föras till läns- eller länsdelssjukhus. Dessa senare patienter bör för kortare observation kunna kvarstanna på det lokala sjukhemmet.

Uppgifterna i övrigt för länssjukvården inom den somatiska korttidsvården är svåra att generellt definiera och kvantifiera. Såsom angivits i föregående avsnitt tillhör huvuddelen av den öppna vården primärvården. Andelen öppen vård som behöver sjukhusklinikernas större personella och tekniska resurser kommer emellertid att variera mellan de medicinska verksamhetsområdena.

Även inom de medicinska verksamhetsområden som till namnet är förbehållna regionsjukhusen faller betydande delar på länssjukvården men där inom ramen för andra verksamhetsområden, i första hand allmänkirurgi och allmän invärtesmedicin.

Vissa uppgifter inom tumörsjukvården faller på länssjukvården. Den radioterapeutiska behandlingen bör dock koncentreras till regionsjukhusens onkologiska kliniker. Vården av vissa tumörsjukdomar eller vissa tumöroperationer bör också koncentreras till regionsjukhusens olika kliniker. Den stora mängden tumörfall medför emellertid att diagnostik och behandling av tumörfall måste ske även inom länssjukvården och primärvården. Vilka typer av tumörer som kan och bör omhändertas på dessa nivåer, liksom principerna för hur detta bör ske, bör fastställas i handlingsprogram som är gemensamma för regionen[1].

Inom det psykiatriska verksamhetsområdet faller så gott som all korttidsvård som kräver tillgång till vårdplatser på länssjukvården. Huvuddelen av den öppna psykiatriska vården tillhör primärvården, men mer kvalificerad utredning och behandling inom öppen vård, som kräver tillgång till sjukhusklinikernas speciella resurser, får ombesörjas av länssjukvården. Handledning och konsultservice till primärvårdens personal och till länssjukvårdens olika somatiska specialiteter är en väsentlig uppgift liksom vidare- och efterutbildning av den personal som är sysselsatt med psykiatriska vårduppgifter samt orienterande utbildning av annan personal. I länssjukvården bör endast de patienter inom psykiatrisk långtidssjukvård omhändertas, vilka har behov av länssjukvårdens speciella resurser t. ex. för rehabilitering eller för omhändertagande av farliga eller grovt störande patienter. Övriga kan vårdas på lokala sjukhem eller i primärvåden.

Endast en mindre del av den somatiska långtidssjukvården faller inom

[1] Se "Planering av onkologisk sjukvård" (Råd och anvisningar från socialstyrelsen nr 32, februari 1974).

länssjukvården. Från länssjukvården bör patienterna – vare sig de vistas i öppen eller sluten vård – överföras till primärvården, så snart sjukhusens speciella personella eller tekniska resurser inte längre behövs. Primärvården förutsättes då kunna ta hand om patienterna i öppen vård, hemsjukvård eller på sjukhem. Länssjukvårdens resurser för somatisk långtidssjukvård är i första hand avsedda för utrednings- och behandlingsinsatser, där den omedelbara närheten till övriga resurser inom länssjukvården är av central betydelse. Denna verksamhet är i princip tidsbegränsad och inriktad på att pröva möjligheterna till en sådan förbättring av patientens tillstånd och funktionsförmåga att forsatt placering i en mera öppen och hemlik vårdmiljö är möjlig. Länssjukvården måste också svara för vård av vissa långtidssjuka med mindre frekventa men speciellt resurskrävande vårdbehov.

Till långtidssjukvårdens länsfunktioner hör också att svara för viss översiktlig samordning och resursfördelning, vårdprogram samt fortbildning av den medicinska personalen för att den skall kunna arbeta enligt vårdprogrammens intentioner.

Vissa uppgifter inom den medicinska rehabiliteringen faller på länssjukvården. I första hand erfordras en lednings- och samordningsfunktion för den medicinska rehabiliteringen inom sjukvårdsområdet. Inom länssjukvården bör också omhändertas patienter med somatisk huvuddiagnos för grundläggande rehabiliteringsinsatser i form av utredningar, kompletterande undersökningar, upprättande av behandlingsprogram och åtgärdsförslag i övrigt, träning, samordning och uppföljning.

För att länssjukvården skall kunna fullgöra sina uppgifter behövs ett betydande antal olika specialister, även om verksamhetens differentiering och därmed specialiseringsbehovet är betydligt mindre än inom regionsjukvården. Av de i specialitetsförteckningen för läkare upptagna 43 specialiteterna är drygt 25 aktuella inom länssjukvården.

För flertalet av dessa specialiteter gäller att de måste företrädas av minst två specialistkompetenta läkare för att kontinuiteten skall vara säkrad. Om jour- eller bakjourtjänstgöring är nödvändig erforderas normalt minst fem respektive tre läkare.

Ytterligare förkortning av arbetstiden och dess förläggning kan komma att medföra krav på ytterligare personal.

För några av de angivna specialiteterna finns emellertid inte sådana krav utan specialistens uppgift är i första hand att medverka i internutbildningen och fungera som konsult, eventuellt med självständiga uppgifter i öppen vård eller ansvar för annan funktion eller viss utrustning. I sådana fall kan det vara tillräckligt med en specialistläkartjänst. Ytterligare någon specialitet kan eventuellt bli aktuell inom länssjukvården.

Inom länssjukvårdens somatiska korttidsvård kan följande specialiteter vara företrädda: barnmedicin, hudsjukdomar, allmän internmedicin, kardiologi, akuta infektionssjukdomar, lungsjukdomar, medicinska njursjukdomar, reumatologi, allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi, gynekologi och obstetrik, neurologi, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar samt audiologi. Onkologisk sakkunskap bör finnas på varje länssjukhus, lämpligast i form av en vidareutbildad läkare med onkologisk specialistkompetens.

Inom länssjukvården i övrigt bör finnas specialiteterna allmän psykiatri,

barn- och ungdomspsykiatri, långvårdsmedicin och medicinsk rehabilitering.

I enlighet med de riktlinjer som angavs av en utredning år 1963 (SOU 1963:46) kommer en utbyggnad av yrkesmedicin att beröra även länssjukvården.

Av specialiteterna inom medicinsk service bör inom varje sjukvårdsområde finnas anestesiologi, klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi, klinisk patologi och röntgendiagnostik. Inom ramen för klinisk patologi bör även klinisk cytologisk service tillhandahållas.

Behov av annan medicinsk sakkunskap inom medicinsk service bl. a. inom blodgruppsserologi och transfusionslära, klinisk immunologi, isotopverksamhet, klinisk neurofysiologi och klinisk virologi föreligger och kan bedömas öka. Inom aktuellt planperspektiv torde dock knappast underlag finnas för etablering inom länssjukvården av specialistledda enheter härför. Viss sådan verksamhet kan bedrivas i anslutning till länssjukhusens nyss nämnda medicinska verksamhet. För att stödja sådan verksamhet och i övrigt möta dessa servicekrav förutsätter socialstyrelsen att regionsjukhusens serviceavdelningar ges ett vidgat ansvar bl. a. genom ökad konsultservice till länssjukvården.

Inom varje sjukvårdsområde bör slutligen finnas tillgång till såväl sjukhusfysiker som medicinteknisk service.

Länssjukvårdens somatiska och psykiatriska korttidsvård bedrivs på länssjukhus och i viss utsträckning på länsdelssjukhus. Länssjukhusen omfattar normalt alla de medicinska verksamhetsområden som finns representerade inom sjukvårdsområdet. Ett antal av de nuvarande sjukvårdsområdena kan emellertid beräknas under 1980-talet ha en befolkning som är för liten för att utgöra underlag för en så stor differentiering som angivits här ovan. Endast de allra största sjukvårdsområdena med uppemot 500 000 eller fler invånare har underlag för mer än ett länssjukhus.

Vid länsdelssjukhusen är ett betydligt mindre antal specialister representerade. Den verksamhet som bedrivs på länsdelssjukhuset är av samma karaktär och av samma kvalitet som den vid länssjukhuset. Verksamheten har dock inte samma differentiering, utan viss diagnostik och terapi är koncentrerad till länssjukhuset. Det kan därför bli nödvändigt att patienter överföres till länssjukhuset för viss utredning och behandling.

Vid länsdelssjukhusen förutsätts alltid finnas anestesiologi, allmän internmedicin, allmän kirurgi och röntgendiagnostik. Inom kirurgkliniken kan även ortopedkirurgisk specialist vara verksam.

För förlossningsvården är funktionell och lokalmässig samordning med den kirurgiska akutsjukvården och med den barnmedicinska vården, främst neonatalvården, av stor betydelse. Det är därför önskvärt att förlossningsvården förläggs till länssjukhusen.

Barnmedicinens slutna vård är en länssjukhusspecialitet. Geografiska förhållanden med mycket långa restidsavstånd kan motivera barnklinik på länsdelssjukhus.

Kliniker för ögonsjukdomar och öron-, näs- och halssjukdomar bör inte finnas vid länsdelssjukhus. Underlaget är för litet för att personalen vid sådana kliniker skall kunna upprätthålla sina kunskaper och färdigheter i erforderlig utsträckning för fullständig klinikverksamhet.

Den slutna psykiatriska korttidsvården bör i första hand koncentreras till länssjukhus, eftersom den kräver relativt stora och mångfasetterat sammansatta arbetslag. I län med stora geografiska avstånd kan psykiatrisk korttidsvård med slutenvårdsresurser behövas också vid länsdelssjukhus. All sluten psykiatrisk korttidsvård bör kunna äga rum på länssjukhusen, även observation, utredning och behandling av oroliga, farliga och grovt störande patienter.

Avdelningar för medicinsk service finns främst vid länssjukhusen. Underlag saknas för etablerande av självständiga serviceavdelningar utöver röntgendiagnostik och anestesiologi vid länsdelssjukhus. I första hand krävs tillgång till kliniskt kemiskt laboratorium och blodcentral samt vissa kliniskt fysiologiska undersökningsresurser. Dessa laboratorier bör emellertid anordnas som filiallaboratorier till respektive länssjukhusavdelning. Länssjukhusets laboratorier bör svara för analys/undersökningsprogram, metodanvisningar och motsvarande, provtagningsrutiner, inskolning av personal, metodkontroll, klinisk information, konsultverksamhet m. m.

Regionsjukvården enligt HS 80

Regionsjukvårdens uppgift är enligt ovan angivna ansvarsfördelningen främst att ge stöd åt länssjukvårdens olika grenar genom "fjärrkonsultationer" och i förekommande fall genom att ta emot patienter med svårtolkad sjukdomsbild som skulle kunna ha större chanser att klaras upp där det finns tillgång till många specialister (eller ett stort differentierat kunnande).Regionsjukvårdens olika arbetsenheter skall också i samverkan med länssjukvårdens olika komponenter svara för "produktionskontroll"eller effektvärdering, metodutveckling, forskningsprogram, undervisning och utbildning.

Regionsjukvården är inte begränsad till vissa specialiteter utan utgör en del av alla medicinska verksamhetsområden utom allmänläkarvård. Kvantitativt är emellertid regionsjukvården mycket begränsad, endast någon procent av den slutna korttidsvården och någon promille av den öppna vården. Endast på ett område syns för närvarande en kombination av krav på teknisk utrustning och koncentration av erfarenheten medföra en omfattande regionsjukvård och det är inom onkologi (tumörmedicin). Inom långtidssjukvården bör regionsjukvård förekomma endast i undantagsfall.

Som angivits i avsnittet om länssjukvård bör den patientinriktade verksamhetens fördelning på länssjukvård och regionsjukvård lämpligen baseras på regionala program för medicinsk samverkan (vårdprogram). I dessa program bör också fastställas de riktlinjer för undersöknings- och behandlingsmetoder, som skall tillämpas inom sjukvårdsregionen för att samarbetet skall fungera utan medicinska risker och utan dubblering av insatser.

Den mer differentierade regionsjukvården ställer krav på en mer specialiserad läkarstab. Detta krav gäller både större differentiering inom de medicinska verksamhetsområden som bör finnas även inom länssjukvården och närvaro av vissa ytterligare verksamhetsområden. Således kan även följande specialiteter vara företrädda inom regionsjukvårdens somatiska korttidsvård: endokrinologi, gastroenterologi, barnkirurgi, handkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, onkologi, gynekologisk onkologi

och foniatri. Vidare kan socialmedicin förekomma.

Vid regionsjukhusen bör även finnas yrkesmedicin i enlighet med de riktlinjer som angavs i SOU 1963:46.

Inom medicinsk service bör utom länssjukhusens specialiteter även finnas resurser för klinisk neurofysiologi, blodgruppsserologi med transfusionslära, klinisk immunologi, klinisk farmakologi och klinisk virologi samt särskild kompetens inom koagulationsområdet.

Dessutom kan inom ramen för de etablerade specialiteterna eller fristående från dem förekomma medicinska verksamhetsområden som definieras genom särskilda behörighetsregler för där verksamma läkare.

Regionsjukhusen bör liksom nu även omfatta länssjukvård. Sjukhusen har i princip olika upptagningsområden för tre olika grupper av patienter: regionen, sjukvårdsområdet (länet) eller en del därav (länsdel). Ett regionsjukhus innefattar således i sig också ett länssjukhus med alla dess funktioner.

Med hänsyn till den ringa frekvensen inom många medicinska delområden kan inte alla regionsjukhus bedriva verksamhet inom hela registret. Både kunskapsmässiga och ekonomiska skäl talar mot detta. Bland de verksamhetsområden, där det är möjligt att göra kvalitativa och ekonomiska vinster genom koncentration till endast ett fåtal av regionsjukhusen, märks viss barnkirurgi, viss hjärtkirurgi ("open heart"), brännskadevård och viss transplantationskirurgi.

Inom nästan alla specialiteter finns emellertid ett eller annat delområde ("grenspecialitet") av motsvarande karaktär. Det är önskvärt att olika regionsjukhus får ett kontinuerligt ansvar för bestämda sjukdomar eller sjukdomsgrupper.

Den långtgående differentieringen vid regionsjukhusen får inte leda till en splittring på allt fler små självständiga enheter. Tvärtom är det angeläget att motverka splittringen genom olika organisatoriska åtgärder. Att sammanföra flera medicinska verksamhetsområden till "storkliniker" respektive "storavdelningar", vilket nu prövas på ett regionsjukhus, kan vara en lösning som bör närmare utvecklas och utvärderas.

Omfattningen och arten av akutvården är i princip densamma på ett regionsjukhus som på ett länssjukhus – ett fåtal akutfall är av regionsjukvårdskaraktär, exempelvis svåra skallskador och nyfödda med vissa missbildningar. Akutvården bör alltså kunna organiseras på samma sätt.

Med hänsyn till att regionsjukhusen (med ett undantag) även är undervisningssjukhus och har integrerade uppgifter i fråga om forskning, undervisning och sjukvård kan de behöva ha en personalstruktur som väsentligt avviker från länssjukhusens.

Det finns skäl som talar för att vissa läkare avdelas för att arbeta enbart med patienter på regionsjukvårdsnivå. I övrigt skulle då regionsjukhuset fungera som ett länssjukhus. En sådan uppdelning innebär emellertid så stor avvikelse från den nuvarande organisationen, att konsekvenserna är svåra att överblicka. Det förutsätter vidare vissa förändringar av läkarutbildningen och dess lokalisering. Det är emellertid önskvärt med fortsatt utredning och försöksverksamhet med inriktning på dessa frågor.

3.7.6 *Befintliga planer m. m.*

Långtidsutredningen (SOU 1975:89) redovisar bl. a. den årliga konsumtionsutvecklingen inom hälso- och sjukvården från 1965 samt anger en baskalkyl till 1980. Motsvarande siffror för total offentlig konsumtion anges här inom parentes. Mellan 1965 och 1970 var ökningstakten 8,6 (5,7) procent per år samt mellan 1970 och 1975 4 (3,3) procent. För 1975–1980 finns baskalkyl för hälso- och sjukvård på 1,8 procent samt alternativ på 1,4 respektive 3,1 procent i årlig volymökning. Andra alternativ som framtagits har riksdagen bedömt vara orealistiska och förordat att man skall sikta på en medelväg mellan alternativen. Det kan nämnas, att år 1975 var hälso- och sjukvårdens andel av totala offentliga konsumtionen 21,6 procent. Hälso- och sjukvårdens andel av de totala offentliga investeringarna var samma år ca 20 procent.

Sjukvårdshuvudmännens planer för den kommande femårsperioden innebär en bibehållen utvecklingstakt på ca 3,4 procent per år i fasta löner och priser. En betydande del av den planerade tillväxten måste användas för att täcka automatisk volymökning till följd av bl. a. befolkningsutveckling och åldersförändringar.

Kommunalekonomiska utredningen, KEU, redovisar landstingens finansieringskällor 1968 och 1975. De är skatt, statsbidrag, övriga inkomster och försäljning. Relationen mellan dessa poster är lika de båda åren med ett undantag. Statsbidragen går ned tre procentenheter till tjugo medan försäljningen ökar motsvarande till drygt åtta procent. Denna ökning avser ersättning för öppen vård från försäkringskassorna. Skattefinansieringen ligger kvar på ca 58 procent. Bruttokostnaderna vid oförändrad ambitionsnivå ökar enligt KEU för hälso- och sjukvården mellan 1975 och 1985 med en procent per år i 1977 års penningvärde. Den slutna somatiska vården ökar årligen 1974–1985 med 1,2 procent, öppen vård vid sjukhus med 0,8 procent samt motsvarande utanför sjukhus med 0,5 procent.

Av KEU framgår beträffande åren 1980–1985 att landstingens utgifter varje år ökar procentuellt sett fortare än inkomsterna för alla beräkningsalternativ. Detta innebär att landstingsskatten ökar från 1977 med mellan 1:56 kr och 3:98 kr till mellan 12:82 och 15:23 kr 1985. Då primärkommunerna ligger något högre än landstingen i skattedebitering beräknas den högsta kommunalskatten till nästan 35 kr år 1985 i 1977 års penningvärde.

Åren 1970–1977 höjdes kommunalskatten i genomsnitt 70 öre per år. Med ovanstående beräkningar blir motsvarande höjningar mellan 40 öre och 1 krona per år fram till 1985.

Av de sjukvårdsplaner som utarbetats av de 26 sjukvårdshuvudmännen har 16 sammanställts i tabellform i samarbete mellan Spri, socialstyrelsen och Landstingsförbundet (Spri rapport 5/76). Socialstyrelsen har sedan kommenterat planerna (Socialstyrelsen redovisar 1976:7). Därifrån har följande uppgifter om planerna för läns- och regionsjukvården hämtats.

Den öppna vården planeras öka från i genomsnitt 1,9 till 3,1 besök per invånare och år från 1974 till 1985. Det totala antalet vårdplatser inom sluten somatisk korttidssjukvård planeras minska från i genomsnitt 5,4 till 4,9 vårdplatser per 1 000 invånare under perioden fram till 1985. Det varierar dock kraftigt mellan sjukvårdsområden för både basåret, 1973, och planperiodens slut 1985.

Den etablerade strukturen av kliniker vid länssjukhusen väntas bestå. Däremot planeras betydelsefulla resursförstärkningar genom inrättande av tjänster för vidareutbildade läkare i en rad specialiteter. Den sålunda tillkommande verksamheten avses huvudsakligen bedrivas inom klinikerna för allmän internmedicin respektive allmän kirurgi. Berörda ämnesområden är främst reumatologi, kardiologi, medicinska njursjukdomar samt urologisk kirurgi.

Flertalet planer anger ett minskat behov av regionvårdsplatser enligt regionvårdsavtal, vilket delvis torde kunna förklaras av tendensen till ökad subspecialisering vid länssjukhusen. Samtidigt är emellertid regionsjukvården under utbyggnad vid vissa regionsjukhus.

En alltmer markerad sjukvårdspolitisk prioritering avser för närvarande dels resursutvecklingen inom vissa bristområden, dels vissa integrationsåtgärder. De prioriterade områdena är öppen vård utanför sjukhus, långtidssjukvård och psykiatri. Integrationen avser hälsovård – sjukvård, psykiatri – kroppssjukvård samt sjukvård – socialvård.

Samtliga dessa områden – utom socialvården och till viss del hälsovården – är numera landstingskommunala angelägenheter. Detta enhetliga huvudmannaskap är emellertid relativt nytt och det finns ett klart samband mellan den historiska utvecklingen och vilka områden som nu prioriterats.

Huvudmannaskapsförändringarna har i betydande grad motiverats av integrationsbehov. HS 80:s strukturmodell lade stor vikt vid integrationsfragor. Åtgärder i detta syfte tillhör också de av sjukvårdsdelegationen och i statsverkspropositionerna (numera budgetpropositionerna) prioriterade områdena.

De till landstingen successivt överförda vårdområdena har uppenbarligen inte heller varit lika väl utbyggda som området för landstingens ursprungliga sjukvårdsuppgift, den slutna kroppssjukvården. Detta har lett till att de nya områdena, långtidssjukvård, öppen vård utanför sjukhus och psykiatri måste prioriteras.

Sjukvårdshuvudmännen lämnar årligen till socialstyrelsen önskemål om byggnadskvot. Beslut om denna fattas av socialdepartementets sjukvårdsdelegation och regeringen.

Både investeringsönskemålens och prioriteringsramarnas omfattning varierar från år till år. Huvudmännens planering år 1975 omfattade ca 850 milj. kronor, vilket var den lägsta siffran under perioden 1970–77. För år 1977 uppgick huvudmännens önskemål till 1 800 milj. kronor. Prioriteringsramen omfattade år 1971 knappt 400 milj. kronor medan den sammanlagda kostnaden för de prioriterade byggnadsobjekten år 1977 uppgick till drygt 1 300 milj. kronor. Investeringsbeloppen redovisas i löpande priser.

En omräkning av de årliga värdena med ledning av statistiska centralbyråns investeringskostnadsindex visar att den av landstingen planerade byggnadvolymen för år 1977 i det närmaste är en halvering jämfört med nivån år 1970. Även prioriteringsramarna i fasta priser har minskat från 1970 till 1977.

Gapet mellan planerade och prioriterade byggnadsarbeten har tenderat att krympa under perioden 1970–77. En sådan utjämning mellan önskemål och resultat av prioriteringen föreligger vidare när det gäller olika slag av byggnader. Diagram 2 (sid. 94) visar investeringsplaneringen och den

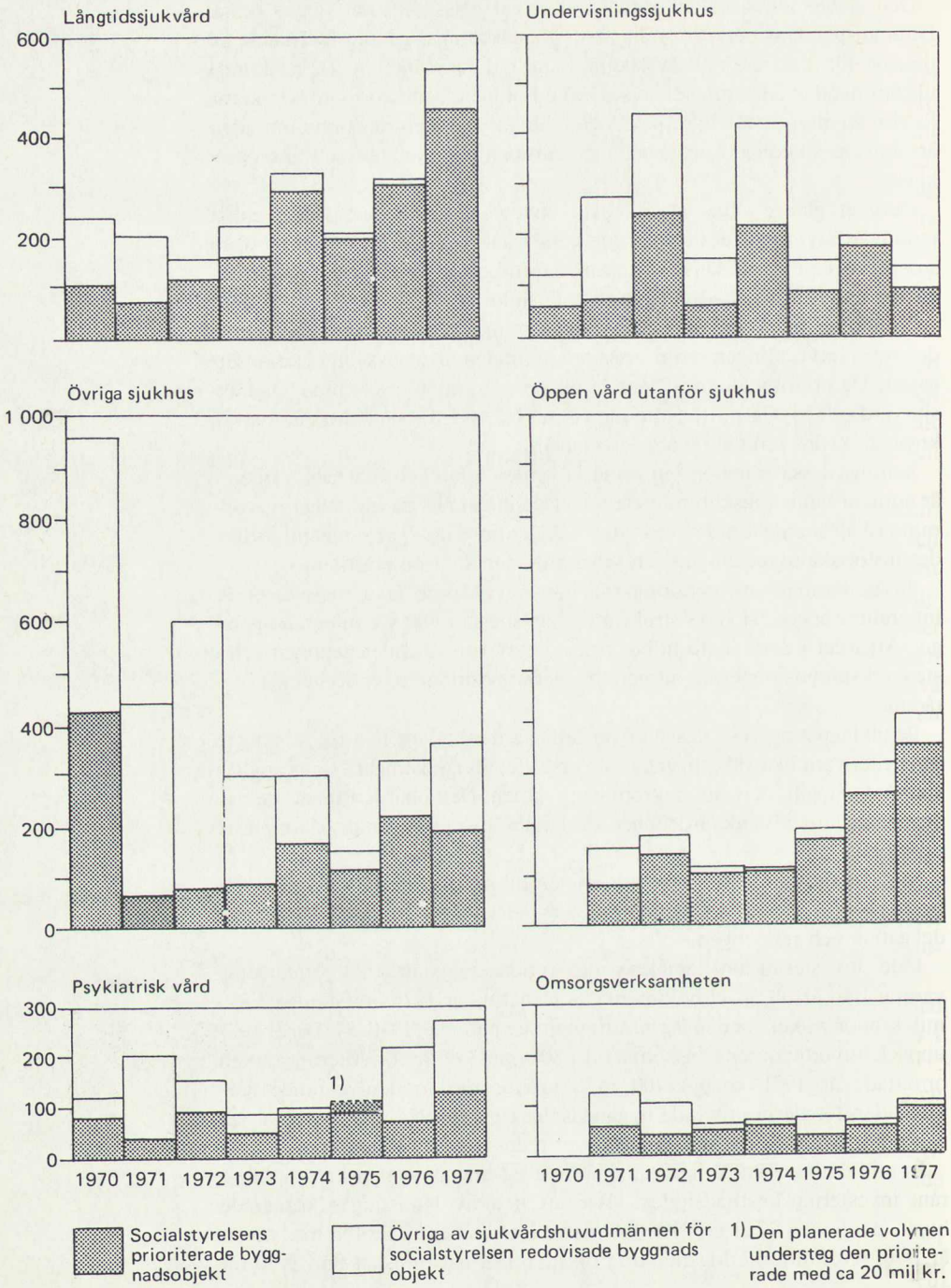


Diagram 2. Planerade och prioriterade byggnadsinvesteringar inom olika slag av vårdinrättningar åren 1970–1977 i löpande priser, mkr.

Källa: Socialstyrelsen.

genomförda prioriteringen för olika typer av vårdlokaler samt illustrerar hur huvudmännens planer alltmer kommit att överensstämma med prioriteringssträvandena. Mest påfallande är ökningen av investeringarna i öppna vården utanför sjukhus samt i anläggningar för långtidssjukvården. Gruppen "övriga sjukhus" – huvudsakligen lokaler för sluten somatisk akutsjukvård – har däremot reducerats under perioden 1970–77.

Personellt har utvecklingen inte följt de övergripande prioriteringarna. Styrningen av läkare till psykiatri och långtidssjukvård har inte fått avsedd effekt. Situationen för rekryteringen till allmänläkarblock har dock förbättrats på senare tid.

Antalet registrerade sjuksköterskor ökade från ca 52 000 år 1970 till ca 68 000 år 1977. Motsvarande siffror för undersköterskor var ca 10 000 år 1970 och ca 33 000 år 1977. Yrkesaktiviteten för sjuksköterskor var ca 77 procent och för undersköterskor ca 80 procent år 1977. Sysselsättningsgraden för samtliga registrerade var år 1977 för sjuksköterskor 6 och undersköterskor 6,4 arbetsmånader under året. Med undersköterskor avses här de som är utbildade på specialkurser. De med utbildning från vårdlinjen och med sex månaders tjänstgöring ligger något högre i såväl yrkesverksamhet som sysselsättningsgrad.

Ett stort antal utbildningsplatser för sjuksköterskor har inte kunnat utnyttjas. Utvecklingen är ogynnsam särskilt inom intensiv-, anestesi- och operationsverksamhet. De prioriterade områdena öppen hälso- och sjukvård utanför sjukhus samt långtidssjukvård torde inte heller inom planeringsperioden komma att kunna tillgodoses i önskad utsträckning.

3.8 Vissa andra faktorer av betydelse för regionsjukvårdens utveckling fram till 1985

I det föregående har vissa förhållanden av betydelse för regionsjukvårdens utveckling presenterats. Regionsjukvårdens framtida avgränsning, innehåll och omfattning är emellertid beroende också av andra faktorer som demografiska och epidemiologiska förhållanden samt medicinsk och teknisk utveckling. Framställningen i detta avsnitt är i huvudsak baserad på RIA-rapporterna.

Demografi

Samtliga figurer och tabeller i detta avsnitt är hämtade ur statistiska centralbyråns publikation Information i prognosfrågor (IPF 1976:3).

Befolkningens åldersmässiga och geografiska struktur har stor betydelse för sjukvården. Lägre födelsetal medför att den s. k. befolkningspyramiden uppvisar allt mindre pyramidform, vilket visas i diagram 3 (sid. 96). Basen blir smalare och tyngdpunkten förskjuts uppåt, vilket svarar mot lägre andelar barn och större andelar i åldrarna över 65 år, se diagram 4 (sid. 97).

Statistiska centralbyråns befolkningsprognoser pekar på att Sverige fram till år 1985 växer med omkring 140 000 invånare till omkring 8,37 miljoner. År 2000 beräknas befolkningen vara 8,46 miljoner invånare, vilket redovisas i

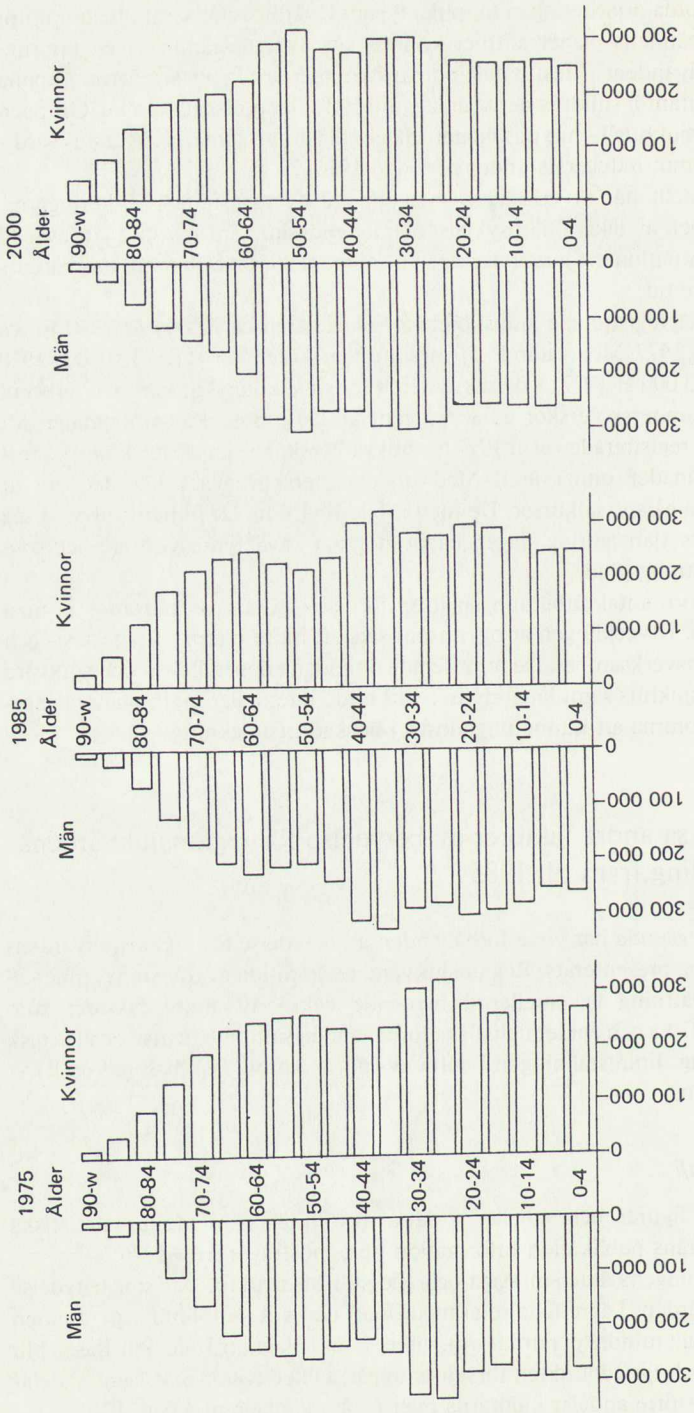


Diagram 3. Befolkningspyramider för åren 1975, 1985 och 2000.

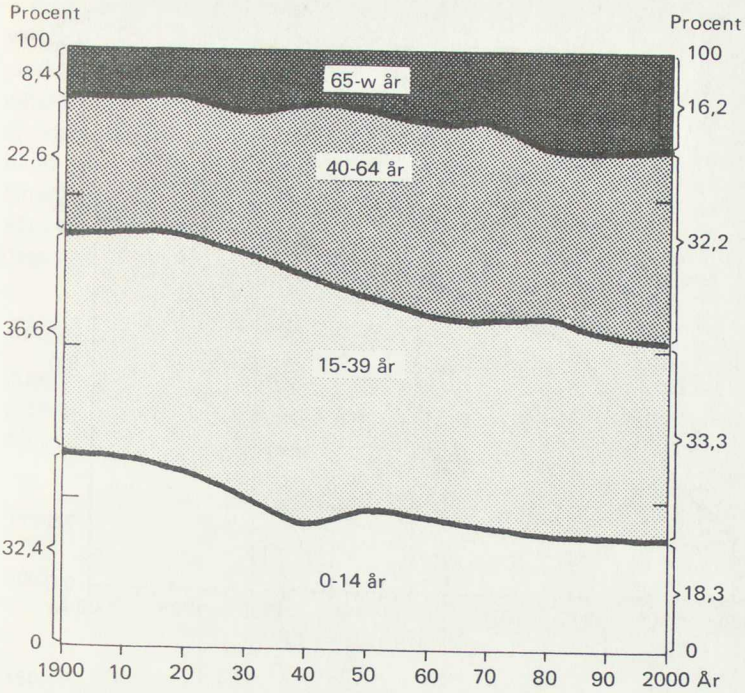


Diagram 4. Vissa åldersgruppers relativa andel av totala befolkningen under perioden 1900–2000.

tabell 26 och diagram 5 (sid. 98). Det minskade födelseöverskottet innebär att en allt större del av folkökningen kommer att utgöras av immigration.

Utvecklingen beträffande befolkningens regionala fördelning har tidigare karaktäriserats av storstadslänens tillväxt. Under senare år har dock storstadstillväxten avstannat. Folkminskningen i Norrlandslänen har under första hälften av 1970-talet ändrats till en ökning. De som flyttar är i regel unga människor, vilket starkt påverkar åldersfördelningen på ut- och inflyttningsorterna.

Äldreomsorgen kommer att kräva en växande del av vårdresurserna. Inom sjukvården tar för närvarande de som är över 70 år ungefär hälften av vårddagarna i anspråk. Denna grupp växer snabbt, speciellt i åldrarna över 85 år, vilket redovisas i diagram 6 (sid. 98).

Tabell 26 Befolkningen i vissa åldersgrupper i absoluta 1000-tal och relativa tal åren 1900, 1950, 1975 och 2000

Ålder	1900		1950		1975		2000	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
0–14	1 666	32	1 651	23	1 697	21	1 544	18
15–24	910	18	876	13	1 095	13	1 037	12
25–44	1 256	25	2 163	31	2 200	27	2 331	28
45–64	873	17	1 636	23	1 964	24	2 177	26
65–	431	8	721	10	1 252	15	1 368	16
Summa	5 136	100	7 047	100	8 208	100	8 457	100

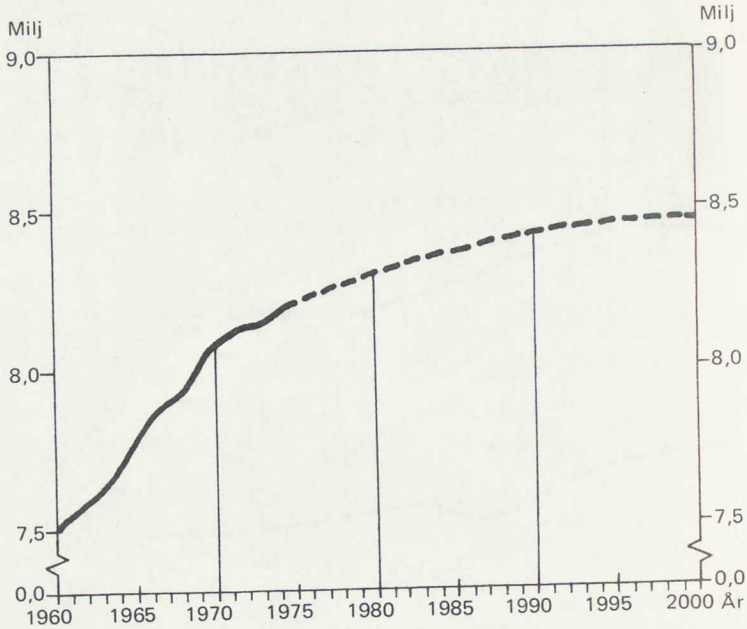


Diagram 5. Sveriges folkmängd åren 1960–2000.

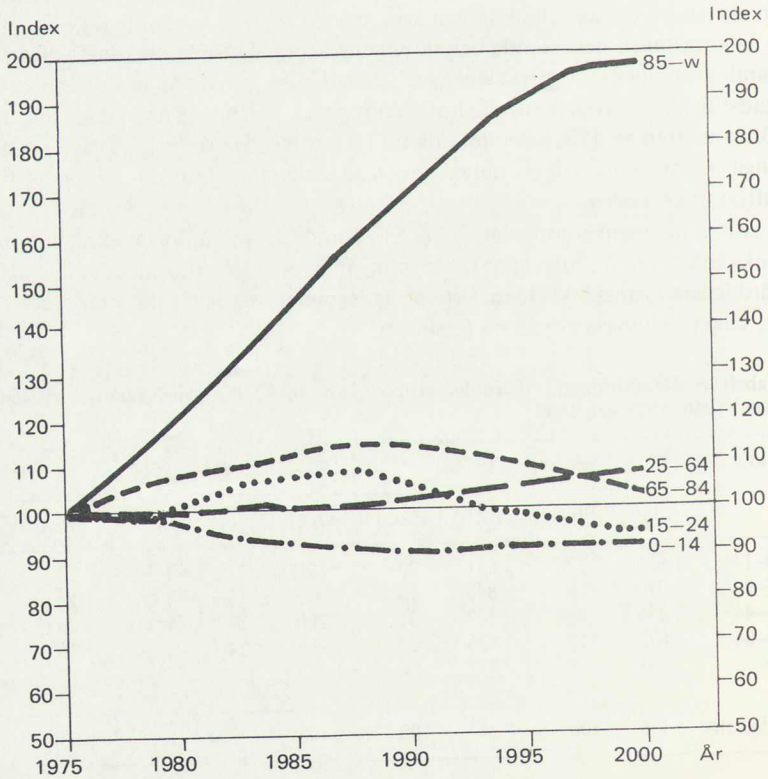
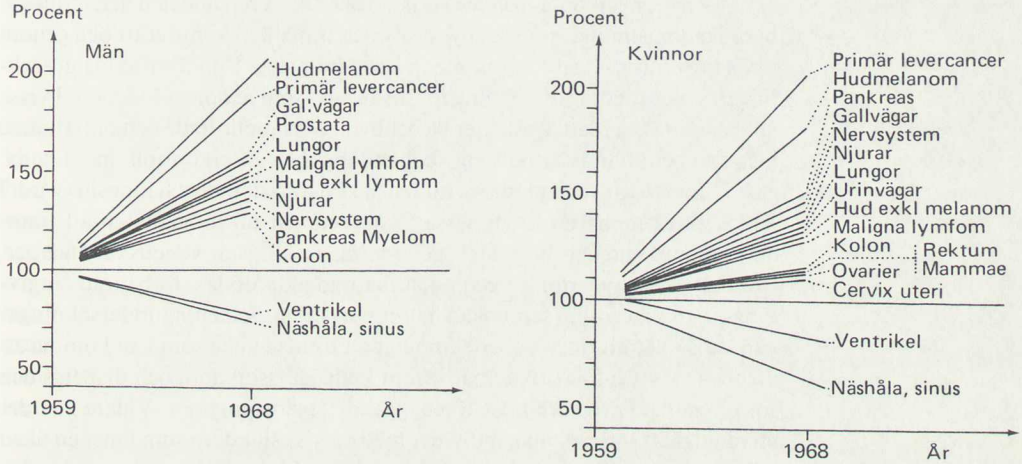


Diagram 6. Vissa större åldersgrupper åren 1975–2000 med utgångspunkt i år 1975.

Pensionärer klarar sig i allmänhet utan större hjälpinsatser till 80-årsåldern, varefter hjälpbehov av olika slag snabbt tilltar. Vid sekelskiftet kommer det att finnas dubbelt så många personer över 85 år som nu. Även om dessa då alltjämt utgör en ganska liten grupp jämfört med befolkningen i övrigt kommer den att medföra stora påfrestningar för sjukvårdssektorn. I första hand kommer dessa åldersförskjutningar att ge effekt på primär- och länssjukvården med ökat behov av sjukhemsplatser och eventuellt akutsjukvård bl. a. beroende på ökad förekomst av kärlsjukdomar, cancersjukdomar, degenerativa sjukdomar samt komplexa sjukdomstillstånd.

Epidemiologi och prevention

Antalet upptäckta tumörsjukdomar visar en snabbt stigande frekvens. Under åren 1960–1970 ökade antalet nyupptäckta cancerfall med cirka 40 procent. Mönstret är olika för olika tumörformer vilket framgår av diagram 7.



[1] Diagrammet sammanställt ur cancerregistret med justering för förskjutningar av befolkningens åldersammansättning, av Ericsson & Ringertz 1972. Någon motsvarande framskrivning för senare år finns f.n. inte.

Diagram 7. Utvecklingen av cancerincidensen vid olika lokalisationer åren 1959–1968.

Vissa mindre frekventa former av maligna tumörer visar således en påtaglig ökning såsom maligna melanom och levercancer. Även prostatacancer och lungcancer ökar medan andra former, t. ex. ventrikelcancer, har minskat i frekvens. Även under de närmaste decennierna förutses en betydande ökning av tumörsjukdomarna. En av orsakerna till detta är populationens förskjutning mot allt högre åldrar. Denna faktor kan dock förklara högst hälften av den iakttagna ökningen, medan resten väsentligen kan hänföras till sådana faktorer som miljö, levnadsvanor etc. och till en del till förbättrad diagnostik och ökad uppmärksamhet beträffande tumörsjukdomar. I vissa fall är arten av de förstnämnda faktorerna kända, i andra fall är de ännu okända. Det har emellertid blivit alltmer uppenbart att olikheterna och förändringarna i cancermönstret kan vara en viktig indikator på miljörubbningar. Det är därför väsentligt med en fortlöpande och aktuell

epidemiologisk analys av cancerincidensen.

Invandring och adoption av utländska barn kan i viss mån komma att påverka innehållet i såväl läns- som regionsjukvård inom främst barn-, hjärt-, lung- och infektionssjukvård samt plastik- och thoraxkirurgisk vård. Sålunda kan t. ex. lungtuberkulos, för oss okända medfödda sjukdomar, förvärvade hjärtsjukdomar och ovanliga parasitsjukdomar tillkomma eller öka i antal. Till detta bidrar även den ökade turismen som medför ökning av bl. a. smittsamma tarmsjukdomar som salmonella och dysenteri och en ökad mängd tropiska sjukdomar samt för svenska förhållanden i övrigt mer ovanliga infektionssjukdomar. Dessa faktorer påverkar dock inte regionsjukvårdens omfattning nämnvärt.

Vissa sjukdomstillstånd förutom cancersjukdomarna förmodas öka utan relation till befolkningsmässiga förändringar. Exempel härpå är vissa inflammatoriska sjukdomar i mag-tarmkanalen, yrkessjukdomar, vissa allergiska tillstånd, obstruktiva lungsjukdomar och kärlsjukdomar där relation till rökvanor föreligger, skador genom friluftsliv samt sjukdomar och skadeeffekter genom alkohol- och narkotikamissbruk. Även andelen behandlingsbara skador genom olycksfall i yrkesliv och trafik kan komma att öka genom såväl preventiva åtgärder som medicinska framsteg. Den förutsedda utvecklingen synes medföra en ökning för såväl läns- som regionsjukvården. I vissa fall ger detta betydande effekter på behovet av komplicerade och omfattande insatser beträffande utredning, behandling och efterkontroll inom t. ex. gastroenterologi, yrkesmedicin, hud- och könssjukdomar och lungsjukvård. I RIA:s expertrapporter knyts vissa förhoppningar till möjligheten att framdeles uppnå preventiv effekt genom bl. a. kliniskt genetiska åtgärder, vaccinationer, hypertoniscreening, förbättrad jodprofylax, förbättrad omgivnings- och yrkesmiljö samt ökad hälsoupplysning. Screeningundersökningar kan kanske i framtiden göra det möjligt att förutse vilka som kan komma att drabbas av vissa folksjukdomar såsom kranskärlssjukdom och diabetes och som följd därav bör erbjudas förebyggande åtgärdsprogram. Vidare kan det bli möjligt att förutse vilka individer med en viss sjukdom som löper en ökad risk att få särskild komplikation. Det kan också bli möjligt att bättre än idag förutse vilka grupper som är särskilt känsliga för vissa exponeringar.

Epidemiologiska studier avseende riskfaktorer, kartläggning av yrkesrisker samt databehandling av de fakta som erhålles kan komma att ge en helhetsbild av riskfaktorer för olika sjukdomar såsom ischemisk hjärtsjukdom, cerebral vaskulär sjukdom, lungsjukdomar och vissa hudsjukdomar. Detta kan betyda att preventionen kan sättas in i en annan omfattning än vad som nu är fallet. Viss epidemiologisk screening, analys av uppfångade data samt förebyggande åtgärder kan komma att utföras eller åtminstone planeras på regionsjukhuset.

Förebyggande insatser avseende reumatologiska sjukdomar kan komma att minska antalet sjukdomar i rörelseorganen. Effekten härav exempelvis avseende behovet av reumakirurgi kommer dock knappt att märkas inom planperioden.

Vaccinationer (t. ex. mot röda hund) kan innebära en minskad frekvens av vissa medfödda missbildningar men även minska antalet förvärvade sjukdomar och då främst bakteriella men även virussjukdomar såsom hepatit. Någon mer omfattande effekt på behovet av regionsjukvård förefaller dock

inte trolig under planperioden, dvs. fram till 1985. I vissa rapporter framhålls dessutom att lyckade preventiva åtgärder och behandlingsframgångar inom vissa områden som medför ökad livslängd kan komma att öka incidensen av andra sjukdomar. Tidig effektiv hypertonibehandling kan t. ex. förväntas leda till ökad incidens av cancersjukdomar och degenerativa sjukdomar av olika slag.

Fortsatt forskning, metodutveckling, introduktion och utvärdering av olika möjliga preventiva åtgärder kommer att kräva utrymme inte minst vid regionsjukhusen.

Medicinsk och teknisk utveckling

Med nuvarande dynamiska situation inom såväl det tekniska som det medicinska fältet är det vanskligt att förutsäga hur sjukvården kommer att förändras redan inom en så näraliggande period som 1980-talet.

Framsteg inom *klinisk genetik* med möjlighet att göra intrauterina bestämningar av kromosomuppsättning kan leda till att ett minskat antal barn med allvarliga skador föds. Några stora förändringar av sjukdomspanoramat kan dock inte denna utveckling medföra.

Stora förväntningar på den *kliniska immunologins* möjligheter att påverka behandlingen av olika sjukdomsgrupper speglas i expertrapporterna. Den kliniska immunologin befinner sig för närvarande i ett dynamiskt skede och har ännu inte fått sin sjukvårdsorganisatoriska bas utbyggd. Samarbetet mellan klinisk immunologi och andra medicinska verksamhetsområden kommer sannolikt att vara stort inom hela det medicinska fältet under den närmaste tioårsperioden. Stora förhoppningar knyts till immunologisk behandling av bl. a. tumörsjukdomar, immunopatier såsom myasthenia gravis, njursjukdomar samt hud- och lungsjukdomar. Även transplantationskirurgin kan komma att göra stora framsteg om den kliniska immunologin utvecklas som förutsetts.

De *övriga kliniska laboratoriedisciplinerna* har även kommit med en rad nya metoder som haft stor betydelse för sjukvården under de senaste decennierna. Denna utveckling kan förväntas fortsätta. Den *kliniska kemin* har utvecklat metoder som gör det möjligt att analysera ämnen som förekommer i mycket låga halter som hormoner. Genom att göra biokemiska undersökningar på små mängder vävnad som tas ut vid biopsier finns allt större möjligheter att förstå rubbningar i den cellulära funktionen.

Den *kliniska farmakologin* kommer sannolikt att även fortsättningsvis bidra till framsteg avseende farmakokinetik och farmakodynamik. Analys av olika substansers koncentration i serum förutses vara en viktig uppgift även i framtiden. Samarbetet mellan företrädare för hela det medicinska fältet och stora delar av den operativa verksamhetens företrädare å ena sidan och kliniska farmakologer å den andra kommer att vara betydelsefullt.

Framsteg inom den *kliniska patologin* och en fördjupning inom vissa delar av denna har framförts som betydelsefulla t. ex. av hudspecialister, neurologer och neurokirurger. Vävnadsundersökningar av biopsimaterial från olika organ kommer sannolikt att öka i antal. Utvecklingen av *klinisk cytologi* och punktionscytologi kommer att ha stor betydelse för ett flertal specialiteter och elektronmikroskopin ger möjlighet att studera ultrastrukturer.

Utvecklingen inom *klinisk fysiologi* bl. a. avseende de icke invasiva undersökningsmetoderna av hjärtat (EKG, FKG, apexkardiogram, karotispulskurva samt eko-kardiografi) har gjort det möjligt att på ett helt annat sätt än tidigare göra en översiktlig bedömning av hjärtfunktionen utan kateterisering. Detta kan å ena sidan medföra att en mer avancerad screening kan utföras på länsnivå medan å andra sidan de patienter, som bedöms vara i behov av remiss till regionklinik för kardiologisk bedömning, fordrar en mer kvalificerad vård än idag. Förutom de nu nämnda noninvasiva metoderna kan också *ultraljudundersökningar* bidraga till en kartläggning av hjärtfunktionen. Denna undersökningsmetod är också av värde för studier av andra organfunktioner exempelvis inom urologisk kirurgi och obstetrik. Ultraljudtekniken är under stark utveckling och kan beräknas få ökad betydelse inom diagnostiken.

Elektroniken har utvecklats mot allt mindre kretsar samtidigt som driftsäkerheten ökat. Denna utveckling har medfört att *pacemakerbehandlingen* kunnat utvecklas mot allt säkrare enheter med större användningsområden. Stimuleringsenheterna har vidare visat sig möjliga att använda under allt längre tider. En fortsatt utvärdering av lämpligaste kombination av elektronik, elektrod och energikälla kommer inom de närmaste tio åren att vara nödvändig för att optimal behandling av patienter med överledningsrubbningar och vissa snabba rytmrubbningar skall uppnås. Försök med elektrisk stimulering av andra organ än hjärtat såsom urinblåsa, tarm, nerver, kan övergå i etablerad behandling.

Utvecklingen av moderna *proteser* har gått snabbt både vad avser proteser som ersättning för förlorade extremiteter och endoproteser dvs. inopererade konstgjorda leder. Framstegen inom mekanik och elektronik har hittills och kommer även framgent att verksamt bidra till ytterligare förbättrad teknik. En stark utveckling förväntas framförallt beträffande endoproteser.

Isotopundersökningar i kombination med användning av gammakamera har gjort det möjligt att studera genomblödningsrubbningar i en rad organ. Denna metod, som befinner sig i ett aktivt utvecklingsskede, kan ytterligare bidra till att definiera tumörutbredning och infarktutbredning i exempelvis hjärta och hjärna. Den ökade precisionen i diagnostik som gammakameran medför har inneburit fördelar vid t. ex. tumörkirurgi samt vid strålbehandling av tumörer. Införandet av datortomografen kan dock komma att medföra förändringar i utnyttjandet av nämnda teknik.

Datortomografi är sedan sex år efter introduktionen en fullt etablerad och väl dokumenterad metod för undersökning av skallen och dess innehåll. Information erhållen genom datortomografi är till stor del likvärdig med och i vissa avseenden diagnostiskt överlägsen den information som erhålles med traditionella neuroradiologiska metoder: encefalografi (luftskalle), angiografi (färgskalle) och scintigrafi. Tillgång till datortomografi kommer att minska efterfrågan på framför allt de icke helt riskfria metoderna encefalografi och angiografi men även på scintigrafi och ultraljudundersökning.

Datortomografi av kroppen i övrigt har varit i klinisk användning omkring tre år. Hittills publicerade eller på andra sätt kända erfarenheter ger ett osäkert underlag för bedömning jämfört med vad som är fallet med skalltomografen. Datortomografi är sannolikt mindre lämplig som diagnostisk rutin inom stora områden som buk eller bröstkorg, men kan bli värdefull inom områden där traditionell radiologisk diagnostik ger dåligt resultat eller är förenad med

speciella svårigheter såsom retroperitoneala rummet och mediastinum.

I vilken utsträckning och hur snabbt en ny balans mellan olika diagnostiska metoder inställer sig är beroende av en mängd medicinska likaväl som icke-medicinska faktorer – bland de senare exempelvis tekniska, ekonomiska och sjukvårdspolitiska. Sålunda är det idag svårt att säga om datortomografen i första hand kommer att finnas på regionsjukhusen eller om man även kan räkna med den inom länssjukvården i det aktuella tidsperspektivet. Om datortomografen kommer att finnas enbart på regionsjukhus inom tidsperioden kommer troligtvis ett ökat remitterande för diagnostik att bli en följd. Om däremot apparaturen blir tillgänglig även på länsnivå blir förhållandet annorlunda och avgränsningen mellan läns- och regionsjukvård ändras, se bilaga 9 (sid. 227).

Det måste framhållas att varken encefalografi eller angiografi helt kan ersättas av datortomografi. Vid tillgång till datortomografi på de sjukhus som nu har resurser för encefalografi och angiografi blir emellertid sannolikt frekvensen av dessa senare undersökningar så låg att en centralisering blir naturlig, i sista hand till de enheter som samarbetar med neurokirurgisk avdelning.

Under senaste åren har flera *tekniker för klarläggande av förändringar i de mindre kärlen* tagits fram. Dessa tekniker kommer sannolikt att innebära nya behandlingsmöjligheter vid perifer kärlsjukdom vilket kommer att ta ökade resurser i anspråk på regionkliniker.

Endoskopitekniken har utvecklats mycket de senaste åren och är redan nu i rutinbruk för undersökning av urinvägar, luftvägar, magsäck, tolvfingertarm och grovtarm. Endoskopi av grovtarmen har hittills huvudsakligen gjorts på regionsjukhus men blir allt vanligare inom länssjukvården. Endoskopidiagnostik används även inom neurokirurgin vid vissa tumörtyper i hjärnan och inom ortopedin i viss utsträckning vid undersökning av lederna, s. k. artroskopi.

Vidare kan man undersöka den djupa gallgången och bukspottkörtelns utförselgång genom endoskop via magsäck och tolvfingertarm. Denna teknik – endoskopisk retrograd undersökning av gallgång och bukspottkörtelgång (ERCP) – används huvudsakligen på regionsjukhus. Det är för närvarande svårt att bedöma om frekvensen av undersökningar kommer att leda till att tekniken förs ut inom länssjukvården.

Den finkalibriga tekniken är under utveckling för undersökning av urinledare. Det är dock för tidigt att bedöma utvecklingen av denna teknik. Däremot har fibertekniken utvecklats för undersökning av bronker och är idag tillgänglig för rutinbruk inom länssjukvården.

Endoskopitekniken är användbar inte enbart för diagnostik utan också för behandling. Sålunda kan man idag behandla vissa former av vattenskalle och avlägsna polyper i både magsäck och tarm via endoskop. Den utveckling som kan förväntas inom endoskopin är att apparatur med allt finare kaliber utvecklas.

Lasertekniken har redan kommit till användning inom olika områden inom sjukvården, framförallt det terapeutiska. Den används för närvarande vid operativa ingrepp på t. ex. ögon, lever, njurar samt inom plastikkirurgin för behandling av kärlmissbildning i hud och subcutan vävnad (hemangiom) och brännskador. En kombination av endoskopi och laserbehandling är under utveckling på några områden. Sålunda synes lasertekniken ge möjlighet att

behandla stenar inom urinvägarna. Då laserstrålen riktas mot stenen faller denna sönder och kan spolas ut. Vidare kan utvecklingen leda till att laserteknik utnyttjas för att behandla såväl sår som tumörer i magtarmkanalen. Denna teknik är inte etablerad men det är möjligt att fram till 1985 utvecklingen leder mot ett mer generellt användande, dock företrädesvis på regionsjukhus. Laserbehandling har provats vid bronkiektasier och det är möjligt att den kommer att ha betydelse även vid behandling av klaffel och arteriosclerotiska förändringar i de stora kärlen. Inom neurokirurgin har laserteknik utarbetats för behandling av t. ex. kärlrika hjärntumörer och kärlmissbildningar. Utvecklingen inom detta område kommer sannolikt att vara snabb.

Flera experter förutser att den *mikrokirurgiska tekniken* kommer att utvecklas. Detta kan medföra väsentligt förbättrade möjligheter till operativa ingrepp på mycket små blodkärl och nerver och t. ex. inom plastikkirurgin medföra möjlighet att direkt överföra hudvävnad för täckning av kirurgiskt eller traumatiskt uppkomna defekter. Inom handkirurgin skulle möjligheterna till re-implantation av traumatiskt amputerade kroppsdelar öka.

Tekniken med fria muskeltransplantat visar sig ge mycket goda resultat såväl inom plastikkirurgi som inom allmänkirurgi. Denna teknik kommer under den överblickbara perioden ytterligare att förfinas och bör därför inom denna period höra hemma inom regionsjukvården.

Utvecklingen inom *transplantationsverksamheten* är svår att förutse då den bl. a. är beroende av hur den immunologiska verksamheten utvecklas. Transplantationer av njurar är en etablerad teknik inom vilken förbättrade resultat kan förväntas. När det gäller andra organ såsom hjärta, lever och bukspottskörtel är tekniken fortfarande på experimentstadiet och det är tvivelaktigt om utvecklingen fram till 1985 kommer att ge några positiva resultat för allmän klinisk verksamhet. Om de immunologiska problemen löses kan transplantationsverksamheten beräknas få en snabbt ökande omfattning. Alldeles klart är dock att transplantationerna hör hemma inom regionsjukvården även i framtiden och är av flerregional karaktär.

Transplantationstekniken har även gett en utveckling inom *extrakorporal organkirurgi,* innebärande att ett sjukt organ tas ut ur kroppen, opereras utanför kroppen och därefter sätts in i kroppen på nytt. Hittills har tekniken använts huvudsakligen på njurar vid besvärliga fall av tumörer och stenar och utvecklingen inom området är svår att förutse.

Inom *onkologin* kan förutses förbättrade metoder för cytostatikabehandling av avancerade tumörer. En betydande utveckling kan också förväntas beträffande kombinationsbehandling där den kliniskt manifesta tumören avlägsnas med kirurgi och/eller radioterapi varefter cytostatikabehandling ges. En betydelsefull terapiform som kan komma att utvecklas ytterligare är intermittent eller kontinuerlig underhållsbehandling med cytostatika i avsikt att förhindra recidiv och/eller kontrollera tumörsjukdom. Bestämning av t. ex. hormonreceptorer i tumörvävnader kommer att förbättra förutsättningarna för hormonell terapi. Den adjuvanta immunoterapin kan även komma att få betydelse i framtiden. Alltjämt kommer dock länssjukvården att ha det primära ansvaret för stora tumörgrupper. För samordningen av cancervården inom regionen samt service till länssjukvården kommer betydande krav att ställas på regionsjukhusens onkologiska centra.

4 Överväganden och förslag

4.1 Behov av förändringar

I föregående kapitel redovisas vissa problem bl. a. brist på balans mellan patientunderlag och resurser, för snävt begränsat samarbete inom sjukvårdsregionerna samt andra brister i samarbetet inom och mellan regionerna.

Omfattningen av samarbetet inom sjukvårdsregionerna uppvisar betydande olikheter. Samarbetet är i regel begränsat till att avse de s. k. regionspecialiteterna. Informella kontakter mellan läkarna inom andra medicinska verksamhetsområden förekommer i viss utsträckning men då ofta baserade på läkares personliga relationer och ofta mellan kliniker i olika regioner. Ett mera systematiskt regionalt samarbete inom alla medicinska verksamhetsområden är önskvärt för att tillförsäkra patienterna bästa möjliga vård och för att utnyttja befintliga resurser på bästa sätt. Detta samarbete bör även omfatta informationsutbyte, gemensamma vårdprogram, utvecklingsarbete samt gemensam planering av sjukvården.

Inom vissa regioner är beläggningen låg på de i regionsjukvårdsavtalen angivna vårdplatserna. Särskilda åtgärder har i vissa fall behövt vidtas för att utnyttja platserna. Detta är särskilt anmärkningsvärt i ett läge där andra delar av hälso- och sjukvården har resursbrist.

Orsakerna till angivna problem kan sökas på många håll. Resurserna för regionsjukvård och länssjukvård har byggts ut delvis samtidigt och utan tillräcklig avstämning. Resursutvecklingen skedde under 1960-talet ofta utan förankring i någon översiktlig långtidsplanering. Såväl sjukvårdshuvudmännen som det centrala samordningsorgan som skapades genom 1960 års beslut har därigenom saknat vissa betydelsefulla förutsättningar för en samordning av resurserna inom och mellan regionerna. Det ökande antalet vidareutbildade läkare möjliggör ökad differentiering av kunskaperna inom länssjukvården och därmed minskat behov av att anlita regionsjukhusen. Samtidigt har den medicinska och tekniska utvecklingen inom vissa områden skärpt kraven på patientunderlagets omfattning.

Låsningen i regionsjukvårdsavtalen av ett visst antal vårdplatser för bestämda regionspecialiteter medför brist på patienter inom vissa specialiteter medan förhållandet kan bli det motsatta inom andra specialiteter. Förkortade medelvårdtider gör att tidigare beräkningar av erforderligt vårdplatsantal nu ger överskott. Då avtalen dessutom har lång giltighetstid motverkar avtalsformen en anpassning av resursutnyttjandet till utvecklingen.

Avtalsformen tycks också ha medfört att behovet av kontakter mellan

huvudmännen inom regionerna inte alltid känts så starkt. Inom en region har regionsjukvårdsnämnden inte alls sammanträtt. De frågor som har behandlats vid regionsjukvårdsnämndernas sammanträden har främst gällt beläggning av avtalsplatser samt budgetfrågor som påverkar ersättningarnas storlek.

En brist i nuvarande samarbetsformer har också varit att frågor rörande läkares vidareutbildning inte ingått i det regionala samarbetet. Ett bekymmer i detta sammanhang har varit att block för läkares fortsatta vidareutbildning inte har tilldelats de nuvarande sjukvårdsregionerna utan för ändamålet särskilt inrättade utbildningsregioner. Dessa överensstämmer med sjukvårdsregionerna utom i de fall dessa omfattar på flera sjukvårdsregioner delade län. De skall inte förväxlas med högskoleregionerna.

4.2 Reviderat regionsjukvårdsbegrepp samt resursfördelning mellan läns- och regionsjukvård

4.2.1 *Begreppet regionsjukvård*

I 1960 års riksdagsbeslut anges följande skäl för att bedriva regionsjukvård inom en specialitet (beträffande specialiteter se tab. 28 sid. 120:

- behovet av tillräckligt patientunderlag för sjukvård, utbildning och forskning
- behovet av specialkunskap hos läkare
- driftmässiga fördelar

I HS 80 har regionsjukvården tilldelats ansvar "för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas."

I HS 80 angavs alltså i stort sett samma förutsättningar som i 1960 års beslut angående regionvården, även om beskrivningen har en annan nyansering. Dock har HS 80 inte tagit med utbildningens och forskningens krav på patientunderlag. Det finns således anledning att ta upp denna fråga till särskild granskning, vilket sker i avsnitt 4.4.

Till följd av den i 1960 års riksdagsbeslut gjorda delningen av de medicinska verksamhetsområdena i en grupp som borde förbehållas regionsjukhus och en som borde utvecklas på länsplanet har begreppet regionsjukvård hittills avsett den vård på de s. k. regionklinikerna som regleras i särskilda regionsjukvårdsavtal.

I HS 80 har emellertid begreppet regionsjukvård getts en mera vidsträckt innebörd. Den strukturmodell som beskrivs i HS 80 innebär således, att regionsjukvård i princip finns inom alla medicinska verksamhetsområden.

Regionsjukvårdsutredningen kan efter den analys av utomlänsremissvårdens omfattning, som redovisas i avsnitt 3.2, och av den medicinska verksamhetens fördelning på olika kliniker ansluta sig till HS 80:s definition av regionsjukvårdsbegreppet, som närmare redovisas i avsnitt 3.7.5. Utred-

ningen anser sålunda, att regionsjukvård inte är begränsad till vissa specialiteter utan utgör en del av de flesta medicinska verksamhetsområden. Vidare omfattar regionsjukvården såväl patienter från det sjukvårdsområde där regionsjukhuset ligger som från regionen eller landet i övrigt. I det följande använder utredningen begreppet regionsjukvård i denna utvidgade bemärkelse.

Inom långvårdsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt allmänläkarvård finns enligt utredningens uppfattning i princip inte något behov av regionsjukvård. Patienter inom långvårdsmedicin skall i princip vara diagnostiserade och behandlade inom andra specialiteter innan de överförs till långtidssjukvård. Inom barn- och ungdomspsykiatri bör regionsjukvård inte förekomma. Kravet på specialisering är inte så framträdande att regionsjukvård behövs.

Även om de långvårdsmedicinska samt de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna på regionsjukhusen således endast i undantagsfall har regionsjukvårdspatienter, bör de liksom övriga kliniker på regionsjukhus ha regionala uppgifter vad avser utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. Utredningen ansluter sig beträffande långvårdsmedicin till de överväganden som redovisas i utredningen De äldre och hälso- och sjukvården (Ds S 1978:1).

Allmänläkarvården tillhör i sin helhet primärvården. Utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete inom allmänläkarvårdens område måste därför ske i primärvården, men i samverkan med institutioner vid medicinska fakulteter och kliniker vid läns- och regionsjukhusen. Viss medverkan i regionalt samarbete kan bli aktuell även för allmänläkarvården, t. ex. utvecklande av vårdprogram, information och fortbildning.

4.2.2 *Resursfördelning mellan läns- och regionsjukvård*

Urvalet av patienter som remitteras till regionsjukvård är beroende av den remitterande läkarens kompetens, erfarenhet och bedömning samt de resurser i form av konsultationsmöjligheter hos annan specialist, laboratorier och teknisk utrustning m. m. som finns inom det egna sjukvårdsområdet. Benägenheten att remittera påverkas även av resurserna vid det aktuella regionsjukhuset.

Om sjukvårdshuvudmännen tillför länssjukvården nya verksamhetsområden och läkare med fördjupade kunskaper och profilering, kan patienter med sjukdomar som tidigare diagnostiserats och behandlats endast vid regionsjukhus tas om hand inom länssjukvården.

En utveckling mot ökad specialisering och kompetens inom länssjukvården har pågått länge. Under 1970-talet har sådan resursökning varit särskilt påtaglig och till följd härav har behovet av sluten regionsjukvård minskat inom t. ex. hudsjukdomar, neurologi, ortopedisk kirurgi och urologisk kirurgi.

Sjukvårdshuvudmännens hittills redovisade planer uttrycker på många områden en fortsatt strävan att genomföra betydande strukturförändringar och i huvudsak ansluter sig planerna till tankegångarna i socialstyrelsens principprogram och utredningen angående medicinsk service. Sjukvårdsplanerna redovisar således som tidigare nämnts med få undantag en strävan att

öka antalet verksamhetsområden vid länssjukhusen.

Samtidigt redovisar vissa huvudmän ett successivt minskande behov av resurser utanför det egna sjukvårdsområdet, t. ex. regionsjukvårdsplatser.

Den allt bättre tillgången på läkare och den pågående förkortningen av läkarnas arbetstid medför att läkarantalet kommer att öka vid sjukhusen, även om den öppna vården utanför sjukhusen prioriteras. Detta förhållande bör utnyttjas för att tillföra länssjukvården fler läkare med mer differentierade kunskaper än som hittills varit möjligt. Införande av nya specialiteter och därmed ökande kunskap i länssjukvården syftar inte enbart till att höja kvaliteten utan också till att utvidga verksamheten och därigenom kunna ta hand om flera patienter närmare hemorten. Detta får dock inte leda till splittring på alltför många kliniker. Man bör så långt som möjligt eftersträva sammanhållna kliniker (storkliniker).

Om man på ett sjukhus för in en för sjukhuset ny specialitet, medför detta erfarenhetsmässigt krav på ökade eller nya resurser (personal, apparatur) inom sjukhusets enheter för medicinsk service.

Låg frekvens av diagnostiska och terapeutiska åtgärder kan medföra otillräcklig träning och avtagande skicklighet hos medverkande personal och därigenom ökad risk för patienterna. Behandlingen av lågfrekventa sjukdomar, som kräver särskilda resurser, är av ekonomiska skäl inte heller lämplig att decentralisera.

För att inte verksamheten skall expandera på ett ekonomiskt svårförsvarbart och från säkerhetssynpunkt diskutabelt sätt, när läkare med en för sjukhuset ny specialistkompetens anställes, måste inriktningen och avgränsningen av dennes verksamhet noga planeras i samråd med företrädare för berörda verksamhetsområden såväl inom det egna sjukvårdsområdet som vid regionsjukhuset.

Om man vill öka länssjukvårdens kvalitet och utvidga dess verksamhet på visst sätt genom att tillföra den mer specialiserad läkarkunskap men samtidigt vill undvika en expansion av verksamheten utöver avsedda gränser, måste åtgärder av olika slag vidtagas. Åtgärderna kan avse bl. a. sjukhusens inre organisation, läkarnas utbildning och sättet att formulera kraven på deras kompetens eller formerna för samverkan mellan länssjukvård och regionsjukvård.

Vad gäller sjukhusens inre organisation har förutsättningarna ändrats genomgripande från 1958 års regionvårdsutredning genom nya texter i sjukvårdslagen avseende klinikernas läkare. Eftersom varje klinik enligt tidigare lagstiftning fick ha endast en överläkare, var i princip klinik och specialitet samma sak. Om inte en ny klinik inrättades kunde en ny specialitet formellt inte tillföras sjukhuset. Vid 1960 års beslut om regionsjukvård betraktades därför inrättande av nya kliniker som det huvudsakliga styrinstrumentet.

Enligt numera gällande bestämmelser (proposition nr 42 år 1970) kan en klinik ha flera överläkare och biträdande överläkare med specialistkompetens inom samma eller angränsande medicinska verksamhetsområden. Två eller flera självständiga kliniker i stället för en sammanslagen klinik medför ofta större resursåtgång eftersom dubblering av personal och utrustning i viss utsträckning är ofrånkomlig. Utnyttjande av möjligheten att inrätta läkartjänster med olika specialistkompetens inom samma klinik kan därför vara

ett sätt att begränsa resursåtgången.

Inom vissa verksamhetsområden är omfattningen av arbetsuppgifter, som lämpligen bör utföras inom länssjukvården, inte alltid så stor att läkare kan få full sysselsättning med dessa. Om man ändock anställer läkare för att tillföra sjukhuset ökade kunskaper inom området, uppstår ett tryck att utvidga verksamheten. I sådana fall bör sjukhuset i stället tillföras motsvarande ökade kunskaper antingen i form av tilläggsutbildning hos en eller flera läkare med ett bredare specialistområde eller genom anlitande av konsultläkare.

Den utveckling av länssjukvården mot en ökad förekomst av olika specialistläkare som länge pågått – enligt vad som framgår av avsnitt 3.1 – och vars fortsättning förordas av HS 80 är enligt regionsjukvårdsutredningens uppfattning en realitet som man måste räkna med och inte har anledning att motsätta sig. HS 80:s program för länssjukvården ingick därför i de direktiv som utredningen gav RIA.

De risker för överdrifter som kan ligga i en sådan utveckling kan motverkas genom en effektiv samverkan mellan länssjukvård och regionsjukvård.

Länssjukvården kommer inte att bli likformigt utbyggd i alla sjukvårdsområden bl. a. på grund av skillnader i befolkningens antal, sammansättning och bosättning. Regionsjukvårdens omfattning måste därför också komma att variera. Hur arbetsuppgifterna lämpligen skall fördelas mellan regionsjukvården och länssjukvården bör överenskommas mellan berörda sjukvårdshuvudmän inom regionen som en följd av samordnad planering.

Sjukvårdshuvudmännens beslut om resurstilldelning till såväl regionsjukvård som länssjukvård i de olika sjukvårdsområdena bör ske på grundval av sådan överenskommen arbetsfördelning. Behovet av avancerad och dyrbar utrustning kan då invägas i bedömningen av lämplig arbetsfördelning och anskaffningen rättas efter detta. Onödig dubblering av dyrbar utrustning – ofta med kort livslängd – kan på detta sätt undvikas. Motsvarande gäller även anskaffande respektive utbildning av personal för åtgärder som kräver särskild kunskap och träning.

I det föregående har framhållits att olika verksamheter hänger samman, den ena förutsätter den andra. Ny klinisk verksamhet kräver ofta nya resurser inom olika serviceenheter eller helt nya enheter. Sambanden innebär också att ett sjukhus som redan har en mångsidig verksamhet ofta kan börja verksamhet inom nya områden med relativt små resurstillskott. I detta sammanhang bör dock beaktas de problem som alltför stora sjukhus innebär från organisatoriska och psykologiska synpunkter.

Som närmare utvecklas i avsnitt 4.3 kan borttagandet av en redan etablerad verksamhet vid ett sjukhus innebära svåra följdverkningar för annan verksamhet. Alla förändringar av ett sjukhus verksamhetsområden måste därför noga övervägas med hänsyn till de totala konsekvenserna, inte bara beträffande resursbehov utan även i fråga om vårdkvalitet.

Arbetsfördelningen mellan länssjukhus och regionsjukhus måste i varje region avstämmas mot denna bakgrund.

4.3 Regionsjukvårdens avgränsning, innehåll och omfattning

Regionsjukhusen svarar utöver regionsjukvård för en mycket omfattande länssjukvård.

Regionsjukhusen har därigenom flera olika upptagningsområden, nämligen regionen, sjukvårdsområdet (länet) eller del därav (länsdel). Detta gäller flertalet av regionsjukhusens enskilda kliniker men proportionen mellan dessa vårduppgifter varierar som framgår av avsnitt 4.3.1.3. Vidare ingår utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete samt fjärrkonsultationer.

Utredningens huvuduppgift har emellertid varit att behandla frågor beträffande regionsjukvård, dvs. den högspecialiserade vården, varför den fortsatta framställningen i detta avsnitt koncentreras till denna del av regionsjukhusets uppgifter.

Inom långvårdsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt allmänläkarvård finns enligt utredningens uppfattning i princip inte någon regionsjukvård, vilket utvecklats närmare i avsnitt 4.2.1.

4.3.1 *Somatisk korttidssjukvård*

4.3.1.1 RIA-projektet

Som framgår av kapitel 1 tillkom projektet RIA (*R*egionsjukvårdens *I*nnehåll och *A*vgränsning) för att ge utredningen underlag för bedömningar beträffande regionsjukvårdens framtida innehåll och avgränsning mot länssjukvården.

RIA:s experter har haft i uppdrag att redovisa konsekvenserna av förväntade eller möjliga medicinska och tekniska vetenskapliga framsteg och dessas tillämpning inom sjukvården utan hänsynstagande till sjukvårdspolitiska, ekonomiska, personella eller avtalsmässiga förhållanden och begränsningar. Den utveckling av befolkningens åldersmässiga och geografiska strukturer som redovisats i avsnitt 3.8 har beaktats i utredningsarbetet.

Enligt direktiven till RIA skulle särskild vikt läggas vid kraven på samlade kunskaper och resurser för adekvat utredning, diagnostik och behandling. Behovet av ett tillräckligt patientunderlag för att kunna upprätthålla en tillfredsställande kvalitet inom sjukvården skulle också beaktas.

Experterna har analyserat kriterierna för regionsjukvård i nuläget och även prövat dem i 1985 års perspektiv. Av RIA-rapporterna framgår att de kriterier som beskrivs i avsnitt 4.2 fortfarande gäller.

I flera RIA-rapporter belyses även utbildningens krav på patientunderlag för regionsjukhusen. Flertalet expertgrupper har också uppmärksammat regionsjukhusens uppgifter inom forsknings- och utvecklingsverksamhet och pekat på behovet av ett tillräckligt patientunderlag härför. Detta har sannolikt inverkat på experternas bedömningar beträffande avgränsningen mellan läns- och regionsjukvårdens uppgifter. Experterna har emellertid sökt att väga in effekten av den fortsatta specialiseringen inom länssjukvården enligt den bild som tecknas i HS 80 och har i regel accepterat den utveckling som skisserats.

I flera fall pekas i RIA på behovet av en i förhållande till regionsjukvården balanserad resursutbyggnad vid läns- och länsdelssjukhus samt en närmare precisering av länssjukvårdens uppgifter med hänsyn till lokal resurstillgång, medicinska kvalitetskrav m. m. Skäl för detta är behovet av att bibehålla ett tillräckligt underlag för regionsjukhusets olika uppgifter. I flera RIA-rapporter görs emellertid bedömningen att en länssjukvård med ett fördjupat och breddat kunnande inte enbart leder till ett ökat lokalt omhändertagande av patienter, som idag hänvisas till regionsjukhusen, utan också kan få till följd att man finner ytterligare patienter i behov av regionsjukvård jämfört med dagens förhållanden.

Huvuddelen av regionsjukvården utgörs och kommer att utgöras av sluten vård med utnyttjande även av de speciella medicinska serviceresurser som finns på regionsjukhusen. Inom yrkesmedicin förekommer dock endast öppen vård. Den öppna vården utgörs för närvarande i huvudsak av undersökningar i anslutning till intagning i sluten vård samt uppföljning och kontroll efter sjukhusvistelse. I vissa RIA-rapporter kan emellertid utläsas en strävan att öka andelen vård i öppna och halvöppna vårdformer. Mest märkbart är detta inom hudsjukdomar. Även inom verksamhetsområdena reumatologi, handkirurgi, plastikkirurgi, gynekologi och obstetrik, ögonsjukdomar samt onkologi kommer sannolikt den öppna vården att öka under förutsättning att det finns adekvata utrednings- och behandlingsresurser liksom tillgång till patienthotell eller motsvarande.

En redan nu stor men i framtiden än mer betydande uppgift för regionsjukvården är konsultverksamhet gentemot länssjukvården. Denna verksamhet bedrivs såväl i form av utlåtanden över journaler, analys av insända prover etc. som genom besök av regionsjukhusens läkare vid andra vårdinrättningar. Dessutom förekommer ett omfattande antal telefon- och brevkonsultationer.

Utifrån dessa, här översiktligt redovisade, utgångspunkter har experterna i RIA kommit fram till att behovet av sluten regionsjukvård minskar inom hudsjukdomar, neurologi, allmänkirurgi, ortopedisk kirurgi och urologisk kirurgi medan behovet ökar inom thoraxkirurgi, onkologi, handkirurgi och plastikkirurgi liksom i viss mån inom kardiologi och endokrinologi. Inom övriga medicinska verksamhetsområden bedöms omfattningen i stort sett bli oförändrad. I vissa fall förutses som påpekats ovan en ökad öppen regionsjukvård. Experterna i RIA har beräknat att den slutna regionsjukvården 1985 kommer att omfatta mellan 2 345 och 2 660 vårdplatser exklusive onkologi, dvs. en totalt sett ungefär oförändrad omfattning, se tabell 28 (sid. 120).

4.3.1.2 Kommentarer mot bakgrund av RIA-rapporterna

Utredningen finner på grundval av RIA-rapporterna att de principiella kriterierna för regionsjukvård som nämnts i avsnitt 4.2 fortfarande är tillämpliga.

Vid flertalet typer av regionkliniker är en tillräcklig omfattning länssjukvård en väsentlig förutsättning för att de skall kunna fullgöra sina uppgifter inom utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete. Dessutom innebär oftast en viss del länssjukvård att klinikernas resurser kan utnyttjas mer rationellt.

Länssjukvården vid regionsjukhusen har stor betydelse för att läkare där skall kunna upprätthålla och utveckla sitt kunnande. Läkarna behöver följa och delta i vård av patienter med såväl sjukdomar vilka kräver regionsjukvård som sjukdomar av länssjukvårdskaraktär. Antalet patienter får inte vara för litet för att läkaren skall få tillräcklig erfarenhet och rutin. Som framgår av några expertrapporter kan upptagningsområdet för regionsjukhus avseende länssjukvård befaras i vissa fall ge för litet patientunderlag. Förändringar av upptagningsområden för sjukhus inom sjukvårdsområdet kan då erfordras.

Beträffande dimensioneringen anser regionsjukvårdsutredningen att experterna gjort rimliga bedömningar med utgångspunkt i de direktiv som gällt för RIA-projektet. Mot bakgrund av de prioriteringar inom hälso- och sjukvården som redovisats i avsnitt 3.7 och de principer för resursfördelningen mellan läns- och regionsjukvård som utredningen uttalat sig för i avsnitt 4.2 måste dock en totalt sett oförändrad regionsjukvård – och särskilt dess slutna del – ifrågasättas. Utredningen anser därför att RIA:s dimensioneringsberäkningar för sluten vård bör uppfattas såsom en övre gräns.

Begränsade ekonomiska resurser, brist på personal av olika kategorier samt gällande sjukvårdspolitiska prioriteringar av bl. a. långtidssjukvårdens utbyggnad kan komma att medföra begränsningar i regionsjukvårdens omfattning. Bl. a. med hänsyn till sjukvårdshuvudmännens ambitioner att förstärka länssjukvården och primärvården är det sannolikt att framtida möjligheter för lokalt omhändertagande av patienter något underskattats av RIA-experterna. För detta talar det snabba utflödet av välutbildade specialister till länssjukvården under senare år samtidigt som den medicinska serviceorganisationen radikalt förstärkts vid länssjukhusen. Data i tabell 6 (sid. 48) i avsnitt 3.2 antyder också ett minskat totalt regionsjukvårdsutnyttjande särskilt under 1977 jämfört med åren 1972–1975. Tillkomsten av resurser för klinisk patologi/cytologi inom länssjukvården har sannolikt haft stor betydelse för detta liksom personalförstärkningen inom allmän kirurgi. Etablerande av särskilda avdelningar/sektioner för ortopedisk kirurgi respektive urologisk kirurgi har medfört att allmänkirurgins verksamhetsfält blivit smalare samtidigt som antalet tjänster för specialister i allmän kirurgi påtagligt ökat. Vid många länssjukhus har detta medfört att ett i hög grad profilerat, specialiserat kunnade tillförts allmänkirurgin med följd att remitteringen till regionsjukhus minskat. Exempel på detta finns inom kärlkirurgin. Motsvarande utveckling pågår (reumatologi, neurologi) eller är att vänta (medicinska njursjukdomar) inom medicinblocket.

Stor betydelse för tumörsjukvårdens organisation och för arbetsfördelningen mellan läns- och regionsjukvård bör den planerade tillkomsten av onkologisk sakkunskap vid länssjukhusen få. Enligt Råd och anvisningar för planering av onkologisk sjukvård (R o A nr 32 1974, socialstyrelsen) bör detta ske lämpligast i form av en överläkare/biträdande överläkare med onkologisk specialistkompetens inom den internmedicinska kliniken eller någon överläkare/biträdande överläkare med viss utbildning i onkologi vid den internmedicinska eller kirurgiska kliniken.

Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) har tillsatt en utredning med uppdrag att se över nuvarande specialistutbildning. Enligt direktiven skall utredningen särskilt uppmärksamma möjligheterna att begränsa antalet

specialiteter och i stället konstruera ett system byggt på ett antal basspecialiteter vilka kombineras med tilläggsutbildningar inom ett eller flera olika verksamhetsområden. Om ett på så sätt breddat kunnande tillförs länssjukvården kan detta också få återverkningar på arbetsfördelningen mellan region- och länssjukvård.

Det finns risk för att nuvarande och skönjbar utveckling av länssjukvården kan drivas för långt med hänsyn till behovet av tillräckligt patientunderlag för att kunna upprätthålla en ur kvalitativ synvinkel tillfredsställande vård inom läns- och/eller regionsjukvården. Det föreligger även risk för suboptimering om inte utbyggnaden samordnas regionalt. Även utvecklingsarbete vid regionsjukhusen kan bli lidande om inte utvecklingen inom regionerna sker planenligt.

Som framhålls i avsnitt 4.2 bör därför eftersträvas en fördjupad regional samplanering för länssjukvårdens och regionsjukvårdens utveckling inom de olika regionerna. Utbildningsfrågorna samt möjligheterna att genom lokala vårdprogramaktiviteter bedriva forsknings- och utvecklingsarbete inom ramen för ett för regionen fastställt program bör därvid beaktas för att minska behovet att centralisera sjukvård till regionsjukhuset för främst utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete. En sådan utveckling bör eftersträvas särskilt när det gäller uppföljningen av patienter. Detta kan medföra att uppföljningsverksamheten skulle kunna ske lika effektivt som f. n. och sannolikt med mindre resurser och med färre resor för patienten. Sannolikt skulle då också bättre förutsättningar skapas för gemensamt utvecklingsarbete inom regionen.

Om förväntade eller förutsedda tekniskt vetenskapliga framsteg inte visar sig vara tillräckligt kliniskt bärkraftiga får detta inverkan på regionsjukvårdens omfattning. Exempel på sådana osäkerhetsförhållanden utgör operativ behandling av kärlkramp i hjärtat (se bilaga 8, sid. 221). En annan faktor som bör uppmärksammas är att viss diagnostisk teknik som i dag i första hand bedöms höra hemma inom regionsjukvården kan visa sig vara så lättillgänglig och kliniskt relativt problemfri att tillämpa att man från sjukvårdshuvudmännens sida väljer att tillföra länssjukvården sådan teknik. Detta kan gälla bl. a. datortomografi (se bilaga 9, sid. 227) och olika diagnostiska tillämpningar av ultraljudteknik. Detta kan minska remissfrekvensen till regionsjukvård. Å andra sidan finns möjligheten att i dag okända diagnostiska och terapeutiska framsteg kommer att tillämpas inom planeringsperioden. Detta kan i så fall komma att öka regionsjukvårdens volym.

Tumörincidensen är ökande vilket framgår av RIA:s onkologirapport. Detta påverkar omfattningen av den slutna regionsjukvården. Trots detta anser utredningen att den totala slutna regionsjukvårdens omfattning uttryckt i vårddagar kommer att minska av de skäl som anförs i detta avsnitt. Däremot torde resurserna för diagnostik och behandling i öppen vård samt stöd till länssjukvården behöva ökas.

I RIA-rapporterna redovisas som påpekats ovan ökande möjligheter att bedriva regionsjukvård i öppna vårdformer samtidigt som direkt stöd till länssjukvården genom konsultationer i olika former kan få en ökande betydelse. En annan skönjbar utvecklingslinje är remittering till regionsjukvård för i första hand diagnostik och samlad bedömning beträffande fortsatt omhändertagande, vilket kan ske antingen vid regionsjukhuset eller vid läns-

eller länsdelssjukhus. Sådan utveckling förutsätter att kontakterna inom regionen utvecklas och fördjupas.

Mot denna bakgrund vill utredningen understryka att ett ensidigt fasthållande vid den traditionella volymenheten vårddagar (vårdplatser) ger för snäv bild av regionsjukvårdens omfattning och resursbehov. Utredningen vill därför framhålla det angelägna i att resurserna vid regionsjukhus utöver dem som erfordras för länssjukvård, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete dimensioneras och disponeras så att såväl öppen som sluten regionsjukvård kan bedrivas samt stöd till länssjukvården kan fullgöras. Detta gäller inte minst dimensionering av medicinska serviceenheter.

Enligt utredningens bedömning talar RIA-materialet entydigt för att det inte finns underlag för att bygga ut de yngre regionsjukhusen med sådana högspecialiserade funktioner som idag saknas. Utredningen bortser i detta sammanhang från formella ändringar av funktioner som redan etablerats. Tvärtom framförs i några RIA-rapporter förslag om en i vissa fall långtgående begränsning av antalet regionenheter. Detta gäller barnkirurgi, neurokirurgi, thoraxkirurgi, transplantationskirurgi och brännskadevård. Inom andra medicinska verksamhetsområden, exempelvis infektionssjukdomar, föreslås att delar av regionsjukvården koncentreras till vissa regionsjukhus. När utredningen övervägt begränsningen av antalet kliniker med regionsjukvård har det emellertid varit nödvändigt att analysera konsekvenserna för sjukhuset i övrigt om en viss specialitet eller funktion utgår. Utredningen har därvid funnit att en begränsning av antalet enheter för barnkirurgi, brännskadevård och thoraxkirurgi bör göras.

Eftersom den väntade läkarbemanningsutvecklingen kommer att leda till alltför litet patientunderlag per kirurg framför allt vid de minsta enheterna inom neurokirurgi skulle klinikerna i Linköping och Umeå samt vid Södersjukhuset i Stockholm närmast vara aktuella för nedläggning. Neurokirurgisk vård förutsätter emellertid tillgång till en rad högspecialiserade funktioner vid andra kliniker/avdelningar inom sjukhuset. Exempel härpå är neuroradiologi, neurofysiologi, neurokemi, neurooftalmiatrik, neurootologi och neurologi. I RIA:s neurolograpport sägs klart att neurologisk regionsjukvård förutsätter direkt samverkan framför allt med neurokirurgi.

En nedläggning av neurokirurgin i Umeå och Linköping skulle således innebära stora återverkningar för en rad kliniker/avdelningar på respektive sjukhus eftersom remittering för utredning vid regionsjukhus av en neurologisk åkomma i så hög grad förutsätter tillgång till neurokirurgi. Effekterna för Umeå och Linköping skulle sannolikt bli besvärande särskilt med hänsyn till att dessa regionsjukhus ännu så länge har en relativt blygsam andel av den totala regionsjukvården i landet. Grunden för dessa sjukhus existens som regionsjukhus skulle därigenom kunna ifrågasättas. Situationen vid regionsjukhuset i Örebro, som inte har neurokirurgi, bekräftar detta förhållande. Som framgår i avsnitten 4.3.1.5 och 4.5 föreslår utredningen därför en begränsning av nuvarande sju neurokirurgiska enheter till sex fördelade på sex regioner.

Beträffande transplantationskirurgi kan utredningen i princip ansluta sig till de resonemang som förs i RIA:s kirurgrapport. Som närmare utvecklas på sidan 135 anser emellertid utredningen att nuvarande forsknings- och utvecklingspotential vid landets transplantationscentra tills vidare bör bibe-

hållas, eftersom utvecklingen f. n. är svår att överblicka. Å andra sidan finns inte heller grund att etablera nya transplantationscentra utöver de fyra som finns.

Principiellt bör det ankomma på sjukvårdshuvudmännen inom varje region att utifrån sina sjukvårdsplaner och resursförutsättningar besluta om regionsjukvårdens omfattning i respektive region. Såväl sjukvårdshuvudmännen som statsmakterna har dock behov av ett underlag beträffande regionsjukvårdens innehåll och omfattning för sin planering. Genom projektet RIA har redovisats ett fylligt underlag för den fortsatta planeringen. Utredningen utvecklar i avsnitt 4.6 förutsättningar och former för en utökad regional samverkan.

4.3.1.3 Regionsjukvård – länssjukvård

Av regionsjukhusens vårdplatsantal utnyttjas endast en mindre del för regionsjukvård. Det största antalet platser är avsedda för länssjukvård. Vid sjukhus/kliniker med somatisk regionsjukvård inklusive platser för allmän och gynekologisk onkologi (tabell 28) fanns 1974 cirka 12 400 vårdplatser. Av dessa kan 26 procent dvs. cirka 3 200 enligt tabell 27 (sid. 116) beräknas ha utnyttjats för all regionsjukvård i landet. Resten, 74 procent, användes således för länssjukvård.

Andelen platser som utnyttjas för regionsjukvård varierar emellertid kraftigt som framgår av tabell 27. Således utnyttjas t. ex. cirka 90 procent av vårdplatserna för onkologi vid regionsjukhusen för regionsjukvård medan endast 3 procent av regionsjukhusens vårdplatser vid kvinnokliniker används för motsvarande ändamål. Sifferuppgifterna är något osäkra, bl. a. till följd av att regionsjukvård till invånarna i regionlandstingens egna upptagningsområden måste uppskattas, men de ger ändå tämligen god uppfattning om storleksordningen. Inom verksamhetsområden med regionsjukvårdsavtal utnyttjas en större andel av vårdplatserna till regionsjukvård än vad som är fallet för övriga specialiteter. Andelen vårdplatser som används för regionvård är 55 procent för verksamhetsområden som omfattas av regionsjukvårdsavtal respektive 13 procent för övriga som inte omfattas av regionsjukvårdsavtal. Resurserna för region- respektive länssjukvård är flexibelt utnyttjbara, vilket också är viktigt för utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Vårdplatser vid Karolinska sjukhuset samt i Uppsala, Lund och Göteborg utnyttjas i högre grad för regionsjukvård än vad som är fallet i Linköping, Örebro och Umeå. Vid Karolinska sjukhuset används ca 36 procent av platserna till regionsjukvård medan i Örebro endast omkring 17 procent av platserna används för sådan vård (inkl. regionsjukvård för regionsjukvårdshuvudmannens egna patienter).

Det följer av definitionen av regionsjukvård, se avsnitt 4.2.1, att verksamheten vid regionsjukhusets alla kliniker/avdelningar är nödvändiga för fullgörande av regionfunktionen. Som framgår ovan är regionsjukvårdens andel av den totala verksamheten inom vissa specialiteter liten. Även från representanter för de traditionella regionspecialiteterna, som ofta har en hög andel regionsjukvård, framförs önskemål om bibehållet eller förstärkt patientunderlag. För att möta utvecklingen föreslås i flera RIA-rapporter att

Tabell 27 Antal vårdplatser vid regionkliniker samt andel utnyttjad för regionsjukvård i procent år 1974

Medicinskt verksamhetsområde	Totalt antal vårdplatser vid regionsjukhus	Beräknad andel vårdplatser utnyttjade för regionsjukvård i procent
Barnmedicin	938	18
Hudsjukdomar	350	30
Allmän internmedicin inkl. gastroenterologi	1 523	7
Endokrinologi	102	69
Kardiologi	176	40
Infektionssjukdomar	1 034	4
Lungsjukdomar	604	14
Medicinska njursjukdomar	195	62
Reumatologi	294	28
Allmän kirurgi	1 419	14
Barnkirurgi	345	30
Handkirurgi	44[a]	55[b]
Neurokirurgi	314	78
Ortopedisk kirurgi	1 011	12
Plastikkirurgi	314	75
Thoraxkirurgi	360	57
Urologisk kirurgi	324	42
Gynekologi och obstetrik	1 232	3
Neurologi	393	33
Onkologi	710	89
Ögonsjukdomar	301	14
Öron-, näs- och halssjukdomar	412	44
Summa	12 395	26

[a] Härtill kommer 47 vårdplatser vid ortopediska och plastikkirurgiska kliniker.
[b] Inkl de 47 vårdplatserna.

viss del av regionsjukvården koncentreras till en eller ett fåtal enheter, dvs. en profilering av regionsjukhusen.

När utredningen i avsnitt 4.3.1.5 diskuterar vårdplatsantal 1985 inom olika medicinska verksamhetsområden avses enbart de vårdplatser som beräknas åtgå för regionsjukvård. Länssjukvårdens dimensionering tas således inte upp av utredningen då omfattningen av denna beror av lokalt befolkningsunderlag och huvudmannens sjukvårdsorganisation i övrigt. Det ankommer på huvudmännen att i sin planering för regionsjukhusen också ta hänsyn till den övriga sjukvård, som skall bedrivas inom respektive kliniks/avdelnings ram. För flera medicinska verksamhetsområden är volymen sluten regionsjukvård jämförd med länssjukvård närmast försumbar vid vissa sjukhus. Så

är fallet exempelvis inom hudsjukdomar och infektionssjukdomar med en beräknad total sluten regionsjukvård 1985, som inte överstiger 30 vårdplatser. Det är således klinikernas/avdelningarnas totala resursbehov för läns- och regionsjukvård som är av betydelse för dimensioneringen.

4.3.1.4 Avgränsnings- och samarbetsfrågor

Mot bakgrund av RIA-rapporterna bedömer utredningen att avgränsningen mellan olika verksamhetsområden på regionsjukhus inte utgör något större problem. Tvärtom karaktäriseras relationerna mellan de olika disciplinerna i hög grad av samarbete. Detta gäller mellan vissa opererande och icke opererande verksamhetsområden såsom neurologi och neurokirurgi, kardiologi och hjärtkirurgi, lungsjukdomar och thoraxkirurgi, gastroenterologi och allmänkirurgi, medicinska njursjukdomar och urologisk kirurgi samt transplantationskirurgi, för att nämna några exempel.

Vid vissa utredningar spelar laboratorieverksamhet en väsentlig roll, exempelvis klinisk fysiologi och röntgendiagnostik vid en del preoperativa hjärt- och lungutredningar samt klinisk neurofysiologi och neuroradiologi före neurokirurgiska ingrepp.

Mellan flera icke opererande medicinska verksamhetsområden bedrivs ett nära samarbete som t. ex. mellan lungsjukdomar och invärtesmedicinsk allergologi vid astmautredningar. Yrkesmedicin är beroende av samverkan med flera medicinska verksamhetsområden såsom lungsjukdomar, invärtesmedicinsk allergologi, hudsjukdomar, ortopedisk kirurgi, neurologi men även medicinska njursjukdomar, kardiologi och ett flertal laboratoriedischpliner.

Villkoren för samarbete mellan olika verksamhetsområden på regionsjukhusen torde inte förändras nämnvärt inom den period som planeringen avser. Samarbetet mellan neurologi och neurokirurgi behandlas i avsnitt 4.3.1.5.

De onkologiska centra som etableras kan beräknas bli organ för vidgat samarbete mellan ett flertal medicinska verksamhetsområden. RIA:s expertgrupp inom neurokirurgi diskuterar behandlingsteam vid vissa missbildningar, där flera discipliner förutsätts bli engagerade. Sådana samarbetsteam är lämpliga även för andra sjukdomsgrupper inom regionsjukvården.

Man kan ifrågasätta om inte ytterligare förutsättningar för teamarbete finns. Svensk sjukvård är vanligtvis uppdelad efter en teknisk indelningsgrund. I de anglosaxiska länderna är det inte ovanligt att vårdorganisationen är baserad på organtillhörighet och att företrädare för invärtesmedicin, kirurgi och laboratorier arbetar på gemensam avdelning. Sådana enheter har prövats såväl inom gastroenterologi som endokrinologi. Denna vårdorganisation tillåter att patienten är kvar på samma avdelning under hela sjukdomsperioden.

En högre grad av samverkan framstår således som önskvärd i många fall. Av RIA-rapporterna framgår att organisatoriska vinster samt effektivare utnyttjande av vårdplatserna är möjliga att uppnå genom bl. a. ett vidgat samarbete mellan vissa verksamhetsområden.Dessutom ges förutsättningar för en ökad kontinuitet i vården m. m. Någon fördjupad diskussion kring detta finns inte i RIA-rapporterna, som enligt direktiven inte skulle behandla

organisatoriska frågor.

Verksamhetsområdet allmän kirurgi är relativt välavgränsat mot övriga verksamhetsområden inom gruppen kirurgiska sjukdomar. Dessa representeras i regel av egna kliniker på regionsjukhusen. Huvuddelarna inom allmänkirurgin – gastrointestinal, endokrinologisk och viss traumatologisk kirurgi samt kärlkirurgi – ger tillräckligt stort underlag för att allmänkirurgin även inom regionsjukvården skall vara förhållandevis väl avgränsad. En eventuell kommande differentiering inom allmänkirurgin förefaller inte bli så uttalad att specialiteten inte kan hållas samman.

För barnkirurgin är avgränsningen mot andra verksamhetsområden inom regionsjukvården ett något större problem än för övriga kirurgiska verksamhetsområden. Detta är närmare utvecklat under rubriken barnsjukvård i det följande.

Mellan övriga kirurgiska specialiteter förväntas inte några större avgränsningsproblem trots att vissa omfördelningar av arbetsuppgifterna kan bli aktuella fram till 1985.

För omhändertagande av de mycket krävande patienterna med kotfrakturer som komplicerats av partiell eller total förlamning föreslår bl. a. neurokirurger och ortopeder att särskilda enheter, s. k. "spinala centra", dvs. enheter för omhändertagande av ryggmärgsskadade, etableras. För dessa patienters vård krävs samverkan mellan företrädare för bl. a. neurokirurgi, ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi, plastikkirurgi och neurologisk rehabilitering, se vidare under medicinsk rehabilitering, sid. 145.

Gränsen mellan allmän internmedicin och flertalet övriga verksamhetsområden inom gruppen invärtes sjukdomar är mera flytande och varierar mellan olika regionsjukhus och verksamhetsområden. Detta sammanhänger bl. a. med att antalet medicinska verksamhetsområden inom gruppen invärtes sjukdomar är förhållandevis stort. Då en omfattande formell specialisering ägt rum inom det invärtesmedicinska fältet har allmän internmedicin fått kvar en tämligen liten andel regionsjukvård.

Flera expertrapporter förordar för vissa verksamhetsområden inom gruppen invärtes sjukdomar en sammanhållen organisation med internmedicinen, dock vanligen med egen sektion. Det behov av helhetssyn inom det invärtesmedicinska blocket som påpekades i 1958 års regionvårdsutredning är således fortfarande aktuellt. Vissa expertgrupper anser dock att organisationen får anpassas till lokala förhållanden, medan grupperna för reumatologi och neurologi hävdar vikten av självständiga kliniker inom regionsjukvården.

Några avgränsningsproblem av större betydelse mellan verksamhetsområdena inom gruppen invärtes sjukdomar inom regionsjukvården torde inte föreligga.

Vissa sjukdomstillstånd redovisas emellertid i flera rapporter. Orsakerna till eller symtombilden vid sjukdomar som exempelvis hypertoni och kollagenoser är ofta varierande. Det är därför motiverat att vissa patienter kan vårdas inom den ena och vissa inom den andra specialiteten för liknande sjukdomar. Samma patient kan också under olika skeden av sin sjukdom behöva vårdas inom skilda medicinska verksamhetsområden. Hypertoni handläggs således inom allmän internmedicin, endokrinologi, kardiologi respektive medicinska njursjukdomar, medan kollagenoser sköts av företrä-

dare för allmän internmedicin och reumatologi. Antalet patienter med dessa sjukdomar som kräver regionsjukvård är emellertid litet.

Mellan motsvarande opererande och icke opererande verksamhetsområden finns vissa avgränsningsfrågor. Det avgörande för var patienten vårdas är berörda specialisters utbildning, verksamhetsinriktning, kompetens och tillgängliga resurser. Kirurger ansvarar inte enbart för kirurgisk behandling utan har även ett integrerat ansvar för diagnostik, förberedande medicinsk behandling, postoperativ vård samt uppföljning. Det är sålunda inte ovanligt att patienter med endokrina respektive gastroenterologiska sjukdomar i sin helhet behandlas av kirurger. I andra fall vårdas patienterna före och efter operativt ingrepp inom icke opererande specialiteter. Ett exempel på detta är reumatologi där vissa patienter med reumatoid artrit vårdas på reumatologisk avdelning såväl före som efter reumakirurgiska ingrepp. Förhållandena varierar dock inom olika verksamhetsområden och mellan regionsjukhusen.

Vanligtvis sker behandling i samförstånd mellan invärtesmedicinsk specialist och kirurg och allt oftare diskuteras patienter på konferenser där även representanter för serviceavdelning deltar. Den fortsatta behandlingen beslutas i anslutning till konferensen. Vilken läkare som närmast ansvarar för patienten beror ofta på omständigheterna i de enskilda fallen. Olika organisatoriska lösningar beroende på lokala förhållanden får accepteras för att tillgängliga resurser bl. a. i form av kunskap skall kunna utnyttjas effektivt.

Med hänsyn till vad som anförts i detta avsnitt och att antalet vårdplatser för regionsjukvård inom vissa verksamhetsområden är litet finns det anledning att diskutera vårdplatsbehovet för angränsande verksamhetsområden tillsammans, vårdplatsblock, i stället för per verksamhetsområde.

4.3.1.5 Den framtida slutna regionsjukvårdens omfattning

Utredningen har i sista kolumnen av tabell 28 (sid. 120) sammanfattat sin bedömning av den slutna regionsjukvårdens omfattning inom somatisk korttidssjukvård i perspektivet 1985 för hela landets befolkning, som då beräknas till cirka 8,4 miljoner invånare. För vissa verksamhetsområden har dimensioneringen angivits gemensamt. För jämförelsens skull har också medtagits 1958 års regionvårdsutrednings förslag beträffande de specialiteter som då var aktuella, av RIA beräknat antal vårdplatser utnyttjade för regionsjukvård 1974 samt RIA-experternas prognos för regionsjukvårdens omfattning 1985 allt beräknat för hela landets befolkning. Utredningen vill understryka att detta ger en ofullständig bild av resursbehoven för regionsjukvården eftersom särskilda resurser för diagnostik och behandling liksom mottagningsfaciliteter, patienthotell m. m. inte redovisas här. Efter den sammanfattande tabellen följer en kort redovisning av respektive verksamhetsområde som det beskrivs i RIA-rapporterna samt utredningens bedömning av varje medicinskt verksamhetsområde. En utförlig beskrivning av respektive verksamhetsområde ges i Regionssjukvården Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi, SOU 1978:71, och Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi, SOU 1978:72.

Utöver vad som tidigare framhållits om effekterna av länssjukvårdens

Tabell 28 Antalet vårdplatser vid regionsjukhus enligt 1960 års riksdagsbeslut och totalt vid regionsjukhus 1974 samt beräknat utnyttjade för regionsjukvård 1974 och bedömning för 1985

Medicinskt verksamhetsområde	Antal vårdplatser på regionsjukhus		Beräknat antal vårdplatser för regionsjukvård i hela landet		
	Enligt 1960 års riksdagsbeslut	Totalt 1974[a]	Utnyttjade 1974	Behov 1985	
				Enligt RIA:s prognos	Enligt regionsjukvårdsutredningens bedömning
Barnmedicin		938[b]	150–180	150–180	100–150
Barnkirurgi	530	345	105	110–120	100
Hud- och könssjukdomar	714	350	105	30– 60[d]	30[d]
Allmän internmedicin		1 523	75	90–100	300–400
Kardiologi	210	176	70	90– 95	
Endokrinologi		102	70	85–100	
Gastroenterologi		–	35	40– 45	
Medicinska njursjukdomar		195	120	80–125	
				385–465	
Akuta infektionssjukdomar		1 034	40	40	30
Reumatologi[c]		294	80– 85	80– 85	65– 75
Yrkesmedicin		–	–	[f]	[f]
Lungsjukdomar		604	70–100	80– 85	330–345
Thoraxkirurgi	408	330	205	300–310	
				380–395[g]	
Neurologi	474–504	393	130	50–100	280–300
Neurokirurgi	349–354	314	230–260	230–260	
				280–360	
Allmän kirurgi		1 419	205	130–165	300–360
Ortopedisk kirurgi		1 011	120	100	
Urologisk kirurgi	300–360	324	135	100–120	
				330–385	
Handkirurgi		44[e]	50	90	75– 80
Plastikkirurgi	370	314	235	200	200
Brännskadevård		–	20	20	20
Gynekologi och obstetrik		1 232	30– 35	30– 35	30
Ögonsjukdomar		301	40– 45	40– 45	40– 45
Öron-, näs- och halssjukdomar, Audiologi, Foniatri		412	180	180	160–180
Summa exkl. onkologi	3 355–3 450	11 655	2 500–2 605	2 345–2 660	2 060–2 345
Onkologi	590	710	630		630–710

[a] Enligt socialstyrelsens förteckning över sjukvårdsanläggningar 1974. Avser vårdplatser vid de sju regionsjukhusen samt vid Huddinge sjukhus och Malmö allmänna sjukhus samt vid Södersjukhuset för neurokirurgi, vid Sabbatsbergs sjukhus för plastikkirurgi inkl. handkirurgi, vid S:t Görans sjukhus i Stockholm och Östra sjukhuset i Göteborg för barnmedicin och barnkirurgi samt för infektionssjukdomar vid sistnämnda sjukhus och vid Roslagstulls sjukhus i Stockholm och för lungsjukdomar vid Renströmska sjukhuset i Göteborg.

[b] Härutöver fanns 296 vårdplatser för rehabilitering.

[c] Inklusive barnreumatologi.

[d] Avser hudsjukdomar.

[e] Härtill kommer 47 platser som redovisas under ortopediska och plastikkirurgiska kliniker.

[f] Enbart öppen vård.

[g] Beträffande fördelning av vårdplatserna se under Lungsjukdomar respektive Thoraxkirurgi sid. 129.

förstärkning, ekonomiska och personella förutsättningar m. m. har utredningen i sina bedömningar också beaktat möjligheterna att utnyttja resurserna effektivare genom att vissa verksamhetsområden hålls ihop organisatoriskt inom ramen för storklinik. Möjligheterna av att RIA:s expertgrupper i vissa fall kan ha kommit för högt i sina beräkningar till följd av att en del sjukdomstillstånd handhas av flera specialiteter har också vägts in.

Utredningens dimensioneringsförslag bör uppfattas som planeringsramar snarare än som absoluta mått. Den i vissa fall stora spännvidden sammanhänger med att det har varit svårt att göra totalberäkningar för utnyttjandet av regionsjukvård i landet eftersom service till invånarna i de sjukvårdsområden, som regionsjukhusen ligger i, har måst uppskattas mot bakgrund av utnyttjad regionsjukvård och utomlänsvård enligt tabell 14 (sid. 63). Inom flertalet verksamhetsområden är resurserna för sluten regionsjukvård en liten del av de totala slutenvårdsresurserna vid den enskilda kliniken.

Skillnader i sjukvårdshuvudmännens sjukvårdsorganisation medför att efterfrågan på regionsjukvård alltid kommer att variera sjukvårdshuvudmännen emellan.

Som framhållits ovan återfinns kommentarer till tabell 28 (sid. 120) på följande sidor under varje medicinskt verksamhetsområde. Som framgår av kolumnerna 1 och 2 har utbyggnaden uttryckt som vårdplatser vid regionsjukhusen blivit något mindre än vad 1960 års riksdagsbeslut anger, men i stort har förslagen följts med ett undantag, nämligen barnkirurgi. Kolumn 3 visar att volymen regionsjukvård är väsentligt lägre än det totala antalet vårdplatser som beskrivits i avsnitt 4.3.1.3.

Venereologi (könssjukdomar) har inte behandlats särskilt av utredningen bl. a. mot bakgrund av att behandlingen sker inom flera medicinska verksamhetsområden, främst gynekologi, urologisk kirurgi och akuta infektionssjukdomar förutom hud- och könssjukdomar. Utredningen utgår från att det mycket begränsade behov av sluten regionsjukvård som dessa sjukdomar innebär beaktats av berörda expertgrupper i RIA.

Barnsjukvård

Tidigare har gränsen mellan barnmedicin/barnkirurgi och sjukvård för vuxna gått vid 16 år. Under de senare decennierna har man dock övergivit en strikt tillämpning av denna åldersgräns.

Barn har somatiska och psykiska särdrag som skiljer dem från vuxna. Dessa särdrag är mest uttalade för nyfödda och späda barn men avtar successivt mot puberteten. Detta har lett till att barnmedicin avskilts från allmän intermedicin.

Experterna i RIA, såväl barnmedicinare som barnkirurger, har framhållit att alla barn skall vårdas på klinik särskilt avsedd för barn oberoende av vilken specialitet som ansvarar för vården. Även enligt utredningens mening bör denna huvudregel i princip gälla vid sluten regionsjukvård för barn. När det är nödvändigt att behandla ett barn på en klinik tillhörande annan specialitet, t. ex. vid vissa operationer där speciella resurser krävs, bör för- och efterbehandlingen när så är möjligt ske på klinik särskilt avsedd för barn.

De senaste årens starkt sjunkande nativitetstal utgör en betydande

osäkerhetsfaktor för dimensioneringen av barnsjukvården. Om den låga nativiteten kvarstår, kommer regionsjukvårdens omfattning att starkt minska jämfört med RIA-rapporternas bedömning.

Den av utredningen föreslagna planeringsramen beror på dels en viss osäkerhet beträffande i vilken omfattning barn under behandling inom annat verksamhetsområde, t. ex. plastikkirurgi eller thoraxkirurgi, kommer att vårdas på barnklinik, dels den osäkra nativitetsprognosen.

Barnmedicin. Antalet diagnoser inom barnmedicinsk regionsjukvård är stort men varje diagnos representeras i regel av få patienter. Så finns t. ex. endast ett begränsat antal barn med cystisk fibros och reumatoid artrit, varför vården av dessa patienter enligt expertrapporten bör koncentreras till vissa regionsjukhus.

En ökad diagnostisk verksamhet förutses bl. a. till följd av ökat antal operationer på nyfödda barn med medfödda hjärtfel. I RIA-rapporten framhålls att om förhoppningarna beträffande effektivare behandlingsmetoder vid diabetes hos barn infrias kan stora krav komma att ställas på den barnmedicinska regionsjukvården.

En fortsatt differentiering kan förväntas vid regionsjukhusen beträffande t. ex. barnkardiologi, barnneurologi och barnallergologi.

Genom vårdprogram i vissa fall kombinerade med korta och upprepade vårdperioder kan i framtiden regionssjukvården och länssjukvården på ett mera effektivt sätt omhänderta enskilda patienter. Detta gäller särskilt vissa långvariga sjukdomar såsom de redan nämnda cystisk fibros och reumatoid artrit.

I framtiden kan länssjukvårdens utbyggnad avlasta regionsjukvården inom t. ex. öppen och sluten långvarig habilitering av rörelsehindrade. Behovet av korttidsvård och konsultationer i öppen vård kan väntas öka inom såväl habilitering som barnmedicin i övrigt. Enligt RIA:s expertgrupp förväntas den slutna barnmedicinska regionsjukvårdens omfattning under den närmaste tioårsperioden bli i stort sett oförändrad, dvs. 150–180 vårdplatser.

Utredningen ansluter sig till de allmänt gjorda bedömningarna, men konstaterar att enligt HS 80, och som utvecklingen speglas i läkarfördelningsprogrammet för perioden, kommer hälso- och sjukvård för barn inom primär- och länssjukvård att tillföras betydligt ökade resurser. Den planerade utbyggnaden av barnsjukvården och barnhabiliteringen inom primär- och länssjukvården gör det sannolikt att regionsjukvårdens omfattning kommer att minska.

Enligt utredningens mening är ett vårdplatsantal på 150–180 såsom RIA:s expertgrupp bedömt således för högt. Utredningen föreslår en planeringsram om 100–150 vårdplatser fördelade på sex regioner. Beträffande barnreumatologi se vidare sid. 128.

Barnkirurgi. Barnkirurgisk regionsjukvård omfattar främst tumörer, sjukdomar i matsmältningsorganen och urinvägarna samt medfödda missbildningar. Inom dessa sjukdomsgrupper finns tillstånd med förhållandevis låg frekvens och som kräver komplicerad terapi, varför regionsjukvård kommer att bli nödvändig även i framtiden.

Enligt RIA:s expertgrupps uppfattning kommer regionsjukvårdsbehovet att vara i stort sett oförändrat fram till 1985. En viss ökning kan möjligen

väntas beroende på att operation av retentio testis kommer att utföras i lägre åldrar och därmed bli en regionsjukvårdsuppgift.

RIA:s expertgrupp har föreslagit 110–120 vårdplatser år 1985 och förordar att antalet kliniker reduceras från nuvarande fem till fyra med ett befolkningsunderlag på ca 2 miljoner invånare per klinik.

Utredningen ansluter sig till expertgruppens bedömningar men föreslår som utgångspunkt för planeringen 100 vårdplatser år 1985. Verksamheten bör fördelas på fyra kliniker fördelade på fyra regioner.

Hudsjukdomar

Det medicinska verksamhetsområdet hudsjukdomars huvudsakliga uppgifter inom regionsjukvården utgörs dels av omhändertagande av ovanliga, svårbehandlade, sjukdomsgrupper som komplicerad psoriasis, utbredda eksem, erythrodermier, vissa reticuloser, blåsdermatoser, kollagenoser med hudmanifestationer, allergiska dermatoser, hudtumörer och yrkesdermatoser, dels av konsultuppgifter inom öppna vården.

Genom pågående utbyggnad av verksamhetsområdet hudsjukdomar inom länssjukvården förutses en reduktion av regionsjukvården. Behovet av sluten regionsjukvård förväntas minska även genom att en allt större del av patienterna kan omhändertas i öppen vård. RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 30–60 vårdplatser år 1985.

Utredningen ansluter sig i princip till expertgruppens bedömning samt understryker vikten av att mottagningsresurser och diagnostiska aktiviteter anpassas till ett ökat omhändertagande i öppna vårdformer.

Med en utbyggnad av verksamhetsområdet hudsjukdomar inom primär- och länssjukvård, som beskrivs i HS 80, torde den slutna vården enligt utredningens mening inte komma att överstiga 30 vårdplatser.

Allmän internmedicin, kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi och medicinska njursjukdomar

Allmän internmedicin. Allmän internmedicins innehåll inom regionsjukvården är beroende av en rad faktorer som kompetensnivån och kompetensinriktningen inom länssjukvården, förekomst av särskilt avdelade resurser för vissa andra verksamhetsområden inom gruppen invärtes sjukdomar på regionsjukhusen och arbetsfördelningen mellan dessa och allmän internmedicin beträffande stora sjukdomsgrupper, t. ex. diabetes och hypertoni. Omkring hälften av regionsjukvården inom allmän internmedicin utgörs när formell specialisering är utbyggd av hematologi varav knappt hälften utgörs av maligna blodsjukdomar. Behovet av regionsjukvård för dessa sjukdomar väntas öka. Resten utgörs av invärtesmedicinsk allergologi, patienter med komplexa, oklara sjukdomstillstånd eller patienter med symtom från flera organ. Vid regionsjukhusens allmänt internmedicinska kliniker är regionsjukvården således av varierande omfattning.

RIA:s expertgrupp, som förordar en internmedicinsk storklinik där allmän internmedicin och vissa andra medicinska verksamhetsområden inom gruppen invärtes sjukdomar administrerar i stort sett lika många vårdplatser, beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 90–100 vårdplatser år 1985.

Utredningen har inga principiella invändningar mot RIA-gruppens bedömningar, men redovisar sitt ställningstagande till allmän internmedicin på sidan 126.

Kardiologi. Kardiologi inom regionsjukvården handlägger dels vissa hjärtsjukdomar, vilkas behandling på grund av sitt ringa antal eller behov av speciell utredningsresurs bör koncentreras, dels ovanliga eller komplicerade tillstånd vid vanliga sjukdomar såsom coronarsjukdom och hjärtinfarkt. Den speciella resurs som avses är samlad erfarenhet i kardiologi kombinerad med kunskap i invasiv hjärtdiagnostik och tillgång till hjärtkateteriseringslaboratorium och angiografiskt laboratorium. Härvid samarbetar företrädare för kardiologi, klinisk fysiologi och röntgendiagnostik. En stor del av kardiologins insatser inom regionsjukvården består av preoperativa utredningar och uppföljning av hjärt- och kärlopererade patienter. Kardiologi har följaktligen nära samarbete med hjärtkirurgi, vilket dock erfarenhetsmässigt inte alltid kräver att dessa verksamhetsområden behöver finnas vid samma sjukhus.

Inom kardiologi förutses en avsevärd ökning av antalet patienter med angina pectoris som kan behandlas kirurgiskt och som kräver kardiologisk utredning före eventuell hjärtkirurgisk behandling. Rutinverksamheten inom pacemakerbehandlingen kommer däremot att kunna överföras till länssjukvården, vilket gör omfattningen av regionsjukvård på detta område liten. Förmaksstyrd och annan speciell pacemakerbehandling hör dock i vissa fall till regionsjukvården. Pacemakerbehandling på barn bör handläggas på regionsjukhuset. Invasiv registrering av hjärtats elektriska aktiviteter för utvärdering av lämpligaste behandling vid rytmrubbningar befinner sig för närvarande i ett utvecklingsskede företrädesvis inom regionsjukvården. Sistnämnda utveckling kan förväntas ta ökade resurser inom regionsjukvård i anspråk. Flertalet arytmiutredningar utöver de mer invecklade kommer dock troligen att göras inom länssjukvården 1985. Den sammanvägda prognosen talar för en lätt ökning av volymen kardiologisk regionsjukvård. RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 90-95 vårdplatser.

Utredningen har inga principiella invändningar mot expertgruppens bedömningar. Den redovisar sina ställningstaganden för kardiologi tillsammans med allmän internmedicin på sidan 126.

Endokrinologi. Endokrinologi omfattar komplicerade fall av diabetes, sköldkörtel- och bisköldkörtelsjukdomar samt tillstånd som är så sällsynta att vården av dem bör koncentreras till regionsjukhus, t. ex. hypofysära rubbningar. Speciellt kirurgiskt kunnande kan erfordras, t. ex. för operation av hypofys, binjurar och i viss utsträckning även bisköldkörtlar. Vid utredning av flertalet endokrina sjukdomstillstånd är provtagningarna komplicerade och fordrar väl intrimmade rutiner. Vidare krävs ofta tillgång till speciallaboratorier.

I RIA:s expertrapport framhölls att för en god vård av gravida diabetiker krävs rigorös övervakning och noggrant inställd insulinbehandling samt i vissa fall analys av fostervätskan. För detta kan, där inte särskild personlig kompetens finns tillgänglig inom länssjukvården, regionsjukvård erfordras. I framtiden kan endokrinologisk regionsjukvård även komma att omfatta andrologi (läran om mannens speciella sjukdomar).

Inom endokrinologi förutses inga större förändringar i behovet av region-

sjukvård av epidemiologiska skäl. Däremot bedömer RIA:s expertgrupp att ett dolt behov av kvalificerad regionsjukvård föreligger, vilket kräver ökade resurser för att kunna tas om hand. I RIA-rapporten föreslås en kompletterande utbyggnad av endokrinologin vid de regionsjukhus där specialiteten formellt saknas genom att resurser överförs från allmän internmedicin och ytterligare tjänster för endokrinologer inrättas. RIA:s expertgrupp har beräknat behovet av sluten regionsjukvård till 85-100 vårdplatser år 1985.

Utredningen redovisar sitt ställningstagande för endokrinologi tillsammans med allmän internmedicin på sid. 126. Vård av gravida diabetiker berör utredningen i samband med gynekologi och obstetrik på sid. 137. Andrologi behandlas i avsnittet urologisk kirurgi på sid. 134.

Gastroenterologi. Gastroenterologi, som har ett nära samarbete med allmänkirurgi, domineras inom regionsjukvården av patienter med svårutredda och/eller svårbehandlade sjukdomstillstånd såsom svåra fall av ulcerös kolit, Crohns sjukdom, malabsorptionsutredningar samt svårdiagnostiserade mag- och tarmblödningar. Regionsjukvårdens resurser kan även behövas för vissa patienter med kolo- och ileostomier samt vid ställningstagande till operation vid komplicerade, ofta psykosocialt färgade fall med ulcussjukdom. Patienter med svåra livslånga sjukdomar som kräver regelbunden kontroll, t. ex. ulcerös kolit, Crohns sjukdom, celiaki och kronisk hepatit bör enligt RIA-rapporten i vissa fall få möjlighet till sådan i öppen vårdform vid regionsjukhus.

Endoskopitekniken är en viktig del av den gastroenterologiska utredningen och fordrar särskild erfarenhet. Det kan därför finnas anledning att koncentrera åtminstone ERCP (endoskopisk retrograd undersökning av gallgång och bukspottkörtelgång) och totala koloskopier till regionsjukhus eller länssjukhus med stort patientunderlag. Enhetliga regler för vilka endoskopier som skall ligga inom gastroenterologi respektive kirurgi eller inom annat verksamhetsområde finns inte. Genom lokala program kommer sannolikt fördelningen av arbetsuppgifter inom bl. a. endoskopiområdet att variera.

Gastroenterologin är för närvarande etablerad som specialitet vid några få regionsjukhus. I RIA-rapporten förordas att gastroenterologiska enheter byggs upp vid de regionsjukhus där sådan enhet nu saknas, lämpligen inom den internmedicinska klinikens ram. RIA:s expert beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 40-45 vårdplatser år 1985.

Gastroenterologiska sjukdomar är så vanliga att vårdresurser härför måste finnas vid samtliga regionsjukhus. Utredningen föreslår emellertid att speciellt resurskrävande gastroenterologisk regionsjukvård liksom sådant forsknings- och utvecklingsarbete förläggs till tre eller fyra regionsjukhus. Utredningen redovisar sitt ställningstagande i övrigt för gastroenterologi tillsammans med allmän internmedicin på sidan 126.

Medicinska njursjukdomar. Regionsjukvård inom verksamhetsområdet medicinska njursjukdomar omfattar för närvarande till största delen vård av patienter med nedsatt njurfunktion, transplantationsbedömningar och vård av njurtransplanterade patienter. En mer aktiv insats beträffande njurinsufficienta patienter med diabetes kan medföra en ökning av antalet njursjuka patienter inom regionsjukvården. Ett visst dolt behov av uremibehandling kan verka i samma riktning.

En decentraliserad utbyggnad av dialysresurserna kan förväntas fortsätta, vilket ger möjlighet till förändring av verksamheten inom regionsjukvården. Njursjukvårdens kanske viktigaste regionsjukvårdsuppgift i framtiden kommer att vara att söka förhindra uppkomst av terminal njursufficiens bl. a. genom att utveckla tidig diagnostik och tidiga behandlingsmetoder.

Inom njurmedicin förutses för regionsjukvårdens del en viss förskjutning i diagnosmönstret med en minskning av antalet patienter med interstitiella nefriter och en ökning av antalet patienter med glomerulära sjukdomar samt sådana med systemsjukdomar såsom diabetes. Ett dolt behov av uremibehandling samt den 1985 fortfarande pågående kumulativa effekten av aktiv uremibehandling beräknas huvudsakligen kunna bli tillgodosett genom en decentraliserad utbyggnad. Regionsjukvårdens totala omfattning väntas bli i stort sett oförändrad.

RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 80–125 vårdplatser år 1985.

Utredningen redovisar sitt ställningstagande för medicinska njursjukdomar tillsammans med allmän internmedicin nedan.

Bedömning av allmän internmedicin, kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi och medicinska njursjukdomar

Utredningen vill i detta sammanhang erinra om vad som framfördes i den tidigare regionvårdsutredningen (SOU 1958:26) beträffande organisation inom allmän internmedicin:

"Till skillnad från förhållandena inom kirurgin är sålunda specialiseringen inom internmedicinen i allmänhet icke motiverad av tekniska skäl. De olika verksamhetsområdena gripa över i varandra i sådan grad, att en organisatorisk boskillnad dem emellan ofta ter sig konstlad. Ämnesomsättningssjukdomar, endokrinologi, blod- och cirkulationssjukdomar låta sig sålunda ej utan visst våld på internmedicinens behov av helhetssyn avskiljas som specialiteter. En enhetlig medicinsk och administrativ ledning av huvuddelen av internmedicinen är enligt utredningens mening därför att föredra."

Utredningen kan med instämmande i ovanstående citat ur nämnda betänkande i princip ansluta sig till de resonemang som RIA:s internmedicinska expertgrupp fört angående klinikorganisation och resursdisposition på regionsjukhus.

En verksamhet på regionsjukhuset organiserad enligt den i internmedicinrapporten skisserade modellen i kombination med en länssjukvård som förfogar över fler specialiteter och förstärkt lokal medicinsk service leder sannolikt till att regionsjukvårdens omfattning torde komma att understiga experternas bedömningar.

Utredningen föreslår en planeringsram om 300–400 vårdplatser för allmän internmedicin, kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi samt medicinska njursjukdomar tillsammans. Spännvidden sammanhänger främst med utvecklingen beträffande behandling av kranskärlssjukdomar samt med en sannolikt varierande grad av specialisering inom länssjukvården 1985.

Akuta infektionssjukdomar

Vissa infektionssjukdomar är så komplicerade och uppträder så sällan att det torde vara lämpligt att hänvisa patienter med dessa sjukdomar till en eller ett par enheter i landet, t. ex. patienter med herpesencephalit eller vissa allvarliga fall av hepatit. En väsentlig del av nuvarande utomlänsremissvård vid infektionsklinik avser emellertid komplikationer i form av infektioner ådragna vid regionsjukvård inom andra specialiteter. Huvuddelen av denna vård är för infektionsklinikens del länssjukvård, men patientens kvarstannande på regionsjukhuset motiveras av patientens fortsatta behov av regionsjukhusets övriga resurser. Enstaka fall av nosokomiala infektioner (sjukhussjuka) kan dock vara av sådan svårighetsgrad att regionsjukvård krävs.

Länssjukvårdens behov av remittering till regionsjukvård varierar också beroende bl. a. på tillgång till resurser för vård av patienter med tropikmedicinska sjukdomar.

För verksamhetsområdet infektionssjukdomar förväntas en viss ökning av vårdbehovet vid regionsjukhus genom att den medicinska utvecklingen medför ökad risk för svåra infektionskomplikationer inom flera verksamhetsområden och genom en ökning av antibiotikaresistenta infektioner. Någon förändring av antalet vårdplatser för regionsjukvård föreslås inte då en större del av t. ex. tropikmedicinen kan omhändertas i öppen vård. RIA:s expertgrupp rekommenderar ett upptagningsområde på ca 1,5 miljoner invånare för regionsjukvård. För vård av vissa mycket svårbemästrade sjukdomar anser gruppen ett flerregionalt eller t. o. m. internordiskt omhändertagande som tänkbart.

Utredningen instämmer i stort sett i expertgruppens bedömning. Verksamhetsområdet infektionssjukdomar är i hög grad en stöd- och serviceresurs för annan regionsjukvård. Med hänsyn till expertgruppens bedömning av erforderligt befolkningsunderlag för regionsjukvården inom verksamhetsområdet måste frågan om en samordning mellan regionerna aktualiseras.

Särskilt resurskrävande forsknings- och utvecklingsarbete bör enligt utredningens mening koncentreras till de tre regionsjukhus som har professur i ämnet. En logisk följd av detta är att den flerregionala infektionssjukvården koncentreras på motsvarande sätt. För detta talar också att omfattningen av regionsjukvård på flera regionsjukhus är närmast försumbar.

RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 40 vårdplatser år 1985. F. n. är utomlänsremissvårdens omfattning mycket varierande sjukvårdsområden emellan. Pågående eller planerade aktiviteter för att begränsa frekvensen nosokomiala infektioner samt förstärkning av länssjukvården bl. a. med flera vidareutbildade läkare inom verksamhetsområdena infektionssjukdomar och klinisk bakteriologi/sjukhushygien leder sannolikt till en minskad efterfrågan på regionsjukvård. Utredningen föreslår mot bakgrund av detta ca 30 vårdplatser för regionsjukvård år 1985 med koncentration av vissa funktioner (flerregional vård) till högst tre sjukhus.

Reumatologi

Reumatologins största patientgrupp är de reumatoida artriterna. Reumatologernas antal kommer under närmaste tioårsperioden inte att vara tillräckligt för omhändertagande av mer än de svåra fallen. Samarbete med företrädare för ortopedisk kirurgi och handkirurgi har blivit alltmer betydelsefullt vid vården av dessa patienter. Även med medicinsk rehabilitering, fysikalisk terapi och primärvård sker samverkan i detta avseende.

Inom reumatologi råder speciella förhållanden, vilket medför att regionenheterna utöver regionsjukvård ombesörjer en omfattande länssjukvård även för utomlänspatienter. Det är därför svårt att i nuläget urskilja några klara gränser mellan region- och länssjukvård. Exempel på sjukdomstillstånd som kräver regionsjukvård är svår systemisk lupus erytematosus, periarteritis nodosa och systemisk skleros. Detta gäller även malign reumatoid artrit, som hotar att snabbt invalidisera patienten eller är komplicerad genom generella kärlinflammationer med allvarliga genomblödningsrubbningar.

Reumatologi kommer fram till 1985 att präglas av utbyggnad inom såväl region- som länssjukvården. Eftersom det för närvarande är svårt att urskilja vad som är regionsjukvård respektive länssjukvård inom reumatologi kan enligt RIA:s expertrapport en mer exakt bedömning av den framtida omfattningen av regionsjukvården knappast göras. Expertgruppen förordar att barnreumatologi även fortsättningsvis bedrivs som flerregional vård.

RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 80–85 vårdplatser år 1985.

Utredningen föreslår en planeringsram för regionsjukvård på 65–75 vårdplatser år 1985, vilken även bör kunna innefatta resurser för barnreumatologi samt i viss omfattning vård av patienter primärt hänvisade till regionsjukvård för reumakirurgi. Med hänvisning till utredningens uttalande på sid. 121 om angelägenheten av att barn vistas i miljö speciellt anpassad till barns behov kan det vara aktuellt att förlägga resurser för vård av barn med reumatisk sjukdom till barnklinik i lämplig samverkan med klinik/sektion för reumatologi. Särskilda barnreumatologiska resurser finns f. n. i Lund och är under uppbyggnad vid Karolinska sjukhuset i Stockholm genom att en särskild tjänst för vidareutbildad läkare tillförts verksamheten. Särskild barnreumatologi är en flerregional verksamhet, som inte bör utvecklas på fler än två ställen i landet. Utredningen vill här erinra om vad socialutskottet anfört i sitt betänkande 1978/79:6 med anledning av motioner om utbyggnad av reumatikervården.

Yrkesmedicin

Yrkesmedicin har ännu inte byggts ut som regionspecialitet enligt intentionerna i 1958 års regionvårdsutredning och 1963 års utredning om yrkesmedicinska sjukhusenheter, men kommer enligt tillgängliga planer att byggas ut under den närmaste tioårsperioden.

Med hänsyn till den begränsade läkartillgången måste detta i huvudsak ske på regionnivå. Till stora delar är yrkesmedicin förutom sjukvård en serviceresurs åt dem som handlägger sjukdomar som har sina orsaker i arbetsmiljön. Den har även en övergripande och samordnande uppgift i att

söka upp och förebygga dessa sjukdomar.

Den snabbt ökande medvetenheten om riskerna i arbetsmiljön kommer att medföra en kraftigt ökad arbetsbörda för de yrkesmedicinska klinikerna. På den tekniska sidan kommer antalet mätningar av olika slag att öka.

Utredningen ansluter sig till experternas bedömning att yrkesmedicin i huvudsak fullgör sina funktioner i öppna vårdformer. Eventuella behov av sluten vård får tillgodoses inom vårdorganisationen i övrigt. Det i expertrapporten beräknade behovet av vidareutbildade läkare (300–400) har beskrivits som ett teoretiskt räkneexempel. Utredningen betraktar inte detta som planeringsunderlag i 1985 års perspektiv utan anser att ca 40 vidareutbildade läkare inom verksamhetsområdet, till största delen verksamma inom regionsjukvård, är en realistisk bedömning.

De yrkesmedicinska klinikerna på regionsjukhusen bör bedriva forsknings- och utvecklingsarbete inom arbetsmedicinens område samt medverka i vidareutbildningen av företagshälsovårdens personal.

Lungsjukdomar

Inom det medicinska verksamhetsområdet lungsjukdomar är vård av patienter med lungtumörer den dominerande regionsjukvårdsuppgiften. Samarbete sker beträffande dessa med onkologi, thoraxkirurgi och klinisk fysiologi. Samverkan med thoraxkirurgi behövs även vid fall av bl. a. lungtuberkulos, bronkiektasier och recidiverande pneumothorax. En del av regionsjukvården kommer att utgöras av yrkesbetingade lungsjukdomar.

Omfattningen av regionsjukvård inom detta verksamhetsområde varierar betydligt mellan olika regioner beroende på bl. a. resurser för thoraxkirurgi vid respektive regionsjukhus. En minskning av regionsjukvården förutses mot bakgrund av de ökade resurserna inom länssjukvården samt genom att vårdtiderna förkortats under de senaste åren. Detta kan dock komma att motverkas av en ökning av framför allt de yrkesmedicinska sjukdomarna men även av tumörsjukdomarna. RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 80–85 vårdplatser år 1985.

Utredningen ansluter sig i princip till dessa bedömningar. Tillkomsten av dels klinisk fysiologi, dels onkologisk sakkunskap i länssjukvården medför sannolikt en sjunkande volym regionsjukvård.

I expertrapporten har visats dels att lungmedicinsk regionsjukvård främst ges vid sjukhus där thoraxkirurgi bedrivs, dels att volymen av denna har samband med resurserna inom thoraxkirurgin på samma sjukhus. Olika huvudmäns utnyttjande av regionsjukvård inom verksamhetsområdena lungsjukdomar och thoraxkirurgi växlar betydligt medan det totala utnyttjandet av sluten regionsjukvård visar en väsentligt mer enhetlig bild. Mot denna bakgrund bör den framtida volymutvecklingen i fråga om verksamhetsområdena lungsjukdomar och thoraxkirurgi bedömas i ett sammanhang, se sid. 131.

Thoraxkirurgi

Thoraxkirurgi omfattar i dag hjärtkirurgi, kirurgi på lungor, mediastinum, matstrupe, övre delen av magsäcken, mellangärdet, bröstväggen, centrala

och perifera blodkärl samt inläggning av pacemaker. Inläggning av pacemaker och operativ behandling av perifera kärl kommer emellertid i allt större utsträckning att ske inom länssjukvården. Kranskärlsoperationer bedöms bli ett betydande inslag i thoraxkirurgin. Inom hjärtkirurgin förväntas en ytterligare förskjutning mot öppen hjärtkirurgi.

Thoraxkirurgi bedrivs vid sex regionkliniker. Vid fyra av dessa bedrivs fullständig thoraxkirurgi med bl.a. öppen hjärtkirurgi. Av bl. a. epidemiologiska skäl förväntas ett ökat behov av thoraxkirurgisk verksamhet med ökande frekvens öppen hjärtkirurgi, kirurgisk cancerterapi m. m. Till följd av detta väntas regionsjukvårdsbehovet inom denna del av thoraxkirurgin öka med ca 50 procent. Pacemakervården och delar av den kärlkirurgiska vården kommer emellertid i större utsträckning att överföras till länssjukvården.

Verksamheten föreslås koncentrerad till fyra fullständiga thoraxkirurgiska centra med möjlighet att rationellt bedriva öppen hjärtkirurgi.

Utredningen ansluter sig till expertgruppens bedömningar och anser att de thoraxkirurgiska klinikerna i Malmö och Örebro bör omstruktureras. Thoraxkirurgin har stora beröringsytor med och samarbetar nära dels med lungmedicin dels med kardiologi resp. barnmedicin (barnkardiologi). En betydande del av såväl den preoperativa som den postoperativa vården kan därför bedrivas utanför thoraxkirurgisk klinik vid nyssnämnda avdelningar om det lokala resursläget gör detta lämpligt. I thoraxkirurgi- resp. lungmedicinrapporterna illustreras detta förhållande beträffande vården av patienter med lungtumörer. I RIA-experternas planeringsram för 1985, 300–310 vårdplatser, ingår en beräkning av antalet lungoperationer, som sannolikt är väsentligt för hög och därför medger en reducering av ramen med 50 platser till ca 250, särskilt med beaktande av möjligheterna att repliera på lungmedicinsk avdelning. Dessutom bör perifer kärlkirurgi inte ingå i beräkningsunderlaget för thoraxkirurgi.

För hjärtoperationer har RIA:s planeringsram dimensionerats efter antagandet att kranskärlskirurgin kommer att expandera väsentligt. Svensk thoraxkirurgisk förening har i skrivelse till utredningen hävdat att utvecklingen efter det att expertrapporten avlämnades visat att kranskärlskirurgin kommer att få större omfattning. Mot bakgrund av de redovisningar som lämnats vid en speciell hearing om kranskärlskirurgi med företrädare för internmedicin, kardiologi, klinisk fysiologi, thoraxkirurgi och röntgendiagnostik samt det ytterligare underlag som redovisas i bilaga 8 (sid. 221) finner utredningen att 250 vårdplatser tills vidare bör vara planeringsgrundval. Denna ram inrymmer kapacitet för en väsentligt större volym öppen hjärtkirurgi än vad som framgår av expertrapporten förutsatt en effektiv samverkan med kardiologi i kombination med en ytterligare decentralisering av pacemakervården. Beräknat antal tillgängliga thoraxkirurger torde inte heller vara en begränsande faktor. Utredningen förutsätter vidare att flaskhalsar i fråga om övriga resurser för operativ vård blir föremål för åtgärder när så krävs.

Som framgår av bilaga 8 innebär utökad kranskärlskirurgi betydande belastning för flera andra verksamhetsområden främst kardiologi, röntgendiagnostik och klinisk fysiologi. Den totala resursinsatsen för denna kirurgi måste således få en vidare planeringsram. Den preoperativa utredningen kan emellertid i stor utsträckning spridas till samtliga regionsjukhus förutsatt att

det finns väl fungerande samarbete mellan utredande sjukhus och mottagande thoraxkirurgisk klinik. Ett effektivt utnyttjande av de angiografiska resurserna (minst 700 undersökningar per laboratorium och år) torde kunna ge tillfredsställande kapacitet inom denna del av regionsjukvården. Den fortsatta planeringen bör emellertid utgå från fyra fullständiga thoraxkirurgiska kliniker i landet. Kranskärlskirurgiska resurser kan behöva ökas ytterligare om och när vetenskapligt underlag föreligger som motiverar detta.

Bedömning av thoraxkirurgi och lungsjukdomar

För thoraxkirurgi och verksamhetsområdet lungsjukdomar har RIA-experterna beräknat behovet av sluten regionsjukvård till 380–395 vårdplatser. Utredningen anser att denna planeringsram bör sänkas till 330–345 vårdplatser 1985 med hänvisning till vad som ovan anförs om lungkirurgi och perifer kärlkirurgi.

Neurologi och neurokirurgi

Utredningen tar ställning till neurologi och neurokirurgi på sid. 132. Utöver vad som nedan anförs hänvisas till sid. 114.

Neurologi. Den neurologiska regionsjukvården omfattar delar av den stora patientgruppen med vaskulära läsioner (framför allt transitoriska ischemiska attacker), vissa patienter med intrakraniella tumörer och ryggmärgstumörer, patienter med hydrocephalus, patienter med vissa typer av ofrivilliga rörelser, svårare fall av kroniska smärttillstånd och epilepsi samt patienter med myasthenia gravis, ärftliga muskelsjukdomar och ämnesomsättningsrubbningar orsakande degenerativa nervsjukdomar. Remittering till neurologisk regionsjukvård varierar i hög grad mellan olika sjukvårdsområden, delvis beroende på om neurologisk kompetens finns i länssjukvården eller inte.

Genom utbyggnad inom länssjukvården kommer behovet av regionsjukvård att minska. Detta motverkas delvis av att befolkningens åldersförskjutning medför ökad frekvens av vissa neurologiska sjukdomar. Vidare ger tekniska och medicinska framsteg möjlighet att med större framgång behandla vissa sjukdomar t. ex. kärlsjukdomar i hjärnan och parkinsonism.

Expertgruppen hävdar att det är nödvändigt med ett nära samarbete med neurokirurgisk klinik för att neurologisk regionsjukvård skall kunna bedrivas. För sjukdomar som är lågfrekventa men kräver stort kunnande, stor erfarenhet, avsevärda tekniska resurser och samarbete mellan en rad specialiteter inom regionsjukvården kan centralisering till ett mindre antal ställen i landet vara lämplig. Exempel på sådana sjukdomstillstånd är myasthenia gravis, vissa metaboliska sjukdomar och hypofystumörer. RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 50-100 vårdplatser för år 1985. Spännvidden sammanhänger med resursdimensioneringen inom länssjukvården.

Neurokirurgi. Neurokirurgi kan schematiskt indelas i traumatologi, tumörkirurgi, kärlkirurgi, funktionell kirurgi med smärtkirurgi och stereotaktisk kirurgi samt missbildningskirurgi. Genom onkologins framsteg förväntas en

viss förändring inom tumörbehandlingen p. g. a. införandet av behandling med moderna cytostatika. Antalet kärlkirurgiska ingrepp bedöms i stort sett förbli oförändrat. Expertgruppen framhåller att ett ökat vårdbehov kan bli aktuellt bl. a. genom ökat antal behandlingsbara olycksfall, nya behandlingsmöjligheter vid tumörsjukdom samt krav på förbättrad skallskadevård. Vidare förutses en ökning av smärtkirurgi och funktionell kirurgi. Detta motverkas emellertid av sänkta medelvårdtider bl. a. genom datortomografens ökade användbarhet och genom en i framtiden utbyggd långtidssjukvård, som möjliggör att klinikerna avlastas.

Vårdplatsbehovet för neurokirurgisk regionsjukvård bedöms bli i stort sett oförändrat, men expertgruppen föreslår, då geografiska skäl inte lägger hinder i vägen, minst 1,5–2 miljoner invånare som underlag för varje klinik, vilket innebär en reduktion av antalet enheter i landet. Skälet för detta är främst att förväntad bemanningsutveckling medför krav på utökat patientunderlag för att läkarnas färdighet skall kunna bibehållas. Expertgruppen beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 230–260 vårdplatser år 1985.

Bedömning av neurologi och neurokirurgi

I RIA:s neurolograpport påpekas att neurologisk regionsjukvård är beroende av nära samverkan med neurokirurgi. Med hänsyn till detta och att neurologi och neurokirurgi i hög grad är beroende av samma diagnostiska resurser gör utredningen sin bedömning för båda verksamhetsområdena gemensamt. Bland de speciella diagnostiska resurser inom regionsjukvården som båda specialiteterna utnyttjar vill utredningen särskilt peka på neuroradiologi, neurofysiologi, neurooftalmiatrik och neurootologi samt därutöver speciella analysresurser inom klinisk kemi. Tillämpningen av datortomografin är en betydelsefull ny diagnostisk resurs som redan har fått och sannolikt kommer att få ytterligare tämligen långtgående konsekvenser för verksamheten. För närvarande är det svårt att överblicka utvecklingen framåt i vilken omfattning och med vilken takt undersökning av skallen med datortomografi utanför regionsjukhusen blir möjlig, se bilaga 9 (sid. 227).

Utredningen ansluter sig i princip till neurologgruppens bedömningar. Expertgruppen har diskuterat resursutvecklingen inom länssjukvården i alternativa termer. Utredningen räknar med att två eller flera neurologer kommer att finnas vid alla länssjukhus, i flertalet fall knutna till internmedicinsk klinik, år 1985. Man bör inte räkna med fullt utbyggda neurologiska kliniker vid länssjukhusen annat än i undantagsfall. En sådan resursutveckling inom länssjukvården torde enligt utredningens bedömning leda till att den slutna regionsjukvården inom neurologi omfattar högst 50 vårdplatser 1985. Nya diagnostiska möjligheter och dessas utnyttjande vid i första hand större länssjukhus i kombination med ökat omhändertagande i öppen vård vid regionsjukhus kommer sannolikt att påskynda en utveckling mot en väsentlig reduktion av den slutna regionsjukvården inom neurologin.

När det gäller neurokirurgins dimensionering ansluter sig utredningen till expertgruppens bedömningar. Utredningen är däremot inte beredd att föreslå en begränsning av neurokirurgin till fyra–fem sjukhus i landet som expertgruppen förespråkar framför allt med tanke på de konsekvenser som bemanningsutvecklingen för med sig. Utredningen har därvid tagit hänsyn

till dels behovet av att geografiskt sprida resurser för neurotraumatologiskt omhändertagande, dels de funktionsinskränkningar och negativa återverkningar som skulle bli följden för de regionsjukhus som skulle avveckla neurokirurgin. Sistnämnda fråga behandlas närmare på sid. 114. Utredningen anser att specialisterna vid en enhet inte bör vara fler än att de får tillräckligt patientunderlag för att kunna upprätthålla sin färdighet. De av expertgrupperna redovisade konsekvenserna av bemanningsutvecklingen synes kunna mötas efter andra linjer.

Utredningen har ovan påpekat att neurologi och neurokirurgi utnyttjar i stort samma diagnostiska resurser och i övrigt har många beröringspunkter. Mot bakgrund av bemanningsutvecklingens konsekvenser anser utredningen att frågan om en närmare samverkan mellan neurologi och neurokirurgi måste diskuteras. Inom ramen för NLV:s översyn av läkares vidareutbildning pågår en analys av möjligheterna att i viss omfattning samordna utbildningen för blivande specialister i neurologi och neurokirurgi. Detta skulle kunna leda bl. a. till att en ny generation neurologer kommer fram med ett fördjupat kunnande i neurotraumatologi, vilket bör vara av stort värde när de tillförs länssjukvården. Under förutsättning att en viss samordning av den fortsatta vidareutbildningen går att genomföra borde detta kunna ge möjlighet att införa en delvis gemensam primärjourorganisation för neurologi och neurokirurgi på regionsjukhusen. De av neurokirurggruppen aktualiserade bemanningsproblemen skulle härigenom kunna få en alternativ lösning.

Utredningen föreslår mot bakgrund av vad som ovan redovisas att verksamheten fördelas på sex kliniker med en i varje region.

Utredningen föreslår en planeringsram på 280–300 vårdplatser gemensamt för neurologi och neurokirurgi år 1985. Beträffande vård av ryggmärgsskadade se Medicinsk rehabilitering, sid. 145.

Allmänkirurgi, ortopedisk kirurgi och urologisk kirurgi

Utredningens bedömning av dessa tre verksamhetsområden redovisas på sidan 135.

Allmänkirurgi. Allmänkirurgins regionsjukvård finns till största delen inom transplantationskirurgi, onkologisk kirurgi, matsmältningskanalens kirurgiska sjukdomar, kärlkirurgi samt endokrinologisk kirurgi. Vid de regionsjukhus som har kliniker med omfattande transplantationsverksamhet dominerar denna helt dessa klinikers regionsjukvård.

Transplantationskirurgi kommer fram till 1985 huvudsakligen att avse njurtransplantationer samt medverkan i vissa typer av extrakorporal organkirurgi och tumörkirurgi. Ovanliga och komplicerade tumörkirurgiska fall, framför allt sådana som kräver samverkan med företrädare för klinisk immunologi och allmän onkologi, kommer att handläggas inom allmänkirurgisk regionsjukvård.

Matsmältningskanalens kirurgiska sjukdomar kommer troligen att domineras av de kroniskt inflammatoriska sjukdomarna, där framför allt den tekniska vidareutvecklingen av olika stomier kräver regionsjukhusets resurser.

Inom den endokrinologiska kirurgin kommer sekundära och tertiära

hyperparathyreoidismer, reoperationer på parathyreoidea, endokrint aktiva tumörer i matsmältningskanalen samt binjuretumörer att dominera bilden.

Den perifera kärlkirurgin inom regionsjukvården förutsätts i framtiden huvudsakligen avse mera sällsynta tillstånd som förträngningar i tarmens kärl och njurkärlen.

RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård för allmänkirurgi inklusive platser för transplantationskirurgi till 130–165 vårdplatser år 1985.

Utredningen ansluter sig i princip till expertgruppernas bedömningar, men en något mindre volym regionsjukvård 1985 än vad som förutsägs i expertrapporten är enligt utredningens mening sannolik.

Ortopedisk kirurgi. Regionsjukvårdens innehåll torde även i framtiden omfatta behandling av scolios, tumörsjukdomar, ryggradsfrakturer med neurologiska komplikationer samt viss barnortopedi i samverkan med barnklinik. En mindre del av reuma-ortopedin hör också till regionsjukvården. Utvecklingen av moderna proteser kommer även fortsättningsvis huvudsakligen att ske vid regionsjukhus.

Inom den ortopediska kirurgin förväntas en måttlig reducering av utnyttjandet av regionsjukvård. Vidare anser RIA:s expertgrupp att diagnosgrupperna scolios och tumörer hör hemma inom den flerregionala sjukvården. Beträffande ryggradsfrakturer med neurologiska skador föreligger ett gemensamt intresse från företrädare för ortopedisk kirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi och urologisk kirurgi att patienterna samlas till speciella vårdenheter, enheter för ryggmärgsskadade. Dessa enheter bör vara av flerregional karaktär. Behovet av vårdplatser för dessa har inte beaktats vid dimensionering av de olika verksamhetsområdena. Se vidare medicinsk rehabilitering (sid. 145).

RIA:s expertgrupp beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 100 vårdplatser år 1985.

Utredningen ansluter sig i princip till RIA:s expertrapport men menar att det med hänsyn till den snabba utbyggnaden av länssjukvården är sannolikt att man får en något mindre volym regionsjukvård 1985 än vad som där anges.

Urologisk kirurgi. Den pågående utbyggnaden av urologisk kirurgi inom länssjukvården medför att ett mindre antal patienter med prostatahyperplasi, urinvägskonkrement och liknade kommer att remitteras till regionsjukvård. Tumörsjukdomar kommer att dominera den urologiska regionsjukvården.

Antalet urologiska tumörer t. ex. beträffande njurar, prostata och urinvägar ökar successivt. Behandlingen av dessa kommer att utvecklas alltmer med avancerade tekniska hjälpmedel, varför denna vård sannolikt i huvudsak kommer att behöva koncentreras till regionsjukhus. Patienter med inkontinens, paraplegi och därav orsakad neurogen blåsrubbning eller andra sjukdomar i nervsystemet, påverkande urinorganet, kommer likaledes att vara i behov av regionsjukvård även i framtiden. Vid regionsjukhus där s. k. spinala centra organiseras kommer de urologiska klinikerna att ha väsentliga och omfattande arbetsuppgifter för patienternas rehabilitering. Dessutom är utredning och behandling av subfertila män i många fall en uppgift för regionsjukvården.

Till följd av den urologiska kirurgins utbyggnad inom länssjukvården under senare delen av 70-talet förväntas en minskning av urologisk regionsjukvård. Då erfarenhet ännu inte vunnits av effekten av den utbyggda länssjukvården inom urologisk kirurgi råder osäkerhet beträffande den framtida regionsjukvårdens omfattning. Expertgruppen beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 100–120 vårdplatser år 1985.

Utredningen ansluter sig i princip till expertgruppens bedömning men med hänsyn till den snabba utbyggnaden av länssjukvården bör man sannolikt räkna med en mindre volym regionsjukvård för år 1985.

Beträffande andrologi anser utredningen att samverkan med endokrinologi (se sid. 124) och i vissa fall gynekologi (se sid. 137) är nödvändig. Vårdens tyngdpunkt finns dock inom urologisk kirurgi.

Bedömning av allmänkirurgi, ortopedisk kirurgi och urologisk kirurgi

RIA:s expertgrupp för kirurgi har hänvisat till en rapport, avgiven av en nordisk expertkommitté, angående njurtransplantationsverksamheten i Norden. I denna föreslås en koncentration av njurtransplantationsverksamheten i Sverige till tre enheter, dvs. en reduktion med en enhet. En sådan neddragning innebär emellertid tämligen långtgående konsekvenser för andra verksamhetsområden än allmänkirurgi, eftersom njurtransplantationsverksamheten kräver en omfattande kontakt-, service- och forskningsorganisation. För närvarande gäller detta i hög grad det immunologiska området. Även om den framtida volymen njurtransplantationer mycket väl skulle kunna klaras vid tre enheter är utredningen ändå inte beredd att följa förslaget. Skälet är främst att utvecklingen inom transplantationsområdet för närvarande är mycket svår att överblicka varför utredningen anser att de nuvarande forsknings- och utvecklingsresurserna knutna till njurtransplantationsverksamheten tills vidare bör bibehållas. Å andra sidan bör transplantationsverksamhet för närvarande inte etableras på ytterligare platser i landet.

På sidan 112 har närmare utvecklats effekten av den pågående utvecklingen inom länssjukvården för kirurgins del. Utredningen har också uppmärksammat att vid många länssjukhus pågår en medveten förstärkning av kunnandet utanför verksamhetsområdet allmänkirurgi vid rekrytering av läkare med sådan vidareutbildning. Motsvarande gäller också ortopedisk kirurgi. Enligt utredningens mening kan urolograpportens dimensionering uppfattas såsom alltför ambitiös för regionsjukvårdens del och effekten av en utbyggd länssjukvård som underskattad. Med hänsyn till detta och inte minst mot bakgrund av en sannolikt varierande resursnivå inom länssjukvården föreslår utredningen en planeringsram på 300–360 vårdplatser för verksamhetsområdena allmänkirurgi, ortopedisk kirurgi och urologisk kirurgi.

Handkirurgi

Regionsjukvården omfattar svåra traumatiska fall i akutskedet, rekonstruktioner beträffande senor och nerver, större hudplastiker på händerna, djupa andra och tredje gradens brännskador, större rekonstruktiva ingrepp vid

reumatoid artrit, svårare fall av Dupuytrens kontraktur, medfödda missbildningar och maligna tumörer på händerna.

Antalet remisser till handkirurgisk vård ökar snabbt och det kan väntas att fram till 1985 kraven på handkirurgisk vård kommer att ytterligare öka. Detta beror på en ökning av olycksfall, krav på reumakirurgiska ingrepp och den medicinska utvecklingen inom mikrokirurgi och endoproteskirurgi, som gör det möjligt att framgångsrikt kunna behandla sådant som tidigare bedömts som ej behandlingsbart. RIA:s expertgrupp anser att handkirurgi är en regional uppgift och beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 90 vårdplatser för år 1985.

Utredningen ansluter sig i princip till expertgruppens bedömningar. Volymen regionsjukvård kommer dock troligtvis att vara lägre genom en sannolikt gynnsammare olycksfallsutveckling och ett ökat omhändertagande i länssjukvården genom att i handkirurgi tillfredsställande randutbildade ortopedkirurger kommer att finnas vid länssjukhusen. Utredningen räknar därför med 75–80 vårdplatser år 1985 med en enhet per region.

Plastikkirurgi

Regionsjukvården omfattar framför allt behandlingen av vissa medfödda missbildningar och rekonstruktioner av komplicerad natur, t. ex. vid ansiktsskador, brännskador samt i samband med kirurgisk eller radiologisk behandling av tumörer i hud, slemhinnor, skelett och mjukdelar. Även rekonstruktioner efter förlamningar av ansiktsmuskulaturen torde kräva regionsjukvård.

En relativt kraftig ökning förutses inom plastikkirurgi främst beroende på en ökning av tumörfall såsom maligna melanom samt rekonstruktiv cancerkirurgi. För att möta denna ökning och reducera det redan nu starka trycket på den plastikkirurgiska regionsjukvården anser RIA:s expertgrupp att plastikkirurgiska enheter bör byggas upp vid några av de större länssjukhusen. Expertgruppen beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 200 vårdplatser år 1985, under förutsättning att enheter med läkare vidareutbildade i plastikkirurgi etableras vid de större länssjukhusen inom ramen för allmänkirurgisk klinik. Om detta förslag inte följs bedömer expertgruppen behovet av sluten regionsjukvård 1985 bli större än utnyttjandet 1974, 235 vårdplatser.

Utredningen ansluter sig i princip till expertrapporten. En mycket stor del av de patienter som finns uppförda på vårdplaneringslista utgörs uppenbarligen av personer som är under observation/behandling. En annan stor grupp har vårdbehov av lågprioriterad karaktär som på många håll utanför regionsjukhusens eget upptagningsområde handläggs av allmänkirurger med viss utbildning i plastikkirurgi.

Utredningen anser att det plastikkirurgiska kunnandet inom länssjukvården måste ökas så att den sistnämnda gruppen av patienter kan omhändertas nära hemorten i större omfattning. Utredningen är emellertid inte beredd att följa expertgruppens förslag om enheter bemannade med i plastikkirurgi vidareutbildade läkare. Det främsta skälet för detta är att en riktigt avvägd arbetsfördelning mellan länssjukvård och regionsjukvård skulle föra med sig en relativt begränsad plastikkirurgisk verksamhet inom

länssjukvården med risk för att vederbörande specialister skulle få svårigheter att upprätthålla sitt speciella kunnande. Utredningen förordar i stället att en eller flera allmänkirurger vid varje länssjukhus tjänstgör vid plastikkirurgisk klinik på regionsjukhus viss tid i syfte att lära sig handlägga sådana fall som bör omhändertas inom länssjukvården. Utredningen vill också i detta sammanhang erinra om den pågående översynen inom NLV av läkares vidareutbildning, se sid. 112.

Det av utredningen förordade ökade kunnandet inom plastikkirurgi i länssjukvården bör leda till att behovet av sluten regionsjukvård inom plastikkirurgi kan begränsas.

Utredningen föreslår som utgångspunkt för planeringen av plastikkirurgisk regionsjukvård ca 200 vårdplatser fördelade på en enhet per region.

Brännskadevård

Regionsjukvården omfattar vissa medelsvåra samt alla svåra brännskador, dvs. brännskador med en total utbredning på 30 procent av kroppsytan eller 20 procent vid djupa skador, som kräver flera operationer, alla djupa skador inom huvud- och halsregionen samt svåra brännskador orsakade av elektricitet.

För vissa patientgrupper är skadorna att betrakta som svåra redan om den totala ytan utgör 20 procent (10 procents djup). Hit räknas patienter med ålder under 15 år och över 60 år, patienter med extrem fetma, diabetes, alkoholism, narkomani eller psykisk grundsjukdom eller patienter där brännskadorna är kombinerade med andra skador.

Inom brännskadevården förutses ingen kvantitativ förändring 1985. Expertgruppen beräknar behovet av sluten regionsjukvård till 20 vårdplatser nämnda år. Den kvalificerade brännskadevården bör enligt experterna bedrivas på högst två eller tre enheter. Dessa bör i första hand ingå i plastikkirurgi och intensivvård. Särskilda läkartjänster bör inrättas för verksamheten.

Utredningen ansluter sig till vad som anförs i expertrapporten. Det är uppenbart att nuvarande resurser för högspecialiserad brännskadevård är splittrade på alltför många enheter, vilka i hög grad är geografiskt koncentrerade. Då möjligheterna att standardisera vätskebehandlingen av svårt brännskadade patienter under det första dygnet medför att transportmomentet får en underordnad betydelse för vårdens organisation, föreslår utredningen att den högspecialiserade brännskadevården koncentreras.

Utredningen förordar en planeringsram med totalt högst 20 vårdplatser för högspecialiserad brännskadevård år 1985 fördelade på två enheter.

Gynekologi och obstetrik

Inom obstetriken är behovet av regionsjukvård begränsat och omfattar i första hand viss diagnostik av genetisk sjukdom under fosterstadiet samt graviditet med annan allvarlig komplicerande sjukdom.

Inom gynekologin är patienter aktuella för regionsjukvård huvudsakligen inom områdena gynekologisk onkologi, gynekologisk endokrinologi, infertilitet (manlig och kvinnlig) samt gynekologisk urologi.

En stor del av behandlingen av maligna tumörer i genitalorganen sker i samverkan med avdelningen för gynekologisk onkologi vanligen så att den operativa behandlingen görs på kvinnokliniken medan övrig behandling sker på onkologisk klinik.

Regionsjukvårdens innehåll förväntas inte ändras. Möjligheterna att omhänderta regionsjukvårdspatienter i öppna och halvöppna vårdformer kan förbättras under förutsättning att erforderliga mottagnings- och diagnostiska möjligheter samt patienthotell ställs till förfogande. Expertgruppen i RIA anser att den slutna regionsjukvårdens omfattning år 1985 liksom för närvarande kommer att vara 30–35 vårdplatser.

I RIA:s rapport angående endokrinologi behandlas vård av gravida diabetiker. Utredningen anser att huvudansvaret för dessa patienter bör ligga inom verksamhetsområdet gynekologi och obstetrik i nära samverkan med företrädare för allmän internmedicin/endokrinologi. Så långt möjligt bör förutsättningen för omhändertagande av denna patientgrupp skapas inom länssjukvården. Skäl för detta är den stora nackdel det innebär för dessa patienter att under lång tid vistas långt från hemorten.

Beträffande andrologi anser utredningen, som sägs på sid. 134, att denna i första hand hör hemma inom urologisk kirurgi. Såväl endokrinologi (se sid. 124) som gynekologi och obstetrik är viktiga samarbetsparter för urologisk kirurgi i detta sammanhang.

Utredningen ansluter sig i övrigt till expertgruppens bedömningar och föreslår som utgångspunkt för planering av regionsjukvård år 1985 omkring 30 vårdplatser.

Ögonsjukdomar

Inom ögonsjukvården är sjukdomens svårighetsgrad mer utslagsgivande för var patienten skall vårdas än diagnosen. Exempel på patienter som remitteras till regionsjukvård är framför allt patienter med näthinneavlossning, grå eller grön starr, maligna ögontumörer och patienter i behov av glaskroppskirurgi.

Förändringar i befolkningens ålderssammansättning medför en ökning av åldersbetingade ögonsjukdomar. Tekniskt vetenskapligt förväntas en snabb utveckling inom såväl det diagnostiska som det terapeutiska området vilket beräknas medföra en ökad koncentration av speciell utrustning och teknik till regionsjukhusens kliniker.

Vissa sjukdomstillstånd bör i ökad omfattning koncentreras till regionsjukhusen, t. ex. tumörer i ögat, komplicerade fall av näthinneavlossning samt vissa typer av hornhinnesjukdomar. Expertgruppen förutser en ökning av antalet patienter i regionsjukvård men bedömer att kortare vårdtider och ökat omhändertagande i öppna och halvöppna vårdformer, förutsatt att erforderliga resurser för detta ställs till förfogande, kommer att medföra i stort sett oförändrad omfattning sluten vård, nämligen ca 40–45 vårdplatser.

Utredningen ansluter sig till expertgruppens bedömning och föreslår en planeringsram på 40–45 vårdplatser.

Under senare år har det blivit alltmer uppenbart att volymen ögonkirurgi i landet inte är tillräcklig för att utbilda alla ögonläkare till ögonkirurger och bibehålla den kirurgiska färdigheten hos alla ögonläkare verksamma vid

sjukhus. Mot denna bakgrund har vissa RIA-experter på utredningens uppdrag gjort en studieresa till England. Erfarenheterna har redovisats i en särskild rapport, bilaga 10 (sid. 239). Utredningen anser att tanken på en uppdelning av ögonläkarutbildningen i en kirurgisk respektive medicinsk gren bör utredas vidare. Utredningen har därför överlämnat rapporten till NLV:s översynsutredning.

Öron-, näs- och halssjukdomar, audiologi och foniatri

Regionsjukvårdens innehåll kan översiktligt indelas i diagnosgrupperna tumörer, öronsjukdomar inklusive otoscleros, respirationsorganens sjukdomar samt oesophagus (matstrups-)sjukdomar. Dessutom innehåller regionsjukvården ett antal mindre frekventa sjukdomar såsom Ménières sjukdom och andra balansrubbningar m. m.

Regionsjukhusens öron-, näs- och halskliniker uppvisar en varierande profil med konsekvens att behandlingen av vissa mindre frekventa sjukdomstillstånd koncentrerats till några få kliniker.

Den öppna regionsjukvården består till stor del av kontroller av vissa tumörpatienter och audiologiska bedömningar. Flertalet patienter i behov av foniatrisk vård behandlas också inom den öppna vården.

Konsultverksamhet i form av telefon- och brevkontakter mellan klinikerna på läns- och regionsjukhus är på de flesta håll omfattande. Inom framför allt audiologi och foniatri förekommer på många håll att specialister vid regionsjukhuset är konsulter vid länssjukhusen.

Av den slutna regionsjukvården inom öron-, näs- och halssjukdomar avser cirka hälften av antalet vårddagar tumörvård. Regionsjukvården kommer även i framtiden att domineras av tumörsjukvården. Oberoende av om behandlingen kommer att ändras från kirurgisk till medicinsk vård eller till en kombination av dessa båda, måste tumörvården även i fortsättningen vara centraliserad till regionsjukhusen eftersom resurser för bedömning och uppföljning av tumörpatienterna finns där. Någon större förändring av antalet tumörpatienter vid regionsjukhusens öron-, näs- och halskliniker är inte sannolik.

Verksamhetsområdet audiologi är nära förknippat med verksamhetsområdet öron-, näs- och halssjukdomar men präglas av behovet av en tvärvetenskaplig kompetens. Huvuddelen av verksamheten är öppen vård.

Verksamheten inom audiologin kan indelas i uppsökande, förebyggande diagnostiska och terapeutiska åtgärder. Uppsökande och förebyggande åtgärder utförs för att minska hörselskadorna och deras sociala återverkningar. Denna verksamhet omfattar alla åldrar. Den diagnostiska verksamheten söker kartlägga hörselskadans lokalisation och svårighetsgrad. Förutom barnaudiologi rör det sig om preoperativa bedömningar av vuxna hörselskadade. Andelen regionsjukvård inom audiologin är tämligen begränsad och utgörs huvudsakligen av barnaudiologi och preoperativa utredningar av vissa hörselrubbningar.

De audiologiska avdelningarna kommer i framtiden, liksom för närvarande, inte att ha behov av egna vårdplatser utan kan repliera på öron-, näs- och halsklinikernas vårdplatser.

Den foniatrisk-logopediska verksamheten omfattar undersökning och behandling av människor med röst-, tal- och språkrubbningar. Foniatri och logopedi är, liksom audiologi, ett utpräglat tvärvetenskapligt område, där medicin, humaniora och teknologi samarbetar i behandlingen av patienter med störningar i förmågan att kommunicera med tal och språk.

Den övervägande delen av verksamheten sker i öppen vård. En omfattande konsultverksamhet förekommer också. Habilitering är ett viktigt fält för foniatrin och den kan för den enskilde patienten ofta sträcka sig över långa tidsperioder.

Andelen regionsjukvård inom foniatri är tämligen begränsad. Den omfattar bl. a. viss diagnostik av larynxtumörer samt rehabilitering efter operation eller strålbehandling för sådan sjukdom. En annan viktig regional uppgift inom foniatrin är rehabilitering av barn med käk-, läpp- och gomspalter.

Den öppna regionsjukvården inom öron-, näs- och halssjukdomar kommer även framdeles att bestå av kontroller av tumörpatienter, audiologiska bedömningar och foniatrisk vård. Möjligen kommer denna öppna vård att öka något, speciellt om uppföljningen av tumörpatienterna kommer att utökas. Å andra sidan medför sannolikt utvecklingen inom länssjukvården att antalet patienter, som remitteras till regionsjukhusets öppna mottagning för audiologisk bedömning, kommer att minska.

Konsultverksamheten från regionsjukhusen till länssjukhusen bör öka genom att de foniatriska avdelningarna byggs ut vid regionsjukhusen. I vissa områden kommer detta sannolikt även att gälla audiologin om denna inte byggs ut i önskad omfattning inom länssjukvården.

RIA:s expertgrupp har angivit regionsjukvårdens nuvarande omfattning till ca 44 500 vårddagar per år. Under förutsättning att nuvarande ambitionsnivå för öronsjukvården i landet bibehålls finner gruppen inte underlag för några radikala förändringar av regionsjukvårdens omfattning 1985. Den upprustning av länssjukvården som skisseras i HS 80 kan dock medföra en viss minskning av regionsjukvården. De demografiska förändringarna under perioden fram till 1985 talar för en viss ökning av regionsjukvården medan den medicinska och tekniska utvecklingen inte väntas medföra någon förändring beträffande regionsjukvårdens omfattning.

Utredningen instämmer i princip i expertgruppernas bedömningar men ifrågasätter om läkare vidareutbildade i audiologi skall tillföras länssjukhusen. Däremot bör den audiologiska kompetensen på länssjukhusen förstärkas genom viss utbildning i audiologi för öron-, näs- och halsspecialister.

Liksom hittills är det sannolikt att tumörvård kommer att vara den helt dominerande uppgiften inom regionsjukvården. Utredningen anser dock att en viss reduktion av denna kan följa av den planerade förstärkningen med onkologisk sakkunskap i länssjukvården. Framför allt gäller detta fortsatt behandling och uppföljning efter omhändertagandet på regionsjukhuset.

Utredningen föreslår emellertid en oförändrad planeringsram på ca 160–180[1] vårdplatser år 1985 för regionsjukvård inom verksamhetsområdena öron-, näs- och halssjukdomar, audiologi och foniatri. Denna bör på sikt kunna inrymma ökad omfattning av rekonstruktiv öronkirurgi.

[1] 45 000 vårddagar.

Allmän och gynekologisk onkologi

Onkologi är huvudsakligen en terapeutisk specialitet. Den primära diagnostiken av maligna tumörer bedrivs företrädesvis inom primärvården, inom kirurgiska specialiteter och inom vissa icke opererande specialiteter. Av praktiska skäl kan viss primärdiagnostik dock förläggas till de onkologiska klinikerna.

Vid de onkologiska klinikerna bedrivs med stöd från regionsjukhusens serviceavdelningar och övriga kliniker ett omfattande utredningsarbete för att bestämma vilken typ av tumörsjukdom som föreligger och kartlägga tumörsjukdomens utbredning, kliniska stadium, cytologisk och histopatologisk malignitetsgrad etc. Vid de onkologiska klinikerna bedrivs vidare olika former av icke-kirurgisk cancerterapi såsom strålterapi, cytostatikabehandling och hormonterapi samt utvecklingsarbete för tillämpning av andra medikamentella behandlingsmetoder. Den helt dominerande delen av strålbehandlingen vid cancersjukdomar ges numera vid de onkologiska klinikerna.

De onkologiska klinikerna har övertagit de radioterapeutiska klinikernas väl utbyggda system för uppföljning av patienter med cancer efter behandlingen och svarar vanligen organisatoriskt för uppläggning av uppföljningen inom hela regionen. I vissa fall sköter regionsjukhusens onkologiska klinik även efterkontroll av patienter behandlade vid annan klinik inom regionen.

Medikamentell behandling av cancersjukdomar bedrivs såväl vid onkologiska som vid andra kliniker. Som exempel kan nämnas att cytostatikabehandlingen vid abdominella tumörer ofta ges vid allmänkirurgiska kliniker och hormonbehandling av prostatacancer vid urologiska och allmänkirurgiska kliniker. Behandlingen av akuta leukemier bedrivs oftast vid medicinska kliniker eller vid hematologiska specialavdelningar. Den medikamentella behandlingen av maligna lymfom kan äga rum såväl vid onkologiska som vid medicinska kliniker. Behandlingens uppläggning bestäms oftast i samarbete mellan onkologer och övriga berörda specialister och eventuella vårdprogram utarbetas också i samråd.

Vid en utbyggd regional cancervård bör patienter med tumörer i huvud- och halsregionen, centrala nervsystemet, vissa patienter med intrathoracala tumörer, maligna tumörer i skelett och mjukdelar, maligna lymfom, akuta leukemier liksom barn med solida tumörer hänvisas till regionsjukhus, i varje fall under primärbehandlingen. Detsamma gäller vid flertalet gynekologiska cancerformer, liksom också vid vissa urologiska tumörformer som testikel-, penis- och urinblåsecancer. Motsvarande uppfattning redovisas även i organspecialisternas rapporter. För närvarande finns redan en praktiskt taget total centralisering till regionsjukhus vid de gynekologiska cancerformerna och vid flertalet typer av cancer i huvud- och halsområdet. För vissa tumörformer kommer behandlingen i ökande grad att koordineras genom regionala vårdprogram. Med hänsyn till begränsade resurser vid de onkologiska klinikerna kommer primärvården i högre grad än f. n. att utnyttjas för uppföljning av patienter.

Inom vissa stora tumörgrupper kommer, liksom för närvarande, primärbehandlingen att till stora delar ske inom länssjukvården. Detta gäller t. ex.

ventrikelcancer, coloncancer och bröstcancer.

De onkologiska klinikerna svarar tillsammans för 20–25 procent av all sluten vård som ges för tumörsjukdom inom korttidsvården. Vid regionsjukhusen varierar onkologklinikernas andel av den slutna tumörvården mellan 30 och 50 procent medan de medicinska klinikerna svarar för mellan 15 och 30 procent. Resterande del faller på de kirurgiska disciplinerna.

I alla industrialiserade länder visar tumörsjukdomarna totalt en stigande frekvens. Antalet nyregistrerade tumörer var 1959 cirka 20 000. Under 10-årsperioden 1960–1970 ökade antalet nyupptäckta cancerfall i Sverige med cirka 40 procent och under 1972 inträffade cirka 31 000 nya tumörfall. Den årliga incidensökningen har hittills varit cirka 3 procent. Av denna ökning beror cirka hälften på befolkningens förskjutning mot högre åldrar medan andra hälften av ökningen måste ha andra orsaker t. ex. rökning och andra faktorer i miljön. Om trenden för perioden 1959–1972 kvarstår kan enligt expertgruppen antalet nyregistrerade cancerfall 1985 uppskattas till cirka 45 000.

En annan faktor som pekar på behov av ökade vårdresurser för tumörpatienter är att allt fler cancerpatienter lever längre efter den primära tumörbehandlingen och att underhållsbehandling av kroniskt sjuka cancerpatienter blir alltmer intensiv, komplicerad och långvarig. Adjuvant (stödjande) förebyggande cytostatikabehandling av kliniskt tumörfria patienter kräver likaledes långa behandlings- och observationstider.

Enligt expertgruppen medför utvecklingen att slutenvårdsresurserna vid de onkologiska klinikerna på regionsjukhus behöver utökas. För att begränsa behovet av resursökningar anser expertgruppen att cancervården i ännu större omfattning än för närvarande bör drivas i öppna vårdformer med stöd av patienthotell och dagvård. Betydelsefullt i sammanhanget är också den planerade utbyggnaden av länssjukvården varigenom onkologisk sakkunskap tillföres länssjukhusen. Enligt expertgruppen behövs för allmän och gynekologisk onkologi inom region- och länssjukvård totalt 14 à 15 vårdplatser per 100 000 invånare. Fördelningen mellan region- och länssjukvård måste dock bli beroende av bl. a. befintliga resurser.

Utredningen ansluter sig i princip till de bedömningar som expertgruppen för onkologi gjort. Utredningen anser dock att en framskrivning av incidensutvecklingen liksom bedömningen av dess konsekvenser måste ske med stor försiktighet. Tidigare upptäckt av tumörer kan påverka dels incidensbilden, dels sjukdomsförlopp och resursinsats från sjukvårdens sida. Eftersom en betydande del av incidensökningen tillskrivs befolkningens förskjutning mot högre åldrar finns det skäl ifrågasätta om denna incidensökning ger motsvarande belastningsökning för regionsjukvården. Utrednings- och behandlingsinsatser med hänsyn till patientens allmäntillstånd får ofta en annan inriktning i högre åldrar och blir mindre belastande för regionsjukvården. Preventiva insatser kan givetvis också få sin betydelse – å andra sidan torde exempelvis de förändrade rökvanorna hos den kvinnliga delen av befolkningen leda till fler tumörer. Förväntade ändringar i tumörincidensen har beaktats i de dimensioneringsberäkningar som vissa andra expertgrupper redovisat för utredningen.

Även inom onkologin planeras en betydelsefull förstärkning av länssjukvården genom att denna tillförs vidareutbildade läkare i allmän onkologi där

det inte redan finns en länsklinik alternativt invärtesmedicinsk specialist och/eller allmänkirurg med viss utbildning i allmän onkologi. Också resursförstärkningar vid länssjukhusens laboratorier är betydelsefulla. Arbete med regionala vårdprogram inom onkologi pågår och beräknas få stor betydelse. Inom ramen för dessa kommer bl. a. samverkansformerna och arbetsfördelningen mellan klinikerna vid regionsjukhusen och onkologerna i länssjukvården att belysas. I genomförandet av vårdprogrammen är denna arbetsfördelning och samverkan en viktig faktor. Som expertgruppen påpekat är det tänkbart att patienter med vissa typer av tumörer i högre grad än för närvarande blir bedömda vid onkologiskt centrum på regionsjukhus medan däremot det rekommenderade behandlingsprogrammet i icke oväsentlig utsträckning bör kunna genomföras inom länssjukvården. Genom förstärkning av resurserna inom den sistnämnda och utvidgad samverkan inom ramen för vårdprogram är det också möjligt att vissa patienter i högre grad kan skötas inom länssjukvården.

Utredningen anser efter ovan redovisade överväganden att den slutna onkologiska regionsjukvårdens omfattning inte kommer att öka genom den ökade tumörincidensen. Väsentligt ökade insatser i öppna och halvöppna vårdformer kan emellertid förutses varför dimensioneringen av de onkologiska regionklinikernas behandlings- och mottagningsavdelningar respektive tillgång till patienthotell måste ägnas särskild uppmärksamhet. Utredningen räknar med att nuvarande resurser för sluten onkologisk regionsjukvård motsvarar behovet 1985.

4.3.2 *Övriga verksamhetsområden inom korttidsvården*

Övriga verksamhetsområden avser anestesiologi, kliniska laboratoriedischpliner, röntgendiagnostik, sjukhusfysik och medicinsk teknik.

Dessa verksamhetsområden har inte utretts på samma sätt som de inom RIA-projektet. Skäl för detta är främst att socialstyrelsen genom utredningen Medicinsk service nyligen analyserat samtliga nyssnämnda verksamhetsområden utom anestesiologi och intensivvård med hjälp av expertis på i stort sett samma sätt som gällt för RIA-projektet. Regionsjukvårdsaspekterna har därvid också uppmärksammats. Den genomförda remissbehandlingen av Medicinsk service har visat att det finns en stor uppslutning bakom den bild som tecknas beträffande utvecklingen av de medicinska servicedisciplinerna. Regionsjukvårdsutredningen har bl. a. mot denna bakgrund valt att utnyttja Medicinsk service som en referensram för RIA-experternas arbete.

För anestesiologi finns inte motsvarande analys gjord. Däremot har intensivvårdsverksamheten belysts i Spri rapport 18/73.

4.3.2.1 Anestesiologi

För en välfungerande regionsjukvård krävs tillgång till dels en välutvecklad och delvis specialiserad anestesiologisk serviceresurs, dels betydande intensivvårdsresurser. Detta framhålles i flertalet kirurgirapporter. Behovet av speciellt högt utvecklad anestesiologisk kompetens påpekas från företrädare för vissa verksamhetsområden inom regionsjukvården. I flera rapporter påtalas att otillräcklig anestesiologisk resurs alternativt otillfredsställande

tillgång på speciellt anestesiologiskt kunnande för närvarande är hinder för rationellt utnyttjande av resurser inom vissa andra kliniker på regionsjukhus.

Länssjukvårdens omfattning vid regionsjukhuset liksom utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete har också stor betydelse för dimensioneringen av såväl anestesiologi som intensivvård. Utredningen vill därför understryka angelägenheten av att resurserna för anestesiologi och intensivvård på regionsjukhus noggrant anpassas till verksamheten vid regionsjukhusets kliniker och övriga avdelningar.

4.3.2.2 Klinisk laboratorieverksamhet samt röntgendiagnostik

Beskrivningen av verksamheternas innehåll i Medicinsk service gäller fortfarande i hög grad varför utredningen för mer detaljerad information hänvisar till denna publikation. I bilaga 4 (sid. 207) ges en kortfattad beskrivning av strukturmodellen för medicinsk service. Den snabba utvecklingen inom datortomografiområdet kunde emellertid inte överblickas vid tiden för publiceringen av Medicinsk service (1975), varför utredningen i detta avseende hänvisar till bilaga 9 (sid. 227).

Av expertrapporterna framgår att här aktuella medicinska verksamhetsområden är av mycket stor betydelse för att de mer kliniskt orienterade disciplinerna skall kunna fullgöra sin regionsjukvård. Ett exempel är uttalandet i RIA-rapporten om hudsjukdomar att speciell hudpatologisk serviceresurs är av avgörande betydelse för regionsjukvården. Ett annat exempel är neuroradiologins och neurofysiologins betydelse för neurokirurgins och neurologins regionsjukvård.

Fjärrkonsultationsverksamheten är omfattande inom det medicinska serviceområdet liksom direkt stöd till länssjukhusens laboratorie- och röntgenavdelningar från regionsjukhusen.

Inom de kliniska laboratoriedisciplinerna finns en flerregional serviceorganisation. Det mest belysande exemplet på detta är specialkoagulationslaboratorierna. En bibehållen organisation förutses vilket i sin tur leder till koncentration av vissa patienter med blödnings- och koagulationsrubbningar för vård vid exempelvis kirurgiska kliniker vid de aktuella sjukhusen.

Uppbyggnaden av nya verksamhetsområden kan inte pågå parallellt i alla regioner – exempel för närvarande på detta är klinisk farmakologi, klinisk immunologi och klinisk genetik. Detta leder övergångsvis till ett flerregionalt utnyttjande av dessa resurser. Det är emellertid inom laboratorieverksamheten fullt tydligt att en profilering mot bakgrund av speciellt kunnande – ofta relaterat till forsknings- och utvecklingsarbete såväl inom egen avdelning som vid andra kliniker på regionsjukhuset – har utvecklats. Detta leder till att centrallaboratorierna på regionsjukhusen får varierande profil. Den härigenom uppkomna speciella profilen vid olika sjukhus är ett av skälen för allmänkirurggruppens uttalande om behovet av att patienter kan remitteras över regiongränserna. Laboratorieprofileringen framgår också av att prover sänds till olika ställen i landet för undersökning oberoende av regiongränser.

Beträffande dimensioneringen gäller vad som ovan sagts för anestesiologi och intensivvård, nämligen att resurserna vid röntgenavdelningar och

kliniska laboratorieavdelningar måste avpassas så att regionsjukhuset i övrigt kan fullgöra sina uppgifter med effektivt resursutnyttjande. Den totala dimensioneringen måste således göras utifrån dels regionsjukvårdens och länssjukvårdens behov, dels de krav som ställs från regionen i övrigt samt dels behovet av stöd till primärvården inom regionsjukhusets närområde. Vidare måste samband med utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete beaktas.

4.3.2.3 Medicinsk teknik och sjukhusfysik

Dessa verksamhetsområden har behandlats i Medicinsk service och utredningen hänvisar till denna publikation samt bilaga 4 (sid. 207). Dessa verksamhetsområden är betydelsefulla för all verksamhet på regionsjukhus där medicinteknisk utrustning alternativt joniserande strålning utnyttjas för diagnostik och behandling. Sjukhusfysiken har ett särskilt stort ansvar för att bevaka bl. a. strålhygieniska frågor. Resurser för dessa verksamhetsområden måste också i likhet med vad som sagts ovan avpassas till de olika funktioner som skall fullgöras såväl inom regionsjukhuset som åt andra enheter inom sjukvårdsområdet och regionen.

4.3.3 *Medicinsk rehabilitering*

Verksamhetsområdet medicinsk rehabilitering har inte varit föremål för RIA-utredning. Beträffande verksamhetsinnehåll och arbetsformer hänvisas till Socialstyrelsens principprogram för medicinsk rehabilitering (Sos anser 3/1978). Enligt utredningens uppfattning är egentlig regionsjukvård inom detta verksamhetsområde av mycket begränsad omfattning. En aktuell patientgrupp i detta sammanhang är personer med traumatiska ryggmärgsskador. Under de senaste årtiondena har behandlingsmöjligheterna ökat så att det numera är möjligt att återanpassa flertalet av dessa patienter till samhälle och förvärvsliv.

Den vårdorganisation som för närvarande finns skapar dock inte förutsättningar för optimalt resultat. Fortfarande ges behandling i det akuta skedet vid neurokirurgiska eller ortopediska kliniker på regionsjukhus eller läns- och länsdelssjukhus. Därefter överflyttas patienter i varierande omfattning till rehabiliteringsklinik. En sådan splittring av vården har visat sig otillfredsställande. En del patienter får komplikationer från urinvägar, hud och leder. Detta skulle kunna undvikas i hög utsträckning om den initiala vården var bättre samordnad.

I projekt RIA föreslås från ortopediskt och neurokirurgiskt håll att omhändertagandet av patienter med kotfrakturer och partiella eller totala förlamningar skall ske i särskilda enheter, s. k. spinal units. Det påpekas också, att dessa patienters vård även fordrar medverkan av urologer, rehabiliteringsläkare, plastikkirurger m. fl. Erfarenheterna utomlands av nyssnämnda enheter är mycket goda. Genom att sammanföra patienter till sådana centra har man kunnat införa effektivare vårdformer. På detta sätt har man minskat såväl vårdtiden som antalet sena komplikationer exempelvis från urinvägarna.

Dåvarande medicinalstyrelsen föreslog år 1961 att neurologiska rehabilite-

ringsenheter med speciella centra för ryggmärgsskadade skulle inrättas i fyra regioner.

Utredningen ansluter sig till uttalandet att vården av traumatiskt ryggmärgsskadade behöver samordnas bättre. Det är också viktigt att dessa patienter omhändertas i en miljö särskilt anpassad till de krav som vård av dessa patienter ställer. Dessa krav är emellertid ej unika utan gäller även vid vård av andra patienter t. ex. med ryggmärgstumörer, vissa andra neurologiska sjukdomar med förlamningssymtom m. m. Det ur regionsjukvårdssynvinkel specifika för gruppen traumatiskt ryggmärgsskadade är främst behovet av neurokirurgi respektive plastikkirurgi. Övriga resurser som tillgång till ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi, neurologi och rehabiliteringsavdelning finns i växande omfattning även inom länssjukvården.

En analys av tillgängligt statistiskt underlag visar att sammanlagt 35 patienter opererades i Lund/Malmö- och Uppsalaregionerna för ryggmärgsskada under 1973. Detta motsvarar 15 operationsfall per miljon invånare och år. Alla ryggmärgsskadade patienter blir emellertid ej föremål för operativ behandling. I en utredning från Göteborg anges totalfrekvensen på basen av svenska och utländska erfarenheter till 20–30 nya traumatiskt ryggmärgsskadade patienter per miljon invånare och år. Detta skulle motsvara ca 200 nya patienter per år i landet.

Utredningen anser för sin del att en särskild enhet inom varje region bör ges det samlade ansvaret för omhändertagandet av dessa patienter. Avdelning för medicinsk rehabilitering bör normalt ha såväl lokalmässiga som personella förutsättningar för att tillgodose denna patientgrupps specifika vårdmiljökrav. En funktionellt samordnad vård med huvudsaklig lokal förankring i medicinsk rehabilitering under medverkan av företrädare för neurokirurgi, neurologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi och urologisk kirurgi bör komma till stånd och utgöra en enhet för omhändertagande av ryggmärgsskadade. Sådana enheter bör finnas vid samtliga regionssjukhus med neurokirurgi och plastikkirurgi. Under vissa kortare perioder kan sluten somatisk korttidsvård inom ett eller flera av nyssnämnda verksamhetsområden vara aktuell men torde vara en relativt liten jämfört med den totala slutna vården vid enhet för omhändertagande av ryggmärgsskadade.

Ovan har sagts att funktionellt samordnad vård medfört förkortning av tidigare vanligen mycket långa vårdtider. I betänkandet har tidigare framhållits den pågående förstärkningen av länssjukvården. Enligt utredningens uppfattning bör därför vården av denna patientkategori baseras på såväl regioninsatser som lokalt omhändertagande inom länssjukvårdens ram. Den initiala vården bör när skäl härför finns ges vid enhet för omhändertagande av ryggmärgsskadade. När läget stabiliserats bör den fortsatta vården kunna ske inom länssjukvården. För koordinering och optimala rehabiliteringsresultat är det nödvändigt att upprätta vårdprogram för region- och länssjukvård. Något säkert underlag för att bedöma medelvårdtidens längd i ett läge då regionsjukvården, kan samverka med en utbyggd länssjukvård finns inte. Utredningen anger därför inte planeringsram utryckt i vårdplatser.

4.3.4 *Psykiatrisk sjukvård*

Kriterierna för regionsjukvård inom allmänpsykiatri är desamma som för annan regionsjukvård. Denna regionsjukvård skall således svara för de patienter som bereder speciellt svårbemästrade problem när det gäller diagnostik och behandling och som därför kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister och eventuellt också särskild utrustning.

För patienterna kan de stora geografiska avstånden medföra problem. Det blir svårt att upprätthålla kontakterna med anhöriga. Inte minst detta förhållande talar för att den egentliga regionsjukvården starkt bör begränsas.

Psykiatrisk regionsjukvård kan vara erforderlig då undersökning och behandling kräver nära tillgång till den somatiska regionsjukvårdens resurser. Det gäller närmast

- psykoendokrinologiska utredningar
- utredningar som fordrar nära samarbete med neuroradiologisk och neurofysiologisk expertis samt
- utredningar i samband med psykokirurgiska operationer.

Härutöver kan regionsjukvårdens resurser behövas för patienter med sällsynta och/eller komplexa symtombilder t. ex. psykiska tillstånd med komplicerad genetisk bakgrund.

År 1975 meddelades enligt utomlänsavtalet och regionsjukvårdsavtalen cirka 1 500 vårddagar inom detta verksamhetsområde. Denna siffra inkluderar inte den vård som meddelats enligt särskilda avtal om psykiatrisk vård, som slutits med huvudman som saknar lasarett för psykiatrisk vård. Till denna siffra skall läggas den regionsjukvård som ges patienter i sjukvårdsområden med regionsjukhus.

Beräknat proportionellt mot befolkningen kan därför totala antalet vårddagar inom allmänpsykiatrisk regionsjukvård uppskattas till cirka 2 800. Motsvarande antal vårdplatser som i så fall skulle utnyttjas är 10. Således utnyttjas regionsjukvård inom allmänpsykiatri i synnerligen liten omfattning. Utvecklingen inom psykiatrin kan leda till att ett betydligt större antal patienter kommer att vara i behov av regionsjukvård. Uppskattningsvis kan antalet vårdplatser för regionsjukvård beräknas till 50–100 för riket år 1985.

Därtill kommer att man regionalt kan behöva ordna resurser för ett antal patienter som ställer särskilda krav på säkerhet, utredning och behandling. Till dessa räknas en del av de särskilt vårdkrävande patienterna.

För flertalet av dessa patienter erfordras kvalificerade utredningar och behandlingar på det sociala, psykologiska och psykoterapeutiska området.

För de särskilt vårdkrävande patienterna är behovet av omvårdnad speciellt svårt att tillgodose under vissa skeden av psykiska störningar. Detta gäller då det t. ex. föreligger övergående eller mera långvarig farlighet för andra. Bland dessa patienter finns det således några som inte kan vårdas inom länssjukvården utan för vilka vårdplatser bör ordnas regionvis. En regional koncentration ter sig i dessa fall ofrånkomlig med hänsyn till de åtgärder som krävs för att kunna kombinera mänsklig omvårdnad med samhällsskydd.

Det är viktigt att man tillgodoser dessa patienters behov av mänskliga

kontakter, sysselsättning och andra aktiviteter, som kan gör en successiv anpassning i samhället möjlig.

Det regionala samarbetet bör medge att patienter i vissa fall får byta sjukhus för att pröva annan vårdmiljö. Sådana byten förutsätts främst ske mellan länssjukhusen. Härvid bör de särskilda kunskaper och erfarenheter som finns inom regionen kunna utnyttjas på bästa sätt.

Den regionala vården av särskilt vårdkrävande patienter kan eventuellt komma att samordnas med verksamheten vid de rättspsykiatriska klinikerna enligt förslag i utredningen Psykiskt störda lagöverträdare (SOU 1977:23).

Behovet av regionala vårdplatser för de särskilt vårdkrävande är beroende på resultatet av såväl behandlingen av nämnda utredning förslag som översynen av lagen om psykiatrisk vård i vissa fall.

Den regionaliserade vården för de särskilt vårdkrävande bedrivs i dag på de fasta paviljongerna vid Västerviks och Säters sjukhus samt specialenheterna vid S:t Sigfrids sjukhus, Sundsvalls sjukhus och Karsuddens sjukhus.

Våren 1976 var sammanlagt 380 patienter inskrivna på dessa enheter. Siffran inkluderar de försöksutskrivna. I september 1977 var motsvarande siffra 375 och av dessa var 285 inneliggande och 90 försöksutskrivna. Vid förfrågan hos vederbörande ansvarige läkare bedömdes att ca 100 av dessa patienter inte var i behov av dessa enheters speciella resurser utan kunde vårdas på sjukhus nära hemorten. Kvar skulle alltså bli 275 patienter. Enligt beräkningarna som görs i utredningen SOU 1977:23 kommer i framtiden cirka 1/3 av dessa patienter att överlämnas till kriminalvården om utredningens förslag genomförs.

Skulle så bli fallet kvarstår cirka 200 patienter inom denna regionaliserade vårdform. Om man använder samma relation mellan inneliggande och försöksutskrivna patienter som fanns vid inventeringen i september 1977 skulle dessa 200 patienter vara fördelade på 150 inneliggande och 50 försöksutskrivna. Behovet av vårdplatser för dessa patienter skulle således bli 150 samt ett antal vårdplatser avsedda för försöksutskrivna som måste återintagas. Med nuvarande praxis är detta antal 25, vilket tillsammans gör 175 vårdplatser eller uttryckt i planeringsram 150–175 vårdplatser.

Enligt utredningen SOU 1977:23 beräknas för häktade och intagna på kriminalvårdsanstalt ett behov av sluten psykiatrisk vård motsvarande 325–350 vårdplatser. Sammanlagt skulle behovet av vårdplatser inom psykiatri för särskilt vårdkrävande som nu finns i sjukvården och kriminalvården kunna uppskattas till 475–525.

Behovet av denna typ av vårdplatser skiftar i betydande grad mellan olika regioner. Stockholmsregionen torde för närvarande ha det största behovet av sådana vårdplatser.

För fullständighetens skull bör också medtagas de vårdplatser som krävs för rättspsykiatri. Platsbehovet har enligt den nämnda utredningen angetts till 50–70 vårdplatser.

På samma sätt som gäller sjukvården i övrigt har förutsatts ett enhetligt huvudmannaskap.

Kravet på vårdplatser inom regionalt samordnad psykiatrisk vård skulle med nu gjorda beräkningar ungefärligen bli:

Allmänpsykiatri	75 (50–100)
Särskilt vårdkrävande	500 (475–525)
Rättspsykiatriska undersökningar	50 (50– 70)
Summa	625 (575–695)

Den psykiatriska regionsjukvårdens uppgifter inom utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete torde i princip inte avvika från övrig regionsjukvård.

4.4 Utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete

4.4.1 *Inledning*

1958 års regionvårdsutredning angav som skäl att bedriva regionsjukvård inom en specialitet att behov av större patientunderlag än vad som finns inom ett sjukvårdsområde skulle föreligga för sjukvård, utbildning och forskning (se avsnitt 3.4). HS 80 däremot har inte tagit med utbildningens och forskningens krav på patientunderlag som motiv för regionsjukvård.

I flera av RIA:s expertrapporter har också framhållits att om länssjukvården byggs ut på ett sätt som från sjukvårdsorganisatoriska synpunkter kan vara motiverat minskar regionsjukhusets patientunderlag. Det kan då finnas risk att det patientunderlag som finns inom det sjukvårdsområde regionsjukhuset ligger i blir för litet för att på ett ändamålsenligt sätt bedriva undervisning och forskning.

Utredningen anser principiellt att patienter skall erbjudas vård så nära hemorten som möjligt där vård av tillfredsställande kvalitet kan bedrivas. Det måste enligt utredningens mening vara fel att remittera patienter med viss sjukdom till regionsjukhus med motivet att denna grupp av patienter erfordras för utbildning eller forskning. Remittering till regionsjukvård bör ske endast då det är till patientens fördel.

Utbildning och forskning måste sålunda lokaliseras och organiseras med anpassning till sjukvårdens behov.

För att erhålla en god personalplanering krävs också planering av utbildningen. Sociala skäl talar för att utbildningen i första hand sker inom varje län eller åtminstone region. Samplanering av utbildningens volym bör därför göras inom regionerna på basis av sjukvårdshuvudmännens krav och i enlighet med deras prioriteringar. Sjukvårdshuvudmännens planering bör vara riktlinjer för högskoleregionernas beslut om vårdutbildningens volym och förläggning. Samplaneringen underlättas givetvis om sjukvårds- och högskoleregioner överensstämmer geografiskt.

Utbildning av läkare och annan vårdpersonal är ett viktigt instrument för att påverka den framtida sjukvården. Innehållet i utbildningen måste komma att mer inriktas mot hänsynstagande till den ökande andelen äldre i samhället och mot förebyggande och öppen vård. Tyngdpunkten i utbildningen bör därför i framtiden inte – som i dag – ligga på regionsjukhusen utan fördelas mellan regionsjukhus, andra sjukhus och vårdcentraler. Speciellt viktigt är detta när det gäller praktiktjänstgöringen.

Utbildning inom s. k. trånga sektorer – där förhållandet mellan utbildningsbehov och praktikplatser är särskilt oförmånligt – bör fördelas på regionerna i proportion till patientunderlaget.

Efterutbildningen måste enligt utredningens mening tillmätas allt större betydelse. Alla sjukvårdshuvudmän har inte möjlighet att ge personalen sådan utbildning. Regionsjukhusen har en stor uppgift att fylla härvidlag. Samordning inom i första hand sjukvårdsregionen är nödvändig för att möjliggöra en effektiv efterutbildning. Detta gäller alla personalkategorier. Forskningen bör enligt utredningens mening kunna decentraliseras t. ex. i de fall patientens behov av sjukvård kan tillgodoses på hemlandstingets sjukhus. Vidgat samarbete beträffande forsknings- och utvecklingsarbete med sjukvården utanför regionsjukhus bör kunna etableras.

4.4.2 *Läkarutbildning*

I avsnitt 3.3 framgår att regionsjukhusen svarar för den största delen av läkarnas grundutbildning. Anledning till detta är den naturliga och traditionella kopplingen mellan medicinsk fakultet och landets större sjukhus vilka utvecklats till regionsjukhus.

Utbildningens förläggning till regionsjukhus innebär dock inte att utbildningen sker enbart inom den egentliga regionsjukvården. De studerande kommer främst i kontakt med regionsjukhuset i dess egenskap av läns- och länsdelssjukhus. De problem som uppstår beror vanligen inte på att patientunderlaget representerar sällan förekommande sjukdomar utan snarare på att det är för litet i förhållande till antalet medicine studerande.

I huvudsak är patientunderlaget i ett normalt sjukvårdsområde till sin karaktär lämpligt och tillräckligt för den kliniska delen av läkarnas grundutbildning. Det finns därför i och för sig skäl att pröva om underlaget för grundutbildningen kan breddas genom att utnyttja andra sjukhus i undervisningen för vissa kurser eller kursmoment. Även vårdcentraler bör givetvis komma i fråga, särskilt med tanke på den ökade tonvikten på den öppna vården och allmänläkarens betydelse. En sådan prövning bör ankomma på linjenämnderna för läkarlinjen och ske med utgångspunkt i de lokala förhållandena.

Möjligheterna att förlägga kurser eller kursmoment utanför undervisningssjukhusen är emellertid begränsade av både undervisningsmässiga och praktiska orsaker.

Från undervisningssynpunkt gäller att såväl lärare som andra pedagogiska resurser är knutna till fakulteten/regionsjukhuset. Lärarna/läkarna representerar också sambandet med fördjupad medicinsk forskning och utveckling. De studerande bör få tillfälle att följa arbetet på kliniker med omfattande forsknings- och utvecklingsarbete. Förutom att detta har ett självständigt värde främjas också rekryteringen till forskarutbildning. Det är också viktigt att de studerande får möjlighet att se även patienter med ovanligare sjukdomar.

Av ekonomiska och sociala skäl kan undervisningen inte förläggas på längre avstånd från universitetsorten. Bosättning på annan ort för vissa perioder är inte ett realistiskt alternativ ens för de terminslånga kurserna.

Övervägande skäl talar således för att regionsjukhusen även i framtiden

fungerar som huvudsaklig utbildningsanstalt för läkarnas grundutbildning.

Som framgår av redovisningen i avsnitt 3.3 är endast en liten del av *AT-blocken* (blocktjänster för allmäntjänstgöring) förlagda till undervisningssjukhusen, eftersom man gjort bedömningen att dessa sjukhus i vidareutbildningen av läkare i första hand bör utnyttjas för specialistutbildningen. Det finns inte skäl att öka omfattningen av AT vid undervisningssjukhusen.

I avsnitt 3.3 har också visats att *FV-blocken* (blocktjänster för fortsatt vidareutbildning) till större delen är placerade i länssjukvården. Detta förhållande väntas bestå. En fullgod och allsidig läkarutbildning kräver emellertid tjänstgöring på olika vårdenheter och vårdnivåer (cirkulation eller rotation). Det är därför önskvärt att de läkare som utbildas vid länssjukhusen får möjlighet att under någon period av tjänstgöringen komma i kontakt med regionsjukvården, antingen under FV-blocket eller genom kompletterande tjänstgöring efter uppnådd specialistkompetens.

Före tillkomsten av FV-blocksystemet var det vanligt att läkaren efter en viss tids arbete utanför regionsjukhusen tog arbete vid universitetsklinik för kompletterande tjänstgöring. FV-blocksystemet förutsätter också en viss cirkulation mellan olika sjukvårdsenheter. Samtidigt har det emellertid till viss del försvårat rotationen. Anledningen är att det i regel inte har funnits regional samplanering som fungerat.

Blockförordnanden för underläkartjänster tillsätts efter rent arbetsmarknadsmässiga principer. En läkare som påbörjat tjänstgöring på ett FV-block på en sjukvårdsenhet kan utan vidare söka anställning och block på en annan sjukvårdsenhet. Många läkare tar också till vara denna möjlighet att efter en tids FV-tjänstgöring vid ett mindre sjukhus söka sig till en undervisningsklinik inom eller utanför regionen. Även om dessa "brutna" FV-block åter kan tillsättas (antingen utan nytt medgivande från socialstyrelsen eller genom att sjukvårdsområdet som ersättning tilldelas ett nytt block), medför avbrottet störningar i blocksystemet.

Det är därför av stor vikt för såväl sjukvårdshuvudmännen som de enskilda läkarna att utbyte av läkare sker i en planerad och organiserad form. Sjukvårdshuvudmännen inom en region bör därför i god tid planera rotationen för att söka tillmötesgå behovet av viss tids tjänstgöring vid undervisnings/regionsjukhus, eventuellt kombinerad med forskarutbildning.

På lokal nivå har under många år FV-block planerats i samråd mellan sjukvårdshuvudmännen och de berörda lokala läkarföreningarna. Därvid har man ibland kunnat konstatera att frågorna måste lösas på regional nivå. Det har emellertid varit svårt att finna ett lämpligt organ och lämpliga arbetsformer för att inom regionen ta upp dessa frågor till behandling.

NLV behandlade bl. a. frågan om samverkan och samordning över landstingsgränserna i sin delrapport "Översyn av RLV:s arbetsuppgifter och sammansättning" (1976:1). I rapporten, som överlämnats till regionsjukvårdsutredningen, föreslås att regionsjukvårdsnämnderna i avvaktan på regionsjukvårdsutredningens arbete skall samordna FV-blocksplaneringen inom regionen. Som beredande organ föreslås regionala vidareutbildningskommittéer (RLV) knutna till regionsjukvårdsnämnderna. Dessa tankegångar stämmer väl med regionsjukvårdsutredningens synpunkter.

Behovet av regional samplanering kommer att öka ytterligare med en reglering av den kompletterande tjänstgöringen efter uppnådd specialistkompetens, som för närvarande är under bearbetning i NLV:s översyn av läkarnas vidareutbildning. För de specialiteter som kan få en reglerad kompletterande tjänstgöring vid regionsjukhus/undervisningssjukhus minskar givetvis behovet av att FV-block eller del därav förläggs till sådana sjukhus. Det är därför nödvändigt att i ett sammanhang pröva hur det tillgängliga tjänsteutrymmet på denna nivå vid regionsjukhusen skall fördelas på FV-block respektive kompletterande tjänstgöring.

Vid sidan av detta generella planeringsproblem bör också uppmärksammas vissa särskilda förhållanden som gäller vissa medicinska och kirurgiska subspecialiteter. Antalet läkare under FV i dessa specialiteter kommer dock att vara litet; i de flesta specialiteterna endast ett till fyra nya block per år. Erforderligt underlag för deras utbildning kan kanske inte erhållas utan en koncentration av regionsjukvårdspatienter till ett mindre antal regionsjukhus, men motsvarande önskemål finns i dessa fall även på rent sjukvårdsmässiga grunder.

Ett särskilt problem finns emellertid i fråga om specialistutbildningen inom vissa "små" specialiteter, t. ex. handkirurgi. Under utbildningen behöver underläkarna även komma i kontakt med länssjukvårdspatienter, dvs. patienter som vanligen omhändertas inom allmänkirurgi resp allmänmedicin. Där specialklinik finns tas dock dessa fall ofta om hand på denna. På de regionsjukhus, som finns i sjukvårdsområden med liten folkmängd, blir patientunderlaget enligt flera av RIA:s expertrapporter otillräckligt. I rapporterna har föreslagits att patienterna i dessa fall skall tillföras klinikerna från andra sjukvårdsområden, ehuru de ur sjukvårdssynpunkt väl kan vårdas på hemlandstingets sjukhus. En sådan lösning av problemet är felaktig om man har som målsättning att patienterna skall vårdas så nära hemorten som möjligt med beaktande av säkerhet och ekonomi. Andra lösningar är att förlägga FV-utbildning inom dessa specialiteter till de sjukhus som har tillräckligt patientunderlag alternativt finna nya utbildningsmöjligheter genom samordning mellan flera specialiteter.

4.4.3 *Utbildning av övrig vårdpersonal*

Ett av de mest kännetecknande dragen i högskolereformen är det decentraliserade beslutsfattandet. De detaljerade läroplanerna har ersatts med utbildningsplaner och lokala organ har fått ett större inflytande över hur de i utbildningsplanerna fastställda målen skall uppnås.

När det gäller utbildningsplanering för andra personalkategorier inom sjukvården än läkare är det främst planering av praktikplatser som kan vara av intresse för samplanering inom en sjukvårdsregion. Till detta kommer praktikplatser för värnpliktiga tandläkare och sjukvårdare under militär utbildning. I de fall sådan samplanering är aktuell bör frågorna behandlas i de regionala samverkansnämnderna. Samordning kan också vara aktuell t. ex. då en verksamhet som tidigare funnits endast vid regionsjukhus skall etableras inom länssjukvården. Det kan då finnas behov av att viss personal från länssjukvården tjänstgör kortare eller längre tid på regionsjukhuset för att inhämta den speciella kunskap som kan vara erforderlig.

4.4.4 *Forsknings- och utvecklingsarbete*

Mänskliga och ekonomiska skäl gör det angeläget att de framsteg som uppnås inom den medicinska forskningen snabbt utvärderas och då så är önskvärt kan föras ut i det praktiska sjukvårdsarbetet. Härigenom kan samhället och den vårdsökande allmänheten få del av de effekter i form av säkrare diagnostik, förbättrade och mer rationella behandlingsmetoder som den medicinska forskningen avkastar.

Planeringsansvariga inom sjukvården har hittills inte formulerat behov av planeringsunderlag på ett sådant sätt att det i nämnvärd utsträckning initierat forsknings- och utvecklingsarbete. Förutsättningar för detta har saknats genom att planeringsarbetet inte varit tillräckligt utvecklat. Genom senare års intensifiering och utveckling av sjukvårdsplaneringen finns det emellertid nu bättre möjligheter att ringa in brister i behovstillfredsställelse, effektivitet och planeringsunderlag samt därmed att identifiera behov av forsknings- och utvecklingsarbete.

Sjukvårdsregionerna med deras nära relation till de nyinrättade utbildningsregionerna inrymmer stora potentiella resurser för klinisk forskning. Detta kliniska forsknings- och utvecklingsarbete måste ske inom alla sjukvårdsområden för att sjukvården skall utvecklas till patienternas bästa. Detta kan och bör ske både decentraliserat och i samverkan emellan olika sjukvårdshuvudmän.

I 1958 års regionvårdsutredning framhålls att utredningen i sin regionindelning strävat efter att skapa från sjukvårds-, undervisnings- och forskningssynpunkt lämpliga kliniker. Däremot gick utredningen inte in på någon diskussion om forsknings- och utvecklingsarbete. Regionsjukvårdsutredningen ser inte heller som sin uppgift att gå djupare in i en diskussion om den medicinska forskningens villkor.

Utredningen vill emellertid peka på att inom medicinens olika områden kan exempel på angelägna uppgifter för forsknings- och utvecklingsarbete nämnas· där sjukvårdsregionen genom sin storlek och organisation utgör lämplig bas för forsknings- och utvecklingsarbete. Särskilt kan nämnas uppgifter inom epidemiologi och produktionskontroll.

Förutsättningarna att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete decentraliserat eller i samverkan mellan regionsjukhus och länssjukhus förbättras om vidareutbildade läkare inom länssjukvården har genomgått en tjänstgöring för kompetensutveckling på regionsjukhus.

Med hänsyn till regionsjukhusens långt drivna differentiering av sjukvården samt deras nära anknytning till den vid universiteten bedrivna medicinska grundutbildningen och forskarutbildningen är det dock uppenbart, att en stor del av forsknings- och utvecklingsarbetet inom en sjukvårdsregion även fortsättningsvis bör vara förlagd till regionsjukhusen.

En ökad samverkan i fråga om forskarutbildning är i princip möjlig mellan regionsjukhus och länssjukhus. Även om forskarutbildningen är formellt knuten till universiteten genom universitetsansluten klinik eller institution, där i allmänhet huvudhandledare finns, kan den forskarstuderande redan nu förlägga en större eller mindre del av sitt forsknings- och utvecklingsarbete till ett länssjukhus och därvid repliera på lokala handledare. Dessa frågor utreds bl. a. av NLV.

Enligt utredningens mening bör det ligga i samverkansnämndernas, se vidare avsnitt 4.6, intresse att, genom ett beredande organ, följa planering för forsknings- och utvecklingsarbete och genom ett ömsesidigt informationsutbyte med forskningens företrädare, t. ex. genom de regionala högskolestyrelserna, påverka planeringen och aktivt ta del av forskningsresultaten på de områden som direkt berör samverkansnämndernas intressen.

4.5 Indelning i sjukvårdsregioner

Den alltmer uttalade knappheten på ekonomiska resurser för landstingen och kommunerna samt de redovisade prioriteringarna mellan olika delar av sjukvården gör det angeläget att regionsjukvården organiseras på sådant sätt att den inte behöver förses med större resurser än som är nödvändigt för att tillgodose den efterfrågan som sjukvårdshuvudmännen med beaktande av länssjukvårdens organisation riktar mot regionsjukhusen. Även kvalitets- och säkerhetsskäl talar för att regionsjukvård inte delas på större antal läkare och annan specialutbildad personal än som är nödvändigt.

Utredningen har i avsnitt 4.3 redovisat sin uppfattning att volymen sluten regionsjukvård kommer att minska. Detta sammanhänger bl. a. med förkortningen av medelvårdtiderna samt med att länssjukvården enligt sjukvårdshuvudmännens planer kommer att tillföras resurser som gör det möjligt att där ge sådan vård som tidigare endast kunde erhållas vid regionsjukhus. RIA-underlaget har vidare pekat på behovet av ytterligare koncentration av regionsjukvården för vissa verksamhetsområden. Bemanningsutvecklingen medför också krav på större befolkningsunderlag för att tillfredsställande medicinsk kvalitet skall kunna upprätthållas.

Inom flera verksamhetsområden, bl. a. allmänkirurgi, finns behov av profilering eftersom den enskilda regionsjukvårdsklinikens del av den totala regionsjukvården inom verksamhetsområdet är för liten för att ett fullständigt sjukvårdsutbud skall kunna ges med tanke på kvalitet och säkerhet.

Sjukvårdsregionen med den minsta folkmängden, Umeåregionen, har redan påtagliga besvär till följd av bristande patientunderlag och har föreslagit ökning av regionen. Det är också utredningens uppfattning, att Umeåregionen måste tillföras ytterligare befolkningsunderlag för att regionsjukhuset i längden skall kunna upprätthålla den medicinska standard som är en förutsättning för att kunna bedriva regionsjukvård.

Dessa förhållanden leder fram till slutsatsen att nuvarande antal regioner är för stort. Utredningen vill peka på att 1958 års regionvårdsutredning föreslog sex regioner, vilket förslag emellertid enligt 1960 års riksdagsbeslut ändrades till sju.

Vid bedömningen av lämplig indelning i sjukvårdsregioner har det underlag som redovisats i RIA-projektet och som av utredningen analyserats i tidigare avsnitt varit av avgörande betydelse för utredningens ställningstaganden. Härutöver bör vid denna bedömning följande faktorer beaktas:

- erforderligt befolkningsunderlag i relation till det uppskattade regionsjukvårdsutnyttjandet
- vårdens tillgänglighet
- administrativa gränser
- nuvarande indelning i sjukvårdsregioner
- nuvarande resurser vid regionsjukhusen
- läkarutbildningens och forskningens organisation och lokalisering samt
- indelning i högskoleregioner.

1958 års utredning eftersträvade att varje region skulle omfatta ca en miljon invånare.

Såsom framgår av avsnitt 3.4 varierar de nuvarande sjukvårdsregionernas befolkningsunderlag mellan 0,65 och 1,5 miljoner invånare. Tre av regionerna har mindre än en miljon invånare. Enligt nuvarande befolkningsprognos (SFS 1976:378), som avser början av 1980-talet, synes storleksrelationerna mellan regionerna inte komma att undergå några förändringar av betydelse.

Enligt de bedömningar som utredningen redovisat i avsnitt 4.3 förväntas volymen regionsjukvård minska. Det önskvärda befolkningsunderlaget för en fullständig sjukvårdsregion måste nu bedömas vara snarare 1,5 än 1 miljon invånare.

Vissa medicinska verksamhetsområden behöver inte finnas på mer än fyra platser i landet. Detta gäller i första hand barnkirurgi, thoraxkirurgi samt viss transplantationsverksamhet. Antalet enheter bör begränsas till två när det gäller högspecialiserad brännskadevård samt tre beträffande vissa infektionssjukdomar och specialkoagulationslaboratorium.

I föregående utredning tillmättes restiden mellan hemorten och olika regionsjukhusorter stor betydelse. Kommunikationsförhållandena har förändrats väsentligt sedan dess men inte på ett entydigt sätt. Antalet bilar har ökat kraftigt och vägnätet har byggts ut samt flygförbindelserna utvecklats men utglesningen av tåg- och bussförbindelserna innebär i många fall en försämring.

Betydelsen av att kunna resa fram och tillbaka samma dag ökar, om – som utredningen redovisat som sannolikt – den öppna regionsjukvården byggs ut. För anhöriga till patienter på regionsjukhus kan likaså möjligheterna att resa fram och åter samma dag ha stor betydelse. En komplicerande faktor är att kommunikationsmedel inte kan väljas fritt p. g. a. försäkringskassornas regler för reseersättning.

Vid förfrågan till några försäkringskassor har det framkommit att flertalet patienter i regionsjukvård använder tåg som kommunikationsmedel.

Sjuktransport av sängliggande eller svårt rörelsehindrade sker mest i ambulans eller i vissa fall med flyg. För sjuktransporterna har förbättrat vägnät, bättre ambulanser samt utbyggnaden av nya flygplatser medfört att avståndsfaktorn fått mindre betydelse.

Såsom redovisats i avsnitt 2.3 framhölls i 1960 års riksdagsbeslut att regiongränserna så långt möjligt borde följa de administrativa gränserna för sjukvårdsområdena, dvs. länsgränserna, utom beträffande de landstingsfria kommunerna. Som skäl angavs att huvudmännen inte skulle behöva engagera sig i regionsjukvård på flera håll och att patienter från ett och samma

sjukvårdsområde inte skulle komma att hänföras till olika regionsjukhus.

Den utvidgning av det regionala samarbetet som utredningen föreslagit understryker ytterligare argumenten mot delning av sjukvårdsområden på olika regioner. Som exempel kan nämnas de vårdprogram som börjar utvecklas under ledning av onkologiska centra på regionsjukhusen och den registrering av tumörpatienter som sker. Om ett sjukvårdsområde är delat på två regioner, kommer patienter på länssjukhuset – som ju betjänar hela sjukvårdsområdet – att registreras vid olika onkologiska centra. Om olika vårdprogram har antagits i de båda regionerna kan vården programenligt utformas olika trots att patienterna vårdas vid samma klinik på länssjukhuset. En utveckling efter sådana linjer kan leda till stora praktiska svårigheter. Motsvarande gäller om man börjar ett samarbete avseende patientstatistiken inom regionerna. Enligt utredningens mening bör därför ett sjukvårdsområde inte delas på olika regioner.

Utredningen har utgått från att de nuvarande regionerna skall ändras endast då så är nödvändigt med hänsyn till här redovisade faktorer. Från flera synpunkter är det på kort sikt enklast att bibehålla nuvarande regionsamarbete i största möjliga utsträckning. Nuvarande avtal och organisation medför vissa bindningar liksom redan genomförd uppbyggnad av specialiserat kunnande. Etablerade personkontakter har betydelse för ett smidigt fungerande samarbete samt för vårdkvalitet och säkerhet.

Grundutbildningen av läkare är för närvarande lokaliserad till sex orter. Utredningen har i avsnitt 4.4 konstaterat att det är förenat med svårigheter att driva läkarutbildning utan tillgång till närbelägen medicinsk verksamhet av regionsjukvårdskaraktär åtminstone inom flertalet medicinska verksamhetsområden. Utredningen anser liksom 1958 års regionvårdsutredning, att sambandet mellan regionsjukvård samt medicinsk utbildning och forskning är så starkt, att regionerna måste baseras på var sin av de sex orterna med medicinska högskolor/fakulteter. Stor-Stockholm resp. Lund/Malmö betraktas därvid som vardera en ort. Antalet regionsjukhusorter bör således vara högst sex.

I avsnitt 4.4 har utredningen konstaterat att det skulle vara en fördel om sjukvårdsregionerna sammanfaller med de sex högskoleregionerna. Gränserna för högskoleregionerna sammanfaller till stora delar med gränserna för nuvarande sjukvårdsregioner. Örebro sjukvårdsregion saknar emellertid motsvarighet i högskoleregion. Vidare är Linköpings högskoleregion mycket liten. Den omfattar endast Östergötlands och Jönköpings län.

Den redovisade analysen av regionindelningen leder till slutsatsen att det är nödvändigt att minska såväl antalet regioner som antalet regionsjukhusorter.

Antalet regioner kan minskas till sex eller fyra. Såsom tidigare redovisats är det önskvärt att en sjukvårdsregion har ett befolkningsunderlag på omkring 1,5 miljoner invånare, vilket innebär en uppdelning på sex regioner. Om kravet på befolkningsunderlag ökar till cirka två miljoner invånare begränsas antalet regioner till fyra. Fyra ungefär lika stora regioner med fyra regionsjukhusorter skulle i och för sig innebära en rationell organisation av regionsjukvården och en jämnare resursfördelning mellan regionerna. De regioner, som replierar på äldre regionsjukhus, dvs. Stockholm, Lund/Malmö, Göteborg och Uppsala, kan inte komma i fråga för en omprövning. Skälen till detta

är, förutom regionernas storlek och att sjukhusen sedan länge fungerat som remissjukhus, bl. a. att sjukhusen är knutna till medicinska fakulteter och har både en betydande volym regionsjukvård och möjligheter att erbjuda och utveckla resurser inom samtliga verksamhetsområden.

En minskning av antalet regionsjukhusorter kan därför endast avse Linköping, Örebro och/eller Umeå. Samtliga dessa tre regionsjukhus har ett befolkningsunderlag, som understiger 1 miljon invånare.

Ett tungt vägande skäl för att bibehålla regionsjukhuset i Umeå är att sjukhuset är knutet till medicinsk fakultet som innebär ett värdefullt tillskott av resurser och goda förutsättningar att vidareutvecklas. Det gäller även Linköping. Därtill kommer att regionalpolitiska skäl och geografiska förhållanden talar för att Umeå måste förbli regionsjukhus även i fortsättningen. Motsvarande förhållanden kan inte anses föreligga i fråga om Örebro. Utredningen har därför inte funnit tillräckliga skäl för att bibehålla Örebro framför någon av de övriga regionsjukhusorterna.

Antalet regionsjukhusorter bör således inte vara flera än sex, Stor-Stockholm, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala, Umeå och Linköping.

Vissa medicinska verksamhetsområden bör emellertid som nämnts finnas på endast fyra eller färre regionsjukhus. Fördelningen av dessa områden kan göras enligt olika principer. Utredningen anser att fyra regionsjukhusorter bör ha fullständig eller nära nog fullständig regionsjukvård. En i princip jämn fördelning mellan flera regioner innebär att alla regionsjukhus kommer att få svårigheter att etablera och utveckla erforderliga resurser inom samtliga verksamhetsområden. Såväl sjukvård som forsknings- och utvecklingsarbete kan försvåras av sådana förhållanden. Principen med fullständiga regionsjukvårdsresurser på fyra regionsjukhusorter överensstämmer också mest med nuvarande resursfördelning.

Alternativet med sex regioner innebär sålunda att två av regionerna, Linköping och Umeå, måste samarbeta inom vissa verksamhetsområden med annan region för att få hela sitt behov av regionsjukvård tillgodosett.

Alternativet med fyra regioner innebär att regionsjukhusen i Linköping och Umeå måste ingå i andra regioner.

Skillnaden mellan de båda alternativen är från sjukvårdssynpunkt inte särskilt stor. En viss samplanering och arbetsfördelning mellan regionsjukhusen blir i båda fallen nödvändig.

Ett argument mot alternativet med fyra regioner är det stora antalet sjukvårdsområden som då skulle finnas i varje region, i något fall upp till nio. Vidare kan ett mindre och ofullständigt regionsjukhus i en region med ett större regionsjukhus som har längre traditioner, högre status och sannolikt därigenom större attraktivitet, få svårigheter att hävda sina intressen och hindra successivt överförande av regionsjukvård till det andra regionsjukhuset. Utredningen anser övervägande skäl därför tala för att inte ytterligare minska antalet regioner, som alltså bör vara sex. I det följande genomgås varje region för sig.

Umeåregionen

Umeåregionens befolkningsunderlag behöver av förut redovisade skäl ökas. Västernorrlands läns landsting har begärt flyttning av Medelpad från

Uppsalaregionen till Umeåregionen. Om denna genomföres försvinner också en av de nuvarande delningarna av sjukvårdsområden. Umeåregionen skulle därigenom i 1976 års befolkningssiffror öka från 645 000 till 772 000. Detta är emellertid fortfarande ett otillräckligt befolkningsunderlag.

Jämtlands län hör till Uppsalaregionen. Tågförbindelserna med Uppsala är betydligt bättre än med Umeå. Restiden per bil är i genomsnitt något kortare till Umeå än till Uppsala men dock så lång att resa fram och åter samma dag knappast är möjlig. Flygförbindelserna till Umeå är bättre än till Uppsala, men kostnaderna och försäkringskassans regler gör att flyg sällan användes för denna sorts resor. Behovet av ökat befolkningsunderlag för Umeåregionen talar enligt utredningens mening för att Jämtlands län överföres till denna region. Det bör därvid undersökas om man kan ändra ersättningsreglerna för flygresor, så att detta transportmedel kan användas i större utsträckning för resor till och från regionsjukhuset i Umeå. Motion (1977/78:1059) om sådan ändring av bestämmelserna har väckts i fråga om resor till och från Gotland.

Helikoptertransporter har visat sig vara av betydelse som komplement till markbundna transporter inte minst i glesbygder. I Sverige finns f. n. ingen utbyggd organisation för helikoptertransporter. Positiva erfarenheter har dock gjorts bl. a. i Jämtlands och Norrbottens län. För att underlätta samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen i Umeåregionen bör frågan om en helikopterorganisation undersökas närmare.

Om såväl södra delen av Västernorrlands län som Jämtlands län tillföres Umeåregionen ökar dennas befolkning till 908 000. Sjukvårdsregionen får då samma omfattning som Umeå högskoleregion. Även med en sådan utvidgning blir Umeåregionen en av de befolkningsmässigt minsta och måste därför etablera fast regionsamverkan med Uppsalaregionen inom vissa verksamhetsområden för att få delar av sitt regionsjukvårdsbehov tillgodosett.

Örebroregionen

I 1960 års proposition förutsattes viss begränsning i utbyggnaden av regionspecialiteter i Örebro. Neurokirurgisk klinik skulle inte inrättas och vårdplatsantalet vid den thoraxkirurgiska kliniken skulle hållas lågt. Resurserna för regionsjukvård i Örebro är begränsade vid jämförelse med övriga regionsjukhus. Detta gäller särskilt medicinsk service.

Verksamheter vid medicinsk fakultet förutsätter tillgång till regionsjukhus. På samma sätt förutsätter regionsjukvården anknytning till medicinsk fakultet för sin utveckling. Det enda regionsjukhus som inte har sådan anknytning är det i Örebro. De huvudsakliga forskarutbildningsresurserna är knutna till de medicinska fakulteterna. Trots detta har viss forskning och forskarutbildning kommit till stånd i Örebro dels tack vare Örebro läns landstings stöd till forskningen, dels genom visst samarbete med socialhögskolan i Örebro.

Omfattningen av meddelad specialistvård enligt utomlänsavtalet till sjukvårdshuvudmän utanför regionen motsvarar 18 vårdplatser, varav 16 avser ögonsjukvård. Även länen i Örebroregionen utnyttjar Örebrosjukhuset i relativt begränsad omfattning. Värmlands län remitterar 35 procent av sina patienter till Göteborg och 50 procent till Örebro samt resterande 15 procent

till andra regionsjukhus. Södermanlands län remitterar 45 procent av patienterna till Stockholm och 55 procent till Örebro.

Antalet vårdplatser som år 1975 utnyttjades av annan huvudman för regionsjukvård vid Örebrosjukhuset var 93 enligt regionsjukvårdsavtal och 47 enligt utomlänsavtal. Om Örebro län för egna patienter skulle utnyttja lika mycket regionsjukvård i dess vidare bemärkelse kan denna beräknas motsvara 56 vårdplatser.

En ändrad regionindelning kommer att beröra vissa delar av handkirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, radioterapi och klinisk neurofysiologi. Denna förändring är dock begränsad.

Ögonkliniken har f. n. mycket omfattande utomlänsremissverksamhet som främst avser näthinneavlossningar. Utredningen räknar med att kliniken i Örebro under en övergångstid kommer att bedriva utomlänsremissvård.

Den yrkesmedicinska avdelningen har i hög grad bidragit till forskningen och utvecklingen inom detta område. Utredningen vill framhålla att denna verksamhet bör bibehållas. Det vore också värdefullt att där utveckla en forskningsverksamhet kopplad till det beteendevetenskapliga området och socialmedicinen.

Socialmedicinska kliniken avses bli forskningscentrum för nu pågående och planerade projekt för medellånga och kortare utbildningar.

Örebro läns landstings och högskolans i Örebro satsning på det tvärvetenskapliga och arbetslivsanknutna samarbetet i utbildning och forskning mellan sjukhuset och de utbildningar som bedrivs i Örebro bör kunna bibehållas i fortsättningen oavsett om sjukhuset är regionsjukhus eller inte.

Sådan omvårdnadsforskning som planeras skulle vara väl lämpad att förläggas till Örebro om verksamheten vid sjukhuset, vårdyrkesskolan, socionomutbildningen och högskolans övriga utbildningar samordnas. Exempel på sådana projekt är Sjukhusets planeringsprocess – mätning av omvårdnadskvalitet. Detta projekt genomförs i samverkan mellan regionsjukhuset och företagsekonomiska institutionen vid högskolan i Örebro.

Det bör understrykas att sjukhuset i Örebro blir synnerligen väl utvecklat som länssjukhus. Örebrosjukhuset kommer därför även i fortsättningen att spela en viktig roll för läkares vidare- och efterutbildning.

Värmlands län har sedan gammalt starka kontakter med Göteborgs sjukvård. Värmlands län hör också till Göteborgs högskoleregion. Det synes därför naturligt att Värmlands län tillföres Göteborgsregionen.

Södermanlands läns östra del tillhörde tidigare Stockholmsregionen men överfördes till Örebroregionen år 1972. I samband därmed fick Örebroregionen som helhet ett regionsjukvårdsavtal med Karolinska sjukhuset avseende 25 vårdplatser. Södermanlands län utnyttjade år 1975 17,5 vårdplatser vid Karolinska sjukhuset. Länets nuvarande samarbete är således utöver det med Örebro inriktat på Stockholmsregionen och länet bör därför överföras dit.

Från Örebro län är det relativt korta restider till Göteborg, Stockholm och Uppsala. Göteborgs- och Stockholmsregionerna har mindre behov än Uppsalaregionen av ökat befolkningsunderlag. Därför bör Örebro län tillföras Uppsalaregionen.

Även Köpingdelen av Västmanlands län bör överföras till Uppsalaregionen, dit övriga delen av länet redan hör.

Uppsalaregionen

Utredningen föreslår att Örebro län samt Köpingsdelen av Västmanlands län förs till Uppsalaregionen medan Jämtlands län samt Medelpad i Västernorrlands län förs från Uppsalaregionen till Umeåregionen. Uppsalaregionen skulle genom dessa förändringar komma att bestå av Uppsala, Gävleborgs, Kopparbergs, Västmanlands och Örebro län. Totalt skulle regionen därigenom öka med 65 000 invånare. Uppsala högskoleregion omfattar samma område men därutöver också Södermanlands län.

Göteborgsregionen

Hallands län är nu delat mellan Göteborgsregionen och Lund/Malmöregionen. Regiongränsen överensstämmer med gränsen mellan de båda sjukvårdsdistrikt som länet är indelat i. Den nordligaste delen av länet, Kungsbackaområdet, räknas till Stor-Göteborg. Hallands län hör i sin helhet till högskoleregionen Lund/Malmö.

Enligt nuvarande regionindelning hör 48 procent av Hallands läns befolkning till Lund/Malmöregionen och 52 procent till Göteborgsregionen. Som redovisas i avsnittet 3.4 utnyttjar emellertid Hallands län endast 36 vårdplatser i Lund och Malmö men 56 i Göteborg.

Enligt de principiella överväganden utredningen redovisat tidigare i detta avsnitt bör ett sjukvårdsområde inte vara delat på olika regioner. Halland bör därför i sin helhet föras till endera Göteborgs- eller Lund/Malmöregionen. Den nordligste länsdelens anknytning till Stor-Göteborg och nuvarande inriktning av efterfrågan på regionsjukvård talar för att Hallands län i sin helhet förs till Göteborgsregionen.

Göteborgs kommun har tidvis och i vissa delar haft svårt att tillgodose efterfrågan på regionsjukvård, men den av utredningen som ovan redovisats förutsedda minskningen av efterfrågan på sluten vård innebär att det sannolikt inte medför större problem om befolkningsunderlaget i regionen ökas med befolkningen i Värmlands län och inte heller om södra Hallands län skulle föras till Göteborgsregionen.

Övergångsvis kan dock traditioner och eventuellt bristande resurser i Göteborg motivera att Hallands län i viss utsträckning utnyttjar regionsjukvård i Lund. Denna fråga bör diskuteras mellan de båda regionerna i anslutning till upprättande av regionsjukvårdsplaner.

Lund/Malmöregionen

Som redovisats under Göteborgsregionen bör södra delen av Hallands län föras från Lund/Malmöregionen till Göteborgsregionen. Detta innebär ingen förändring av betydelse för Lund/Malmöregionen eftersom Hallands andel av regionsjukvården där utgör endast ca åtta procent.

Linköpingsregionen

För Linköpingsregionen leder utredningens överväganden inte till någon förändring avseende regionindelning.

Jönköpings län och Kalmar län, som utöver Östergötlands län ingår i Linköpingsregionen, har traditionellt väl utvecklat sjukvårdssamarbete med Lund/Malmöregionen och hade intill dess regionsjukhuset i Linköping byggt ut sina resurser större delen av sin utomlänsremissvård förlagd till denna region. Det är därför helt naturligt att Linköpingsregionen, som med sitt ringa befolkningsunderlag inte kan få en fullt utbyggd regionsjukvård, etablerar ett mera fast regionalt samarbete med Lund/Malmöregionen.

Stockholmsregionen

Enligt vad som redovisats ovan under Örebroregionen bör Södermanlands län föras till Stockholmsregionen. Södermanlands län utnyttjar redan nu inom ramen för gällande regionsjukvårdsavtal regionsjukvårdplatser vid Karolinska sjukhuset, vilket framgår av tabell 16 (sid. 66).

Regionernas befolkningsunderlag nu och enligt utredningens förslag framgår av tabell 29. Föreslagen indelning i sjukvårdsregioner framgår också av karta 3 (sid. 162), där områden, där förändringar föreslås, skuggats.

Tabell 29 Nuvarande och föreslagna sjukvårdsregionernas folkmängd

Region	Folkmängd (1977-12-31)			
	Nuvarande indelning	Procentuell andel	Förslag	Procentuell andel
Stockholm	1 566 970	19	1 818 903	22
Linköping	935 890	11	935 890	11
Lund/Malmö	1 449 884	18	1 343 142	16
Göteborg	1 520 266	18	1 911 716	23
Örebro	861 714	10	–	–
Uppsala	1 284 990	16	1 349 074	17
Umeå	647 402	8	908 391	11
Summa	8 267 116	100	8 267 116	100

4.6 Samverkan

4.6.1 *Sjukvårdsplanering*

Under 1960-talet utarbetade flera landsting mer eller mindre omfattande sjukvårdsplaner. För att stimulera en sådan utveckling gav socialdepartementets sjukvårdsdelegation i början av 1970-talet vissa rekommendationer. Samtliga landsting är nu engagerade i långtidsplanering och erfarenheterna av den första planeringsomgången har kunnat analyseras.

Sjukvårdshuvudmännens planering är för närvarande uppbyggd kring

Karta 3. Föreslagen indelning i sjukvårdsregioner med folkmängden den 31 december 1977 i 1 000-tal.

årsbudget, ekonomisk femårsplanering samt långtidsplanering på 10–15 års sikt.

Brister i sjukvårdsplaneringen finns dock. Långtidsplanerna är ännu alltför detaljerade i sina förslag. Problembeskrivning och måldebatt för en långsiktig inriktning och utveckling av hälso- och sjukvården har på många håll blivit relativt sparsamt behandlade. Regionsjukvårdens planering är ännu mycket ofullständig, exempel finns egentligen bara från Göteborgsregionen och Lund/Malmöregionen.

Utöver den långsiktiga planeringen upprättar samtliga sjukvårdshuvudmän numera flerårsplaner. Flerårsplaneringen var tidigare huvudsakligen finansiellt inriktad men har på senare år hos många sjukvårdshuvudmän getts ett djupare verksamhets- och resursinnehåll.

Ettårsbudgeten betraktas emellertid fortfarande ofta som det viktigaste plandokumentet. Utformningen av budgetarbetet ger vanligen begränsade möjligheter att åstadkomma förändringar.

Inom Landstingsförbundet utreds för närvarande i samarbete med socialstyrelsen, Spri och några sjukvårdshuvudmän ett samordnat planerings- och budgetsystem för landstingskommunerna. Bland de principiella riktlinjer utredningen hittills kommit fram till beträffande sjukvårdshuvudmännens planering kan i detta sammanhang nämnas:

- Planeringen skall omfatta landstingens samtliga verksamhetsområden och vara uppdelad på tre olika planperspektiv, lång, medellång och kort sikt.
- Det långsiktiga planperspektivet (principplanen) omfattar ca 15 år, det medellånga (flerårsplanen) fem år och det kortsiktiga (årsbudgeten) ett år.
- Principplanen inriktas på att redovisa mål och tänkbara utvecklingslinjer för verksamheten. Detaljeringsgraden begränsas jämfört med nuvarande sjukvårdsplaner. Detaljerade resursbestämningar hänförs till flerårsplan och budget.
- Flerårsplanen utformas i högre grad än för närvarande som en plan för hur och när principplanens utvecklingslinjer skall förverkligas och får därigenom en mera central ställning i planeringssystemet.
- Principplanen revideras och dokumenteras minst en gång per femårsperiod. Flerårsplanen revideras årligen. Under löpande planperiod kan principplanen justeras och kompletteras med hänsyn till utredningar, ändrade förhållanden och de planeringsinsatser av olika slag som kontinuerligt pågår.

Enligt nuvarande sjukvårdsförfattningar finns ingen skyldighet för landstingen att planera. I sjukvårdslagen, § 10, anges dock att "styrelsen skall verka för främjandet av största möjliga planmässighet i sjukvården" samt i sjukvårdskungörelsen, § 4, att "sjukvårdsstyrelse bör efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för sjukvården och olika grenar av denna".

Regionalt samarbete förutsätter en överenskommelse som grund för

uppbyggnaden av resurser vid regionsjukhusen. Överenskommelsen måste i sin tur grundas på planer för sjukvården hos samtliga berörda huvudmän. Planeringssamverkan är då en nödvändig förutsättning för samarbetet.

Den planeringssamverkan som utredningen anser nödvändig avser endast avvägningar mellan den vård de enskilda sjukvårdshuvudmännen själva skall tillhandahålla samt arten och omfattningen av den regionsjukvård huvudmannen för denna skall tillhandahålla i ett längre eller kortare tidsperspektiv.

Av tidigare avsnitt beträffande samverkan i medicinska avseenden framgår att det finns mer eller mindre starka samband inom skilda medicinska verksamhetsområden när det gäller verksamhetens omfattning, inriktning etc. på regionsjukhusen och befintliga resurser m. m. på länssjukvårdsnivån. Det är inom dessa områden den regionala planeringssamverkan bör koncentreras. Gränsen är mer eller mindre flytande mellan region- och länssjukvård och varierar mellan sjukvårdshuvudmännen beroende bl. a. på resurser.

Detta innebär att de delar av sjukvårdshuvudmännens *principplaner* som på detta sätt berör regionsjukvården – direkt eller indirekt – under planeringsprocessen bör bli föremål för särskild behandling i samråd mellan de i regionen ingående sjukvårdshuvudmännen. Som en grund för regionsamarbete bör dessa gemensamt utarbeta en plan för regionsjukvården. Planens viktigaste uppgift skall vara att identifiera vilka resurser som skall vara unika för regionsjukvården under planeringsperioden samt ange deras ungefärliga storlek. Som underlag för planen bör redovisas uppgifter om förväntade förändringar avseende sjukdomsfrekvens, medicinsk och teknisk utveckling etc. inom de olika medicinska verksamhetsområdena.

Samplaneringen bör ges karaktären av en dialog mellan regionsjukvårdshuvudmannen och de i regionen ingående sjukvårdshuvudmännen om önskvärda, möjliga och planerade förändringar. Denna del av samverkan inom regionen bör inte låsas fast i ensartade former för samtliga regioner. Varje region bör således kunna utforma samplaneringen av regionsjukvården samt närliggande och avhängiga verksamheter på det sätt som bedöms lämpligt inom regionen. I samband med den översyn av sjukvårdshuvudmännens principplaner som förutsätts ske minst en gång per femårsperiod bör samplaneringen av regionsjukvården beaktas i arbetsprogram, tidplaner etc. Här bör inriktningen vara mål och tänkbara utvecklingslinjer för verksamheten. Framställningen bör hållas översiktlig.

Sjukvårdshuvudmännens *flerårsplaner* förutsättes komma att avse hur och när principplanens utvecklingslinjer skall förverkligas. Flerårsplanen får därigenom en central ställning i planeringssystemet. I den klarläggs vilka resurser som krävs för att få den önskade verksamhetsutvecklingen och vilka speciella åtgärder som måste vidtas för att erhålla dessa resurser. Här specificeras exempelvis den kapacitet i vårdplatser och öppenvårdsbesök som finns tillgänglig i utgångsläget, vilka resurser som krävs för denna kapacitet, vilka ändringar som skall ske under planperioden, kostnadsberäkningar etc.

På motsvarande sätt behöver principplanen för regionen konkretiseras och specificeras i flerårsplaner för regionsjukvården. På samma sätt som i fråga om principplanen bör flerårsplanen för regionsjukvården ges karaktären av en

dialog emellan sjukvårdshuvudmännen i regionen. Det är väsentligt att medicinsk expertis från regionsjukvården och länssjukvården inkopplas i arbetet med framtagande av underlag för planen t. ex. i form av kriterier för behovet av regionsjukvård eller i förekommande fall överenskomna eller föreslagna regionala vårdprogram. Flerårsplanen för regionsjukvården revideras årligen. Även denna del av planeringssamverkan, som skall ses som en gemensam nedbrytning och detaljering av den långsiktiga regionsjukvårdsplanen, bör ges den praktiska utformning, som bedöms lämplig inom respektive region.

Enligt planeringssystemet kommer sjukvårdshuvudmännens *årsbudget* att utgöra en specificering av första året i flerårsplanen. Den är dels en kortsiktig finansplan där utdebitering, upplåning, beräknade över- och underskott, fonddispositioner, anslag till oförutsedda utgifter m. m. regleras, dels en plan för driften vid de olika enheterna. Som sådan blir den lokalförvaltningarnas instrument för att styra verksamheten. Detta innebär att årsbudgeten måste specificeras på kostnadsställen och göras ännu mera detaljerad i form av prestationsmål, arbetsfördelning m. m.

Med detta synsätt blir årsbudgeten hos respektive sjukvårdshuvudman vad avser regionsjukvården endast en konfirmering av överenskommelser som träffats på grundval av flerårsplanen för regionsjukvården beträffande utnyttjande av resurser vid regionsjukhusen.

Framtagandet av underlag för arbetet med principplan och flerårsplan för regionsjukvården underlättas om sjukvårdshuvudmännen inom regionen har gemensam eller likartat utformad patient-, verksamhets- och resursstatistik.

4.6.2 *Samverkansformer*

Utredningen har i avsnitten 4.2–4 förordat en utvidgning av regionsjukvårdsbegreppet.

I avsnitten 4.2 och 4.3 har diskuterats behovet av att åstadkomma en riktig avvägning mellan läns- och regionsjukvård. Därav följer att det är viktigt att etablering av enheter för högspecialiserad hälso- och sjukvård inte sker på flera platser och till större antal än vad som från medicinska, geografiska och ekonomiska synpunkter ter sig lämpligast.

För att sådan avvägning skall kunna genomföras och upprätthållas krävs samplanering av den regionalt anordnade verksamheten så som föreslagits föregående avsnitt 4.6.1.

1960 års riksdagsbeslut om regionvårdens utbyggande innebar att regionaliseringen i princip bör grunda sig på fixerade upptagningsområden. Det främsta syftet med regionvårdsplaneringen – att skapa en så fast grund som möjligt för huvudmännens utbyggnad och dimensionering av den exklusiva kroppssjukvården – skulle till stor del förfelas, om planläggningen inte kunde baseras på ett klart avgränsat befolkningsunderlag.

Mot den här redovisade bakgrunden är det nödvändigt att samplanering sker mellan berörda sjukvårdshuvudmän beträffande sådan hälso- och sjukvård, som inte lämpar sig att bedriva inom varje sjukvårdsområde.

I 1960 års riksdagsbeslut redovisades hur riket borde indelas i sjukvårdsregioner. Därvid förutsattes, att kravet på sjukvårdshuvudmännens ingående

i respektive regioner skulle iakttagas. Någon författningsmässig reglering fick regiontillhörigheten däremot inte. Frågan hur förändringar i regionindelningen skulle hanteras diskuterades inte. Bindningen till regionen skedde genom långsiktiga avtal om rätt till och mestadels skyldighet att utnyttja ett visst antal vårdplatser vid bestämda kliniker på regionsjukhusen.

Regionsjukvårdsutredningen anser, att den långsiktiga avtalsbindningen till ett visst antal vårdplatser vid bestämda kliniker är olycklig för utvecklingen och för resursanvändningen inom den högkvalificerade sjukvården. Regiontillhörigheten bör därför inte grundas på sådana avtal. En fasthet i regiontillhörigheten är emellertid nödvändig, om man vill dels tillförsäkra alla människor i landet lika rätt till högkvalificerad vård, dels åstadkomma en rimlig resursfördelning mellan denna och andra vårdformer.

Utredningen har haft underhandskontrakt med hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) i denna fråga och inhämtat, att föreskrifter av sådan innebörd är väl förenliga med de överväganden beträffande sjukvårdshuvudmännens planeringsverksamhet som görs inom denna.

Utredningen föreslår därför, att frågan om rikets indelning i sjukvårdsregioner och skyldigheten att medverka i gemensam planering inom och mellan regionerna regleras i sjukvårdslagen.

Sättet för samplaneringens genomförande samt inriktningen och omfattningen av det regionala samarbetet i övrigt bör regleras i överenskommelser huvudmännen emellan.

För att kunna upprätthålla ovan redovisade grundprinciper för regionsjukvårdens planering och drift bör möjligheter finnas att använda vissa styrinstrument.

Metoden för detta blir beroende på om syftet begränsas till regionsjukvården eller om de önskvärda åtgärderna skall integreras med lösande av andra statliga och kommunala mellanhavanden inom hälso- och sjukvård, såsom frågor om statsbidrag för forskning och utbildning eller annat statsstöd åt verksamheten.

Att Landstingsförbundet såsom sjukvårdshuvudmännens intressesammanslutning i hithörande sammanhang bör representera den kommunala sidan synes uppenbart. Om mera övergripande statliga intressen skall behandlas, bör överläggningarna hållas på departementsnivå.

Utredningen har emellertid inte funnit anledning att utveckla tankar om andra statliga och kommunala mellanhavanden inom hälso- och sjukvårdsområdet utan har begränsat sina överväganden till regionsjukvårdsfrågor. Det är då naturligt att det statliga intresset representeras av i första hand socialstyrelsen, som har ett allmänt riksplanerings- och tillsynsansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen kan tillse att varje sjukvårdshuvudman medverkar i den regionala samplaneringen av hälso- och sjukvården men också uppmärksamma mindre tillfredsställande moment i den totala bild av regionsjukvårdsnivån, som plansammanställningen ger. De speciella styrmedel som socialstyrelsen har i den på 8 § sjukvårdslagen och lagen 1971:1204 om byggnadstillstånd m. m. vilande regleringen av byggenskap inom sjukvårdssektorn samt i den på 17 § sjukvårdslagen grundade regleringen av läkartjänster prövas f. n. i särskild ordning.

Som tidigare redovisats utvecklar sjukvårdshuvudmännen ett planerings-

system som omfattar dels principplaner på 10–15 års sikt, dels flerårsplaner på 5 års sikt (LKELP), dels också årliga budgetar. För att följa utvecklingen på riksnivån har socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri sammanställt principplanerna. När det gäller flerårsplaneringen har socialstyrelsen och Landstingsförbundet sedan år 1974 ett samarbetsavtal beträffande insamling och bearbetning av uppgifter om verksamhet, personal och ekonomi. Avtalet innebär att flerårsplanerna insändes till Landstingsförbundet, där också sammanställning och viss analys sker enligt program som fastställes av en för Landstingsförbundet och socialstyrelsen gemensam ledningsgrupp. Vad gäller de årliga budgetarna gör slutligen Landstingsförbundet vissa sammanställningar som främst belyser utveckling av resurser och ekonomi.

Det framstår som naturligt att erforderliga sammanställningar av de regionala planerna i 10–15-års- resp. 5-årsperspektivet utgår från det redan etablerade samarbetet mellan de centrala organen. Huvuddelen av erforderlig bearbetning och analys bör också kunna genomföras i samarbete.

Sedan de regionala planerna sammanställts och analyserats bör överläggningar tas upp med berörda regioner beträffande sådana medicinska verksamhetsområden där en samlad bedömning motiverar förändringar i planerna. Sådana överläggningar bör också tas upp under pågående planeringsarbete avseende samverkan mellan regioner, då någon så begär eller då anmälan inkommit om att sådan avvikelse som har betydelse för andra regioner avses ske från fastställd plan.

Regionernas principplaner måste insändas till socialstyrelsen och Landstingsförbundet i så god tid innan de fastställs av berörda landsting, att de centrala organen har möjlighet att upptaga överläggningar med regionens sjukvårdshuvudmän.

På riksplanet måste särskild uppmärksamhet ägnas sådan verksamhet, som bedrivs i samverkan mellan två eller flera sjukvårdsregioner. Om nyetablering av flerregional sjukvård planeras inom annan region än sådan som redan har den i sin organisation, måste de redan engagerade regionerna på ett tidigt stadium få tillfälle till samråd. Sådant bör därför garanteras genom avtalsbestämmelse.

Frågor som kräver överväganden av mer övergripande art bör kunna tas upp till behandling i socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Enligt utredningens mening bör sjukvårdsdelegationens sammansättning och arbetsformer omprövas med syfte att göra den lämpligare att handlägga frågor av denna art. Det bör vidare i detta sammanhang erinras om att kommunalekonomiska utredningen (KEU 76) tagit upp olika former för samverkan mellan landstingskommuner, primärkommuner och staten. Tillfällen till samråd i vissa hälso- och sjukvårdsfrågor kan erbjudas i dessa nya former.

Utredningen redovisar i bilaga 11 (sid. 245) vissa internationella erfarenheter beträffande nationell styrning av sjukvården.

I avsnitt 3.6 har redovisats nuvarande avtalsförhållanden med dels ett riksomfattande utomlänsavtal, dels separata regionsjukvårdsavtal för varje region, mestadels utformade enligt en av Landstingsförbundet utarbetad modell.

Utvidgningen av regionsjukvårdsbegreppet medför att större delen av den verksamhet som nu regleras av utomlänsavtalet kommer att inbegripas i

regionsjukvården. Ett visst behov av remitteringar över regiongränser kommer att kvarstå beroende bl. a. på att vissa medicinska verksamhetsområden inte kommer att finnas i alla regioner. Samverkan i fråga om dessa verksamhetsområden mellan två regioner bör framgå av de berörda regionernas sjukvårdsplaner. När dessa planer fastställs genom beslut hos var och en av de berörda huvudmännen har erforderlig överenskommelse om resursdisposition träffats på motsvarande sätt som gäller inom en region. Vidare bör vissa speciella sjukdomstillstånd omhändertas och vissa behandlingar lämpligast ges på en eller ett fåtal kliniker i landet, oavsett om samma kliniktyp finns representerad på flera håll. Omfattningen av sådan verksamhet över regiongränserna är mestadels relativt liten och knappast planeringsbar för de remitterande huvudmännen. Frågan om ersättning vid dessa två grupper av mellanregionala remisser bör av praktiska skäl inte lösas genom särskilda avtal mellan regionerna. Allmänna regler om grunderna för ersättningarna, för remitteringen etc. bör i stället även fortsättningsvis ges i ett riksomfattande avtal.

Utöver denna regionsjukvård med remiss över regiongränserna kommer ett fåtal remisser mellan huvudmän inom samma eller olika regioner att ske av andra skäl. Det är fråga om vård på kliniker som inom den egna regionen inte anses bedriva regionsjukvård och vården bör inte avtalsmässigt räknas som regionsjukvård.

Enligt utredningens uppfattning bör avtalens innehåll och utformning vara en fråga för de avtalsslutande parterna. Vissa problem kan emellertid behöva belysas i förevarande sammanhang, varför utredningen i ett särskilt avsnitt 4.7 tagit upp dem till behandling och utarbetat exempel på hur riksavtal och regionsjukvårdsavtal skulle kunna se ut. Utredningen har därvid utgått från att riksavtalet även skall kunna reglera vissa frågor, som egentligen är av intern regional karaktär men som lämpligen löses lika inom alla regioner.

4.6.3 *Samverkansnämnder*

I det föregående har utredningen redovisat ett utvidgat regionsjukvårdsbegrepp och även i övrigt ett vidgat behov av regionalt samarbete. Det regionala samarbetet skall baseras på gemensamt upprättade regionsjukvårdsplaner, och skyldighet att medverka i sådan planering föreslås reglerad i lag. Hur samarbetet skall vara organiserat bör däremot inte vara författningsmässigt reglerat utan överlämnas till huvudmännen att själva avgöra.

Utredningen föreslår emellertid att det i varje region skall finnas ett samverkansorgan. För att markera skillnaden mot nuvarande regionsjukvårdsnämnder med deras mera begränsade uppgifter har utredningen valt att kalla samarbetsorganen för regionala samverkansnämnder.

Samverkansnämnderna bör inte tilldelas någon beslutsfunktion. De förutsättes således i likhet med nuvarande regionsjukvårdsnämnder ha rådgivande funktion, och deras ställningstaganden innebär en rekommendation till sjukvårdsregionens huvudmän att fatta erforderliga beslut. Samtliga berörda huvudmän måste alltså godkänna en överenskommelse eller ett ställningstagande av samverkansnämnden.

Samverkansnämndens viktigaste uppgift blir att ombesörja samplaneringen av sådan hälso- och sjukvård som inte lämpar sig att bedriva inom

varje sjukvårdsområde. Samordningen av den regionala planeringen med huvudmännens egen planering kräver vissa överväganden. Formerna för detta kan variera mellan regionerna. Inom Göteborgs sjukvårdsregion har redan år 1971 en regional hälso- och sjukvårdsplan framlagts, och även i Lund/Malmöregionen pågår regional samplanering. Även inom andra regioner har olika samordnade planeringsaktiviteter ägt rum, och erfarenheter finns därför att hämta från flera håll.

Samverkan inom och mellan regioner kräver inte bara organiserat samarbete för att åstadkomma föreskrivna planer utan även ett fortlöpande informationsutbyte mellan huvudmännen i fråga om behov och resurser. Uppkommer fråga om verksamhetsförändring hos en huvudman, vilken avviker från princip- eller flerårsplan och gäller sådan vård-, forsknings- eller utbildningsenhet som är avsedd att utnyttjas av flera huvudmän, måste genom avtalsbestämmelse garanti skapas för att underrättelse om detta lämnas till vederbörande samverkansnämnd. Sådan underrättelse måste ske på ett tidigt stadium samt gälla vid ifrågasatt förändring av volym eller verksamhetsinriktning. Underrättelseskyldigheten bör gälla även beträffande enhet som inte är avsedd att utnyttjas av annan huvudman men där en verksamhetsförändring återverkar på underlaget för enhet, som drives av annan huvudman.

Samverkansnämnden skall allsidigt pröva förutsättningarna för och behovet av den planerade verksamhetsförändringen. Finner nämnden anledning att ifrågasätta inriktningen, utformningen eller omfattningen av densamma bör nämnden utreda och föreslå samordningsåtgärder.

Vid sidan av dessa grundläggande, genom avtalsbestämmelser garanterade informationsströmmar är det sannolikt att överenskommelse måste träffas mellan samverkansnämnden och dess huvudmän om ytterligare informationsutbyte.

Av särskild betydelse är att huvudmännen inom sjukvårdsregionen underrättar samverkansnämnden om sina anordningar och intentioner beträffande den medicinska specialiseringsgraden vid vederbörande länssjukhus, så att avvägningen mellan region- och länssjukvården i fråga om specialisering, prestationsvolym och resursbehov kan diskuteras i samverkansnämnden.

Underrättelseskyldigheten bör också gälla väsentlig ny-, till- eller ombyggnad av inrättning för medicinsk verksamhet, vilken drives av huvudman inom sjukvårdsregionen, samt väsentlig förändring av dess utrustning.

Samverkansnämnden bör fortlöpande följa utvecklingen av regionsjukvårdens omfattning, innehåll och organisation. Den bör svara för de frågor om samverkan mellan sjukvårdsregionens huvudmän som följer av regionsjukvårdsavtalen och därtill knutna överenskommelser mellan dessa huvudmän samt successivt pröva förutsättningarna för samordning inom den medicinska verksamhet som bedrives av huvudmännen inom sjukvårdsregionen.

Som exempel på samordningsuppgifter kan hänvisas till vad utredningen i avsnitt 4.4.3 anfört om planeringen av praktikplatser för personalutbildning. Nämnden bör, då anledning därtill förekommer, göra de framställningar som den finner påkallade från de synpunkter den har att företräda.

Huvudman, som upptar överläggningar med annan sjukvårdshuvudman om varaktigt samarbete inom någon medicinsk verksamhet, bör underrätta berörda samverkansnämnder om detta.

Samverkansnämnden bör kunna inhämta yttranden och upplysningar direkt hos underordnade organ hos sjukvårdshuvudmännen i regionen. En befogenhet att hos huvudmännen inom sjukvårdsregionen infordra de yttranden och upplysningar, som erfordras för fullgörande av nämndens uppgifter, bör därför inskrivas i avtalen.

Samverkansnämnden bör få en viktig funktion vad gäller ersättningen huvudmännen emellan för utbytta tjänster, både med att årligen verkställa de beräkningar av ersättning för tjänster mellan huvudmännen, som erfordras för tillämpningen av riksavtalets föreskrifter, och med att lämna huvudmännen förslag beträffande sådan ersättning för mellan dem utbytta tjänster, vilken inte kan byggas på riksavtalet.

Samverkansnämnden bör även bereda sjukvårdsregionens samverkan med huvudmän utanför sjukvårdsregionen, främst beträffande flerregional samverkan. Detta betyder att nämnden bör svara för förhandlingar i dessa frågor fram till förslag till beslut av de berörda huvudmännen.

I enlighet med utredningens tidigare redovisade uppfattning bör samverkansnämnden inom ramen för sina resurser på grundval av erforderliga studier och utredningar tillhandahålla huvudmännen såväl statistik som annan information av betydelse för den medicinska verksamheten inom sjukvårdsregionen.

Slutligen bör det ankomma på samverkansnämnden att upprätta erforderliga förslag till samordningsavtal eller andra överenskommelser om samordning mellan därav berörda huvudmän samt att eljest fullgöra de uppgifter, som av huvudman inom sjukvårdsregionen anförtros nämnden. Samverkansnämnden kan mycket väl tilldelas uppgiften att utgöra ett allmänt service- och remissorgan – såsom fallet är med Västsvenska planeringsnämnden – även för annan samordning inom hälso- och sjukvård än den direkta regionsjukvården. Exempel på detta är uppgörande av normer för hemsjukvård, frågor om läkares vidareutbildning, som nu ankommer på de regionala kommittéerna för sådan utbildning (RLV), regionala informationssystem; samt bilaterala överenskommelser mellan huvudmän om utbyte av tjänster inom hälso- och sjukvård.

Utbyggnaden av den fortsatta vidareutbildningen med FV-block måste komma att omfatta ett antal sådana block med tjänstgöringen av utbildningsskäl förlagd till flera huvudmäns inrättningar. Betydelsen i den totala läkarorganisationen av dessa block är sådan att samverkansnämnden här blir lämpligt forum.

Samverkansnämnden kan också fungera som samordningsorgan inom exempelvis omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och tandvård. Sedan utredningen rörande viss klinisk odontologisk verksamhet nyligen i sitt betänkande Tandvård med odontologisk utbildning och forskning (Ds U 1977:18) lagt fram förslag om övergång till kommunalt huvudmannaskap som ett organisationsalternativ för den till de odontologiska fakulteterna knutna kliniska verksamheten kan ett första steg ha tagits i riktning mot en regiontandvård.

Erfarenheter från Göteborgsregionen pekar vidare på samordningsmöjlig-

heter med andra verksamhetsområdens regionala nivåer, exempelvis med civilområdena i frågor om landstingskommunernas beredskapsplanläggning enligt lagen (1964:63) om kommunal beredskap och med högskoleregionen. En landstingskommunal regional funktion inom läkarnas grundutbildning kan komma att utvecklas i samarbete med regionstyrelserna för högskoleregionerna och de medicinska fakulteterna.

Som förut nämnts omfattar lagen om kommunal beredskap numera även landstingskommunerna. Frågor rörande sjukvården i krig utreds för närvarande inom utredningen om sjukvården i krig (USIK). Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdens betydelse under beredskap och i krig anser regionsjukvårdsutredningen, efter samråd med USIK, att sjukvårdens beredskapsfrågor måste uppmärksammas av de regionala samverkansnämnderna. Ett samarbete bör därvid etableras med vederbörande civil- och miltärbefälhavare. Lämpliga former härför har diskuterats i en rapport av en inom socialstyrelsen och Västsvenska planeringsnämnden gemensamt tillsatt arbetsgrupp (stencil, Göteborg 1976–12–10) och kommer ytterligare att övervägas inom USIK.

En komplikation i sammanhanget är den bristande geografiska överensstämmelsen mellan sjukvårdsregionerna och militär/civilområdena. Synpunkter på hur samrådsorgan mellan sjukvårdsregionerna och civilbefälhavarna skall trots detta kunna etableras lämnas som bilaga 7 (sid. 219).

Regionsjukvårdsnämnderna har i regel lika antal företrädare för sjukvårdsregionens huvudmän. Ett undantag utgör Västsvenska planeringsnämnden som har en representation för sina huvudmän som grovt svarar mot folkmängden i sjukvårdsområdena.

Samverkansnämnden har viktiga samordningsuppgifter och bör ges sådan sammansättning att dess rekommendationer till huvudmännen får en effektiv genomslagskraft. Varje huvudman bör representeras av minst två ledamöter i nämnden.

För samverkansnämnden bör särskild arbetsordning göras upp och fastställas av huvudmännen. I arbetsordningen bör redovisas bl. a. kansli- och utredningsfunktionerna samt hanteringen av nämndens ekonomi.

Kansliet bör vara fristående från regionsjukvårdshuvudmannens förvaltning och hållas personellt begränsat bl. a. genom arbete i projektgrupper med representation från berörda sjukvårdshuvudmän.

Självfallet får dock utrednings- och kansliorganisationen vid nämnden anpassas efter varierande lokala förutsättningar och resurser.

Utredningen vill framhålla betydelsen av att det medicinska innehållet i de verksamheter som samordnas regionalt kontinuerligt beredes av medicinska företrädare inom respektive region. Inom olika medicinska verksamhetsområden kan exempelvis organiseras en samrådsgrupp med representanter för regionsjukhuset och övriga kliniker eller sjukvårdsområden inom regionen. I en sådan grupps uppgifter kan ingå att delta i framtagande av medicinskt planeringsunderlag.

En sådan samrådsgrupp kan också ansvara för att åstadkomma gemensamma vårdprogram beträffande de kvantitativt och kvalitativt viktigaste sjukdomstillstånden inom respektive verksamhetsområde. Ett sådant arbete måste ske kontinuerligt, så att det kan anpassas till den medicinska utvecklingen och förändringar i resurstillgång. Som ett led i detta arbete kan

gruppen också svara för kontinuerlig kvalitetskontroll och uppföljning av behandlingsresultat. Genom användning av vetenskaplig metodik kan denna uppföljning, i synnerhet när det gäller nyare metoder för behandling eller diagnostik, utgöra ett viktigt bidrag till det forsknings- och utvecklingsarbete som bör bedrivas inom en region. Grupperna kan också delta i informationsarbete samt uppläggning av efterutbildning för olika personalgrupper.

4.7 Avtal och kostnader

4.7.1 *Inledning*

Enligt de överväganden som utredningen tidigare redovisat kommer avtalsområdet att omfatta reglering av dels frågor, som bör hanteras lika riket över, dels frågor, som utan olägenheter kan lösas på olika sätt i regionerna. Avtalsregleringen bör därför omfatta såväl ett riksavtal som avtal regionvis.

Det är viktigt att utbytet av tjänster huvudmännen emellan underlättas genom att reglerna för ekonomisk ersättning för lämnade tjänster görs så lätt tillämpbara som möjligt. Grunderna för beräkningen av ersättningen bör vara riksgiltiga. Dessa grunder liksom begreppsapparaten, grunddragen av organisationen för den regionala samverkan samt vissa garantiföreskrifter för vård på likartade villkor åt alla patienter och för ömsesidig väsentlig information bör anges i riksavtalet. De mellanregionala relationerna måste till alla delar regleras i detta.

Av redogörelsen i avsnittet 4.6 för planeringssystemet framgår planeringens rullande karaktär med planrevisioner med olika tidsintervall efter typ av planer. Avtalen bör konstrueras så, att planändringar inte behöver leda till ändringar i själva avtalen. Helt allmänt bör sådana avtalsformuleringar beträffande verksamheten eftersträvas att både tillskapande och nedläggande av regionalt samordnade verksamheter förenklas. Sådana förändringar bör få formen av planändring, inte avtalsändring.

Exempel på hur riksavtal och ett regionsjukvårdsavtal kan utformas lämnas i bilagorna 5 (sid. 209) respektive 6 (sid. 215). Det bör ankomma på Landstingsförbundet att ta initiativ till ett riksavtal som genom särskilda beslut godkänns av huvudmännen. Förbundet bör också i likhet med vad som skedde då den första regionsjukvårdsorganisationen kom till år 1960 ge rekommendationer angående utformningen av regionsjukvårdsavtalen.

All sjukvård som sker efter remiss inom sjukvårdsregion enligt den i regionen överenskomna planen skall vara inordnad under avtalskomplexet. Sjukvård efter remiss över regiongräns vilken sker vid klinik som enligt den egna regionplanen skall bedriva regionsjukvård skall vidare vara inordnad i riksavtalet. Av remissvården enligt nuvarande utomlänsavtal kvarstår då en – kvantitativt obetydlig – del som inte avser regionsjukvård och därför inte bör inbegripas i här avsett avtalsområde.

För denna remissvård utan regionsjukvårdskaraktär och för akutvård vid främmande sjukvårdsinrättning – vilken likaledes lämnas utanför regionsjukvårdens avtalskomplex – erfordras alltjämt en riksomfattande utomlänsreglering. Denna reglering bör integreras i ett riksavtal för region-

sjukvården. I exemplet på riksavtal, bilaga 5, lämnas i paragrafföljden vid §§ 6-8 utrymme för en reglering av huvudbestämmelserna om akutvård och liknande vid främmande sjukvårdsinrättning. Föreskrifterna beträffande akutvård i gällande utomlänsavtal §§ 2, 4, 9 och 10 förutsättes kunna inarbetas i nämnda paragrafer i riksavtalsexemplet.

I många fall finns mellan två eller flera huvudmän avtal som innebär att invånare i visst geografiskt område får anlita sjukvårdsinrättning hos grannhuvudman. I regel kan denna avtalsbaserade sjukvård sökas direkt utan remiss. Riksavtalet avses ej ta över dessa bilaterala m. fl. avtal. En annan sak är att t. ex. ersättningsbestämmelser i sådana avtal enkelt kan ges genom hänvisning till föreskrifterna i riksavtal beträffande regionsjukvård.

De flesta av utomlänsavtalets definitioner bör gälla även det nya avtalskomplexet och tillämpas i den följande framställningen.

Med hemlandsting avses sålunda den huvudman, inom vars sjukvårdsområde patient är bosatt, och med vårdlandsting den huvudman, inom vars sjukvårdsområde patienten vårdas. Bosättningen bör bedömas med ledning av folkbokföringsförordningens regler om rätt kyrkobokförings- och mantalsskrivningsort.

Utomlänsvård bör vara en allmän beteckning för vård inom annat sjukvårdsområde än där bosättningsorten är belägen. Den patient, åt vilken sådan vård beredes, bör då benämnas utomlänspatient, och den sjukvårdsinrättning, vid vilken vården beredes, främmande sjukvårdsinrättning.

Regionsjukvård kan definieras som sådan medicinsk verksamhet, som enligt överenskommelse mellan berörda huvudmän skall bedrivas för sjukvårdsregions eller flera sjukvårdsregioners gemensamma behov. De blivande avtalen bör äga tillämpning på all sådan verksamhet. I första hand avses den högspecialiserade sjukvården, men avtalen blir tillämpliga även på annan regionalt samordnad verksamhet. Sådan kan avse viss psykiatrisk vård, friskvårdsanläggningar m. m. Med sluten vård bör i avtalen avses sjukvård inom sjukvårdsinrättning där vården av patienten planerats att inte vara mindre än åtta timmar i följd. All annan sjukvård blir då öppen sjukvård.

Med en lagfäst regional samplanering bör framförhållningen vad gäller vårdplatsutnyttjandet kunna bli tillfredsställande och regionsjukvårdshuvudmannens risk att ett visst engagemang från annan huvudmans sida av någon anledning oväntat minskas bli obetydlig. Debiteringen av dagersättning bör därför kunna ske på grundval av verkligen förekommet vårdplatsutnyttjande utan att något bestämt antal åt varje huvudman upplåtna vårdplatser kontrakteras. Än mindre bör någon huvudman behöva garantera ett bestämt vårdplatsutnyttjande. Avtalsregleringen i dessa hänseenden har hittills växlat från region till region. I fortsättningen skulle alltså antalet för varje huvudman beräknade vårdplatser utgöra endast en planeringsförutsättning.

Avtalen bör inte i övrigt heller innehålla något om regionsjukvårdens omfattning. Denna bestäms genom att planer och budget, i vars underlag redovisas uppgifter om regionsjukvård under planeringsperioden, fastställs av berörda sjukvårdshuvudmän. Överläggningar beträffande planer och budget för i första hand den egna regionen sker i samverkansnämnden. I andra hand sker överläggningar mellan olika samverkansnämnder. Överen-

skommelser stadfästes i båda fallen genom att respektive sjukvårdshuvudmän fastställer planer och budget baserade på överenskommen samverkan.

4.7.2 *Verksamhetsområde*

Det sjukvårdsregionala samarbetet bör omfatta såväl hälso- och sjukvård som utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Alltefter sin inriktning och sitt innehåll bör den med avtalen avsedda medicinska verksamheten kunna närmare indelas i:

a) sluten vård
b) öppen hälso- och sjukvård
c) från a) och b) fristående åtgärd vid medicinsk serviceavdelning
d) medicinsk rådgivning genom försorg av personal hos en till avtalet ansluten huvudman åt personal hos annan sådan huvudman
e) medicinsk åtgärd av personal hos en till avtalet ansluten huvudman, vidtagen vid inrättning driven av annan sådan huvudman
f) ordination av tekniskt hjälpmedel
g) patientresor
h) utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Det bör åligga huvudman för regionalt samordnad medicinsk verksamhet att i denna lämna vård och övriga tjänster lika, oberoende av patients bosättningsort och av vilken huvudmans intresse som tillgodoses med åtgärden.

Ianspråktagande av regionala resurser för sluten och öppen vård bör ske genom specialistvårdsremiss i den ordning som redan nu allmänt gäller enligt regionsjukvårds- och utomlänsavtalen. Huvudman bör ha rätt att genom remiss av patient, bosatt inom huvudmannens sjukvårdsområde, anlita regionalt samordnad sluten sjukvård, öppen hälso- och sjukvård samt medicinsk serviceavdelning (a-c). Sådan rätt att remittera bör tillkomma varje huvudman inom sjukvårdsregionen och, vad gäller flerregionspecialitet, varje huvudman inom de sjukvårdsregioner för vilka vården i specialiteten bedrives gemensamt. I fråga om remiss till vård, som inte är regionalt samordnad, föreligger ingen skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att ta emot patienter.Remissförfarandet behandlas närmare i det följande.

Enskild läkare bör vid behov kunna i tjänsten konsultera läkare vid annat sjukhus utan särskilda formaliteter (d). Att ge sådan konsultation bör anses lika angeläget som vilket annat tjänstegöromål som helst. En annan sak är att inom vissa specialiteter kan konsultationerna bli så frekventa och tidskrävande att ersättning för dem bör komma i fråga. Detta berörs nedan. Konsultation kan ske även beträffande akutpatient.

Konsultverksamhet vid annat sjukhus, vilket i växande omfattning ingår i de fasta rutinerna beträffande vissa specialiteter, exempelvis audiologi och vissa grenar av barnmedicinen, bör däremot inrymmas under e). Besök av företrädare för regionalt samordnad verksamhet för åtgärd som avses under e) bör dessutom kunna begäras från patientens hemlandsting. Sådana åtgärder kan dra med sig betydande kostnader och bör därför kräva godkännande av berörda huvudmän. Sådan konsultverksamhet kan även avse akutpatient.

För ordination av tekniskt hjälpmedel (f) bör gälla av Landstingsförbundet rekommenderade normer. Ordination av tekniskt hjälpmedel till patient som remitterats enligt riksavtalet bör ske i samråd med patientens hemlandsting om kostnaden beräknas överstiga visst större belopp. Så utformade regler finns redan i gällande utomlänsavtal, § 12 A, se bilaga 3 (sid. 197). Liksom enligt anmärkning till utomlänsavtalet § 12 A bör gälla, att hjälpmedel som fordrar någon form av installation samt vissa andra hjälpmedel bör ordineras endast av patientens hemlandsting.

Avtalen bör i fråga om resor (g) ges tillämpning på dels överflyttning av patient i sluten vård från ett sjukhus till ett annat förutsatt att ersättning för den slutna vården regleras enligt riksavtalet vid minst ett av de berörda sjukhusen, dels annan ambulans- eller bårbilstransport som sker i samband med sjukvård till följd av remiss enligt riksavtalet och som gäller patient bosatt inom annat sjukvårdsområde än det där transporten påbörjas. Avtalet bör vidare i viss omfattning gälla permissionsresa till hemmet för patient som remitterats enligt riksavtalet. Vilka transporter som kommer i fråga och sättet för hur de skall ske bör bedömas enligt av Landstingsförbundet rekommenderade normer. Sådana regler skulle helt motsvara gällande utomlänsavtal, § 13. De av Landstingsförbundet rekommenderade normerna återfinns i meddelande nr 1 till 1978 års utomlänsavtal.

Aktiviteter inom området utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete (h) måste kräva särskilt beslut av huvudmännen från fall till fall. Vad beträffar forskning avses inte att sjukvårdshuvudmännen skall överta de uppgifter som nu är statliga utan att skapa en avtalsbas i den mån sjukvårdshuvudmän åtar sig sådana verksamheter. I detta sammanhang kan erinras om att ett särskilt samarbetsorgan mellan medicinsk fakultet och sjukvårdshuvudman bildats i Göteborg, vilket kan få en regional vidareutveckling.

4.7.3 *Remissförfarande*

Remissförfarandet bör i allt väsentligt kunna bygga på utomlänsavtalet § 14. I vissa avseenden kan dock skäl finnas för avvikelser.

Den detaljerade uppräkningen i utomlänsavtalet § 14 av befattningshavare, som äger befogenhet att utfärda remiss, bör ersättas med bestämmelse att remissmottagande huvudman i regel inte skall behöva pröva remissutfärdarens befogenhet, utan att kontrollen skall åligga den remitterande läkarens huvudman.

Enligt utomlänsavtalet skall remiss som i första hand avser sluten vård gälla även i samband med denna meddelad öppen vård. Av praktiska skäl och med hänsyn till att gränsen mellan öppen och sluten vård alltmer luckras upp bör även motsatsen gälla. Remiss bör således anses omfatta såväl öppen vård som erforderlig sluten vård och behövliga åtgärder vid medicinska serviceavdelningar. Remissens omfattning bör emellertid kunna begränsas. Sådant förbehåll kan vara motiverat av de stora kostnader, som vissa specialundersökningar kräver. Som exempel må nämnas vissa åtgärder vid koagulationslaboratorier och yrkesmedicinska arbetsplatsundersökningar. Självfallet får begränsningar av denna typ i remiss inte komma i kollision med det medicinska ansvaret. Begränsningarna måste avse åtgärder som medicinskt

sett tål uppskov. Remissen bör inte heller få göras så snäv att den förfelar sitt syfte. I öppen vård bör begränsning till ett vårdtillfälle tolkas så att remissen avser alla besök som i löpande följd motiveras av vårdorsaken.

Enligt utomlänsavtalet får remiss inte i efterhand utfärdas för patient som redan intagits för vård på främmande sjukhus. Enligt utredningens mening kan emellertid förhållandena vara sådana att detta från patientens sida kan synas orimligt. Om särskilda skäl föreligger bör därför, om remiss saknas, åtminstone betalningsförbindelse från hemlandstinget kunna utfärdas i efterhand.

Liksom i kommentar till utomlänsavtalet förtjänar här understrykas att remitterande läkare med hänsyn till de ekonomiska konsekvenserna av remissen måste förvissa sig om att den huvudman, som läkaren är anställd hos, är rätt hemlandsting för patienten.

4.7.4 *Finansiering*

Patientavgifter

Remitterad patient bör erlägga patientavgift i enlighet med vad som gäller för patient bosatt inom vårdlandstinget. Om denna avgift överstiger den som gäller i hemlandstinget bör patienten ha rätt att från detta erhålla skillnaden.

Grundtanken i detta avviker från den som ligger bakom utomlänsavtalet, § 15 A under e), tredje stycket, se bilaga 3 (sid. 202). Alla typer av patientavgifter avses, och utrymme bör i avtalsformuleringen lämnas för en regional samordning av högkostnadsskyddet i form av s. k. sjukvårdskort.

Självkostnadsprincipen

Huvudman som anlitas för regionsjukvård bör erhålla ersättning av patientens huvudman avsedd att täcka den anlitade huvudmannens självkostnad för lämnad tjänst.

Verklig självkostnad inom hälso- och sjukvård kan inte tas fram utan patientrelaterad kostnadsredovisning. Sådan skulle emellertid kräva en så detaljerad och differentierad kostnadsredovisning att den redan av ekonomiska skäl får betraktas som praktiskt ouppnåelig. Vad som kan åstadkommas är en mätning av genomsnittskostnad per prestation och en debitering efter antal prestationer. Det gäller härvid att söka finna beräkningsmetoder som är i sak tillfredsställande och samtidigt någorlunda lätthanterliga.

Ersättningsreglerna bör utformas så att meningsskiljaktigheter i fråga om debiteringar såvitt möjligt undvikes och tillämpningen av reglerna kan ske på ett smidigt sätt. I så stor utsträckning som möjligt bör därför schabloner och helst riksgiltiga schabloner användas.

Schabloniseringen kan begränsas till att gälla sättet att beräkna ersättningarna. I detta hänseende har Landstingsförbundet gjort rekommendationer, som syftar till enhetlighet eller åtminstone översättbarhet huvudmännen emellan. Fortsatt arbete kommer att pågå inom detta område. Enighet råder om att denna väg till jämförbar kostnadsredovisning är framkomlig.

Schabloniseringen kan gå längre och sträcka sig till själva ersättningsbeloppen. Sådana beloppsschabloner begagnas inom nuvarande utomlänsavtal. Landstingsförbundet har inför regionsjukvårdsutredningen lagt fram exempel på schablonbelopp grundade på medelvärden enligt kostnadsbokföring.

En absolut nödvändig förutsättning för användning av schabloner överhuvudtaget är den enhetlighet eller åtminstone översättbarhet huvudmännen emellan, som berörts ovan. Under förutsättning att av Landstingsförbundet rekommenderade beräkningsgrunder får allmän anslutning bland huvudmännen bör avtalen kunna skrivas med beräkningsschabloner som norm.

I den planerade regionsjukvården, som i regel sker vid regionsjukhusen, blir det däremot sannolikt inte aktuellt att använda beloppsschabloner. Samtliga regionsjukhus har redan nu kostnadsställeredovisning. Planeringssamverkan enligt det av utredningen förutsatta planeringssystemet innebär att regionsjukvårdens omfattning vid varje berörd klinik preciseras i budgeten. På grundval av den angivna omfattningen av prestationerna samt beräkningsschablonerna bör årligen inom varje region de aktuella ersättningsbeloppen räknas fram.

Utredningens uppfattning är att ersättningsbeloppen per prestation samt icke prestationsrelaterade ersättningsbelopp bör diskuteras i samverkansnämnden och således inte bara framräknas och debiteras av regionsjukvårdshuvudmannen (regionsjukvårdshuvudmännen). Ersättningsbeloppen skall efter sådan diskussion kunna gälla även i det mellanregionala utbytet av tjänster.

Man kan förutsätta att Landstingsförbundets beräkningsunderlag inte kan komma att täcka alla regionalt samordnade aktiviteter och att samverkansnämnden därför i fråga om vissa sådana måste föreslå särskilda ersättningar. Exempel på detta är främst aktiviteter med särskild kostnadsstruktur – beträffande vilka nedan ett system med specialkalkyler kommer att diskuteras – men även ersättning för informell konsultationsverksamhet samt utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete. Den verksamhet, som finansieras på detta sätt, berör sällan huvudmän utanför den egna sjukvårdsregionen. Huvudregeln om bindningen av dessa vid ersättning, fastställd inom den sjukvårdsregion som bedriver verksamheten, får därför gälla även dessa fall.

Sluten och öppen vård

Självkostnadsberäkningen måste för sluten och öppen vård ske så att ersättningen skall täcka vårdlandstingets genomsnittliga självkostnad per lämnad prestation vid den vårdenhet, som tillhandahållit prestationen.

Med prestation avses mätbar åtgärd, som kommer patienten till del. Prestationsmått blir i öppen vård besök och i sluten vård vårddag. I sluten vård bör ersättning utgå för såväl in- som utskrivningsdag. Den ersättning, huvudman har att erlägga, bör liksom hittills i sluten vård kallas dagersättning och i öppen vård besöksersättning.

Med vårdenhet avses klinik, serviceavdelning och annan organisatorisk eller funktionell enhet, som utgör kostnadsställe i driftkostnadsbokföringen.

Huvudmännen bör förbinda sig att vid sådan enhet tillämpa prestationsredovisning.

Efter översyn av befintliga beräkningsschabloner – i bilaga 1 till utomlänsavtalet och i en serie rekommendationer från Landstingsförbundet med början redan år 1961 – bör beräkningsgrunder som kan accepteras av samtliga huvudmän framläggas avseende

- kapitaltjänstkostnader
- utbildningskostnader
- kostnader för central administration
- pensionskostnader samt
- övriga driftkostnader.

Slutligen bör de driftintäkter och statsbidrag specificeras, vilka skall dras ifrån bruttodriftkostnaderna för att nettodriftkostnaderna skall kunna bestämmas och fördelas på antalet prestationer vid respektive vårdenhet.

Vad beträffar kapitaltjänstkostnader förutsättes att regionsjukvårdshuvudmannen respektive annan huvudman med regionalt samordnad verksamhet skall finansiera och ombesörja erforderlig byggenskap och utrustning. En annan sak är att övriga huvudmän inom sjukvårdsregionen i mån av överenskommelse om detta kan medverka vid kapitalanskaffningen.

Medicinska serviceavdelningar

Vid medicinska serviceavdelningar kan det finnas anledning att på grundval av förkalkylerad självkostnad tillämpa rikstaxa – exempelvis vid kliniskt-bakteriologiskt laboratorium taxa vid statens bakteriologiska laboratorium – i stället för prestationskostnadsberäkning.

I allmänhet redovisas medicinsk laboratorieservice och liknande genom fördelningsnycklar till dagkostnad eller besökskostnad. Remiss kan dock avse åtgärd uteslutande vid medicinsk serviceenhet. Ersättningen får då beräknas separat för de åtgärder som vidtagits vid serviceenheter.

Specialkalkyl

I såväl sluten som öppen vård bör för viss typ av prestation, vars självkostnad väsentligt avviker från den vanliga genomsnittliga självkostnaden, en genom särskild kalkyl beräknad genomsnittlig självkostnad kunna debiteras om huvudman så begär och de berörda huvudmännen godkänner förfarandet. Kostnader enligt sådan specialkalkyl skall då inte ingå i underlag för beräkning av vanlig genomsnittlig självkostnad. I specialkalkyl kan schablonbelopp för kapitaltjänstkostnader användas.

Specialkalkyler kan krävas för aktiviteter med mindre vanlig kostnadsstruktur. I och för sig behöver det inte röra sig om särskilt kostnadskrävande aktiviteter, utan det räcker med särprägel. Oftast är det dock fråga om särskilt stora kostnader, såsom vid de förut nämnda koagulationslaboratorierna och yrkesmedicinska verksamhetsenheterna. Godkännandet av huvudmännen bör avse kalkylprinciperna men inte kalkylresultatet i varje särskilt fall.

Medicinsk konsultation

Rådgivning bör betraktas som ett naturligt led i all administration och produktion, även över huvudmannagränser. Principen bör därför vara att särskild ersättning inte skall ges för sådan verksamhet huvudmän emellan.

Konsultationsverksamheten är emellertid – såsom framhållits ovan – i vissa fall synnerligen betungande och kan vid vissa regionkliniker sammantaget omfatta den totala arbetstiden för en läkartjänst eller mer.

Konsultationstiden ingår, om den inte ersättes särskilt, i underlaget för beräkning av dagersättning och besöksersättning och kommer därför att fördelas på huvudmän i förhållande till utnyttjandet av sluten och öppen vård. Oftast torde en sådan fördelning vara acceptabel. Om den inte motsvarar fördelningen av själva konsultverksamheten mellan huvudmännen, kan det – i undantagsfall, då en klar snedfördelning kan konstateras – bli fråga om andra ersättningskonstruktioner. Specialkalkyl bör då kunna komma i fråga. Två eller flera huvudmän kan dessutom komma överens om en särskild ersättning för sådan konsultationsverksamhet som visat sig varaktigt ha en särskilt betydande omfattning

Gästverksamhet

För åtgärder, som vidtages vid främmande inrättning, bör den anlitande huvudmannen debiteras för lönekostnad, rese- och traktamentsersättningar samt andra särskilda kostnader som åsamkats den anlitade personalens huvudman. Det kan här röra sig om transport och utnyttjande av apparatur.

Rekommendationer av Landstingsförbundet bör utfärdas om sådan gästverksamhet.

Ordination av tekniska hjälpmedel

Vid ordination av tekniskt hjälpmedel bör ersättningen till sjukhusägaren motsvara de kostnader för inköp och eventuell individuell anpassning av hjälpmedel, fraktkostnad och annan kostnad som direkt kan hänföras till hjälpmedel. I ersättningen bör inte inräknas kostnad som ingår i vårdkostnad vid sluten eller öppen vård.

Om den sammanlagda kostnaden för hjälpmedel till remitterad patient vid ett vårdtillfälle understiger visst mindre belopp bör rätt till ersättning från patientens hemlandsting inte föreligga.

Dessa regler återfinnes redan nu i utomlänsavtalet § 15 AB.

Sjuktransporter och överflyttningstransporter

Nuvarande ordning enligt utomlänsavtalet § 15 C bör bibehållas.

Utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete

Den omfattning, i vilken sjukvårdshuvudmän engagerar sig i utbildning, forskning och utvecklingsarbete, bestäms alltid av en viss "satsning". I dessa

fall får utgångspunkt tas i omfattningen av de medel som ställes till förfogande. Regionalt samordnade aktiviteter på dessa områden kan finansieras med anslag, ställda till samverkansnämndens förfogande.

I den mån huvudmän beslutar om medicinsk utbildning, forskning eller utvecklingsarbete i regional samordning bör därför medel för dessa ändamål av huvudmännen anvisas till samverkansnämnden. För varje särskilt projekt bör sedan av samverkansnämnden erforderliga kostnader beräknas för att ersätta den huvudman som ställer personella och andra resurser till förfogande för projektet.

Preliminär avräkning

Regionalisering av den helt övervägande delen av den remissvård, som för närvarande regleras i utomlänsavtalet, innebär att clearingsystem i form av förkalkyl och a conto-betalningar bör tillskapas inom regionerna.

4.7.5 *Avtalens tolkning, uppsägning m. m.*

Frågor avseende tolkning och tillämpning av regionsjukvårdsavtal bör underställas vederbörande samverkansnämnd och i sista hand Landstingsförbundets styrelse. Denna bör även avgöra frågor om tolkning och tillämpning av riksavtalet.

Avtalen bör gälla tills vidare med rätt för varje huvudman att senast ett år i förväg säga upp sitt deltagande att upphöra vid nästkommande kalenderårsskifte. Eftersom huvudmännen är skyldiga att medverka i samplaneringen kommer uppsägning endast att vara uttryck för önskemål om ändring av avtalsinnehållet.

4.8 Genomförande

Enligt utredningens förslag blir grunden för förändringarna beträffande regionsjukvården dels ändringen av begreppet regionsjukvård, dels en bestämmelse i sjukvårdslagen som innebär skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att upprätta sjukvårdsplaner och medverka i gemensam planering av regionsjukvården inom och mellan regionerna, dels enligt sjukvårdslagen fastställd ändring av rikets indelning i sjukvårdsregioner.

Parallellt härmed skulle enligt utredningens förslag Landstingsförbundet utfärda rekommendationer beträffande utformningen av regionsjukvårdsavtal samt initiera ett riksavtal som ersättning för nuvarande utomläns- och regionsjukvårdsavtal.

Så snart regionsjukvårdsavtal träffats och de regionala samverkansnämnderna tillsatts påbörjas den planering som är grunden för det regionala samarbetet. De långsiktiga principplanerna för samtliga regioner insändes av samverkansnämnderna till socialstyrelsen och Landstingsförbundet samt sammanställes och analyseras. För att sammanställningen skall kunna ske utan alltför stor tidsutdräkt, bör en tidpunkt fastställas, då regionsjukvårdsplanerna skall vara insända.

För att tillämpningen av regionsamarbetet enligt det föreslagna systemet i

de nya, ändrade regionerna skall kunna komma i gång fordras på grundval av principplanen utarbetad flerårsplan och budget. Processen med avtalsslutande, konstituering av samverkansnämnder samt utarbetande av planer torde kräva en tid av tre till fyra år från det att de grundläggande besluten fattas av riksdagen.

Under denna förberedelsetid kan det gamla avtals- och ersättningssystemet fortsätta att fungera. Med hänsyn till behovet av samordning bör det nya systemet träda i kraft vid samma tidpunkt i olika regioner. Ikraftträdandet av de nya avtalen förutsätts ske vid ett kalenderårsskifte.

De nya sjukvårdsplanerna och på grundval av därav träffade riks- och regionsjukvårdsavtal kommer därvid att ersätta nu gällande regionsjukvårds- och utomlänsavtal.

Genomförandet av utredningens förslag blir således uppgifter för i första hand sjukvårdshuvudmännen. Med hänsyn till de särskilda förutsättningar som enligt förslaget kommer att gälla för Örebro läns landsting kan det dock enligt utredningens mening finnas skäl att göra en särskild undersökning beträffande de närmare konsekvenserna för detta landstings del av utredningens förslag m. m.

Bilaga 1 Projektorganisation m. m. för RIA

1 Bakgrund och direktiv

Regionsjukvårdsutredningen beslöt i april 1975 att starta ett projekt med uppgift att göra "en mer ingående analys avseende bl. a. avgränsning av regionsjukvård mot länssjukvård samt 1980-talets förväntade förhållanden ifråga om vårdstruktur och läkartillgång". Detta projekt skulle också "uppmärksamma medicinsk och teknisk utveckling i övrigt och dess inverkan på hithörande frågor".

Enligt direktiven skulle totalt tjugo medicinska verksamhetsområden behandlas av projektet, varav åtta kirurgiska och tolv medicinska. Dessa anges i kapitel 1 i betänkandet. För varje område skulle en beskrivning av nuläget göras. Vidare skulle utvecklingstendenserna fram till 1985 beskrivas liksom aktuella och förväntade avgränsningsfrågor såväl mellan olika verksamhetsområden som mellan region- och länssjukvården. Socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (Socialstyrelsen anser 1976:1) och den utveckling av länssjukvården som där beskrivs skulle utgöra ett av underlagen för projektet.

Särskild vikt skulle läggas vid kraven på samlade kunskaper och resurser för adekvat utredning, diagnostik och behandling. Vidare skulle beaktas behovet av tillräckligt patientunderlag för att kunna upprätthålla en tillfredsställande kvalitet inom sjukvården. I projektet kunde också utbildningskraven behandlas. I direktiven ingick inte att ta hänsyn till sjukvårdspolitiska, ekonomiska och avtalsmässiga förhållanden och inte heller att lämna organisatoriska förslag eller förslag om hur olika enheter skulle lokaliseras.

Senare tillkom uppdraget att utreda även brännskadevård, verksamhetsområdena gynekologi och obstetrik, allmän och gynekologisk onkologi, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, foniatri och audiologi i enlighet med ovan angivna direktiv. Projektet kom därmed att omfatta 28 medicinska verksamhetsområden.

2 Organisation

I projektet, som antagit arbetsnamnet RIA (regionsjukvårdens innehåll och avgränsning), har medverkat en eller flera experter (totalt 86) för vartdera av ifrågavarande verksamhetsområden. Experterna framgår av försättsbladet till

respektive verksamhetsområdes rapport samt tabell 30.

Enligt bemyndigande av regionsjukvårdsutredningen har valet av experter, se tabell 30 (sid. 185), gjorts av RIA:s projektledning bl. a. efter förslag från vissa specialistföreningar samt ledamöter och experter i regionsjukvårdsutredningen. Underhandskontakter har även tagits med Sveriges läkarförbund. Särskild vikt har lagts vid att experterna skulle komma från skilda delar av landet och representera såväl region- som länssjukvård. Inom flertalet expertgrupper ingår representant för respektive specialistförening.

Projektledningen har bestått av medicinalrådet Kurt Roos (projektledare) socialstyrelsen, överläkaren och ledamoten av socialstyrelsens vetenskapliga råd Sven Dahlgren (biträdande projektledare), Skövde, biträdande överläkaren och socialstyrelsens föredragande i invärtesmedicin Olof Edhag (biträdande projektledare), Stockholm, byrådirektören Gunnar Holmberg (sekreterare och projektadministratör), socialstyrelsen, och byrådirektören Marianne Thorén (sekreterare), socialstyrelsen. Beredande organ för RIA till regionsjukvårdsutredningen har varit en arbetsgrupp inom utredningen under ledning av landstingsrådet Bertil Göransson. RIA:s arbete har avrapporterats fortlöpande.

3 Arbetssätt

Vid konstituerande sammanträden 1975-09-30–10-01 utvecklades och preciserades direktiven i en arbetsplan.

Enligt arbetsplanen skulle respektive expertgrupp inledningsvis presentera en delrapport avseende regionsjukvårdens omfattning 1970–1975 samt dess innehåll vid tiden för utredningsarbetet. Vidare skulle rapporterna innehålla en beskrivning av föreliggande avgränsningsproblem, dels mellan det egna verksamhetsområdets läns- och regionsjukvård, dels mellan ifrågavarande verksamhetsområde och andra verksamhetsområden på regionnivå.

Slutligen uppdrogs åt expertgrupperna att beskriva det egna verksamhetsområdets förväntade innehåll och omfattning inom regionsjukvården år 1985. Härvid skulle uppmärksammas dels förväntad medicinsk och teknisk utveckling, dels det egna verksamhetsområdets avgränsning, såväl mot dess länssjukvård som mot andra verksamhetsområdens regionsjukvård.

Under arbetets gång har överläggningar hållits mellan expertgrupperna och projektledningen för att de olika avsnitten generellt skulle uppfylla de för utredningen givna direktiven. Flera expertgrupper har även haft diskussioner sinsemellan varvid speciellt avgränsnings- och samarbetsfrågor avhandlats. Vidare har inom flertalet grupper kontakt tagits med enskilda ämnesrepresentanter och med respektive specialistförening. Den sistnämnda kontakten har underlättats av att de olika föreningarna som ovan nämnts finns representerade i flertalet expertgrupper.

I syfte att bl. a. vidga underlaget för expertgruppernas slutliga ställningstagande till det egna verksamhetsområdets uppgifter inom regionsjukvården 1985 har projektledningen tagit initiativ till speciella överläggningar under våren 1976. En sådan överläggning behandlade onkologiska vårdfrågor 1985, varvid företrädare för allmän onkologi, professorerna Lars-Gunnar Larsson, Jerzy Einhorn och Martin Lindgren samt överläkaren i allmän kirurgi, särskilt

Tabell 30 Förteckning över RIA:s experter

Medicinskt verksamhetsområde	Expert	
Medicin och onkologi		
Barnmedicin	Torsten Berg	Västerås
	Ingrid Gamstorp	Uppsala
	Karl Henrik Gustavsson	Umeå
	Astrid Thilén	Jönköping
	Lars Wranne	Örebro
Hudsjukdomar	Nils Karltorp	Boden
	Hans Rorsman	Lund
Allmän internmedicin	Sven Olof Berlin	Katrineholm
	Per Björntorp	Göteborg
	Harry Boström	Uppsala
	Leif Hallberg	Göteborg
	Jan Hällén	Västerås
	Tore Leonhardt	Vänersborg
	Björn Lindholm	Göteborg
	Karl Holger Sjöberg	Oskarshamn
Endokrinologi	John Fredrik Dymling	Malmö
	Kerstin Hall	Stockholm
Kardiologi	Stig Holmberg	Göteborg
	Lars Mogensen	Stockholm
	Jan Sievers	Linköping
Infektionssjukdomar	Jan Barr	Örebro
	Sten Ivarsson	Göteborg
	Kurt Lantorp	Jönköping
Lungsjukdomar	Lars Andér	Sundsvall
	Gunnar Dahlström	Uppsala
	Leif Rosenhall	Uppsala
Gastroenterologi	Hans Reichard	Stockholm
Medicinska njursjukdomar	Jarl Ahlmén	Göteborg
	Tore Lindholm	Lund
Reumatologi	Erik Allander	Huddinge
	Frans-Erik Berglöf	Östersund
	Britta Domeij-Nyberg	Falun
	Per-Olof Gedda	Örebro
	Ragnhild Gullberg	Stockholm
	Frank Wollheim	Malmö
Yrkesmedicin	Olov Axelsson	Örebro
	Christer Hogstedt	Örebro
	Lennart Sundell	Örebro
Neurologi	Lars Henrik Blomberg	Borås
	Lars Lund	Huddinge
	Per-Olov Lundberg	Uppsala
	Carl-Einar Westerberg	Uppsala
Allmän- och gynekologisk onkologi	Jerzy Einhorn	Stockholm
	Olle Kjellgren	Umeå
	Lars-Gunnar Larsson	Umeå
	Martin Lindgren	Lund
	Torsten Norin	Gävle

Medicinskt verksamhetsområde	Expert	
Kirurgi		
Allmän kirurgi	Sven Eric Bergentz	Malmö
	Göran Gerdes	Härnösand
	Dan Holmlund	Umeå
	Kjell Kjellgren	Norrköping
	Rolf Sundblad	Stockholm
Barnkirurgi	Nils Olof Ericsson	Stockholm
	Gunnar Grotte	Uppsala
Handkirurgi	Svante Edshage	Göteborg
	Sune Johansson	Uppsala
Neurokirurgi	Hugo Andersson	Göteborg
	Lars Granholm	Stockholm
Ortopedisk kirurgi	Sven Arne Ahlgren	Skövde
	Anders Lidström	Danderyd
	Erland Lysell	Göteborg
	Karl-Erik Olsson	Karlskrona
Plastikkirurgi	Lars Hakelius	Uppsala
	Hans Holmström	Göteborg
	Carl Evert Jonsson[a]	Stockholm
	Björn Palmer	Malmö
Thoraxkirurgi	Lennart Johansson	Uppsala
	Per I Olsson	Stockholm
Urologisk kirurgi	Lennart Andersson	Stockholm
	Åke Fritjofsson	Uppsala
	Nils Hultengren	Danderyd
Gynekologi och obstetrik	Elof Johansson	Uppsala
	Harald Johansson	Stockholm
	Bo A Nilsson	Uppsala
	Göran Rybo	Skövde
Ögonsjukdomar	Kjell Dyster-Aas	Malmö
	Bertil Linder	Växjö
	Sven-Erik Nilsson	Linköping
	Ursula Rexed	Täby
	Björn Tengroth	Stockholm
Öron-, näs- och halssjukdomar inkl foniatri och audiologi	Herman Diamant	Umeå
	Björn Fritzell (foniatri)	Huddinge
	Knut Flisberg	Helsingborg
	Olle Hallén	Göteborg
	Gunnar Lidén (audiologi)	Göteborg
	Gunnar Nilsson	Gävle

[a] Även brännskadevård.

onkologisk kirurgi, Karl Magnus Rudenstam deltog. En annan överläggning behandlade yrkes- och miljöfrågornas betydelse för regionsjukvårdens innehåll och utveckling 1985. Härvid deltog representanter för bl. a. yrkesmedicin, yrkesdermatologi, allergologi, lungmedicin, klinisk immunologi och klinisk fysiologi.

4 Underlag för utredningsarbetet

Expertgrupperna har successivt tillställts underlag för utredningsarbetet. För det inledande arbetet utsändes bl. a. socialdepartementets sjukvårdsdelegations promemoria av 1974-02-06 angående regionsjukvården och regionsjukvårdsutredningens promemoria av 1975-09-25 angående regionsjukvårdsbegreppet. Projektledningen har bidragit med uppgifter om aktuell tillgång på vårdplatser och läkartjänster, uppgifter om väntelistor, uppgifter ur missbildningsregistret, diverse råd och anvisningar samt övriga publikationer av speciellt intresse.

Genom projektledningens försorg har expertgrupperna även erhållit omfattande patientrelaterad diagnosstatistik avseende verksamheten vid Akademiska sjukhuset, Lunds lasarett, Malmö allmänna sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset och regionsjukhuset i Örebro för åren 1970–1974 samt beträffande den totala vårdens omfattning år 1974 även för Karolinska sjukhuset. Uppgifterna som redovisas i såväl antal vårdtillfällen som antal vårddagar bygger på utskrivningsbesked för varje enskild patient och fördelas på patienternas hemortslandsting. Då denna statistik delvis gav ett otillräckligt underlag för den aktuella utredningen har vissa expertgrupper genomfört egna kompletterande studier av bl. a. specialistremissernas innehåll och frekvens vid olika kliniker. Dessa studier har i flertalet fall visat mycket god överensstämmelse med patientstatistiken beträffande den totala vårdens omfattning.

Regionsjukvårdsutredningen har i samarbete med Landstingsförbundet redovisat utomlänsremissvårdens omfattning enligt såväl utomlänsavtalets specialistremissdel som regionsjukvårdsavtalen för åren 1973–1975 per medicinskt verksamhetsområde. Redovisningen baseras på sjukvårdshuvudmännens uppgifter om antal debiterade vårddagar. Vid jämförelse mellan den patientstatistik, som utgör underlag för flertalet expertrapporter, och den statistik som regionsjukvårdsutredningen och Landstingsförbundet tagit fram har konstaterats att differensen mellan de båda underlagsmaterialen efter korrigering för vissa olikheter i redovisningssätten totalt sett är liten medan differensen inom enskilda specialiteter och beträffande enskilda huvudmän i vissa fall är större.

I vissa fall har expertgrupperna tagit kontakt med olika kliniker på regionsjukhus för att utröna öppenvårdsverksamhetens omfattning, frekvens av konsultärenden etc.

En enkät har utsänts till samtliga kirurgiska kliniker inom Göteborgs-, Umeå- och Uppsala-regionerna angående frekvensen av viss högspecialiserad vård. Resultaten av enkäten återfinns som bilaga till de kirurgiska rapporterna.

Som underlag för utvecklings- och framtidsperspektivet 1985 har bl. a. socialstyrelsens publikationer Hälso- och sjukvård inför 80-talet och Medicinsk service tillställts expertgrupperna. Vidare har demografiska uppgifter, vissa råd och anvisningar m. m. ställts till förfogande. Dessutom har till ledning för expertgrupperna utarbetats en dispositionsplan.

5 Vissa avtals- och nomenklaturfrågor

Expertrapporternas beskrivning av nuvarande förhållanden återspeglar nu gällande avtalssystem, varför detta kortfattat beskrivs i det följande.

Samverkan mellan skilda sjukvårdshuvudmän regleras i huvudsak genom olika regionsjukvårdsavtal och utomlänsavtalet. Regionsjukvårdsavtalen reglerar sådan vård som bedrivs vid endast vissa kliniker på landets regionsjukhus. Dessa avtal sluts mellan regionsjukhusdrivande huvudmän och övriga sjukvårdshuvudmän inom regionen och reglerar dispositionen av ett visst antal vårdplatser per medicinskt verksamhetsområde. Exempel på verksamhetsområden där sådana avtal slutits är neurokirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, onkologi och neurologi.

Inom andra verksamhetsområden såsom allmän kirurgi, allmän internmedicin, ortopedisk kirurgi etc., existerar inte sådana avtal. Vård utanför sjukvårdsområdets gränser regleras inom dessa verksamhetsområden av utomlänsavtalet. Även den vård som meddelas enligt utomlänsavtalet lämnas till övervägande delen av regionsjukvårdshuvudmän. I utomlänsavtalet uppdelas patienterna på akutpatienter, dvs. patienter som insjuknar eller skadas och tas om hand under tillfällig vistelse utanför eget sjukvårdsområde, och remisspatienter. Såväl remisspatienterna enligt utomlänsavtalet som regionavtalspatienterna vårdas utanför det egna sjukvårdsområdet i regel därför att de bedömts inte kunna få adekvat vård inom det egna sjukvårdsområdet eller för att de bedömts få en från medicinsk synpunkt bättre vård på annat håll.

En central fråga vid studier av regionsjukvårdens innehåll och avgränsning m. m. är vad som menas med begreppet regionsjukvård. Enligt hittillsvarande praxis har benämningen regionsjukvård avsett sådan vård som regleras av regionsjukvårdsavtalen. Förutsättningarna för regionsjukvård har emellertid successivt ändrats genom bl. a. den medicinska utvecklingen.

I socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (Socialstyrelsen anser 1976:1) diskuteras tre vårdnivåer, nämligen primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Beträffande regionsjukvårdens framtida uppgifter anförs följande.

Regionsjukvården "ansvarar för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan melan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att erfarenhet av deras behandling ej erhålles på länsnivå. På regionnivån kan jämväl ansvar läggas för sådant kontroll- och utvecklingsarbete samt för utbildning som ovan angivits för länssjukvården. Härtill kommer forsknings- och utvecklingsarbete av mera grundläggande natur samt vissa grenar av medicinsk service."

Med det synsätt som utvecklas i ovannämnda promemoria angående regionsjukvårdsbegreppet avses med regionsjukvård den mer högspecialiserade vården i landet, och benämningen kommer således inte som förut varit fallet att begränsas till vissa medicinska verksamhetsområden utan gäller flertalet verksamhetsområden.

Vidare omfattar denna vård såväl patienter från regionsjukhusets eget sjukvårdsområde som från regionen eller landet i övrigt. Ovan redovisad

innebörd av begreppet regionsjukvård har legat till grund för direktiven till RIA-projektet. För sådan vård som av olika skäl bör koncentreras till ett fåtal regionsjukhus används i expertrapporterna genomgående begreppet flerregional vård.

I expertgruppernas beskrivningar av nuläget förekommer i vissa fall emellertid att regionsjukvård definieras som den vård som ges enligt regionsjukvårdsavtal jämte specialistremissvård på regionsjukhus enligt utomlänsavtalet. Således saknas uppgifter om regionsjukvård för det egna upptagningsområdets invånare. Detta beror på att tillgänglig statistik m. m. inte i tillräcklig utsträckning belyser omfattningen av den totala regionsjukvården enligt ovan använda framtida definition av regionsjukvård. Beräkningarna i expertrapporterna av regionsjukvårdens omfattning utgår därför i allmänhet från ett antal icke regionsjukvårdsdrivande huvudmäns utnyttjande av vård vid regionsjukhus inom respektive specialitet. Denna vård har därefter uppräknats till att avse hela landet.

6 Redovisning av utredningsmaterialet

För innehållet i de specialitetsvis utarbetade rapporterna svarar ifrågavarande expertgrupp.

Eftersom den onkologiska vården behandlas i flertalet expertrapporter gavs företrädare för onkologi möjlighet att följa och kommentera utredningsarbetet. Sedermera uppdrogs åt en expertgrupp representerande allmän och gynekologisk onkologi att utarbeta en promemoria avseende regionsjukvårdens innehåll och avgränsning inom onkologi.

RIA-rapporterna redovisas i Regionsjukvården Huvudbilaga 1 – Medicin och onkologi (SOU 1978:71) och Regionsjukvården Huvudbilaga 2 – Kirurgi (SOU 1978:72).

Bilaga 2 Sammandrag ur regionsjukvårdsavtalen

Linköpingsregionen	Lund–Malmö-regionen	Örebroregionen	Umeåregionen	Göteborgsregionen	Stockholmsregionen (KS)	Uppsalaregionen
Betalningsprincip Gästlandsting ersätter sjukhusägaren så drift- och kapitalkostnader i öppen och sluten vård täcks till fullo	Som i Linköping	Som i Linköping	Ersättning för diagnostik, vård, behandling och patienthotell	Ersättning för självkostnader avseende diagnostik, vård och behandling	I princip som i Linköping	–
Beräkning av kapitalkostnader Avskrivningar på sjukhusets anskaffningskostnader exkl. tomtkostnader avseende direkta och indirekta belopp. Befintliga fastigheter och utrustning när avtalet träder i kraft får anskaffningskostnaderna omvandlade till ingångsvärden med reduktion från ibruktagande. Byggnation efter avtalets ikraftträdande påförs under byggnadstiden räntor på nedlagt kapital enligt kommunförbundens räntefot ökad med en halv procent. Räntor på ej avskrivna fastigheter och utrustning beräknas vid	Som i Linköping, men räntan under byggnation ökad med mellan en halv och en procent	Som i Linköping, men utan höjning av kommunförbunden rekommenderad ränta under byggnadstiden	Som i Linköping, men räntan under byggnadstiden ökad med en procent och avskrivningstiden för fastigheter är 20 år	Öppen vård och medicinsk service enligt kostnadsställemetoden. För sluten vård används nuvärdesprincipen. Där är kapitalkostnaderna fastställda till 61 kr per vårddag för år 1970, varav hälften indexregleras enligt byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex med år 1970 som utgångspunkt. Tomtkostnader debiteras	–	Av totala byggnads- och utrustningskostnaderna har 30 procent fastställts avse regionsjukvården. Den delen förskotteras av Uppsala läns landsting, som får full ersättning av samverkande sjukvårdshuvudmän i förhållande till årsvis antal utnyttjade vårddagar. Verkliga räntekostnader ersätts och för icke upplånade medel tillämpas kommunförbundens räntefot. De förskotterade medlen amorteras för byggnader på 20 år och för utrustning på 10 år

varje årsskifte. Avskrivningstiden är 30 år för fastigheter och 10 år för utrustning						
Beräkning av driftkostnader Kostnadsställeredovisning tillämpas per klinik/motsvarande	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	–	Som i Linköping
Ersättning för sluten vård Vårddagsersättningen är driftkostnad jämte kapitalkostnad varvid frånderages debiterad vårdavgift, ev. statsbidrag och intäkter i övrigt. In- och utskrivningsdagar räknas vardera som en vårddag	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	Särskilt belopp betalas per vårddag (f. n. 620 kr.) pga. att användbart redovisningssystem avvaktas	Som i Linköping, men kapitalkostnad ingår ej och driftkostnaden per vårddag minskas med 10 %
Ersättning för öppen vård Driftkostnad jämte kapitalkostnad frånderaget ersättning från patient och försäkringskassa	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping. Samma bestämmelser för medicinsk service	Som i Örebroregionen	Särskilt belopp betalas per besök även om ersättning från patient eller försäkringskassa ej utgår (f. n. enligt utomlänsavtalet utom dialys). Även detta övergångsvis	Som i Linköping. 10 % av driftkostnaden frånräknas

Linköpingsregionen	Lund–Malmö-regionen	Örebroregionen	Umeåregionen	Göteborgsregionen	Stockholmsregionen (KS)	Uppsalaregionen
Betalning Per månad betalas enligt sjukhusägarens budget. Slutavräkning sker efter årets slut	Per månad betalas i efterskott ersättning motsvarande den året innan. Slutavräkning sker efter årets slut	Som i Lund–Malmö	Som i Linköping, men betalning i efterskott	Som i Linköping	–	Som i Linköping, men beloppen bestäms i regionsjukvårdsnämnden
Om regionplatserna ej utnyttjas Ej utnyttjat vårddagsantal, som annan ej heller utnyttjat, debiteras resp. gästlandsting med drift- och kapitalkostnader beräknade efter 82 % utnyttjandegrad	Som i Linköping	Ej utnyttjade vårdplatser får sjukhusägaren ianspråkta för andra patienter	Som i Linköping, men med 85 % i utnyttjandegrad för beräkning av ersättning	–	Som i Linköping	Som i Linköping
Ny-, till- eller ombyggnad Avskrives i likhet med ny utrustning som övriga kapitalkostnader	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	Ligger i avtalet (nuvärdesprincipen)	Som i Linköping	Som i Linköping
Kapitalkostnader efter avtalsslut Förhandlingar upptas om kostnadstäckning av ej avskrivna belopp	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	–	Som i Linköping

Avtalstid 30 år från 1963-01-01. Förhandlingar om fortsättning upptas fem år innan avtalet går ut	Som i Linköping, men från 1962-07-01	Som i Linköping, men från 1964-01-01	Som i Örebro	Från 1971-01-01–1973-01-01. Förlängt därefter per år senast t. o. m. 1978	Som i Linköping, men tiden är 1972-04-01–1994-01-01. Upphör för landsting då det utgår ur Örebroregionen	30 år 1963-07-01. Förlängs 10 år om ej uppsägning sker 3 år innan avtalet går ut
Regionsjukvårdsnämnden Skall finnas och bestå av två representanter med suppleanter per huvudman. De utses på samma sätt som ledamöter i förvaltningsutskott. Nämnden är konsultativ och tar ställning till ny-, till- och ombyggnader, budgeter, vårdavgifter och avtalsändringar. Gästlandsting får ta del av regionsjukhusets redovisning	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping	Som i Linköping. Uppgifterna fullgöres av Västsvenska planeringsnämnden. Ledamöternas antal varierar med sjukhushuvudman	Som i Linköping förutom sammansättningen; två för staten, en för vardera Gotlands kommun, regionsjukvårdsnämnden i Örebro samt Stockholms län landsting. Antalet suppleanter är lika stort	Som i Linköping förutom sammansättningen; två för staten, en för vartdera ingående landsting jämte suppleanter

Bilaga 3 1978 års utomlänsavtal

Allmänna bestämmelser

§ 1 Detta avtal är bindande endast i förhållande mellan sjukvårdshuvudmän – nedan kallade huvudmän – sedan dessa genom särskilda beslut godkänt avtalet.

§ 2 Huvudmännens skyldighet att ombesörja vård regleras i sjukvårdslagen och påverkas inte av detta avtal. Genom avtalet åtar sig dock huvudmännen att meddela viss öppen vård (§ 12 punkt 2).

Vård som meddelas enligt mellan berörda huvudmän träffat regionsjukvårdsavtal eller annan överenskommelse berörs ej av avtalet.

§ 3 Detta avtal reglerar ersättningen huvudmännen emellan för vård m. m. som jämlikt efterföljande bestämmelser av huvudman lämnas patient bosatt inom annan huvudmans sjukvårdsområde.

§ 4 På framställning av huvudman äger landstingsförbundets styrelse besluta, att avtalet skall tillämpas beträffande vårdresurser, som huvudmannen enligt särskild överenskommelse disponerar på främmande sjukhus, dock icke på Karolinska sjukhuset.

§ 5 Med hemlandsting avses i detta avtal den huvudman inom vars sjukvårdsområde patienten är bosatt.

Med vårdlandsting avses i detta avtal den huvudman inom vars sjukvårdsområde patienten vårdas.

Med utomlänspatient avses person som bereds vård inom annat än bosättningsortens sjukvårdsområde.

Bosättningen bedöms med ledning av folkbokföringsförordningens regler om rätt kyrkobokförings- och mantalsskrivningsort. Avgörande är patientens faktiska bosättning vid tidpunkten för intagningen på vederbörande sjukhus.

§ 6 Hemlandsting är ersättningsskyldigt för vård m. m. som meddelats utomlänspatient i enlighet med bestämmelserna i detta avtal.

§ 7 Frågor rörande tillämpning och tolkning av detta avtal avgörs av landstingsförbundets styrelse.

Kommentar
Enligt särskild överenskommelse avgörs tvist om rätt hemlandsting av landstingsförbundets styrelse jämväl vid vård enligt regionsjukvårdsavtal, vid Karolinska sjukhuset samt Akademiska sjukhuset.

Tillämpningsområde

§ **8** Avtalet gäller på sätt nedan anges i fråga om utomlänspatient
dels sluten sjukvård enligt § 11,
dels öppen sjukvård enligt § 12,
dels tekniskt hjälpmedel enligt § 12 A,
dels överflyttningsresa, permissionsresa samt ambulanstransport enligt § 13.

§ **9** Avtalet gäller dock inte följande patientkategorier:
1 de, som fullgör värnpliktstjänstgöring (även vapenfri tjänst samt inom civilförsvaret inskrivna värnpliktiga) eller efter utryckning från sådan tjänstgöring inom ett år från utryckningsdagen åtnjuter fortsatt vård för under tjänstgöringstiden ådragen sjukdom eller skada,
2 vid försvarsväsendet genom kontrakt för viss tid anställt manskap,
3 häktade och anhållna samt på statens kriminalvårdsanstalter intagna, dömda personer,
4 elever vid statens ungdomsvårdsskolor,
5 på statliga och erkända vårdanstalter för alkoholmissbrukare intagna personer, samt
6 utlänningar, omhändertagna av staten på anstalter, läger el. dyl.

§ **10** Avtalet gäller inte vård på sjukhem för långvarigt kroppssjuka, vare sig hemmet är fristående eller anslutet till lasarett, sjukstuga eller läkarstation. Det gäller inte heller vård på sjukhem (avdelning) för lättskötta psykiskt sjuka eller konvalescenter. Ifrågakommer för patient, som enligt avtalet vårdas på sjukhus, behov av vård som ovan sagts, bör hemlandstinget underrättas om vårdbehovet. Dylik vård beredes efter i förväg träffad överenskommelse mellan berörda huvudmän.

Avtalet äger inte tillämpning på akutvård vid öppen mottagning samt ej heller på sjukvårdande behandling.

Avtalet avser inte heller undersökning, vars syfte endast är att tjäna till utgångspunkt för bestämning av rätt till ersättning på grund av lag, försäkringsavtal el. dyl.

Sluten sjukhusvård

§ **11** Avtalet gäller sluten sjukvård på av huvudman drivna lasarett, sjukstugor och läkarstationer med sluten vård (observationsplatser) enligt följande:
1 Akutvård – meddelad utomlänspatient
a) som under vistelse inom vårdlandstinget drabbats av sjukdom eller skada och på grund därav blivit i behov av omedelbar vård, eller

b) som i undantagsfall ändock att sjukdomen eller skadan inte uppkommit under vistelsen inom vårdlandstinget intagits emedan hans tillstånd enligt intyg av intagande läkare påkallat omedelbar undersökning och/eller vård och hänvisning till hemlandstingets sjukhus därför inte kunnat ske.

Kommentar
Här avses akuta sjukdomar och skador. Vårdbehovet skall ha uppkommit under patientens vistelse inom vårdlandstinget. Möjligheten att under avtalet hänföra jämväl sådana patienter, som utan att fylla dessa krav likväl intagits på främmande sjukhus, emedan de enligt särskilt läkarintyg befunnit sig i sådant tillstånd att de måste beredas omedelbar vård, är sålunda avsedd allenast för rena undantagsfall, t. ex. allvarligt trafikolycksfall som förs direkt till sjukhus inom angränsande sjukvårdsområde. Avtalet är alltså i princip icke tillämpligt på sådana patienter, som blivit i behov av vården under vistelse inom hemlandstingets område eller inom annat främmande sjukvårdsområde än det, där vården meddelats. För patient som beger sig till ett främmande sjukhus för att i första hand söka öppen vård (poliklinikvård) kan således punkt 1 b) ovan endast i undantagsfall tillämpas, nämligen då patienten konstateras vara i oundgängligt behov av omedelbar intagning på sjukhuset och av medicinska skäl ej kan hänvisas till hemortssjukhus.

2 Vård vid förlossning och abort
vid förtidsbörd dvs. när förlossningen äger rum mer än 21 dagar före beräknad tidpunkt samt vid förlossning och abort om särskilda skäl föreligger och hemlandstinget utfärdar betalningsförbindelse.

Kommentar
Grunder för bedömning av om särskilda skäl föreligger se meddelande nr 1 till 1978 års utomlänsavtal.

3 Remissvård
enligt specialistvårdsremiss utfärdad enligt bestämmelserna i § 14.

4 Icke akut vård
för studerande m. fl. efter överenskommelse i varje särskilt fall (se utskottets meddelande nr 1/1975).

Öppen sjukvård

§ **12** Avtalet gäller öppen sjukvård enligt följande:

1 Remissvård
enligt specialistvårdsremiss utfärdad enligt bestämmelserna i § 14.

2 Icke akut vård
för studerande vid utbildningsanstalter liksom för personer som under längre tid för arbetsuppdrag vistas utanför hemlandstinget samt i den mån förefintlig mottagningskapacitet så medger, även för andra ersoner som vistas utanför sitt hemlandsting.

Kommentar
Vid vård enligt punkt 2) avses företrädesvis studerande vid universi-

tet, högskolor, yrkesskolor m. m. och personer på arbetsuppdrag utanför hemlandstinget. Möjligheter till vård bör jämväl beredas personer som – av annan anledning än studier och arbetsuppdrag – vistas utanför hemlandstinget. För dessa bör dock gälla, förutom att tillräcklig mottagningskapacitet förefinns, att de inte kan uppsöka läkare i hemorten utan betydande olägenhet. Därvid bör särskild hänsyn tas till personer med kroniska åkommor, som kräver regelbunden kontroll.

3 Vård vid abort
då sociala eller humanitära skäl prövas föreligga och hemlandstinget i anledning härav utfärdar betalningsförbindelse.

Tekniska hjälpmedel

§ **12A** Avtalet gäller ordination inklusive utlämning av tekniskt hjälpmedel enligt av landstingsförbundet rekommenderade normer.

Ordination av tekniskt hjälpmedel till utomlänspatient skall vid remissvård enligt § 11.3 och 12.1 ske i samråd med patientens hemlandsting om kostnaden beräknas överstiga 5 000 kr.

Vid vård i annat fall än som avses i föregående stycke skall samråd med patients hemlandsting ske före ordination. Föreligger omedelbart behov av tekniskt hjälpmedel för utomlänspatient i sådant fall får dock ordination ske utan föregående samråd. Detta gäller dock endast hjälpmedel för att tillgodose patients behov i en akut situation.

Anmärkning
Enligt hjälpmedelsförteckningen bör hjälpmedel som fordrar någon form av installation samt hjälpmedel upptaget på B-listan endast ordineras av patientens hemlandsting.

Överflyttningsresor, permissionsresor och ambulanstransporter

§ **13** Avtalet gäller

1 överflyttning av patient i sluten vård från ett sjukhus till ett annat förutsatt att ersättning för den slutna vården regleras enligt detta avtal vid minst ett av de berörda sjukhusen,
2 annan ambulans- eller bårbiltransport som sker i samband med sjukvård och som gäller patient bosatt inom annat sjukvårdsområde än det där transporten påbörjas,
3 permissionsresa till hemmet för utomlänspatient intagen för vård efter specialistremiss enligt § 11.3 förutsatt att hemresan är motiverad med hänsyn till såväl sociala som medicinska skäl; avtalet gäller dock endast en hemresa per 90 dagar om icke särskilda skäl föreligger eller patienten är intagen på avdelning med 5-dagarsvård.

Anmärkning
Vårdgivande landsting ombesörjer transport såvida landstinget ej träffar överenskommelse om annat.

Tillämpningsanvisningar till punkterna 1, 2 och 3 finns i meddelande nr 1 till 1978 års utomlänsavtal.

Remissbestämmelser för specialistvård

§ 14

1 Remissrätt till annan huvudmans sjukhus enligt § 11 punkt 3 och § 12 punkt 1 avseende

dels vård inom regionspecialitet, som ej är utbyggd inom den egna regionen,

dels vård inom annan specialitet än regionspecialitet, tillkommer

a) överläkare vid lasarett eller centraldispensärläkare (vid centraldispensär),

b) biträdande överläkare vid lasarett, vilken enligt å remissen särskilt antecknad försäkran samrått därom med egen överläkare,

c) chef för specialisttandpoliklinik för oralkirurgisk eller ortodontisk vård.

Kommentar

Med överläkare vid lasarett (enligt 1 a) avses överläkare såväl i sluten som öppen vård vid lasarett.

2 Överläkare vid inom det egna regionsjukhuset utbyggd regionspecialitet äger på patientens hemlandstings bekostnad remittera patient för specialistvård till klinik vid annat regionsjukhus.

3 Specialistvårdsremiss som i första hand avser sluten vård gäller även i samband därmed meddelad öppen vård.

4 Specialistvårdsremiss får inte i efterhand utfärdas för patient som redan tagits in för vård på främmande sjukhus.

5 Specialistvårdsremiss utgör betalningsförbindelse för hemlandstinget och upphör att gälla ett år efter dess utfärdande, såvida vården inte dessförinnan påbörjats, i vilket fall remissen i sluten vård gäller t. o. m. utskrivningsdagen.

För återintagning respektive återbesök för samma sjukdom gäller remissen ävenledes för vård intill ett år efter senaste utskrivning respektive besök.

Om remitterad patient som kallas för intagning respektive besök avflyttar till annat sjukvårdsområde gäller remissen intill dess sjukhuset erhållit kännedom om den ändrade bosättningen.

Huvudman äger återkalla utfärdad specialistvårdsremiss.

6 Specialistvårdsremiss skall utfärdas på av landstingsförbundet fastställd blankett.

7 Specialistvårdsremiss utfärdas i fyra exemplar. Ex 1–2 sänds till specialistsjukhuset, ex 3 till den remitterande läkarens huvudman, ex 4 behålles.

Kommentar

Med hänsyn till de ekonomiska konsekvenserna av specialistvårdsremissen skall den remitterande läkaren förvissa sig om att den huvudman, hos vilken läkaren är anställd, är rätt hemlandsting för patienten. I tveksamma fall bör läkaren samråda med vederbörande sjukhuskontor.

Ersättning för vårdkostnader

§ **15** Grunder för beräkning av ersättning vid vård av utomlänspatient enligt detta avtal:

Med sluten vård avses sjukvård på vårdplats där övervakning av patienten är erforderlig samt där vården av patienten icke planerats vara mindre än ca 8 timmar i följd. Såsom öppen sjukvård anses vård i annat än sluten vård.

A För sluten vård enligt § 11

a) på regionspecialitetsavdelning – såväl remiss- som akutfall – dagersättning bestämd för regionsjukhuset enligt reglerna i gällande regionsjukvårdsavtal och för övriga sjukhus enligt självkostnadsprincipen,

b) avseende dialysbehandling utgår dels dagersättning, dels ersättning för varje behandling allt enligt självkostnadsprincipen. Beräkningsgrunderna härför skall anmälas till landstingsförbundet,

c) avseende njurtransplantation utgår såväl genomsnittlig operationskostnad som dagersättning bestämd enligt självkostnadsprincipen. För vård av donator utgår dagersättning enligt e) akutvård nedan.

Huvudman må debitera transportkostnaden för från andra orter levererade njurar antingen med den verkliga kostnaden härför eller som genomsnittligt beräknad kostnad, vilken inkluderas i operationskostnaden,

d) vid lasarett för psykiatrisk vård bestäms dagersättningen till genomsnittlig vårddagkostnad vid respektive klinik/avdelning beräknad enligt kostnadsställeprincipen eller där sådan kostnad per klinik ej beräknas genomsnittlig vårddagkostnad för hela sjukhuset; detta gäller såväl remiss- som akutvård.

Den huvudman som fördelar kostnaderna längre än till kliniknivå har rätt att debitera självkostnaden för vården i enlighet härmed. Sådana självkostnadsberäkningar skall godkännas av landstingsförbundet;

Vid beräkning av dagersättning medtas centrala administrationskostnader, utbildningskostnader, pensionskostnader och kapitaltjänstkostnader dock med viss justering. Avdrag sker således med bokförda kostnader för nämnda kostnadsslag, vilket i första hand torde gälla pensionskostnader enligt pensionsreglemente och kapitaltjänstkostnader för avskrivning och ränta. Tillägg görs därefter till beräknad vårddagkostnad enligt vad som framgår av till avtalet hörande bilaga 1;

e) vård annorledes än ovan sägs för akutfall, förlossningsfall, abortfall och vårdfall enligt § 11 punkt 4 925 kronor per vårddag samt för remissfall 995 kronor. Dessa belopp gäller preliminärt under vårdåret. Definitiv vårddagersättning fastställs senast två månader efter vårdårets utgång på sätt som anges i bilaga nr 2 till avtalet.

Ersättning enligt a–e utgår för såväl in- som utskrivningsdag.

Utomlänspatient på allmän sal skall erlägga den patientavgift, som bestäms av hemlandstinget. Beträffande sådan medellös patient, för vilken ersättning av statsmedel kan påräknas enligt gällande socialhjälpslag anmanas dock vederbörande kommun att erlägga ersättning

jämlikt vårdtaxan enligt socialhjälps- och barnavårdslagarna. Hemlandstinget debiteras ersättning enligt ovan med avdrag för patientavgiften eller ersättning enligt vårdtaxan.

B För öppen vård enligt § 12

punkt 1 och 3 utgör ersättningen 180 kr för varje besök som ersätts av försäkringskassan.

För behandling enligt § 12 punkt 1 som med hänsyn till sin specialisering kräver omfattande insatser vad gäller teknik (apparater m. m.), läkemedel eller förbrukningsmaterial kan om kostnaden per besök – exklusive personalkostnad – är mer än tio gånger högre än i föregående stycke angiven ersättning särskild behandlingsersättning fastställas. Huvudman som önskar särskild ersättning för sådan behandling skall året före vårdåret anmäla detta till landstingsförbundet varvid grunder för kostnadsberäkningen skall anges.

punkt 2 utgår ingen ersättning utöver patientavgift och försäkringsersättning, dock utgår vid kontinuerlig halvöppen vård under mer än 3 dagar per vecka dagersättning om 180 kr.

Vid dialysbehandling i öppen vård debiteras alltid behandlingsersättning enligt självkostnadsprincipen.

AB För utlämning av tekniskt hjälpmedel enligt § 12 A utgör ersättningen belopp motsvarande kostnaden för inköp och eventuell individuell anpassnng av hjälpmedel, fraktkostnad och annan kostnad som direkt kan hänföras till hjälpmedel. I ersättningen inräknas ej kostnadspost som ingår i vårdkostnad enligt A och B.

Om den sammanlagda kostnaden för hjälpmedel till utomlänspatient vid ett vårdtillfälle understiger 50 kronor föreligger ej rätt till ersättning från patientens hemlandsting.

C Vid sjuktransport och överflyttningstransport enligt § 13 med ambulans som ingår i vårdlandstingets ambulansorganisation och för vilken landstinget har det ekonomiska ansvaret utgör ersättningen 5:00 kronor per kilometer. Är transportsträckan inklusive tomkörning kortare än 20 kilometer och utgår ej ersättning för väntetid skall ersättningen för ambulanstransporten ändå beräknas efter 20 kilometer. Väntetid för bemannad ambulans ersätts med 25 kronor per påbörjad fjärdedels timme dock med undantag för de första 15 minuterna.

Vid sjuktransport med annan ambulans än sådan som avses i föregående stycke eller bårbil utgår ersättning efter faktisk kostnad. Detsamma gäller överflyttningsresa och permissionsresa i annat fall än som sägs i första stycket.

Se vidare meddelande till 1978 års utomlänsavtal.

D Särskild ersättning utgår för blödarsjuk patient som erhållit AHF-preparat.

Reglering av ersättningen

§ **16** För vård som meddelas enligt detta avtal skall ersättningen beräknas i enlighet med § 15. Reglering av ersättningen sker genom ett centralt

avräkningssystem utom vad gäller ersättning enligt § 15 AB tekniska hjälpmedel.

Ersättningen regleras under vårdåret med en tolftedel a conto per månad av ett beräknat avräkningsunderlag. Underlaget utgörs av ett nettobelopp för respektive huvudman som beräknas på grundval av uppgifter om erhållen och utgiven ersättning enligt avtalet för året två år före vårdåret. De sålunda beräknade nettobeloppen justeras med hänsyn till förväntade löne- och prisförändringar mellan uppgiftsåret och vårdåret. Uppgifter om preliminärt avräkningsunderlag skall delges huvudmännen i maj månad året före vårdåret.

Huvudmän med nettounderskott betalar den 25:e i varje månad under vårdåret in beloppen enligt avräkningsunderlaget till den centrala clearingsfunktion som sedan så snart möjligt fördelar inbetalade belopp till huvudmän med nettoöverskott.

I enlighet med särskilda anvisningar upprättar vårdgivande enheter statistik över meddelad vård åt utomlänspatienter. Vederbörande centralkansli samlar och sammanställer statistiken för hela sjukvårdsområdet varefter den sänds till landstingsförbundet.

De ersättningar som grundas på självkostnadspris skall beräknas enligt bokslut. Om bokslut för klinik inte föreligger i tid före slutlig avräkning skall ersättningen grundas på senast tillgängliga bokslut men med en uppräkning som sker enligt procentsats som fastställs av landstingsförbundets styrelse.

Statistik över meddelad vård enligt avtalet skall föreligga senast i maj månad året efter vårdåret. Därefter verkställer landstingsförbundet slutlig avräkning. Slutregleringen skall genomföras före halvårsskiftet.

Blanketter

§ **17** Erforderliga blanketter för tillämpning av detta avtal fastställs av landstingsförbundet.

Giltighetstid

§ **18** Detta avtal gäller fr. o. m. den 1 januari t. o. m. den 31 december 1978.

Bilaga nr 1 till 1978 års utomlänsavtal

Beräkningsgrunder för vissa kostnader vid debitering enligt § 15 A d)

Centrala administrationskostnader

Centrala administrationskostnader fördelas i form av ett procentuellt tillägg till respektive inrättnings bruttodriftkostnader i övrigt. Procentsatsen beräknas individuellt för varje huvudman såsom förhållandet mellan nettokostnaderna för central administration och bruttokostnaderna för driften (exkl.

central administration och finansförvaltning eller motsvarande). Alternativt kan tillämpas en enhetlig procentsats med 2 % av bruttodriftkostnaderna exkl. kapitaltjänstkostnader vid respektive inrättning. Centrala administrationskostnader definieras närmare i tillämpningsanvisningarna.

Utbildningskostnader

Utbildningskostnaderna beräknas i likhet med centrala administrationskostnader som ett procentuellt tillägg till respektive inrättnings bruttodriftkostnader i övrigt. Procentsatsen beräknas individuellt för varje huvudman såsom förhållandet mellan nettokostnaderna för utbildning avseende hälso- och sjukvård och bruttodriftkostnaderna avseende hälso- och sjukvård. Utbildningskostnaderna definieras närmare i tillämpningsanvisningarna.

Vad här angivits gäller som ett provisorium med hänsyn till att vårdyrkesutbildningen och dess finansiering ännu inte funnit sina definitiva former. Det förutsättes att utbildningskostnadernas inräknande i vårddagkostnaderna blir föremål för nya överväganden när bättre överblick vunnits.

Kapitaltjänstkostnader

Kapitaltjänstkostnaderna beräknas enligt utredning av självkostnadsbegreppet vid sjukvårdsredovisning som schablonbelopp per vårddag.

Beloppen grundas på år 1968 beräknade byggkostnader per vårdplats. Schablonbeloppen indexregleras med ledning av byggkostnadsindex per den 1 juli för respektive år. Indexregleringen omfattar hälften av de angivna schablonbeloppen. Beloppen avser kapitaltjänstkostnader för remissjukvård, annan lasarettssjukvård, vård av långvarigt sjuka och psykiatrisk vård. Beträffande den sistnämnda vården har viss uppräkning av beloppen skett med hänsyn till de förbättringsinvesteringar som vidtagits sedan den psykiatriska vården övertogs.

Ersättningsbeloppen för kapitaltjänstkostnader per vårddag utgör för

	1968	1978
1 Remissjukvård[a]	58 kr	100 kr
2 Annan lasarettsjukvård[a] (även psykiatrisk klinik vid somatiskt lasarett, se dock nedan punkt 4)	46 kr	80 kr
3 Vård av långvarigt sjuka	24 kr	41 kr
4 Vård vid kliniker uppförda med statsbidrag enligt mentalvårdsavtalet		
a) klinik för psykiskt sjuka barn eller psykiskt abnorma (s. k. psykopater)	46 kr	80 kr
b) övriga kliniker	24 kr	41 kr
5 Vård vid övertagna lasarett för psykiatrisk vård		
a) klinik för psykiskt sjuka barn eller psykiskt abnorma (s. k. psykopater)	24 kr	41 kr
b) övriga kliniker	12 kr	32 kr

[a] Under 1 och 2 angivna belopp ingår schablonbeloppen enligt § 15 A e). De är ej tillämpliga vid debitering enligt § 15 A d).

Huvudorganisationerna meddelar om ändringar av rekommenderade belopp erfordras inför slutlig debitering.

Bilaga nr 2 till 1978 års utomlänsavtal

Beräkning av vårddagersättning år 1978 för akutvård och remissvård enligt § 15 Ae

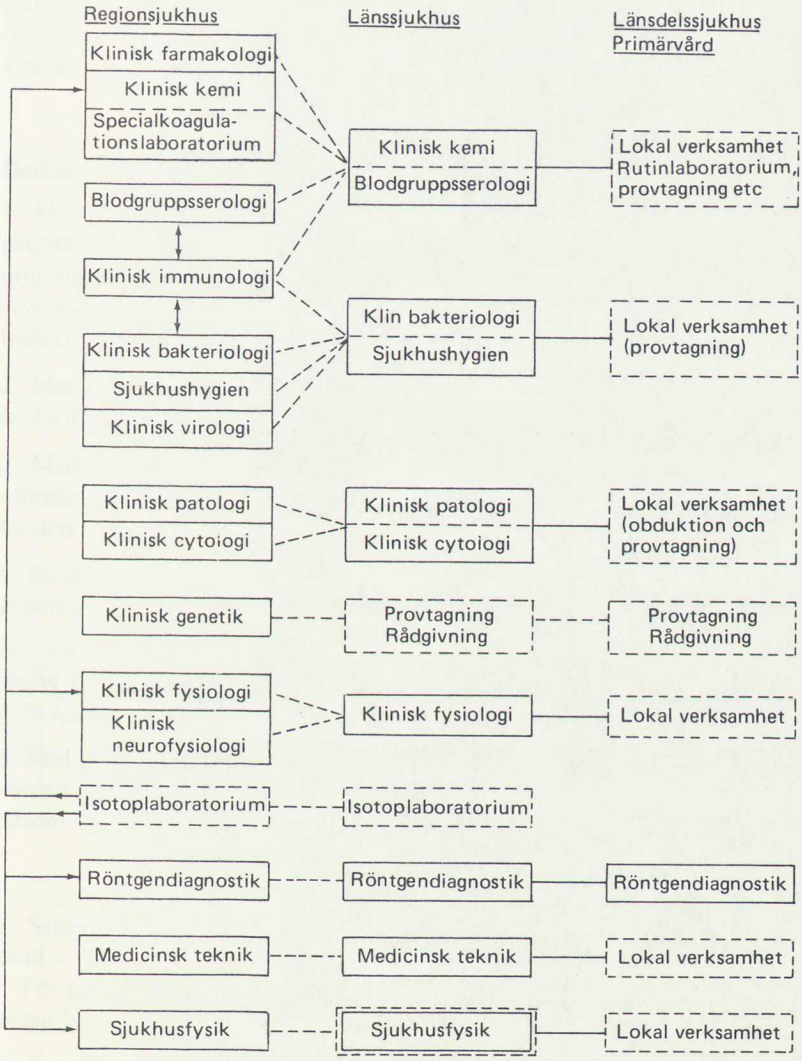
Vårddagersättningarna enligt § 15 Ae har preliminärt beräknats till för akutvård 925 kr. och för remissvård 995 kr., vid barnmedicinska kliniken vid Östra sjukhuset i Göteborg dock 1 600 kr. Efter utgången av år 1978 skall definitiv uppräkning ske i enlighet med faktisk utveckling. Uppräkningen sker i enlighet med uppgifter i landstingsförbundets cirkulär vad gäller löneutveckling, arbetsgivaravgifter och pensionskostnader samt enligt meddelanden från statistiska centralbyrån vad gäller konsumentprisindex och byggnadskostnadsindex.

Vid den definitiva uppräkningen skall gälla att vårdersättningarna består av följande kostnadsposter vilka för år 1978 beräknats öka med här angivna procenttal (arbetsgivaravgifter anges i procent av avlöningar):

Kostnadspost	Kostnadsandel kr			
	Akut-vård	Remiss-vård	Barnmed Göteborg	Uppräkning 1978, %
Avlöningar	462	498	800	9
Arbetsgivaravgifter	208	224	360	45
Kapitaltjänstkostn.	80	100	100	5
Övriga kostnader	175	173	340	10
	925	995	1 600	

Om det vid definitiv uppräkning av vårddagersättningarna visar sig att avvikelsen i förhållande till de preliminära beloppen inte uppgår till – efter avrundning – 10 kr. fastställs de preliminära beloppen. Landstingsförbundet meddelar om ändring av preliminära vårdersättningar erfordras inför slutlig avräkning enligt § 16.

Bilaga 4 Strukturmodell för medicinsk service



Bilaga 5 Exempel på riksavtal för regionsjukvård och annan utomlänsvård

§ 1

Detta avtal reglerar samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen vad gäller hälso- och sjukvård samt annan sådan medicinsk verksamhet, som anges i avtalet.

§ 2

Definitioner

1. Med *hemlandsting* avses den huvudman inom vars sjukvårdsområde patient är bosatt. Bosättningen bedömes med ledning av folkbokföringsförordningens regler om rätt kyrkobokförings- och mantalsskrivningsort. Avgörande är patientens faktiska bosättning vid den tidpunkt, då patienten inskrives eller på annat sätt mottages för vård.

2. Med *utomlänspatient* avses person, som beredes vård inom annat än bosättningsortens sjukvårdsområde.

3. Med *vårdlandsting* avses den huvudman inom vars sjukvårdsområde utomlänspatient vårdas. Den sjukvårdsinrättning, vid vilken utomlänspatienten beredes vård, benämnes *främmande* sjukvårdsinrättning.

4. *Utomlänsvård* är en allmän beteckning för vård av utomlänspatient vid främmande sjukvårdsinrättning.

Regionsjukvård är sådan medicinsk verksamhet, som enligt överenskommelse mellan berörda huvudmän skall bedrivas för sjukvårdsregions eller flera sjukvårdsregioners gemensamma behov.

5. Med *sluten vård* avses i detta avtal sjukvård inom sjukvårdsinrättning där vården av patienten icke planerats att vara mindre än åtta timmar i följd. Såsom *öppen vård* betecknas annan sjukvård.

§ 3

1. Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen inom en sjukvårdsregion skall regleras genom särskilt regionsjukvårdsavtal.

För sådan samverkan skall finnas ett för parterna gemensamt samrådsorgan benämnt regional samverkansnämnd.

2. I regionsjukvårdsavtal skall anges att riksavtalet för regionsjukvård och annan utomlänsvård är tillämpligt mellan parterna. Bestämmelse i regionsjukvårdsavtal som begränsar riksavtalets giltighet får ej göras gällande.

3. Den regionala samverkansnämnden, vars uppgifter är uteslutande rådgivande, skall ombesörja samplanering av hälso- och sjukvård samt annan medicinsk verksamhet. Nämnden skall även i övrigt bereda de frågor om samverkan mellan sjukvårdsregionens huvudmän som följer av detta avtal, av regionsjukvårdsavtal och av andra mellan dessa huvudmän träffade överenskommelser, allt i den mån samordningsuppgifter ej anförtrotts annat organ.

Nämnden skall vidare bereda frågor rörande beräkning och reglering av ersättningar mellan berörda huvudmän för utbytta tjänster.

Nämnden skall även bereda frågor rörande sjukvårdsregionens samverkan med huvudmän utanför sjukvårdsregionen.

Nämnden skall i övrigt bereda frågor rörande hälso- och sjukvård ävensom annan medicinsk verksamhet som part anser vara av gemensamt intresse för sjukvårdsregionens huvudmän.

Regionsjukvårdsavtal skall innehålla de bestämmelser som i övrigt erfordras beträffande den regionala samverkansnämnden.

4. Frågor rörande tolkning och tillämpning av regionsjukvårdsavtal skall underställas samverkansnämnden. Kan parterna inom nämnden icke enas skall frågan avgöras av landstingsförbundets styrelse.

§ 4

1. Den sjukvårdsregionala samplaneringen skall omfatta dels principplan (på 10–15 års sikt), dels flerårsplan (på 1–5 års sikt), dels årsbudget med verksamhetsplan. Planerna skall inges till socialstyrelsen och landstingsförbundet.

Planeringen av sådan verksamhet, som är avsedd att utnyttjas gemensamt för två eller flera sjukvårdsregioner, skall ske i samråd mellan berörda samverkansnämnder.

2. Uppkommer fråga om verksamhetsförändring som avviker från principplan eller flerårsplan och gäller sådan vård-, forsknings- eller utbildningsenhet som är avsedd att utnyttjas av flera huvudmän skall anmälan härom ske till vederbörande samverkansnämnder. Detsamma gäller beträffande enhet som ej är avsedd att utnyttjas av annan huvudman men där en verksamhetsförändring återverkar på verksamhetsunderlaget för enhet, som drives av annan part. Berör frågan två eller flera sjukvårdsregioner skall anmälan skyndsamt inges till socialstyrelsen och landstingsförbundet.

Med verksamhetsförändring avses volymförändring samt även förändring vad gäller specialisering och liknande.

3. Anmälningsskyldigheten enligt 4.2 vilar på huvudmannen för verksamheten. Anmälan skall innehålla uppgift om verksamhetens art och omfattning samt beräknat verksamhetsområde och verksamhetsunderlag.

4. Samverkansnämnden skall allsidigt pröva förutsättningarna för och behovet av den planerade verksamhetsförändringen.

Finner nämnden anledning att ifrågasätta den anmälda verksamhetsförändringens inriktning, utformning eller omfattning skall nämnden utreda och föreslå samordningsåtgärder.

§ 5

Regler för remittering av patient för specialistvård vid främmande sjukvårdsinrättning

1. Remiss utfärdad av behörig läkare för specialistvård vid främmande sjukvårdsinrättning (*specialistvårdsremiss*) gäller såväl öppen som erforderlig sluten vård och behövliga åtgärder vid medicinska serviceavdelningar.

Med behörig läkare avses läkare eller tandläkare som är anställd av den sjukvårdshuvudman inom vars område den remitterade patienten är bosatt och som innehar tjänst vilken enligt huvudmannens beslut är förenad med rätt att utfärda remiss för utomlänsvård.

2. Överläkare vid klinik för regionsjukvård äger på hemlandstingets bekostnad vidareremittera patient med specialistvårdsremiss för specialistvård vid annan sådan klinik.

3. Specialistvårdsremiss utgör betalningsförbindelse för hemlandstinget. Den äger giltighet förutsatt att vården påbörjas inom ett år från utfärdandet. För återintagning respektive återbesök för samma vårdorsak gäller remissen intill ett år efter senaste utskrivning respektive besök.

4. På specialistvårdsremiss kan förbehåll antecknas att den enbart gäller öppen vård. Vidare kan på samma sätt giltighetstiden begränsas. Sådant eller annat förbehåll kan dock ej göras gällande om det begränsar förutsättningarna att genomföra medicinskt motiverad undersökning eller behandling för i remissen angiven vårdorsak eller på annat sätt är till men för patienten.

Huvudman äger återkalla utfärdad specialistvårdsremiss.

5. Specialistvårdsremiss får ej i efterhand utfärdas för patient som redan mottagits för vård vid främmande sjukvårdsinrättning. Hemlandstinget kan dock, om särskilda skäl föreligger, utfärda betalningsförbindelse för sådan patient.

6. Om patient, sedan specialistvårdsremiss utfärdats, flyttat till annat sjukvårdsområde gäller remissen intill dess den vårdgivande sjukvårdsinrättningen fått kännedom om den ändrade bosättningen.

7. Landstingsförbundet fastställer blankett för specialistvårdsremiss.

Ett exemplar av remissen skall tillställas patientens hemlandsting för kontroll av remissens giltighet som betalningsförbindelse. Vid brist häri skall underrättelse härom ofördröjligen lämnas vårdlandstinget.

8. Det åligger huvudman för regionsjukvård att i denna lämna vård och övriga tjänster lika, oberoende av patients bosättningsort och eljest av vilken huvudmans intresse som tillgodoses med åtgärden.

§§ 6–8

(Dessa paragrafer förutsättes innehålla regler för vård av utomlänspatient efter akut insjuknande i främmande sjukvårdsområde, för vård vid förlossning och abort samt för icke akut vård i vissa fall för studerande m. fl.).

§ 9

Regler för medicinska åtgärder av personal hos en huvudman, vidtagna vid inrättning driven av annan huvudman

1. Avtalet gäller när huvudman som ett led i sin verksamhet anlitar specialistutbildad personal anställd hos annan huvudman (konsultpersonal) för medicinska åtgärder, vidtagna vid sjukvårdsinrättning som drives av den förstnämnde huvudmannen.

2. Avtalet gäller även när eljest besök av företrädare för regionsjukvård begäres från patients hemlandsting för åtgärd som avses i denna paragraf. Sådan framställning får göras om tillståndet hos patienten eller annan trängande omständighet påkallar det. Åtgärden kräver dock godkännande av de berörda huvudmännen.

§ 10

Regler för medicinsk rådgivning och bedömning vad gäller vården av enskild patient

Avtalet gäller när huvudman i annat fall än sådant som avses i § 9 utan specialistvårdsremiss anlitar specialutbildad personal anställd hos annan huvudman för rådgivning och bedömning vad gäller vården av enskild patient.

§ 11

Regler vid överflyttningsresa, annan ambulans- eller bårbilstransport och permissionsresa

1. Avtalet gäller överflyttningsresa för patient i sluten vård från ett sjukhus till ett annat förutsatt att ersättning för den slutna vården regleras enligt detta avtal vid minst ett av de berörda sjukhusen.

2. Avtalet gäller även annan ambulans- eller bårbilstransport som sker i direkt samband med sjukvård och som avser patient bosatt inom annat sjukvårdsområde än det där transporten påbörjas.

3. Avtalet gäller vidare permissionsresa till hemmet för utomlänspatient intagen för vård efter specialistvårdsremiss förutsatt att hemresan är motiverad av såväl sociala som medicinska skäl. Avtalet gäller dock endast en hemresa inom varje period om nittio dagar om icke särskilda skäl föreligger eller patienten är intagen på avdelning för femdagarsvård.

4. Transport enligt denna paragraf ombesörjes av vårdgivande landsting såvida landstinget ej träffar överenskommelse om annat.

5. Erforderliga tillämpningsanvisningar till denna paragraf utfärdas av landstingsförbundet.

§ 12

Regler för ordination och utlämning av tekniska hjälpmedel till handikappade

Ordination och utlämning av tekniskt hjälpmedel till utomlänspatient skall i vissa fall föregås av samråd med hemlandstinget eller helt ankomma på hemlandstinget.

Erforderliga tillämpningsanvisningar till denna paragraf utfärdas av landstingsförbundet.

§ 13

Samverkansnämnden har att, då anledning därtill finns, förelägga parterna förslag beträffande regionalt anordnad utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

§ 14

Beträffande regionsjukvård kan i regionsjukvårdsavtal kompletterande bestämmelser ges till §§ 5–13.

§ 15

Regler för beräkning av ersättningar för regionsjukvård och annan utomlänsvård

1. Huvudman, som anlitas vid klinik för regionsjukvård, erhåller ersättning härför av patientens hemlandsting, avsedd att täcka huvudmannens självkostnad för lämnad tjänst. Beräkningen av ersättningarna skall utföras enligt av landstingsförbundet rekommenderade principer och beräkningsgrunder.

Förslag av samverkansnämnd beträffande utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete skall innefatta förslag rörande verksamhetens finansiering.

2. Om ersättning av patientens hemlandsting för vård enligt §§ 5–12 i annat fall än sådana som avses i 15.1 träffas överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmännen efter förslag av landstingsförbundet.

3. Ersättning enligt 15.1 eller 15.2 skall i förekommande fall minskas med uttagen patientavgift.

Utomlänspatient har att erlägga den patientavgift som gäller för inomlänspatient vid den främmande sjukvårdsinrättningen. Om denna avgift överstiger den som gäller i hemlandstinget äger patienten från detta erhålla gottgörelse motsvarande skillnaden.

§ 16

Frågor rörande tolkning och tillämpning av detta avtal avgöres av landstingsförbundets styrelse.

§ 17

Detta avtal träder i kraft den – – – och skall gälla tills vidare med rätt för envar av parterna att senast ett år i förväg säga upp sitt godkännande av avtalet att upphöra vid nästkommande kalenderårsskifte.

Uppstår under giltighetstiden fråga om ändring av eller tillägg till avtalet skall frågan härom behandlas i samma ordning som gällt för avtalets tillkomst.

Bilaga 6 Exempel på regionsjukvårdsavtal

§ 1

Detta avtal reglerar samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen inom sjukvårdsregion vad gäller hälso- och sjukvård samt annan medicinsk verksamhet, som anges i riksavtalet för regionsjukvård och annan utomlänsvård.

§ 2

1. Den hälso- och sjukvård samt övriga medicinska verksamhet för vilken part är huvudman skall – även utöver vad som följer av riksavtalet – planeras i samverkan mellan sjukvårdsregionens huvudmän i den mån verksamheten har betydelse för sjukvårdsregionens samordnade resursutnyttjande eller inverkar på annan parts verksamhet.

2. Samverkansnämnden har att fortlöpande pröva förutsättningarna för och möjligheterna till samordning av vårdresurser, vårdorganisation och liknande. För detta ändamål har nämnden att i samverkan med parterna samordna, insamla och bereda faktaunderlag.

3. Samverkansnämnden skall i mån av behov föreslå parterna sådana kompletterande bestämmelser som omnämnes i riksavtalet § 14.

4. Samverkansnämnden har i övrigt att bereda frågor rörande hälso- och sjukvård ävensom annan medicinsk verksamhet som part anser vara av gemensamt intresse för sjukvårdsregionens huvudmän.

5. Samverkansnämnden har att fortlöpande följa utvecklingen av regionsjukvårdens omfattning, innehåll och organisation. Nämnden bör, då anledning därtill förekommer, göra de framställningar och erinringar som den finner påkallade från de synpunkter den har att företräda.

6. Samverkansnämnden äger att från nämnder och styrelser hos huvudmännen inom sjukvårdsregionen infordra de yttranden och upplysningar ävensom från parternas befattningshavare de upplysningar, som erfordras för fullgörande av nämndens uppgifter.

§ 3

1. Huvudmännen inom sjukvårdsregionen förbinder sig att tillställa samverkansnämnden alla för nämndens arbete erforderliga uppgifter om sin

medicinska verksamhet och särskilt att – även utöver vad som följer av riksavtalet – underrätta nämnden om ifrågasatt väsentlig ändring i verksamhetens omfattning eller inriktning i något hänseende.

Uppkommer fråga, som kan vara av intresse för samverkansnämndens verksamhet, om väsentlig ny-, till- eller ombyggnad av inrättning för medicinsk verksamhet, vilken drives av part, eller om ändring i väsentligt avseende av dess utrustning skall samverkansnämnden underrättas härom.

2. Huvudman, som upptager överläggningar med annan sjukvårdshuvudman om varaktigt samarbete inom någon medicinsk verksamhet, skall underrätta berörda samverkansnämnder härom.

§ 4

1. I samverkansnämnden utser varje part två ledamöter och två suppleanter för en tid av tre år räknat från och med den 1 januari året efter det år då allmänna landstings- och kommunalval hållits.

Beträffande valbarhet till ledamot eller suppleant i nämnden, verkan av att valbarheten upphör, rätt till avsägelse och verkan av avsägelse äger vad som är stadgat för ledamot och suppleant i landstings förvaltningsutskott motsvarande tillämpning.

2. För samverkansnämnden skall särskild arbetsordning fastställas av parterna.

I arbetsordningen skall bestämmelser ges rörande uppgifterna att vara ordförande och vice ordförande i nämnden, om sammanträdesordningen, om kansli- och utredningsverksamhetens bedrivande samt angående handhavandet av nämndens ekonomiska förvaltning.

3. För beredning av de ärenden som behandlas i nämnden och för förvaltningsuppdrag i övrigt för nämnden skall en verkställande tjänsteman utses.

§ 5

Envar av parterna bär kostnaderna för insamling och bearbetning av sådana uppgifter som det enligt riksavtalet eller detta avtal åligger part att tillhandahålla samverkansnämnden. I övrigt skall kostnaderna för nämndens verksamhet fördelas mellan parterna i förhållande till folkmängden i varje sjukvårdsområde vid utgången av det kalenderår, som föregår det år då budgetförslaget inges av nämnden. Parts bidrag till nämndens verksamhet skall uppföras med nedåt till jämnt tusental kronor jämkat belopp.

§ 6

Regler för reglering av ersättningar mellan sjukvårdsregionens huvudmän för utbytta tjänster

Samverkansnämnden skall senast den 1 april året före verksamhetsåret låta upprätta och tillställa sina huvudmän beräkningsunderlag för budgetering av ersättningar mellan sjukvårdsregionens huvudmän för utbytta tjänster. Underlagen skall redovisa planerade prestationer och förkalkylerad kostnad

för dessa.

Preliminär avräkning mellan huvudmännen sker genom att ersättning månadsvis erlägges a conto med belopp motsvarande en tolftedel av uppkommande nettodifferens mellan huvudmännens totala ersättningar enligt första stycket. Sådant belopp skall vara tillgängligt för huvudmännen senast den 15 i varje månad.

Slutavräkning sker för helt verksamhetsår med redovisade prestationer och kostnader så snart fastställt bokslut föreligger.

§ 7

Detta avtal träder i kraft den – – – och skall gälla tills vidare med rätt för envar av parterna att senast ett år i förväg säga upp sitt godkännande av avtalet att upphöra vid nästkommande kalenderårsskifte.

Uppstår under giltighetstiden fråga om ändring av eller tillägg till avtalet skall frågan härom behandlas i samma ordning som gällt vid avtalets tillkomst.

Om någon av huvudmännen icke deltager i nytt avtal skall förhandlingar upptagas mellan huvudmännen rörande täckningen av eventuellt uppkommande avvecklingskostnader.

Bilaga 7 Samråd mellan regional samverkansnämnd och civilbefälhavare

Socialstyrelsen har till socialdepartementet 1977 överlämnat rapporten Hälso- och sjukvård i krig på högre regional nivå. Rapporten har därefter överlämnats till regionsjukvårdsutredningen.

I rapporten framhålles betydelsen av samråd mellan regionnivån inom hälso- och sjukvården och civilbefälhavarna vad gäller beredskapsplaneringen.

Hälso- och sjukvårdens regionindelning överensstämmer endast i viss utsträckning med indelningen i civilområden, vilket redovisas i tabell 31.

Tabell 31 Län per sjukvårdsregion och civilområde

Län	Sjukvårds-region	Civilområde
Stockholms, Södermanlands och Gotlands län	Stockholms	Östra
Uppsala och Västmanlands län samt Gävleborgs län, södra delen	Uppsala	Östra
Östergötlands län samt Kalmar län, norra delen	Linköpings	Östra
Jönköpings län samt Kalmar län, södra delen	Linköpings	Södra
Kronobergs, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län	Lund/Malmö	Södra
Hallands samt Göteborgs och Bohus, Älvsborgs och Skaraborgs län	Göteborgs	Västra
Värmlands län	Göteborgs	Bergslagens
Örebro och Kopparbergs län	Uppsala	Bergslagens
Gävleborgs län, norra delen	Uppsala	Nedre Norrlands
Västernorrlands och Jämtlands län	Umeå	Nedre Norrlands
Västerbottens och Norrbottens län	Umeå	Övre Norrlands

I det följande visas en överbryggning av dessa svårigheter genom adjunktion och samverkan vid de regionala samverkansnämnderna. Utgångspunkt tas, vad beträffar sjukvårdsregionerna, i regionsjukvårdsutredningens förslag till regionindelning. Civilområdena anges enligt nuvarande indelning. Ändring kan dock komma att ske som resultat av försvarsmaktens pågående ledningsutredning. Överbefälhavaren har i underlag till denna anfört att sjukvården har så stor betydelse för verksam-

heten i krig att hänsyn måste tas till den civila sjukvårdens ledningssystem när den militära regionindelningen i fred skall göras.

Samrådsorgan bör kunna etableras enligt tabell 32.

Tabell 32 Sjukvårdsregioner och i vissa fall län med samverkande civilområde

Sjukvårdsregion/län	Civilområde
Umeå sjukvårdsregion	Övre Norrlands
Umeå sjukvårdsregion jämte Gävleborgs län	Nedre Norrlands
Uppsala, Stockholms och Linköpings sjukvårdsregioner i samverkan	Östra
Uppsala sjukvårdsregion jämte Värmlands län	Bergslagens
Göteborgs sjukvårdsregion	Västra
Lund/Malmö och Linköpings sjukvårdsregioner i samverkan	Södra

Bilaga 8 Kranskärlskirurgins dimensionering

Av *Olof Edhag*

Inledning

Angina pectoris (kärlkramp) är det vanligaste symtomet vid kranskärlssjukdomar. Detta symptom är en av manifestationerna på åderförkalkningssjukdomen (arterio-scleros). Flertalet patienter med angina pectoris behandlas medikamentellt.

Medikamentell behandling av angina pectoris riktar sig i första hand mot det akuta smärtanfallet och utgör i andra hand en profylax mot anfall. Behandlingen av det akuta anfallet sker med kortverkande nitroglycerinpreparat. I förebyggande syfte kan i första hand långverkande nitroglycerin, betablockerare eller s. k. calciumantagonist ges. Någon prognostiskt gynnsam effekt av dessa behandlingar finns inte dokumenterad. Flertalet patienter erfar en påtaglig symtomlindring av denna behandling. En viss spontan förbättring, även total smärtfrihet, t. ex. efter hjärtinfarkt, ingår i sjukdomsutvecklingen.

En mindre del av patienterna har trots ovan nämnd medicinsk behandling kvarstående mycket svåra symptom. Det är i första hand denna grupp som blivit föremål för kirurgisk behandling. Profylaktisk kirurgi hos patienter med angina pectoris förekommer även för att förhindra hjärtinfarkt eller plötslig död.

Siffror som framkommit vid en prevalensstudie i Göteborg (M. Hagman) i en avhandling om ischaemisk hjärtsjukdom hos kvinnor i Göteborg (C. B. Bengtsson) samt incidenssiffror från en WHO-rapport redovisas.

Bakgrund

Alltsedan 1930-talet har olika kirurgiska åtgärder prövats för att förbättra cirkulationen i kranskärlen hos patienter med angina pectoris, dock med föga framgång. I och med att extracorporal cirkulation möjliggjordes genom introduktion av hjärt–lungmaskinen under 1960-talet vidgades möjligheterna att göra korrigerande ingrepp på hjärtat och dess kranskärl. En annan bidragande faktor till att direkt kranskärlskirurgi började utföras för ca tio år sedan var förbättrad angiografisk teknik. Genom denna kan det enskilda kranskärlet detaljstuderas och möjligheterna till kirurgi bedömas. Två huvudmetoder har använts för att överbrygga förträngda kärlpartier, dels inoperation av ven från ena benet och dels inoperation av artär från

bröstkorgsväggen (a mammaria interna). I senare fallet har artärens ena ända fridissikerats och sytts in distalt om förträngningen eller stoppet i kranskärlet. Val av teknik varierar något beroende på i vilken av kranskärlens tre huvudgrenar förträngningen sitter. Samtliga tre kan givetvis vara förträngda och behöva åtgärdas. Två av kranskärlen har en kort gemensam huvudstam efter avgången från stora kroppspulsådern.

Indikationer för kranskärlsoperation och teknik

Huvudindikationen för kranskärlskirurgi är invalidiserande kärlkramp trots optimal medikamentell behandling.

Enligt en bedömning av cardiologerna vid regionsjukhusen remitteras inte mer än ungefär hälften av patienterna som har invalidiserande angina pectoris till kontraströntgen av hjärtats kranskärl. Övriga har antingen komplicerande sjukdomar, andra kontraindikationer eller önskar inte komma i fråga för kranskärlskirurgi. Av de patienter som genomgått sådan angiografi beräknas här i landet minst 75 procent opereras. Enligt olika amerikanska undersökningar varierar denna siffra mellan 30 och 95 procent beroende på bl. a. hur vida indikationer för coronarangiografi som tillämpas.

Kranskärlskirurgi bedrivs fortfarande i tämligen begränsad omfattning i Sverige i jämförelse med USA och vissa europeiska länder som t. ex. Norge, Belgien, Schweiz och England. Efterfrågan på kranskärlskirurgi har ökat kraftigt under senare år såväl i USA som i Europa. WHO sammankallade i november 1977 en expertgrupp för att bl. a. kartlägga behovet av och indikationerna för kranskärlskirurgi och erforderliga resurser.

Vården av patienter med angina pectoris

Flertalet patienter med angina pectoris handlägges idag av läkare inom primärvård, verksläkare och privatpraktiserande läkare. Uppfattningen om nyttan med kranskärlskirurgi torde variera mycket bland läkare inom dessa tre kategorier. Förutom cardiologisk eller invärtesmedicinsk bedömning om kontraindikation till kranskärlskirurgi föreligger görs även en klinisk fysiologisk bedömning med försök att objektivisera graden av invaliditet på grund av angina pectoris. I anslutning till coronarangiografin utföres stundom även en fysiologisk undersökning av vänsterkammarfunktionen i samband med en hjärtkateterisering, ett scintigram för att få fram eventuella regionala genomblödningsrubbningar i hjärtmuskeln, ett echocardiogram för att studera hjärtmuskelns kontraktionsmönster, klaffarnas rörlighet m. m. Utredning av patient inför kranskärlskirurgi är sålunda resurskrävande.

Utländska erfarenheter visar att minst 3 selektiva coronarangiografier (röntgenundersökning av hjärtats kranskärl efter kontrastinjektion) kan utföras per dag på ett angiografiskt laboratorium. Totala vårdtiden inkluderande utredning, vård på thoraxkirurgisk avdelning samt postoperativ vård på cardiologisk eller invärtesmedicinsk avdelning uppgår till ungefär tre veckor, varav ca halva tiden på thoraxkirurgisk och halva på cardiologisk eller

invärtesmedicinsk klinik. En del av den kirurgiska vården bedrivs på thoraxkirurgisk intensivvårdsavdelning.

Någon total bedömning av de resurser som krävs för kranskärlskirurgi och de konsekvenser metoden har för behovet av traditionell medikamentell behandling föreligger inte, ej heller vilka samhällsekonomiska vinster som kan göras genom t. ex. minskad sjukskrivning eller utebliven sjukpension.

Effekter av operation

Den gynnsamma effekten av kranskärlskirurgi på patienter med invalidiserande kärlkramp är klart visad i kontrollerade studier med lindring av smärtan i 80-90 procent av fallen och total frihet från kärlkramp i 65-75 procent. Riskerna med ingreppet är också små (1–2 procent) hos patienter utan annan komplicerande sjukdom. Vid förträngning av de båda vänstra kranskärlsgrenarnas gemensamma huvudstam har kirurgisk behandling även visat sig kunna förlänga patienternas liv.

Vidare kan nämnas att en europeisk studie med deltagande av flera stora centra, som bedriver kranskärlskirurgi, pågår för att studera metodens effekter.

Omfattningen av patienter lämpliga för kranskärlskirurgi

Några entydiga bedömningar över hur många patienter i landet som kan vara aktuella för kranskärlskirurgi finns inte. Med ledning av ett par studier i Göteborg har totala antalet patienter i åldern 35–69 år med angina pectoris skattats till omkring 125 000 i landet. Av dessa beräknas – även detta utifrån Göteborgsmaterialen – omkring 11 procent eller 14 000 patienter lida av svår daglig angina trots optimal medikamentell behandling. Härav bedöms omkring hälften, dvs. ca 7 000 patienter vara lämpade för kranskärlskirurgi. Mot bakgrund av de resultat som angiografiundersökningarna ger beräknas kranskärlskirurgi vara aktuell för omkring 5 000 patienter.

Med utgångspunkt från WHO:s incidenssiffror kan antalet nyinsjuknade patienter med angina pectoris i Sverige beräknas till ca 10 000 per år. Med hänvisning till ovanstående resonemang skulle drygt 400 av dessa vara aktuella för kranskärlskirurgi.

Expertgruppen för utredningen angående regionsjukvårdens innehåll och avgränsning inom thoraxkirurgi angav i sin rapport behovet av kranskärlskirurgi till totalt 800 patienter per år, dvs. ungefär 100/miljon invånare och år. Svensk Thoraxkirurgisk Förening har bedömt att prognosen är för försiktig och angivit behovet av kranskärlskirurgi i en steady state situation till ca 1 600 ingrepp/år. Genom en hittills låg operationsfrekvens bedöms dessutom ett uppdämt behov finnas, vilket skulle medföra ett behov 1985 på minst 2 000 kranskärlsoperationer.

I en undersökning av läkemedelsförbrukningen i Jämtlands län framkom att antalet storförbrukare av nitroglycerin, dvs. mer än 500 nitroglycerintabletter per år, för hela landet skulle vara 7 500 personer. Denna siffra har

sålunda extrapolerats fram utifrån data erhållna i Jämtlandsundersökningen.

Sammanfattning av citerade siffermaterial

I en prevalensstudie på en Göteborgspopulation medelålders män bedömdes 2,9 procent ha säker angina pectoris (M. Hagman). Tillämpad på manliga befolkningen 35–69 år blir populationen 4,3 procent.

Utifrån en avhandling från Göteborg har prevalensen angina pectoris hos kvinnor i befolkningen i åldrarna 35–69 år beräknats till 3,1 procent (C. B. Bengtsson).

Prevalensen angina i befolkningen i åldern 35–69 år, som utgör 3,34 milj. beräknas till 3,7 procent, dvs 125 000.

I ovan nämnda prevalensstudie hade 11,2 procent daglig svår angina trots behandling.

I en rapport från WHO-grupp om The Long-term Effect of Coronary Bypass Surgery (nov. 1977) anges incidensen angina för 40–59 åriga män i sju europeiska länder till 0,28 procent. Tillämpad på hela gruppen 35–69 år i Sverige betyder detta ca 10 000 nytillkomna fall/år, dvs. ca 1 100 med daglig svår angina.

Ungefär hälften av patienterna med invalidiserande angina trots medikamentell behandling beräknas i enkätstudie till cardiologer vid landets regionkliniker vara i avsaknad av kontraindikationer för och accepterar coronarkirurgi. Av de coronarangiograferade beräknas minst 75 procent vara åtkomliga för kirurgi.

Utifrån angivna prevalenssiffror skulle behovet av kranskärlskirurgi vara 5 250 idag och utifrån incidenssiffran 400–500 nya fall/år.

En väsentlig faktor för det framtida behovet av kranskärlskirurgi är inställningen till metoden hos de läkare som primärt behandlar angina pectoris-patienter, dvs. läkare inom primärvård, företagshälsovård och privatpraktiserande läkare. En avvaktande inställning till kranskärlskirurgi inte bara hos dessa tre kategorier utan även hos en del av landets invärtesmedicinare torde vara rådande. Remisströmmen till thoraxkirurgiska kliniker som bedriver kranskärlskirurgi varierar även från en klinik till en annan. Om en öppenvårdsläkare finner anledning att remittera en patient för ställningstagande till kranskärlskirurgi kan remissen bromsas, om invärtesmedicinaren eller cardiologen inte är övertygad om denna behandlingsmetods värde. De knappa utredningsresurserna för patienter med svår angina pectoris har gjort att många patienter fått vänta länge från det de remitterats tills angiografin har blivit utförd. Inte så få patienter har under denna tid fått hjärtinfarkt, kanske avlidit. Detta har sannolikt bidragit till att bromsa antalet remisser.

Diskussion

De framlagda siffrorna är hämtade ur en begränsad del av landets befolkning, och ur en begränsad åldersgrupp samt ur utländska material. De måste därför bedömas med stor försiktighet. Jämtlandsstudien beträffande nitroglycerinförbrukningen ger ett intryck av att antalet personer med invalidiserande angina pectoris inte är så högt som framkommer ur Göteborgsstudierna. Men även denna studie ger givetvis en mycket osäker bild då dess siffror räknas om

till att omfatta hela landet.

Som tidigare berörts behandlas en stor del – sannolikt flertalet – patienter med angina pectoris av läkare inom primärvården, privatpraktiserande läkare och företagsläkare.

Om det ur den pågående europeiska multicenterstudien framkommer att kranskärlskirurgi medför en förlängd livslängd för andra kranskärlssjuka patienter än de med uttalad förträngning av vänstra kranskärlets huvudstam kan en påtaglig ökning av antalet ingrepp emotses. Att en ökning av antalet kärlkirurgiska ingrepp under alla omständigheter är att vänta fram till 1985 torde vara ganska säkert. Hur stor denna ökning kan bli är dock svårt att bedöma.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan alltså konstateras att osäkerheten är stor beträffande omfattningen av det framtida behovet av kranskärlskirurgi, men att Sverige hittills internationellt sett intagit en avvaktande hållning.

Kranskärlskirurgin är resurskrävande såväl med hänsyn till utredningsresurser som operationskapacitet och kräver relativt långa vårdtider. Metodens positiva effekter för den grupp av patienter med svår angina pectoris som inte svarar på traditionell medikamentell behandling är emellertid oomtvistade och riskerna för de patienter som efter nuvarande omfattande utredningsgång genomgår operationen är låg.

Källor

The Long Term Effects of Coronary Bypass surgery; WHO 1977
Calle Bengtsson: Ischaemic Heart Disease in Women (1973)
Ed Varnauskas: WHO:s arbetsgrupp om koronar-bypasskirurgi: Kan ge betydande vinster men kräver stora resurser (Läkartidningen nr 18, 1978).

Bilaga 9 Datortomografi – dagsläge (augusti 1978) och framtid

Av *Kjell Bergström*

Allmänt

Datortomografi (dvs. datorstyrd skiktröntgen) av skallen har varit i bruk sedan 1972 och för kroppen i övrigt sedan 1975. Ett mycket stort antal datortomografer är installerade över hela världen. Ett 15-tal olika apparattyper finns f. n. på marknaden. Skallscannern har dokumenterat sin givna plats i diagnostiken av neurologiska sjukdomar och har på ett markant sätt även påverkat det terapeutiska handlandet. Värdet av datortomografi inom kroppen i övrigt är delvis evaluerat men delvis fortfarande oklart.

I Sverige finns f. n. sammanlagt 14 datortomografer, varav 8 är för enbart skallundersökningar. Den första installerades på neuroradiologiska avd., Karolinska sjukhuset, hösten 1973. På samtliga regionsjukhus finns datortomografer för skallen samt dessutom på Södersjukhuset. Datormografer för hela kroppen finns på 6 sjukhus: Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus, Serafimerlasarettet, Regionsjukhuset Linköping, Lunds lasarett och Akademiska sjukhuset Uppsala. Den första installationen gjordes på Karolinska sjukhuset i slutet av år 1976. Spri var involerat i detta projekt och erfarenheter härav finns redovisade i Spri rapport 15/77. Denna apparat har sedermera utbytts mot en modernare.

Det största antalet datortomografer finns i USA, även i förhållande till invånarantalet (4,4 apparater per miljon invånare i mars 1978 enligt en sammanställning från Spri – Spri informerar 4/78). På andra plats ligger Japan och på tredje Sverige (2,6 resp. 1,6 apparater per miljon invånare). Därefter följer Norge (1,5), Västtyskland (1,5), England (0,9), Danmark (0,6), Finland (0,2) och Frankrike (0,2). Numera föreligger vissa restriktioner vid inköp till sjukhus, som drivs med stöd av allmänna medel i exempelvis USA.

Teknisk utveckling

Utvecklingen har varit mycket snabb men utvecklingstakten är nu betydligt lugnare. Undersökningskapacitet och diagnostiska möjligheter varierar betydligt mellan olika typer av datortomografer.

Nu finns fyra olika principer eller generationer av datortomografer. Skillnaden mellan dessa består i bl. a. antalet detektorer (från 1 till ca 700) och avsökningstidens (exponeringstidens) längd (från flera minuter ned till ca 2 sek.). Detektorerna omvandlar de strålar som passerat patienten till mätsig-

naler avsedda för datorn. Den första typen av datortomograf, som var utrustad med enbart en detektor, tillverkas ej längre. I den fjärde typen är det mycket stora antalet detektorer anordnade i ett fast ringmontage. I Sverige finns f. n. i drift 3 apparater av första generationen, 9 av andra och 2 av tredje.

På marknaden finns idag datortomografer för enbart skallundersökningar och datortomografer för kroppen i övrigt inkl. skallen. Tillverkningen av de speciella skallapparaterna är dock uppenbarligen på väg att upphöra. Det kommer därför sannolikt framledes enbart att finnas apparater med stor apertur (patientöppning) för undersökning av hela kroppen inkl. skallen. Dessa har numera en diagnostisk förmåga även inom hjärnan och ögonhålorna som är jämförbar med de speciella skallapparaternas. En intressant detalj i utvecklingen är att det i USA även finns mobila enheter med datortomografen monterad i en stor landsvägstrailer.

Resurskrav

Investerings- och driftskostnad

Priset för en speciell skallscanner är ca 2 milj. kr exkl. moms. En scanner för hela kroppen kostar 2,5–4 milj. kr exkl. moms beroende på avsökningstidens längd, mängden av kringutrustning etc. Dessa priser kan jämföras med de för ett konventionellt resp. högspecialiserat (t. ex. för hjärtundersökningar) laboratorium för angiografi (kärlundersökning), ca 1,5 milj. resp. 3 milj. kr.

Jämfört med konventionell angiografisk röntgenutrustning är investeringskostnaderna för datortomografi relativt höga. Driftskostnaderna är däremot förhållandevis låga och lägre för skallscannern än för helkroppscannern (underbilaga A resp. B).

De totala årliga kostnaderna (drifts- och kapitalkostnader) har för en skallscanner angetts till 0,8–1 milj. kr. och för en kroppsscanner till 1,4–1,8 milj. kr. (Spri rapport 15/77).

Service och underhåll

Den årliga kostnaden för service och underhåll brukar anges till ca 6 % av inköpskostnaden, vilket innebär 150 000–200 000 kr. En del av företagen erbjuder servicekontrakt. Endast en del av tillverkarna kan förväntas bygga upp en tillfredsställande serviceorganisation i Sverige. Stillestånds tiden p. g. a. service eller reparation brukar vara 6–10 % av totala tiden som apparaten är i bruk. Även för angiografiskt laboratorium har årliga service- och underhållskostnaden angetts till 6 % av nyanskaffningsvärdet (Spri rapport 9/76).

Utbildning

Denna nya teknik med användandet av en apparatur som i många avseenden är betydligt mer komplicerad än och avsevärt skiljer sig från vanlig röntgenapparatur ställer stora krav på utbildning av personalen. Detta kan

under en tid innebära en markant belastning för röntgenavdelningen. En röntgenassistent lär sig vanligen att självständigt kunna utföra undersökningar efter ca 2 veckors träning, ibland efter kortare tid. En viss tid efter installationen kan även jourverksamheten börja fungera. Det rör sig således om tilläggsutbildning, som ej fordrar någon specialkompetens. I den grundläggande utbildningen av röntgenassistenter har även börjat ingå viss utbildning i datortomografi.

För de röntgenläkare som genomgår vidareutbildning på regionsjukhus är det av stor vikt att adekvat utbildning i datortomografi tillgodoses. Mer svårbedömt är hur utbildningen av de redan verksamma specialisterna utanför regionsjukhusen skall genomföras om en datortomograf anskaffas. Det viktigaste torde vara att åtminstone en röntgenolog från varje avdelning under en viss tid deltar i det praktiska arbetet på ett regionsjukhus. En hel del av diagnostiken är ej komplicerad, t. ex. att påvisa en färsk blödning. Givetvis finns åtskilligt i diagnostiken som fordrar stor erfarenhet för att korrekt bedömning skall kunna göras. Även viss undervisning av remitterande kliniker är önskvärd för att dessa skall få insikt i metodens möjligheter och begränsningar samt stråldoserna.

Personalbehov och personalkostnad

Personalbehovet uppgår till en läkare och två röntgenassistenter på heltid. Kostnaden för dessa är ca 375 000 kr/år. I princip fordrar skallundersökningarna mindre läkarinsats än undersökningarna av kroppen i övrigt. Dessutom är det nödvändigt med tillgång till fysikalisk/teknisk expertis (radiofysiker och/eller röntgeningenjör) för funktionskontroller, beräkning av stråldoser, kontroll av strålskydd, undervisning av personal, service etc. Den tidåtgång detta fordrar kan vara mycket varierande. En datortomograf fordrar klart större och annan typ av medverkan av fysikalisk-teknisk expertis än en konventionell röntgenapparat.

Röntgenläkaren bedömer vilka snitt som skall tas, om s. k. kontrastförstärkning skall göras, gör bildbehandlingar etc. I stället för två röntgenassistenter kan givetvis en assistent och ett biträde tjänstgöra men alternativet med två assistenter ökar effektiviteten. Vad gäller angiografiska undersökningar så är de mer personalkrävande än datortomografiska, speciellt av skallen (se underbilaga C).

Undersökningsfrekvens och undersökningskostnad

Undersöknignskapaciteten för ett arbetslag är ca 8–12 undersökningar per dag och kan under gynnsamma omständigheter ökas till ca 15. Detta innebär 2 000–3 000 undersökningar per år. Undersökningar görs även under jourtid, framför allt av skallen, vilket något ökar den totala kapaciteten.

Kostnaden per undersökning är beroende av avskrivningstidens längd och undersökningsantalet. Exempelvis har det beräknats att kostnaden per undersökning vid 2 500 undersökningar per år vid 10 års avskrivningstid är 325 kr på skallscannern och 566 kr på helkroppscannern beräknat efter 1976 års prisnivå (Spri rapport 15/77 – se underbilaga A och B). Vid 3 års avskrivningstid blir kostnaden per undersökning 887 kr vid datortomografi av kroppen.

Stråldoser

Stråldosen vid datortomografi brukar allmänt anges vara förhållandevis låg. Den får dock på intet sätt negligeras. Under vissa undersökningsbetingelser kan den i stället vara hög. Exempelvis är dosen till ögonlinserna vid en standardundersökning av hjärnan ungefär av samma storleksordning som vid en vanlig skallröntgen. Om man däremot för att förbättra bildkvaliteten ökar antalet infallande fotoner kan man vid en undersökning som innefattar ett flertal snitt fallande inom ögonhålorna erhålla en dos till ögonlinserna som närmar sig den vid en carotisangiografi (färgskalleundersökning). Stråldosen utgör även en begränsande faktor för den tekniska utvecklingen mot bättre diagnostiska system.

Enligt förhandsinformation från Statens Strålskyddsinstitut (SSI) avser man att ställa upp speciella krav på att fysikalisk-teknisk expertis finns som villkor för tillstånd för datortomograf. Denna person skall ha gedigna kunskaper i strålskydd och strålmätningsteknik. SSI har preliminärt uppskattat tidåtgången per apparat till 1–2 dagar per vecka för en radiofysiker eller motsvarande.

Datortomografins effekter på diagnostik och behandling på region- och länsnivå

Datortomografin är genom sin diagnostiska precision och mycket låga risk för patienten integrerad som en diagnostisk rutinmetod inom sjukvården på regionsjukhusen. De diagnostiska erfarenheterna och kliniska konsekvenserna av datortomografi av *skallen* är mycket väl dokumenterade. Metoden har på kort tid markant påverkat verksamheten vid landets neuroradiologiska avdelningar och är ovärderlig för diagnostiken av processer inom hjärnan och ögonhålorna. Antalet undersökningar med andra metoder har kraftigt påverkats. Encefalografierna (luftskalleundersökning) har reducerats med upp till 90 % och cerebrala angiografierna med 20–50 %. Även antalet gammaencefalografier (hjärnundersökning med radioaktivt spårämne) och ekoencefalografier (hjärnundersökning med ultraljud) har minskat. Emellertid har även en viss påverkan skett på röntgenavdelningarna utanför regionsjukhusen. Det finns således knappast längre indikation för encefalografi på läns- eller länsdelssjukhus. Framledes kommer sannolikt cerebrala angiografier att upphöra på åtminstone flertalet länsdelssjukhus och att minska på länssjukhusen. Detta kan innebära att angiografierna återigen ökar något på regionsjukhusen. Mer speciella angiografiska undersökningar bl. a. i kombination med behandlingsåtgärd kommer säkerligen att öka både inom centrala nervsystemet och inom buken.

Såvitt man nu kan bedöma får det anses vara logiskt och riktigt att resurser för datortomografisk undersökning av skallen i lämplig takt och vid lämplig tidpunkt tillförs länssjukhusen. En spridning av datortomografin till länsdelssjukhusen är knappast motiverad förrän man vet att ökad kapacitet är nödvändig. Det är även ur nationalekonomisk synpunkt viktigt att utrustningarna blir fullt utnyttjade. Sjukvårdspolitiska och ekonomiska avväganden får förväntas spela stor roll vid bedömningarna av ev. inköp.

Generellt kan sägas att det är önskvärt att varje patient med adekvat indikation för datortomografi får möjlighet att genomgå sådan. Om detta skall underlättas genom stor spridning av apparatur i landet eller ske genom att en hel del patienter transporteras kortare eller längre sträckor till en datortomograf är en komplicerad avvägningsfråga.

En eventuell decentralisering av datortomografi till länssjukvården kommer sannolikt initialt att öka antalet remitteringar av neurologiska fall till regionsjukhusen. Åtminstone gäller detta en ökning av inskickat bildmaterial. På sikt kommer eventuellt totala antalet remitteringar att minska något i förhållande till vad som sker idag. Bedömningen är dock osäker då det finns grupper som förmodligen kommer att sändas i ökad omfattning. Framför allt får detta antas gälla patienter med blödning i hjärnan uppkommen spontant eller genom yttre våld och belägen i en lob. Tumörfallens antal kommer sannolikt att vara oförändrat men en del kommer att remitteras på ett tidigare stadium. En speciell grupp som kan tänkas öka i remittering är de patienter som har ett fynd vid datortomografi men osäkerhet råder om detta är relevant eller ett bifynd.

Nyttan av datortomografisk diagnostik måste även bedömas mot vilka positiva effekter denna får i terapeutiskt avseende. Rent principiellt är det föga vunnet med en diagnostik som ligger på för hög nivå i förhållande till terapin. Till detta kommer som ovan påpekats att helkroppsdatortomografens användning för annat än skallundersökning är under utvärdering.

De diagnostiska möjligheterna och terapeutiska konsekvenserna av datortomografi inom *bålen* är ännu ej lika väl klarlagda som vad gäller skallen. Den kliniska utvärderingen pågår fortfarande.

För bukdiagnostik finns redan en mängd andra väl differentierade röntgenmetoder såväl som undersökningar med radionuklider, ultraljud och fiberoptik. Speciellt de två sistnämnda är i en stark utvecklingsfas. Metodernas inbördes värde varierar inom olika organ och är ännu ej helt evaluerat inom bålen. Nämnda metoder är i vissa fall kompletterande och i vissa fall konkurrerande till datortomografi. Detta reducerar värdet av datortomografi av exempelvis njurarna och gör även att datortomografins påverkan på andra metoder ej blir lika kraftig som vad gäller inom hjärn- och ögonhålediagnostik. Dock får man räkna med att frekvensen av angiografier inom lever, bukspottskörtel och njurar kommer att minska, liksom lymfografi. Exempelvis omfattar pancreasundersökning alltid även levern och påvisas levermetastaser (dottertumörer) finns ingen anledning att göra angiografi. Datortomografi har emellertid även visat sin jämfört med andra diagnostiska metoder mycket goda eller vid vissa förändringar rent av överlägsna diagnostiska förmåga. Detta gäller i första hand diagnostik av levern, rummet bakom bukhålan inkl. körteldiagnostik, perifera växten av blås- och ändtarmscancer etc. Metoden medför att en hel del diagnoser kan ställas snabbare och säkrare än tidigare med hjälp av färre explorationer (operativa diagnostiska ingrepp). Goda potentiella möjligheter finns att framledes ytterligare förbättra den diagnostiska effektiviteten inom buken.

Ultraljudundersökning med gråskaleteknik synes i princip kunna ge lika effektiv diagnostik av expansiva njurprocesser som datortomografi. Hos magra patienter med ringa mängd fett i och kring bukhålan anses bukspottkörteln vara lättare att diagnosticera med ultraljud än med datortomografi.

En fördel med ultraljud jämfört med datortomografi är även att patienten ej utsätts för joniserande strålning. En ultraljudapparat är betydligt billigare än en datortomograf (kostar 250 000–400 000 kr.). Ultraljudundersökningarna kräver dock aktiv läkarinsats för själva bildframställningen.

Inom brösthålan har datortomografin än så länge en begränsad användning. Av intresse är bl. a. möjligheten att påvisa små ytliga dottertumörer som ej framträder vid vanlig lungröntgen. Mycket intressant är den tekniska utveckling som pågår i syfte att påvisa hjärtinfarkter. Datortomografi kan även vara mycket informativ vid skelett- och ledundersökningar liksom vid undersökning av extremiteternas och halsens mjukdelar.

Datortomografi synes få stor betydelse vid dosplanering. Förbättrad diagnostik av en tumörs läge och utbredning gör att man bättre kan beräkna ståldoserna och säkrare undvika bestrålning av omgivande friska organ.

Medicinska skäl för spridning av datortomografin till länssjukvården

Som närmare belysts ovan är datortomografi av skallen en så värdefull diagnostisk metod att den rimligen inte på sikt kan undandras länssjukvården. Som framgått ovan är resursanspråken sådana att de ej är ett påtagligt hinder för spridning av tekniken, speciellt om lämpligt val av ej för tekniskt avancerad apparat göres.

Då praktisk erfarenhet visat att en kroppsscanner på en röntgenavdelning utan speciell skallscanner används för skalldiagnostik till 50–80 % så kan detta i och för sig användas som argument för anskaffande av datortomograf till länssjukhus då diagnostiken av processer i hjärnan och ögonhålorna som ovan nämnts är så väl etablerad. De onkologiska resurserna inom länssjukvåren kommer också att förstärkas. Denna utveckling kan också vara ett argument för inköp av datortomograf, då en av huvudindikationerna för datortomografi är diagnostik av tumörer och som en konsekvens av detta har metoden även betydelse för behandlingen. Bedömningen och behandlingen av patienter med vissa typer av tumörer kommer dock att i hög grad vara centraliserad till regionala centra. Nettoeffekten vad gäller antalet remitteringar av tumörfall till regionsjukhusen får därför sägas vara osäker.

En eventuell kommande decentralisering av datortomografi kommer att medföra att de diagnostiska möjligheterna på länssjukhus blir mer likartade de på regionsjukhus. Regionsjukhusen kommer däremot att behålla sin exklusivitet i vissa terapeutiska avseenden, t. ex. neurokirurgi, thoraxkirurgi, speciell barnkirurgi etc.

Sammanfattning

En decentralisering av datortomografi för undersökning av skallen framstår som logisk men utbyggnaden bör ej ske i för snabb takt. Decentraliseringen kommer sannolikt ej att nämnvärt påverka antalet remitteringar till regionsjukhusen under de första åren utan snarare blir det fråga om marginella effekter. Hur konsekvenserna blir på sikt är vanskligt att bedöma men

möjligen kommer det att ske en viss minskning av remitteringarna. Datortomografisk undersökning av kroppen i övrigt är fortfarande under utvärdering. Samtidigt är undersökningsteknik med ultraljud och fiberoptik under stark utveckling, varför den fortsatta utvecklingen f. n. ej kan klart överblickas.

Underbilaga A[1]

Tabell 1 Kostnad per undersökning i kronor för luftskalle, färgskalle och datortomografi av skallen. 1976 års löne- och prisnivå vid visst antal undersökningar per röntgenavdelning

	Luftskalle-undersökning (750/år)	Färgskalle-undersökning (1 500/år)	Undersökning med datortomografi (2 500/år)
Personalkostnad[a]	820	390	90
Materialkostnad	185	340	30
Service- och underhåll	65	50	55
Kapitalkostnad	195	140	150
Direkt fast och rörlig kostnad	1 265	920	325
Vårdkostnad	2 250	1 350	–
Total kostnad, kronor	3 515	2 270	325

[a] Inkl. personalkostnaderna för teknisk assistans samt vid anestesi.

Luftskalleundersökning (pneumoencefalografi) = röntgenundersökning av hjärnan, varvid hjärnans hålrum fylls med kontrastgivande gas.

Färgskalleundersökning (cerebral angiografi) = röntgenundersökning av hjärnan, varvid kontrastvätska injiceras i ett av huvudets större blodkärl.

Isotopundersökning = radioaktivt spårämne tillförs kroppen och en s. k. gammakamera registrerar den strålning spårämnet avger.

Eko-encefalografiundersökning = utsändning av ultraljud och registrering av eko från olika skiljeytor i hjärnan. Onormala signaler anger misstanke om sjukdom.

[1] Ur Spri rapport 15/77.

Underbilaga B Kostnader för datortomografi av kroppen[1]

Följande kalkyl är baserad på kostnaderna för en datortomograf vid Karolinska sjukhuset. (Delta-Scan 50, 2,5 min.)

1 *Förutsättningar för kalkylen*

1. 8,5 % internränta på kapitalkostnaden.
2. Alla kostnader beräknade i 1976 års prisnivå.
3. Personalkostnaderna och de indirekta kostnaderna är beräknade enligt anvisningar från Karolinska sjukhusets budgetsektion.
4. Kostnaden för datortomografen har beräknats vid 3 respektive 10 års avskrivningstid under förutsättning att 2 500 undersökningar utförs per år.

Kostnadsslag	Avskrivningstid	
	3 år	10 år
Kapitalkostnad	1 395 000:–	545 000:–
Service- och underhållskostnad	145 000:–	195 000:–
Ombyggnadskostnad	4 000:–	1 500:–
Personalkostnad	375 000:–	375 000:–
Materialkostnad	200 000:–	200 000:–
Summa direkta kostnader	2 119 000:–	1 316 500:–
Direkt kostnad/undersökning	848:–	527:-
Indirekta kostnader	98 000:–	98 000:–
Summa direkta och indirekta kostnader	2 217 000:–	1 414 500:–
Total kostnad/undersökning	887:-	566:–

2 *Kapitalkostnad*

Förutsättningarna för kapitalkostnadsberäkningarna:

- inköpskostnad ca 3 565 000 kr inkl. moms
- internränta 8,5 %
- avskrivningstiden antas till minimum 3 år och maximum 10 år.

Nuvärdets utspridning på annuiteter vid 8,5 % internränta

Avskr tid år	Kapitaltjänst-kostnad kronor	Avskr tid år	Kapitaltjänst-kostnad kronor
3	1 395 000	7	695 000
4	1 090 000	8	630 000
5	905 000	9	580 000
6	780 000	10	545 000

3 *Service- och underhållskostnad*

Årlig kostnad

Normalt brukar man för röntgen- och datortomografiutrustning beräkna service- och underhållskostnader till 6 % av inköpskostnaden dvs. ca 215 000:–/år. Ett års garanti ger med ovanstående förutsättningar om internränta och avskrivningstid en årlig kostnad av 145 000–195 000 kronor.

4 *Ombyggnadskostnad*

I samband med installation av datortomografen vid Karolinska sjukhuset krävdes viss ombyggnad av lokalen för ca 10 000:–. Beroende på avskrivningstidens längd kommer kostnaden att variera från ca 1 500:– vid 10 års avskrivning till ca 4 000:– vid 3 års avskrivning vid 8,5 % internränta.

5 *Personalkostnad*

Förutsättningarna för personalkostnadsberäkningarna:

- 250 arbetsdagar per år
- lönebikostnader 20 % och personalförsäkring 36 % (läkare)
- lönebikostnader 17 % och personalförsäkring 36 % (AST-personal)[1]

Personal	Årslön kronor	Personalkostnad kronor
Underläkare	108 576:–	177 196:–
Överläkare	161 592:–	263 718:–
Röntgenassistent	48 408:–	77 026:–
Röntgenbiträde	44 064:–	70 115:–

Vid Karolinska sjukhuset har den genomsnittliga undersökningstiden varit ca 50 minuter. Man räknar här med möjligheten att utföra ca 10 undersökningar per dag eller 2 500 undersökningar per år.

Årlig kostnad

För en datortomograf krävs 2 röntgenassistenter samt en läkare på heltid. Personalkostnaden för läkare varierar mellan 177 000 och 264 000 kronor per år – medelvärde 221 000 kronor per år.

[1] AST, anställningsavtal för statstjänstemän utom läkare.

	Kronor
Läkare heltid	221 000:–
2 röntgenassistenter heltid	154 000:–
Personalkostnad per år, kronor	375 000:–

6 *Materialkostnad*

Apoteksvaror	Kostnad (kr)
Kontrastmedel: (Urografin och Bilivistan)	7:–
Glukagon 1 mg (peristaltikhämmande medel)	8:–
Meritene (näringspreparat)	4:–
Diverse (ex. natriumklorid, klorhexidinlösn. etc.)	2:30
Apoteksvaror totalt	21:30

Vid Karolinska sjukhuset har ca 40 % av alla undersökningar utförts med olika typer av kontrastmedel.

Sjukvårdsprodukter:	
Sprutor, kanyler, infusionsaggregat	1,85
Diverse ex. rondskålar, kompress, plåster	2,00
Sjukvårdsprodukter totalt	3,85

Kontors- och datorprodukter:	Kostnad (kr)
Magnetband	10,00
Polaroidfilm	41,75
Diverse kontorsmaterial (journalark, tejp m. m.)	3,55
Kontors- och datorprodukter totalt:	55,30
Materialkostnad/undersökning	80,45

Årlig kostnad

2 500 undersökningar/år à 80:– blir 200 000:–.

7 *Indirekta kostnader*

Lokalhyra, värme, vatten, el och övriga gemensamma fastighetskostnader m. m. beräknas till 280 kr/m^2 och år.

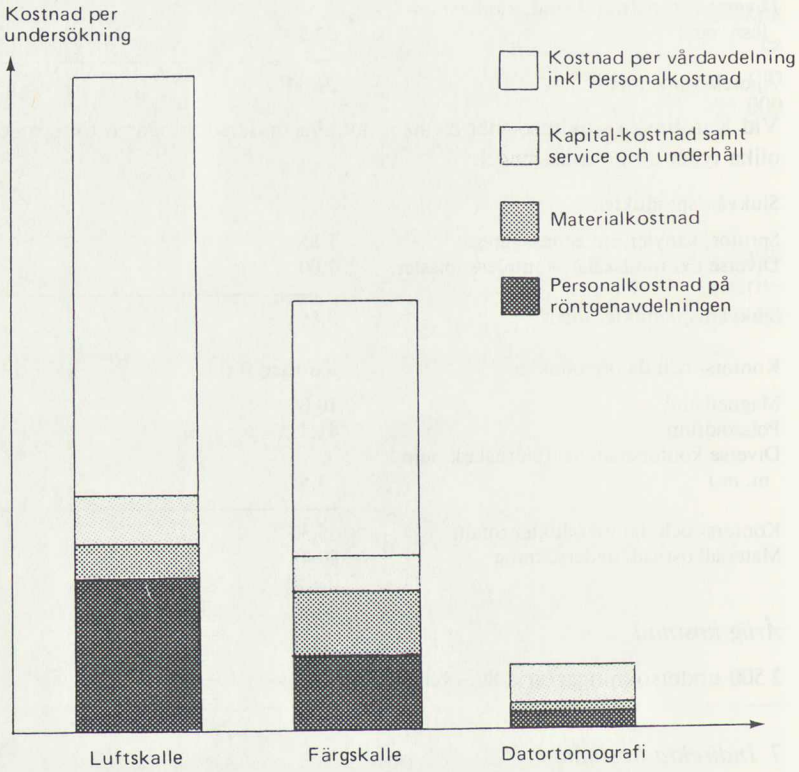
Administrativa omkostnader är beräknade i förhållande till antalet anställda och är f. n. 26 000 kr/anställd och år.

Årliga indirekta kostnader

	Kronor
Fastighetskostnader (70 m x 28,kr)[1]	20 000:–
Administrativa omkostnader (3 x 26 000 kr)	78 000:–
Totala indirekta kostnader per år	98 000:–

[1] Det normala behovet av lokalutrymme för en datortomograf kan bedömas vara 80–100 m^2 enligt följande: undersökningsrum 30 m^2, datorrum, elektronikrum 15 m^2, manöverrum (röntgenassistent) 10 m^2, granskningsrum (läkare) 12 m^2 och väntutrymme 13 m^2, dvs. här totalt 80 m^2.

Underbilaga C[1]



Figur 4 Relativ fördelning av olika kostnadsslag vid luft- och färgskalleundersökning respektive undersökning med datortomografi.

[1] Ur Spri rapport 9/76.

Bilaga 10 Rapport från studieresa till England angående fortsatt vidareutbildning inom verksamhetsområdet ögonsjukdomar

Till Regionsjukvårdsutredningen, Socialdepartementet

Regionsjukvårdsutredningen uppdrog under våren 1978 åt projektledaren för RIA, medicinalrådet Kurt Roos, att tillsammans med företrädare för projektets expertgrupp avseende verksamhetsområdet ögonsjukdomar studera vissa utbildningsfrågor i England mot bakgrund av att i Sverige startats en diskussion om en uppdelning av ögonspecialistutbildningen i en medicinsk respektive en kirurgisk gren.

Anledning till debatten i Sverige är dels att den mest kvalificerade delen av den medicinska ögonsjukvården ofta har blivit eftersatt i jämförelse med den kirurgiska ögonsjukvården, dels att det kan ifrågasättas om patientunderlaget är tillräckligt stort för att samtliga läkare med fortsatt vidareutbildning inom verksamhetsområdet ögonsjukdomar skall kunna få eller bibehålla nödvändig kirurgisk träning. Frågan blir än mer aktuell mot bakgrund av den planerade ökningen av antalet läkare med nämnd utbildning i landet. En möjlig anpassning till utvecklingen skulle således vara att utbilda ett mindre antal ögonkirurger och som komplement bygga upp en ögonmedicinsk specialitet. Det i England rådande sjukvårdssystemet innebär att verksamhetsområdet ögonsjukdomar tillhandahålls på olika nivåer genom att många specialiststuderande avbryter pågående utbildning och ges möjlighet att verka inom sjukvården i den utsträckning erhållen utbildning ger kompetens för.

Studiebesöket inleddes med en diskussion på hälsovårdsdepartementet under ledning av dr. Ian Field med bl. a. mr Hudson, chairman of the joint committee on higher surgical training. Denna är ett övergripande organ med ett antal underavdelningar, bl. a. en med tillsyn över den individuella oftalmologiska utbildningen.

Ögonspecialistutbildningen syftar till att utbilda kvalificerade kirurger. Antalet tjänster som consultants, dvs. högt kvalificerade ögonkirurger, uppgår till knappt 400 för landet. Befolkningsunderlaget uppgår till ca 55 milj., vilket innebär att antalet invånare per sådan kirurgspecialist är ca 140 000. Förutom dessa högkvalificerade ögonkirurger finns i England ca 1 000 ögonläkare med varierande utbildningsstandard. Deras oftalmologiska utbildning begränsas vanligen till 1 1/2 år, dvs. vad som fordras för att erhålla fellowship in ophthalmology, men även längre utbildning förekommer. Denna läkargrupp tar hand om ett stort antal patienter men utför ingen

kirurgisk behandling. Antalet invånare per totalt antal verksamma ögonläkare uppgår till ca 40 000 vilket motsvarar antalet invånare per ögonspecialist i Sverige. I såväl England som Sverige tillkommer därutöver läkare under vidareutbildning. Även dessa utför en betydande sjukvårdsinsats.

Såväl ögonkirurgerna som övriga ögonläkare i England kan vara verksamma inom både den offentliga och den privata sektorn. Många delar också sin tid mellan sjukhus och privatmottagning. Kirurgerna arbetar huvudsakligen vid sjukhus. Bland dem som delar sin tid mellan sjukhus och privatmottagning är det vanligt att upprätta en överenskommelse som innebär långtgående skyldighet till offentlig verksamhet. I praktiken arbetar dessa ofta full tid vid sjukhus. Tjänstgöringen kan även delas mellan olika sjukhus. Bland de ögonläkare som har kortare utbildning tjänstgör ca 20 procent inom den offentliga vården medan ca 80 procent har privatpraktik.

Även inom optikerkåren förekommer i England två nivåer. Den ena nivån saknar helt medicinsk träning och torde närmast kunna jämföras med våra verkstadsoptiker. Den andra kategorin har gedigen utbildning med universitetskurser och tre års praktik före examen. Fördelningen mellan dessa båda optikerkategorier redovisades inte men det totala antalet uppgår till ca 4 700.

England är uppdelat i ca 250 sjukvårdsdistrikt med ett distriktssjukhus inom varje. Vid dessa sjukhus finns ögonsjukvård representerad. Oftast arbetar två specialister tillsammans. Beteckningen sjukhus inom distriktsvården är närmast organisatorisk. Sjukhuset kan bestå av flera geografiskt skilda enheter. Förutom dessa distriktssjukhus finns i London flera sjukhus med högt kvalificerad ögonsjukvård där specialistutbildningen bedrivs. I detta sammanhang omnämndes särskilt Morfields Hospital, som är ett särskilt ögonsjukhus med 350 vårdplatser.

I England kan patienterna inte söka specialistvård vid sjukhus med mindre än att ha fått remiss från sin allmänläkare. Antalet allmänläkare uppgår till 20 000 dvs. antalet invånare per allmänläkare uppgår till ca 3 000. I princip har samtliga invånare sin egen allmänläkare. Efter att remiss erhållits kan valet av vårdinrättning göras relativt fritt vilket sammanhänger med att landet har ett gemensamt finansieringssystem för all sjukvård. Det finns således inga principiella hinder att söka vård i London istället för vid det "egna" distriktssjukhuset. Trots detta var köerna till londonsjukhusen förhållandevis korta medan köerna till distriktsvården på många håll var mycket långa delvis beroende på lokala läkarvakanser.

Det framhölls att man planerade öka antalet ögonkirurger från ca 400 till ca 450 vilket bedömdes vara en rimlig nivå. Detta skulle innebära ett befolkningsunderlag på ca 120 000 invånare per ögonkirurg. Samtidigt framhölls dock att en ögonkirurg per 80 000 invånare borde vara ett mål att sträva efter. Några planer på en ändring av befintligt utbildningssystem redovisades inte. Det framhölls som önskvärt att även de ögonläkare som har kortare utbildning har en viss kirurgisk erfarenhet trots att de inte arbetar med operativ verksamhet.

Under ledning av dr Michael Sanders företogs ett besök vid St Thomas' Hospital. Sjukhuset har mycket gamla anor och vissa delar av byggnaden var av äldre datum. Andra delar var dock helt nybyggda. Totalt har sjukhuset ca

1 000 vårdplatser. Ögonkliniken har 50 vårdplatser varav tio har medicinsk inriktning.

I London finns flera sjukhus för specialistutbildning med olika inriktning. Vid St Thomas' Hospital utmärktes ögonkliniken främst av ett intimt samarbete emellan olika specialister. Vid kliniken fanns således förutom oftalmologer även internmedicinare och neurologer. Denna uppbyggnad var dock speciell för detta sjukhus. Tillgången till ögonmedicinska vårdplatser och specialister med olika inriktning möjliggjorde att patienter kunde läggas in för specialiserad utredning. Liksom för specialistvården i övrigt kom patienterna till St Thomas' ögonklinik på remiss från allmänläkare eller via distriktssjukhus.

För att åskådliggöra klinikens verksamhet redogjordes för utredningen av två patienter. Det ena fallet var en ung patient med komplicerad sjukdomsbild som tagit stora utredningsresurser i anspråk medan den andra patienten som var äldre inte alls krävt så omfattande utredning.

Efter denna inledning företogs en rundvandring genom sjukhuset. Bl. a. besöktes två vårdavdelningar tillhörande ögonkliniken. Den ena var belägen i den gamla byggnadskroppen och hade plats för tio patienter. På ena sidan om en skiljevägg hade de manliga patienterna placerats medan de kvinnliga placerats på andra sidan. Lokalutformningen skiljde sig således markant från vårdavdelningarna vid våra svenska sjukhus. Den andra ögonavdelningen var belägen i den nya sjukhusdelen och hade en helt annan utformning och liknade i stort sett svenska vårdavdelningar. Förutom vårdavdelningarna besöktes två forskningsavdelningar – en med neurofysiologisk inriktning och en för pupillometri.

Besök företogs också vid National Hospital for Nervous Diseases, avdelningen för neurooftalmologi i form av rundvandring under vilken några specifika ögonundersökningar demonstrerades. Bl. a. visades en helt nyinförskaffad datortomograf som var under intrimning. Även under detta besök guidades gruppen av dr Michael Sanders som upprätthöll en deltidsbefattning vid sjukhuset.

Med utgångspunkt i ett patientfall som demonstrerades vid besök i ett av undersökningslaboratorierna diskuterades tillämpat remissystem. Patienten var en kvinna i 30-årsåldern. Hon hade allvarliga synförändringar med bortfall i synfält och korta "svagsynta" perioder. När sjukdomen debuterade hade hon uppsökt sin allmänläkare som inte bedömt fallet allvarligt utan hänvisat henne till optiker. Denne kunde inte hjälpa henne varför hon hänvisades åter till sin allmänläkare. Han remitterade henne så småningom till distriktssjukhuset där hon undersöktes under en tid för att så småningom överföras till den neurooftalmologiska avdelning vi besökte. Innan hon kom till denna avdelning hann således en tämligen lång tid, ca 1/2 år, förflyta och tillståndet försämras. Det diskuterades huruvida allmänläkarens och distriktssjukhusets agerande, dvs. avvaktan med att slussa henne vidare, var typiskt eller ett särfall samt om avsaknad av remisstvång skulle ha påskyndat vägen till adekvat omhändertagande.

Studiebesöket demonstrerade på ett mycket övertygande sätt betydelsen av specialiserade ögonmedicinska utredningsresurser inom sjukvården.

Resumé av ögonspecialistutbildningen i England

För att erhålla status som consultant, dvs. fullt utbildad specialist i ögonkirurgi krävs efter avlagd läkarexamen ca åtta års vidareutbildning inkl. ett år motsvarande svensk AT-tjänstgöring. Nedan lämnas en översiktlig beskrivning av utbildningens olika moment.

- läkarexamen (5 år)
- internship (1 år) (motsvarande AT-tjänstgöring)
- fellowship in ophthalmology (3 år)
  - = 6 mån kirurgi
  - = 6 mån medicin (olika specialiteter kan komma ifråga)
  - = 18 mån ögon
  - = 6 mån valfritt
- higher specialist/consultant (4 år)
  - = 3 år ögon
  - = 1 år inom en eller två bestämda specialiteter

Förutom att praktiktiden är hårt reglerad till specialitet är även tjänsteställningen reglerad. För att erhålla fellowship in ophthalmology måste således ett av totalt 1 1/2 år inom ögonsjukvård upprätthållas som registrar eller senior house officer. För att sedan få full specialistkompetens måste åtminstone två av de följande tre åren inom ögonsjukvård upprätthållas som senior registrar eller motsvarande.

Många specialiststuderande fullföljer inte ovan redovisade utbildning ända fram till full specialistkompetens utan avbryter den före eller efter avlagt fellowship. Dessa kan då vara verksamma som clinical assistant (vid sjukhus) eller som ophthalmic medical practitioner (privatpraktiker i ögonsjukvård). Då antalet tjänster som consultants är starkt begränsat förekommer det även att fullt utbildade specialister tjänstgör i nämnda befattningar.

Redovisat antal tjänster inom ögonvården:

- consultants	ca 380	
- seniour house medical officers	ca 40	avlagt fellowship under vidareutbildning
- medical assistants	ca 90	
- senior registrars	ca 80	praktiktjänster för fellowship
- registrars	ca 100	
- senior house officers	ca 250	
- house officers	ca 10	
- clinical assistants	ca 300	avslutad utbildning vissa med fellowship
- ophthalmic medical practitioners	ca 900	
Summa	ca 2 150	

Synpunkter i förhållande till det svenska systemet

I England har man helt accepterat en läkarverksamhet med två utbildningsnivåer. Den kirurgiska ögonsjukvården har koncentrerats till den högsta specialistnivån, medan en stor del av den medicinska vården bedrivs av befattningshavare med kortare utbildning. Viss medicinsk verksamhet hänfördes dock till den högsta nivån. T. ex. behandlades inte diabetiker av de korttidsutbildade. Det föreföll även som om problem med uppspårande och behandling av glaucompatienter förekom inom denna kår. Vidare syntes antalet öppenvårdsbesök särskilt för gruppen clinical assistants vara påfallande högt.

En väsentlig skillnad mellan engelsk och svensk ögonsjukvård är att i England har den kirurgiska vården koncentrerats till färre läkare än i Sverige. Någon väsentlig ökning av antalet kirurger under den närmaste tioårsperioden planeras inte heller i England. Då i Sverige redan i dagsläget antalet ingrepp per läkare är relativt begränsat kan den planerade ökningen av antalet läkare medföra att den kirurgiska kvaliteten försämras om inte några förändringar i sjukvårdssystemet i övrigt vidtas.

Studiegruppen anser att i Sverige borde en uppdelning i en ögonmedicinsk respektive en ögonkirurgisk specialistutbildning på en och samma nivå övervägas. Detta skulle kunna innebära en gemensam grundläggande utbildning som därefter påbyggdes med en medicinsk respektive kirurgisk del de sista utbildningsåren.

Med hänsyn till den i England begränsade tillgången till kirurgspecialister torde rådande remissystem vara en förutsättning för att skikta patienterna.

Frågan om en eventuell delning av specialistutbildningen i Sverige i en ögonmedicinsk och en ögonkirurgisk del bör utredas i särskild ordning.

På gruppens vägnar

Kurt Roos

Bilaga 11 Vissa internationella erfarenheter

När nuvarande organisation av regionsjukvården tillkom år 1960 beaktades kraven på en nationell samordning, se avsnitt 3.5. Det som framförallt avsågs var en samordning av takten för utbyggnaden av regionspecialiteterna där sjukvårdens och utbildningens behov skulle vägas samman med ekonomiska och personella resurser. Numera har socialdepartementets sjukvårdsdelegation detta samordningsansvar.

I avsnitt 4.1 pekas på vissa brister i samarbetet inom och mellan regionerna. Där framhålls också att avsaknaden av en utbyggd planering medfört att förutsättning för samordning delvis saknats.

Utredningen föreslår i avsnitt 4.6 en utbyggd planering särskilt för regionsjukvården i avsikt att skapa bättre förutsättningar för samordning inom och mellan regionerna.

Som ett led i utredningsarbetet har utredningen tagit del av erfarenheter i några länder. Representanter för utredningen har besökt Danmark, Finland, Norge, Storbritannien och Tjeckoslovakien. Därvid har företrädesvis planering samt nationell samordning och styrning av regionsjukvården studerats.

Danmark

Sjukvårdsorganisationen i Danmark har likheter med den i Sverige genom de folkvalda amtens huvudmannaskap för läns- och regionsjukvården.

Genom bestämmelse i sjukvårdslagen är sjukvårdshuvudmännen sedan 1974 ålagda att genomföra en sjukvårdsplanering.

Som ett underlag för amtens planering ger inrikesministeriet och sundhetsstyrelsen ut rekommendationer beträffande skilda medicinska verksamhetsområden. Genom att amten erhåller statsbidrag för sjukvården får dessa rekommendationer stor genomslagskraft.

Det finns ett samarbetsorgan, sjukvårdsrådet, för frågor som behandlas gemensamt mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Detta är samtidigt rådgivande till inrikesministern. Detta tar ställning till sundhetsstyrelsens rekommendationer, vilka i samband med sjukvårdshuvudmännens planering prövas av dessas förtroendemannaorgan.

Planerna granskas av sundhetsstyrelsen, varefter sjukhusrådet uttalar sig innan inrikesministern tar ställning till dem.

En utredning tillsattes 1975 för:

- att avgränsa delar av medicinska verksamhetsområden som bör tillhöra regionsjukvården
- att ge förslag till regionsjukvårdens geografiska spridning med hänsyn till resurser och befintlig organisation
- att överväga grunderna för remittering till regionsjukvård
- att överväga regionsjukvårdens finansiering och ge förslag till fördelning samt
- att överväga hur framtida utveckling skall kunna följas beträffande etablering av nya funktioner och särskilt beakta om detta bör ske genom ett permanent rådgivande organ.

Utredningen avslutades 1977 och resulterade bl. a. i att en nationell planerings- och remitteringskommitté tillsattes. Den består av representanter för sjukvårdshuvudmännen, universiteten, inrikesministeriet och sundhetsstyrelsen. Denna kommitté kan tillsätta underkommittéer för skilda medicinska verksamhetsområden.

I planerings- och remitteringskommitténs uppgifter ingår att analysera och ge förslag till dimensionering, organisation och lokalisering av regionsjukvård samt fastställa riktlinjer för remittering till regionsjukvården.

I dessa uppgifter ingår också att ta initiativ till att nya medicinska verksamhetsområden eller delar därav kan etableras i regionsjukvården. Sådana ärenden bereds i underkommittéerna.

Regionsjukvården beräknas omfatta 0,5 vårdplatser per 1 000 invånare, varav den flerregionala delen 0,07 vårdplatser per 1 000 invånare. I Köpenhamnsområdet räknar man dock med väsentligt högre tal.

Finland

Sjukvårdsorganisationen i Finland skiljer sig från den i Sverige genom att Finland inte har några landsting. Central- och universitetssjukhusen (läns- och regionsjukhusen) drivs av kommunerna genom kommunalförbund.

Kommunalförbunden är enligt lag skyldiga att ta fram femårsplaner, som är rullande för samtliga institutioner inom resp. kommunalförbunds område. Medicinalstyrelsen tar ställning till dessa planer.

På grundval av kommunalförbundens planer tar medicinalstyrelsen fram ett förslag till riksplan som efter beredning i ministeriet fastställs av statsrådet som bindande riktlinjer för utvecklingen i landet. Däri ingår även riktlinjer för hur staten skall betala statsbidrag till kommunalförbunden för sjukvården. I beredningsarbetet kan ingå samråd med berörda intressenter.

Medicinalstyrelsens styrning av sjukvården omfattar även fördelning av läkartjänster till centralsjukhusen. Den kommer från 1979 att gå via länsstyrelserna som skall samordna inom resp. län. Avsikten är att varje län skall få en kvot att fördela med stöd av centrala anvisningar för de medicinska verksamhetsområdena. Medicinalstyrelsen kan tillsätta arbetsgrupper för resp. medicinskt verksamhetsområde för att ta fram underlag för anvisningar.

Statsbidragen omfattar ca 2/3 av kapitalkostnaderna och ca 1/2 av driftkostnaderna. Universitetssjukhusen får dock tio procent extra.

Avsikten är att utveckla Helsingfors utöver de övriga fyra universitetssjukhusen. För detta sjukhus diskuteras en nedskärning av antalet medicine studerande till förmån för efterutbildning av läkare.

Tre till fyra procent av den slutna sjukvården är regionsjukvård. Det blir 0,6 vårdplatser per tusen invånare. Riksnivån omfattar 0,1 vårdplatser per tusen invånare.

Norge

Den norska sjukvårdsorganisationen är uppbyggd på liknande sätt som den i Sverige genom att fylken är sjukvårdshuvudmän. Socialdepartementet med helsedirektoratet har sedan 1970 lagreglerade befogenheter att granska och ta ställning till sjukvårdsplanerna.

Stortinget uttalade 1975 vilka sjukhus som skall fungera som regionsjukhus samt principerna för regionsjukvårdens utbyggnad.

F. n. finns 1-årsplaner och 4-årsplaner. De senare har 1980 som tidshorisont. Dessa sammanställs centralt till riksplaner.

Nästa planeringsomgång blir 1980–83. Dessa planer skall lämnas in till sommaren 1979. Fortsättningsvis blir även fyraårsplaneringen rullande.

Den statliga styrningen är förutom planunderställande baserat på att socialdepartementet tar ställning till varje enskilt projekt samt på statlig ersättning som omfattar 50 procent av kostnaderna och kanaliseras via sjukförsäkringen.

Det föreligger förslag om att ersätta den objektinriktade detaljstyrningen med en rambeviljning av statlig ersättning till fylkena efter objektiva kriterier, t. ex. befolkningens mängd och sammansättning. Det kommer emellertid att kvarstå möjlighet att reducera tillskott av statliga medel om något fylke inte skulle följa sin plan.

Regionsjukvården är baserad på ett samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen. Rådgivande regionala samverkansnämnder är etablerade. Regionaliseringen skall främja samarbete även i andra frågor.

Det finns inte något samarbetsorgan mellan staten och fylkena på central nivå.

Etablering av nya medicinska verksamhetsområden eller delar därav blir en följd av planeringen. Innan socialdepartementet tar ställning till upprättade planer skall emellertid dessa vad gäller regionsjukvård av flerregional karaktär remitteras till de andra regionerna samt till de medicinska fakulteterna. I vissa fall tas initiativ centralt till etablering av nytt medicinskt verksamhetsområde eller del därav.

Storbritannien

Till skillnad mot i Sverige är hälso- och sjukvården i Storbritannien en statlig angelägenhet. Sjukvården är organiserad i areor, som lyder under regioner, vilka i sin tur lyder direkt under departementet. Dessa regioner och areor har dock visst lokalt inflytande i respektive styrelser genom att 1/3 av dessas ledamöter utses bland lokala förtroendemän.

I samband med en omorganisation av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet år 1974 betonades betydelsen av utvecklad planering.

Hälso- och sjukvården styrs centralt från departementet, som ansvarar för

- fastställande av nationella mål och prioriteringar samt utveckling av standard, normer och planer,
- råd och stöd till regionerna samt kontroll av planer och verksamheter, normer för investeringar och underhåll,
- löneförhandlingar samt hjälp vid rekrytering, utbildning och personalplanering samt
- fördelning av det nationella anslaget för hälso- och sjukvård på regionerna.

Vid utredningens besök underströks att underlag och riktlinjer från central nivå främst avsågs vara stöd för den regionala och lokala planeringen. Dessutom förekommer omfattande informella kontakter mellan planeringsnivåerna för att få samstämmighet i uppfattningen beträffande planeringen.

Ytterst förfogar man dock centralt över budgeten och inrättande av tjänster som styrmedel.

Planeringssystemet omfattar planering såväl på 10–15 års sikt som på årsbasis. Planerna rullas årligen. Arbetet resulterar i planer från regioner och areor. Nationellt dokumenteras endast anvisningarna. Där diskuteras även de regionala planerna mot bakgrund av utgivna anvisningar, regionernas tidigare resultat och ingivna plandokument.

De nationella målen och prioriteringarna bryts av regionerna med central ledning ned till regionala anvisningar för areornas planering. Areorna inkommer därefter med planförslag till regionerna. För vissa medicinska verksamhetsområden är arean tillräcklig. För andra krävs samordning mellan olika areor. Detta är regionens sak att ange liksom prioriteringen mellan areor och sjukvårdssektorer.

Efter det att de regionala planerna på grundval av areornas planer och centrala anvisningar är framtagna skickas de på remiss till areorna, varefter justering sker. Den regionala planen kommer således till genom diskussion mellan främst regionen och areorna. Därefter tillställs planen departementet. Det har visat sig vara nödvändigt med detaljerade nationella och regionala anvisningar hur planeringen skall gå till. För att formulera detaljerade anvisningar krävs att departementet lyssnar på synpunkter från regioner och areor, vilket gör planeringsarbetet ömsesidigt.

För att underlätta detta finns ett till socialministern rådgivande organ, som består av ordförandena i regionerna samt departementsrepresentanter.

Tjeckoslovakien

Sjukvården i Tjeckoslovakien styrs parallellt av republikerna Tjeckien och Slovakien. Något nationellt ministerium för hälso- och sjukvården finns inte.

Under ministeriet finns länsnationalråd och därunder kommunnational-

råd. På samtliga nivåer finns ett institut för folkhälsan. Via dessa går det medicinska och administrativa ansvaret till skillnad från det politiska som går från ministeriet till läns- och kommunnationalråden.

I ministeriet ingår ansvarsnämnd, vetenskapligt råd, överhygieniker, kurortsinspektion och institut för statistik över demografi och sjuklighet, planering, finansiering, läkemedelsprisfunktion, löner, information, ekonomi, apotek, investeringar, drift av sjukvårdsanläggningarna, teknisk försörjning samt forskning.

Planeringen, som är lagfäst, består av 1-årsplaner, 5-årsplaner och perspektivplaner. Planering sker på federal (Tjeckoslovakien), republik (för Tjeckien respektive Slovakien), regional (län) och kommunal nivå.

Planerad kvotering av läkare- och sjuksköterskeetjänster samt investeringar används som styrmedel förutom fördelning av de nationellt fastställda medlen för hälso- och sjukvården.

I budgetprocessen fastställer den federala och de två republika finansministerierna ramar för varje bransch, bl. a. sjukvård. Detta sker genom att nationalprodukten bestäms. Därifrån definieras intäktssidan varefter kostnadssidan bestäms. Budgetarbetet resulterar i en matris med branscher å ena sidan och län jämte kommuner å andra sidan.

Länen får efter samråd med respektive ministerium flytta över pengar från en bransch till en annan. Nedbrytning till enskilda institutioner sker på läns- och kommunnivå. Därifrån görs sedan budgetförslag som skall godkännas alla led upp till regeringen, som fastställer budgeten. Budgeten är efter fastställande obligatorisk och skall genomföras.

1-årsplanen får direktiv i form av antal tjänster och vårdplatser i sluten vård samt antal tjänster i öppen vård per län. Nedbrytning per specialitet görs på länsnivå. Statens planeringskommission sammanställer materialet och samordnar med andra samhällsektorer. Regeringen tar därefter ställning till planen.

5-årsplanen utarbetas på liknande sätt. Partikongresserna uppställer övergripande mål, som blir styrande för nyssnämnda plan. Ministerierna utarbetar därefter program. Dessa följs och bryts ned på läns- och kommunnivå av nationalråden. Planerna uttrycks i antal vårdplatser och läkare. I 5-årsplanen införs restriktioner i form av ekonomi och personal. De kompletteras med läkemedelsdistribution och utbildning samt är obligatoriska att genomföra. Sluten vård beskrivs i vårdplatser och öppen vård i läkartjänster. Planen bryts ned årsvis till budgeter.

Gällande perspektivplan avser 1990 och i vissa delar 1995. Planen uppställs per medicinskt verksamhetsområde och revideras i anslutning till 5-årsplanerna. Planen är fördelad på 5-årsperioder. Planeringen börjar med att klargöra huvudinriktningen av sjukvårdens utvecklingstendenser. Flera alternativ tas fram och kvantifieras i grova drag. Produkten blir en perspektivplan på 10 till 20 år. Behoven styr och ekonomiska hänsyn tas inte.

När ny regional verksamhet skall etableras sker detta via instituten för folkhälsan. Detta måste motiveras och förslagsställaren måste bevisa att den nya verksamheten medför så pass starka förbättringar att den är värd att genomföra. Detta kontrolleras noga av institutet. Dessutom utreds följder i andra sammanhang, bl. a. tillgång på personal.

Målet för sluten somatisk korttidssjukvård 1990 är 8,6–8,7 vårdplatser per 1 000 invånare. 1972 fanns 8,2. Målet för öppen vård 1990 är 18,1 läkartjänster per 10 000 invånare. 1972 fanns 13,2.

Slutsatser

Organisationen i de studerade länderna är tämligen lik den svenska beträffande uppdelningen i läns- och regionsjukvård.

Utomlands har man liksom i Sverige konstaterat att behov föreligger av nationell samordning särskilt beträffande den regionala och flerregionala sjukvården.

Däremot varierar lösningen på samordningsfrågorna. Generellt kan konstateras att utomlands finns en markerad nationell samordning och styrning jämfört med Sverige. I länder med staten som huvudman för sjukvården, t. ex. Tjeckoslovakien och Storbritannien, följer detta med den förutsättning organisationen innebär.

I länder med kommunala sjukvårdshuvudmän, t. ex. Danmark, Finland och Norge, visar gällande organisation att man jämfört med Sverige har en starkare reglerad planering eller en högre grad av nationell styrning och samordning.

Bilaga 12 Ordlista

Abdominella tumörer	Tumörer i buken
Adjuvant	Understödjande
Allergologi	Läran om allergier
Anastomos	Förbindelse mellan två kanaler, exempelvis mellan två kärl
Andrologi	Läran om mannens speciella sjukdomar
Anestiologi	Läran om bedövningsmetoder
Angina pectoris	Anfallsvis uppträdande smärta i hjärttrakten med ångestkänsla
Angiografi	Blodkärlsundersökning med kontrast
Angiologi	Läran om kärlen
Anomali	Avvikelse från det normala
Apex-kardiogram	Elektrokardiogram gällande hjärtspetsen
Arterioscleros	Åderförkalkning
Artrit	Ledgångsinflammation
Artroskopi	Inspektion via optiskt instrument infört i led
Artär	Pulsåder
Biopsi	Tagande av vävnadsprov
Blåsdermatoser	Hudsjukdom
Bronker	Luftrör
Brokiallymfkörtlar	Lymfkörtlar vid luftrören
Bronkiektasier	Säckformig utvidgning av luftrören
Böl	Biträdande överläkare
Celiaki	I småbarnsåldern uppträdande svår näringsrubbning
Celebral vaskulär sjukdom	Sjukdom i hjärnans kärl
Coronarsjukdom	Sjukdom i hjärtats kranskärl
Crohns sjukdom	Begränsad inflammation i tarmen
Cystisk fibros	Sjukdom i bronkiallymfkörtlar och bukspottkörteln med andnings- och matsmältningssvårigheter
Cytologi	Cellära
Cytostatika	Cellförstörande medel som används vid behandling av maligna tumörer
Datortomograf	En kombination av röntgenapparat och dator som ger "snittbilder"

Degenerativ sjukdom	Sjukdom förorsakad av nedbrytningsprocess
Demografi	Läran om befolkningens sammansättning och förändringar m. m.
Dermatologi	Läran om hudsjukdomarna
Dermatoser	Hudsjukdomar
Diabetes	Sockersjuka
Dupuytrens kontraktur	Hopböjning av fingrarna på grund av skrumpning av handels senhinna
Dysenteri	Tarminfektion
Eko-kardiografi	Undersökning av hjärta med ultraljud
Elektrokardiogram	Hjärtundersökning
Encefalografi	Luftskalle
Endokrina organ	Organ med inre sekretion
Endokrinologi	Läran om de inre sekretoriska körtlarna, deras fysiologi och patologi
Endoprotes	Konstgjord led
Endoskopi	Undersökning av kroppshålor med infört optiskt instrument
Enterit	Tarminfektion
Epidemiologi	Läran om sjukdomars förekomst och utbredning i befolkningen
Erythrodermi	Hudsjukdom
Etiologi	Orsak till sjukdom
Extra korporal organkirurgi	Kirurgi på organ som tagits ut ur kroppen för att sedan åter placeras i kroppen
Farmakodynamik	Läran om läkemedlens verkningar
Farmakokinetik	Läkemedelsomsättning i kroppen
Farmakologi	Läkemedelslära
Fistel	Abnorm kanal antingen medfödd, sjukligt förvärvad eller anlagd genom operation
Fonokardiogram	Hjärtundersökning
Fria muskeltransplantat	Förflyttning av muskelpartier
FV	Fortsatt vidareutbildning
Gammakamera	Apparat för registrering av radioaktiva ämnen
Gastroenterologi	Läran om matsmältningsorganens sjukdomar
Gastrointestinal kirurgi	Kirurgi på magsäck och tarm
Genetik	Läran om arvsanlagen
Glomerulära sjukdomar	Sjukdomar i njurvävnad
Gynekologi	Läran om kvinnosjukdomarna
Habilitering	Anpassning till normalt levnadssätt
Hemangiom	Blodkärlstumör
Hematologi	Läran om blodet och dess sjukdomar
Hematoterapi	Behandling med blod och blodpreparat
Hemoterapi	Behandling med blod och blodpreparat
Hepatit	Leverinflammation
Herpesencephalit	Virussjukdom i hjärnan

Hjärtkatetisering	Undersökning med slang som via en ven föres in i hjärtat
Hormonreceptorer	Ämnen i vävnader som har förmåga att förena sig med hormonmolekyler
HS 80	Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Utgiven av socialstyrelsen
Hudmelanom	Hudtumör
Hydrocephalus	Vattenskalle
Hyperostos	Diffus benförtjockning
Hyperparathyreodism	Sjuklig överproduktion av bisköldkörtelhormon
Hyperplasi	Vävnadsökning
Hypertoni	Förhöjt blodtryck
Hypofysen	Hjärnbihanget
Ileostomi	Konstgjord tunntarmsöppning
Ileum	Tunntarmen
Immunologi	Läran om kroppens sjukdomsförsvar
Immunopatier	Sjukdomar beroende på nedsättning av kroppens sjukdomsförsvar
Immunoterapi	Förstärkning av kroppens sjukdomsförsvar
Incidens	Frekvensen av nya fall av en sjukdom under ett år
Inkontinens	Oförmåga att återhålla avföring och/eller urin
Inresekretoriska organ	Utsöndringsorgan (hormonutsöndrande körtlar)
Intermittent	Upprepat intervall
Interstitiella nefriter	Njursjukdom
Intra-uterina kromosomuppsättningsbestämningar	Fostervattenprov
Ischemisk	Bristande blodtillförsel
Isotop	Radioaktivt grundämne
Kardiografi	Undersökning av hjärtat
Kardiogram	Se EKG
Kardiologi	Läran om hjärtat och dess funktioner
Karotispulskurva	Cirkulationsundersökning
Kateter	Slang för införande i ven eller urinröret
KEU	Kommunalekonomiska utredningen
Klinik	Organisatorisk enhet vid sjukhus med sängbunden vård
Koagulationslaboratorium	Speciallaboratorium för vissa blodanalyser
Kollagenoser	Sjukdomar lokaliserade till bindväv inom olika organ
Kolon	Grovtarm
Koloskopi	Undersökning av grovtarmen med infört optiskt instrument
Kolostomi	Anläggande av tarmfistel på kolon
Labyrintaffektion	Inneröresjukdom

Laser	Optik för koncentration av ljusstrålar
Larynx	Struphuvudet
LATT	Läkares arbets- och tjänstgöringstider. Utgiven av socialstyrelsen
Leukemi	Elakartad blodsjukdom
LKELP	Landstingskommunala ekonomiska långtidsplaner. Utgiven av Landstingsförbundet
Luftskalle	Röntgenundersökning av hjärna med införande av luft
Malignt lymfom	Elakartad svulst utgången från lymfkörtel
Malabsorption	Bristfällig näringsupptagning i matsmältningskanalen
Malign	Elakartad
Manifest	Fastställd
Mediastinum	Bindvävsrummet mellan lungorna
Medicinsk service	Samlingsbegrepp för olika laboratoriedisciplinerr samt röntgendiagnostik anestesiologi
Melanom	Brun till svart pigmentsvulst
Menières sjukdom	Yrselanfall beroende på inneröresjukdom
Metaboliska sjukdomar	Ämnesomsättningsrubbning
Morbus Crohn	Begränsad inflammation i tarmen
Myastenia gravis	Sjukdom med muskelsvaghet
Myelom	Elakartad svulst utgången från benmärg
Nefrologi	Läran om njurens sjukdomar
Neonatalvård	Vård av nyfödda
Neurofysiologi	Läran om nervsystemets reaktioner
Neurokirurgi	Kirurgi på hjärna och nervsystem
Neurologi	Läran om nervsystemets sjukdomar
Neurooftalmiatrik	Läran om neurologiska ögonsjukdomar
Neurootologi	Läran om neurologiska öronsjukdomar
Neuropatologi	Läran om nervvävnadens förändringar vid sjukdom
Neuropediatrik	Nervsystemets sjukdomar hos barn
Neuroradiologi	Röntgendiagnostik inom nervsystemet
Njurdialys	Rening av blod
Njurtransplantation	Överförande av njure
NLV	Nämnden för läkares vidareutbildning
Noninvasiv	Oblodig
Nosokomiala infektioner	Infektioner som uppstår på sjukhus, "sjukhussjukan"
NSB	Nämnden för sjukhus- och socialvårdsbyggnader
Nutrition	Näring
NUU	Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggnad
Obstetrik	Förlossningskonsten
Obstruktiv lungsjukdom	Lungsjukdom med förträngning av luftrören
Oesophagus	Matstrupe

Oftalmiatrik	Läran om ögonsjukdomar
Oftalmologi	Läran om ögonsjukdomar
Onkologi	Svulstlära (tumörsjukdomar)
Open heart surgery	Öppen hjärtkirurgi
Otologi	Läran om öronsjukdomar
Otoscleros	Bennybildning i öronlabyrinten ofta ledande till hörselnedsättning
Pacemaker	Apparat inopererad för att kontrollera hjärtats rytm
Pankreas	Bukspottkörteln
Paralysis agitans	Sjukdom med darrning och muskelstelhet
Paraplegi	Dubbelsidig förlamning
Parathyreoidea	Bisköldkörtel
Parkinsonism	Se paralysis agitans
Patologi	Läran om sjukliga förändringar
Pediatrik	Läran om barnsjukdomarna
Periarteritis nodosa	Sjukdom i småartärer. Se kollagenoser
Perifer	Av mindre intresse
Plastikkirurgi	Rekonstruktiv kirurgi m. m.
Pneumothorax	Luft i lungsäcken
Polyartrit	Inflammation i flera leder
Prevention	Förebyggande åtgärd
Profylax	Förebyggande åtgärd
Prostata	Blåshalskörteln
Prostatahyperplasi	Förstoring av blåshalskörteln
Protes	Konstgjord ersättning av förlorad kroppsdel
Psoriasis	Kronisk hudsjukdom
Psykoendokrinologi	Läran om hormonernas och hormonrubbningarnas inverkan på psyket
Punktionscytologi	Bedömning av cellprov uttaget genom instick av nål eller kanyl
Radiologi	Läran om röntgen- och radiumstrålning och dess användning
Radioterapi	Behandling av sjukdomar med radium och röntgen
Recidiv	Återfall
Rectum	Ändtarmen
Resistent	Motståndskraftig
Retentio testis	Testikel ej belägen i pungen
Reticuloser	Systemsjukdomar av retikuloendotel
Retikuloendotel	Celler i stödjevävnaden inom t. ex. lever och mjälte
Retrograd	Baklänges
Retroperitonella rummet	Utrymmet bakom bukhinnan
Reumatoid artrit	Reumatisk ledsjukdom
RIA	Regionsjukvårdens innehåll och avgränsning
Salmonella	Beteckning för tyfus, paratyfus och vissa andra tarminfektioner

Scintigrafi	Registrering av gammastålar avslöjande dessas koncentration i kroppen
Scolios	Ryggradskrökning i sidled
Screening	Sållning
Serologi	Läran om blodserums egenskaper och användning
Serum	Blodvätska, blodplasma
Sjukhusfysikalisk expert	Sjukhusfysiker
Somatisk	Som hör till kroppen, kroppslig
SOU	Statens offentliga utredningar
Spri	Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut
Stereotaktisk kirurgi	Med siktad strålning
Stomi	Konstgjord kroppsöppning (se kolostomi, ileostomi)
Subcutan vävnad	Underhud
Subfertil	Nedsatt fortplantningsförmåga
Systemisk lupus erytemtosus	Kronisk hudsjukdom
Systemisk skleros	Bindvävssjukdom
Terminal njurinsufficiens	Bristande njurfunktion
Thoraxkirurgi	Kirurgi inom brösthålan
Tomografi	Röntgenologisk specialundersökning
Transfusion	Överförande av blod
Transitorisk ischemi	Övergående tilltäppning av blodkärl
Transplantation	Operativt överförande av levande vävnad
Trauma	Skada, sår, våldsverkan
Ulcerös colit	Inflammation i grovtarmen
Ulcus	Sår på grund av föregående sjukliga processer
Ultraljud	Ljudvågor på icke hörbar frekvens
Ultrastruktur	Struktur synlig t. ex. i elektronmikroskop
Uremi	Urinförgiftning
Urinvägskonkrement	Sten inom urinvägar
Urologisk kirurgi	Kirurgi inom urinvägar (urethra, blåsa, njurar)
Vaskulär	Tillhörande blodkärl
Vaskulär läsion	Skada på blodkärl t. ex. hjärnblödning
Ventrikel	Magsäck
Virologi	Läran om virus och de härav alstrade sjukdomarna
Öl	Överläkare

Litteratur

Befolkningsprognos för riket 1976-2000. Information i prognosfrågor 1976:3, SCB 1976

De äldre och hälso- och sjukvården. Ds S 1978:1, socialdepartementet 1978

Regionsjukvården. Riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård. SOU 1958:26

Ett principprogram om öppen vård. Socialstyrelsen redovisar nr 3, 1968

Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Debattunderlag från en första etapp i landstingsförbundets arbete med ett sjukvårdspolitiskt utvecklingsprogram (SPUP). Landstingsförbundet

Förteckning över sjukvårdsanläggningar m. m. 1974, Socialstyrelsen 1974

Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Socialstyrelsen anser 1976:1

Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Medicinsk Service, Socialstyrelsen 1975

Hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04)

Instilling NO 3 om utbyggning av nyretransplantasjonsvirksomheten i de nordiske land. Avgett av den nordiske ekspertkomite, januari 1976

Intensivvård – verksamhet och resursreserv. Sprirapport nr 18 1973

Kommunerna. Utbyggnad, Utjämning, Finansiering. Slutbetänkande av 1976 års kommunalekonomiska utredning. SOU 1977:78

LATT 77. Läkares arbetstider och tjänster 1977. Socialstyrelsen

LKELP. Redogörelse av landstingens planer omfattande verksamhet, personal och ekonomi. Utges årligen av landstingsförbundet och socialstyrelsen

LP 80. Läkarbemanning. Beräkningsmodell med hänsyn till avtal, lagstiftning m. m. Socialstyrelsen 1975

Långtidsutredningen 1975. Huvudrapport avgiven av finansdepartementets ekonomiska avdelning. SOU 1975:89

Läkares allmäntjänstgöring. Målsättning, organisation, innehåll m. m. Rapport med riktlinjer utarbetade av en arbetsgrupp inom NLV (Stencil Stockholm 1972)

Läkartjänster. Konstruktion, behörighet, tillsättning m. m. betänkande avgivet av läkartjänstutredningen. SOU 1971:68

Läkaresällskapets riksstämma 1–4 dec. 1976. Sammanfattningar. Läkaresällskapets riksstämma 1976

Läkaresällskapets riksstämma 30 nov. – 3 dec. 1977. Sammanfattningar. Läkaresällskapets riksstämma 1977

Länsdelssjukhusens verksamhet, Sprirapport nr 4 1977

Planering vid onkologisk sjukvård. Råd och anvisningar från socialstyrelsen nr 32, 1974

Praktikfrågor – åtgärder i ett kort perspektiv. Delbetänkande från utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (VÅRD 77)

Proposition nr 159 år 1960 – förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m.

Proposition nr 35 år 1969 angående vidareutbildning och fördelning av läkare m. m.

Proposition nr 1 år 1971 angående statsverkets tillstånd och behov under budgetåret 1971/72.

Proposition nr 104 år 1972 – förslag till ändring i sjukvårdslagstiftningen m. m.

Proposition nr 1 år 1975. Förslag till statsbudget för budgetåret 1975/76.

Proposition nr 100 år 1975/76. Förslag till statsbudget för budgetåret 1976/77

Psykiskt avvikande lagöverträdare. Betänkande av 1971 års utredning om behandling av psykiskt avvikande. SOU 1977:23

Rahm, Håkan. Förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen. Den öppna läkarvården utanför sjukhus. Ds S 1971:3

Rahm, Håkan. Sjukvårdslagen, sjukhusstadgan, stadgan för enskilda sjukhem med kommentarer. Stockholm 1975

Regionsjukvården – Stencil utgiven av socialdepartementets sjukvårdsdelegation 1974-02-06

Sammanställning av vårddagar, läkarbesök m. m. 1975, (1976). Landstingsförbundet 1975, (1976)

Sammanställningar över tjänster för vidareutbildade läkare 1975-01-01, 1977-01-01. Socialstyrelsen

Sjukvårdsförfattningen. Sjukvårdslag, sjukvårdskungörelse, kungörelse om kommunala undervisningssjukhus, lag om sluten psykiatrisk vård i vissa fall jämte tillämpningskungörelse, allmän läkarinstruktion. Utgiven av Sv. landstingsförbundet. Stockholm 1971.

Sjukvårdshuvudmännens planer till 1985 – sammanställning i siffror, Sprirapport nr 5, 1976

Sjukvårdshuvudmännens planer till 1985. Hälso- och sjukvård. Folktandvård. Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. Redovisning och kommentarer. Socialstyrelsen redovisar 1976:7

Tandvård med odontologisk utbildning och forskning. Betänkande avgivet den 2 september 1977 av utredningen rörande viss klinisk odontologisk verksamhet. Ds U 1977:18

Tjänstgöring/utbildning för allmänläkar- och specialistkompetens. Översyn av 1972 års bestämmelser. Rapport från NLV, 1974

Utomlänsavtalet 1978. Landstingsförbundet

Vårdpersonalprogram (VPP). Tillgång, behov m. m. av sjuksköterskor och undersköterskor. Socialstyrelsen 1977

Yrkesmedicinska sjukhusenheter – behov och organisation. Betänkande avgivet av Utredningen angående yrkesmedicinens organisation m. m. SOU 1963:46

Översiktsplan för hälso- och sjukvården inom den västsvenska sjukvårdsregionen år 1980 utgiven av Planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter i de västsvenska länen, 1971

Översyn av RLV:s arbetsuppgifter och sammansättning. Rapport från NLV 1976

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. Bo.
26. Hälso- och sjukvårdspersonalen. S.
27. Fortsatt körkortsreform. K.
28. Kvinnors förvärvsarbete och förvärvshinder. A.
29. Arbete i jordbruk och trädgård. A.
30. Brand inomhus. Bo.
31. Trafikpolitik-kostnadsansvar och avgifter. K.
32. Ny indelningslag för kommuner, landstingskommuner och församlingar. Kn.
33. Ordningsvakter. Ju.
34. Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. Ju.
35. Regional utvecklingsplanering, länsplanering, vidgad länsdemokrati. Kn.
36. Arrenderätt 1. Ju.
37. Hotell- och restaurangbranschen. H.
38. Jämställdhet i arbetslivet. A.
39. Föräldraförsäkring. S.
40. Tvistlösning på konsumentområdet. H.
41. Statlig personalutbildning. B.
42. Kommunernas medverkan i sysselsättningsplanering. A.
43. Miljökostnader. Jo.
44. Kommunalt hälsoskydd. S.
45. Allmän arbetslöshetsförsäkring. A.
46. Att främja regional utveckling. I.
47. Att främja regional utveckling. Bilagedel. I.
48. Konkurrens på lika villkor. B.
49. Energi. Hälso-miljö- och säkerhetsrisker. I.
50. Ny vårdutbildning. U.
51. Svensk trädgårdsnäring. Jo.
52. Lägg besluten närmare människorna! Kn.
53. Förbud mot investeringar i Sydafrika. H.
54. Personregister-Datorer-Integritet. Ju.
55. Att sambo och gifta sig. Ju.
56. Kultur och information över gränserna. Ud.
57. Resor till arbetet. A.
58. Organisatoriska frågor inom länsstyrelsen. Kn.
59. JK-ämbetet. Ju.
60. Arbetsmarknadspolitik i förändring. A.
61. Biståndets organisation. Ud.
62. Regionalpolitiska stödformer och styrmedel. A.
63. Riksdagens insyn i statliga företag. I.
64. Översyn av vallagen 1. Ju.
65. Skolan. En ändrad ansvarsfördelning. U.
66. Andelsbolagslag. Ju.
67. Nya bolagsregler m. m. Ju.
68. Industri till Norrbotten. I.
69. Upphovsrätt I. Fotokopiering inom undervisningsverksamhet. Ju.
70. Regionsjukvården. S.

Statens offentliga utredningar 1978

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Hyresrätt 2. Lokalhyra. [8]
Barnets rätt. 1. Om förbud mot aga. [10]
Ordningsvakter. [33]
Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. [34]
Arrenderätt 1. [36]
Personregister-Datorer-Integritet. [54]
Att sambo och gifta sig. [55]
JK-ämbetet. [59]
Översyn av vallagen 1. [64]
1974 års bolagskommitté. 1. Andelsbolagslag. [66]
2. Nya bolagsregler m. m. [67]
Upphovsrätt I. Fotokopiering inom undervisningsverksamhet. [69]

Utrikesdepartementet

Kultur och information över gränserna. [56]
Biståndets organisation. [61]

Socialdepartementet

Föräldrautbildning. [5]
Hälso- och sjukvårdspersonalen. [26]
Föräldraförsäkring. [39]
Kommunalt hälsoskydd. [44]
Regionsjukvårdsutredningen. 1. Regionsjukvården. [70]

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]
Fortsatt körkortsreform. [27]
Trafikpolitik-kostnadsansvar och avgifter. [31]

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].

Budgetdepartementet

Statlig personalutbildning. [41].
Konkurrens på lika villkor. [48].

Utbildningsdepartementet

Skolplanering och skolstorlek. Faktaredovisning och bedömningsunderlag. [4]
Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan. 1. Praktikfrågor-åtgärder i ett kort perspektiv. [15] 2. Ny vårdutbildning. [50]
Skolan. En ändrad ansvarsfördelning. [65]

Jordbruksdepartementet

1973 års skogsutredning. 1. Ny skogspolitik. [6] 2. Skog för framtid. [7]
Växtförädling. [23]
Ny renhållningslagstiftning. [24]
Miljökostnader. [43]
Svensk trädgårdsnäring. [51]

Handelsdepartementet

Ny konkurrensbegränsningslag. [9]
Regional konsumentpolitisk verksamhet. [16]
Hotell- och restaurangbranschen. [37]
Tvistlösning på konsumentområdet. [40]
Förbud mot investeringar i Sydafrika. [53]

Arbetsmarknadsdepartementet

Sysselsättningsutredningen. 1. Arbete åt handikappade. [14] 2. Energi, strukturomvandling och sysselsättning. [22] 3. Kvinnors förvärvsarbete och förvärvshinder. [28] 4. Kommunernas medverkan i sysselsättningsplanering. [42] 5. Resor till arbetet. [57] 6. Regionalpolitiska stödformer och styrmedel. [62]
Arbete i jordbruk och trädgård. [29]
Jämställdhet i arbetslivet. [38]
Allmän arbetslöshetsförsäkring. [45]
Arbetsmarknadspolitik i förändring. [60]

Bostadsdepartementet

Etablering av miljöstörande industri. [25]
Brand inomhus. [30].

Industridepartementet

Energikommissionen. 1. Energi. [17] 2. Energi. Hälso-miljö- och säkerhetsrisker. [49]
Expertgruppen för regional utredningsverksamhet. 1. Att främja regional utveckling. [46] 2. Att främja regional utveckling. Bilagedel. [47] 3. Industri till Norrbotten. [68]
Riksdagens insyn i statliga företag. [63]

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]
Ny indelningslag för kommuner, landstingskommuner och församlingar. [32]
Regional utvecklingsplanering, länsplanering, vidgad länsdemokrati. [35]
Lägg besluten närmare människorna! [52]
Organisatoriska frågor inom länsstyrelserna. [58]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1979-01-11
STOCKHOLM

40:-

Regionsjukvårdsutredningen tillsattes 1974 på förslag av socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Utredningen har behandlat regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan regionerna. Utredningen har särskilt analyserat regionsjukvårdens innehåll och avgränsning gentemot länssjukvården. Detta material publiceras i Regionsjukvården Huvudbilaga 1 Medicin och onkologi (SOU 1978:71) samt Regionsjukvården Huvudbilaga 2 Kirurgi (SOU 1978:72).

Regionsjukvårdsutredningen föreslår att begreppet regionsjukvård vidgas till att avse all högspecialiserad sjukvård inom i princip samtliga medicinska verksamhetsområden.

Utredningen redovisar för varje medicinskt verksamhetsområde regionsjukvårdens innehåll och omfattning samt avgränsning gentemot länssjukvården och mellan verksamhetsområdena.

Mot bakgrund av bl.a. en beräknad minskande volym regionsjukvård föreslår utredningen en ändrad indelning i sjukvårdsregioner.

Nuvarande regionsjukvårdsavtal och utomlänsavtal föreslås ersättas med ett enhetligt system baserat på en samordnad planering inom och mellan sjukvårdshuvudmännen där samverksaspekterna framhävs särskilt. Regionala samverkansnämnder föreslås ta över befintliga regionsjukvårdsnämnders uppgifter samt ges vidare arbetsområde.

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-0446
ISSN 0375-250X