

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library
of Sweden

SOU 1992:101

Delbetänkande av Utredningen om lednings- och myndighetsorganisationen för försvaret (LEMO)

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

SOU 1992:101

Delbetänkande av Utredningen om lednings- och myndighetsorganisationen för försvaret (LEMO)





Statens offentliga utredningar

1992:101

Försvarsdepartementet

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

Delbetänkande av Utredningen om lednings- och
myndighetsorganisationen för försvaret (LEMO)
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm.

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1992

ISBN 91-38-13182-X
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen
för Försvarsdepartementet

Genom beslut den 20 juni 1991 bemyndigade regeringen dåvarande chefen för Försvarsdepartementet, statsrådet Roine Carlsson, att tillkalla en särskild utredare för att göra en översyn av ledningsorganisationen på central och regional nivå inom totalförsvaret och av myndighetsstrukturen inom Försvarsdepartementets verksamhetsområde.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallade departementschefen den 27 juni 1991 som särskild utredare generaldirektören Gunnar Nordbeck. Som experter förordnades expeditions- och rättschefen Rolf Holmquist, departementsrådet Dan Ohlsson och departementsrådet Bo Riddarström. Holmquist entledigades den 5 maj 1992 då rättschefen Ann-Louise Eksborg förordnades att vara expert.

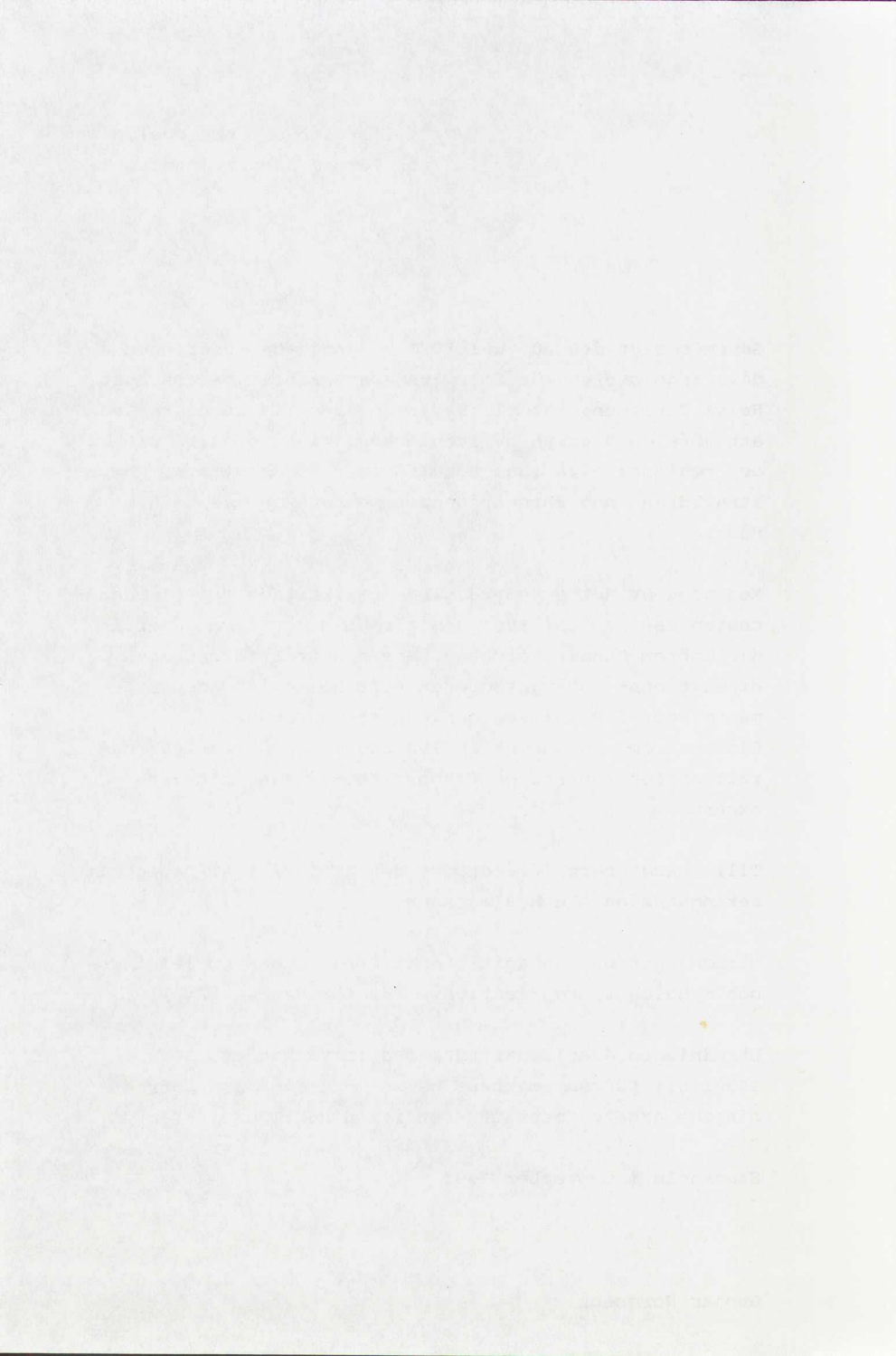
Till sekreterare förordnades den 27 juni 1991 rationaliseringschefen Åke Hjalmarsson.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om lednings- och myndighetsorganisationen för försvaret (LEMO).

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet (SOU 1992:101) Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Utredningens arbete fortsätter enligt direktiven.

Stockholm i september 1992

Gunnar Nordbeck



INNEHÅLL	Sid.
SAMMANFATTNING	7
1 UPPDRAGET.....	13
1.1 Direktiv.....	13
1.2 Arbetsformer.....	14
2 NUVARANDE ORDNING.....	15
2.1 Inledning.....	15
2.2 Hälso- och sjukvård i krig.....	17
2.3 Hälso- och sjukvård i fred.....	19
2.4 Medverkande organisationer.....	20
3 ÖVERVÄGANDEN.....	23
3.1 Nya förutsättningar.....	23
3.2 Krigssjukvården integrerad i det militära försvaret.....	23
3.3 Vissa brister.....	23
3.4 Splittrade resurser.....	24
3.5 Central ledning.....	24
3.6 Produktion.....	27
3.7 Tillsyn.....	28
3.8 Slutsatser.....	30
4 FÖRSLAG.....	33
4.1 Försvarsmaktens ledning.....	33
4.2 Försvarets sjukvårdscentrum.....	36
4.3 Specialmedicinsk verksamhet inom försvars- makten.....	38
4.3.1 Dykerimedicin.....	39
4.3.2 Flygmedicin.....	42
4.4 Organisationsförändringar och besparings- möjligheter.....	44
4.5 Lokalisering.....	46
4.6 Sammanfattning av förslagen.....	51

1. Introduction
 2. The first part of the work
 3. The second part of the work
 4. The third part of the work
 5. The fourth part of the work
 6. The fifth part of the work
 7. The sixth part of the work
 8. The seventh part of the work
 9. The eighth part of the work
 10. The ninth part of the work
 11. The tenth part of the work
 12. The eleventh part of the work
 13. The twelfth part of the work
 14. The thirteenth part of the work
 15. The fourteenth part of the work
 16. The fifteenth part of the work
 17. The sixteenth part of the work
 18. The seventeenth part of the work
 19. The eighteenth part of the work
 20. The nineteenth part of the work
 21. The twentieth part of the work
 22. The twenty-first part of the work
 23. The twenty-second part of the work
 24. The twenty-third part of the work
 25. The twenty-fourth part of the work
 26. The twenty-fifth part of the work
 27. The twenty-sixth part of the work
 28. The twenty-seventh part of the work
 29. The twenty-eighth part of the work
 30. The twenty-ninth part of the work
 31. The thirtieth part of the work
 32. The thirty-first part of the work
 33. The thirty-second part of the work
 34. The thirty-third part of the work
 35. The thirty-fourth part of the work
 36. The thirty-fifth part of the work
 37. The thirty-sixth part of the work
 38. The thirty-seventh part of the work
 39. The thirty-eighth part of the work
 40. The thirty-ninth part of the work
 41. The fortieth part of the work
 42. The forty-first part of the work
 43. The forty-second part of the work
 44. The forty-third part of the work
 45. The forty-fourth part of the work
 46. The forty-fifth part of the work
 47. The forty-sixth part of the work
 48. The forty-seventh part of the work
 49. The forty-eighth part of the work
 50. The forty-ninth part of the work
 51. The fiftieth part of the work
 52. The fifty-first part of the work
 53. The fifty-second part of the work
 54. The fifty-third part of the work
 55. The fifty-fourth part of the work
 56. The fifty-fifth part of the work
 57. The fifty-sixth part of the work
 58. The fifty-seventh part of the work
 59. The fifty-eighth part of the work
 60. The fifty-ninth part of the work
 61. The sixtieth part of the work
 62. The sixty-first part of the work
 63. The sixty-second part of the work
 64. The sixty-third part of the work
 65. The sixty-fourth part of the work
 66. The sixty-fifth part of the work
 67. The sixty-sixth part of the work
 68. The sixty-seventh part of the work
 69. The sixty-eighth part of the work
 70. The sixty-ninth part of the work
 71. The seventieth part of the work
 72. The seventy-first part of the work
 73. The seventy-second part of the work
 74. The seventy-third part of the work
 75. The seventy-fourth part of the work
 76. The seventy-fifth part of the work
 77. The seventy-sixth part of the work
 78. The seventy-seventh part of the work
 79. The seventy-eighth part of the work
 80. The seventy-ninth part of the work
 81. The eightieth part of the work
 82. The eighty-first part of the work
 83. The eighty-second part of the work
 84. The eighty-third part of the work
 85. The eighty-fourth part of the work
 86. The eighty-fifth part of the work
 87. The eighty-sixth part of the work
 88. The eighty-seventh part of the work
 89. The eighty-eighth part of the work
 90. The eighty-ninth part of the work
 91. The ninetieth part of the work
 92. The ninety-first part of the work
 93. The ninety-second part of the work
 94. The ninety-third part of the work
 95. The ninety-fourth part of the work
 96. The ninety-fifth part of the work
 97. The ninety-sixth part of the work
 98. The ninety-seventh part of the work
 99. The ninety-eighth part of the work
 100. The ninety-ninth part of the work
 101. The hundredth part of the work

SAMMANFATTNING

Utredningens uppdrag omfattar en översyn av totalförsvarets ledningsorganisation och myndighetsstrukturen inom Försvarsdepartementets verksamhetsområde.

I delbetänkandet (SOU 1992:112) Försvarsmaktens ledning lämnade LEMO förslag om bl.a. en sammanhållen försvarsmaktsmyndighet bestående av främst den verksamhet som bedrivs inom huvudprogrammen arméförband, marinförband och flygvapenförband samt operativ ledning. Statsmakterna har i allt väsentligt beslutat i enlighet med förslagen. Den nya myndigheten Försvarsmakten bildas den 1 juli 1994.

Den del av uppdraget som redovisas nu avser förhållandet mellan den nya Försvarsmakten och Försvarets sjukvårdsstyrelse, som är en av de gemensamma myndigheterna i huvudprogram 5. Uttryckt på annat sätt behandlas organisationen av ledningsfunktioner och centrala produktionsenheter i fråga om försvarsmaktens hälso- och sjukvård.

Sjukvården i krig bygger på fredssjukvårdens resurser. Kompletterande åtgärder - avseende lokaler, utrustning och utbildning m.m. - kan i viss mån förstärka men huvudsakligen anpassa sjukvårdsverksamheten till krigets särskilda krav. Totalförsvarets sjukvård organiseras i en militär och en civil del. Den civila krigssjukvården förutsätts hantera huvuddelen av sjukvårdsbehoven i krig.

Den militära sjukvårdsorganisationen är ett komplement till den civila och är dimensionerad för en del av de

militära behoven. En stor del av militära patienters behov av behandling och vård förutses alltså bli tillgodosedda inom den civila sjukvården.

En väl fungerande krigssjukvård är en av de allra viktigaste funktionerna för att upprätthålla stridsmoralen. Krigssjukvården har därmed stor betydelse för det militära försvarets krigsduglighet, beredskap och uthållighet.

För att chefen för den nya Försvarsmakten skall kunna avkrävas ansvar för förbandens krigsduglighet m.m., bör han även vara ansvarig för och ha full kontroll över hur den militära krigssjukvården utformas.

För att krigssjukvårdsaspekter skall beaktas tillräckligt i det militära försvarets operativa planering, perspektivstudier och programplanering m.m. bör i den nya Försvarsmaktens högkvarter ingå en funktionsledning för krigssjukvård.

De kvalificerade resurserna för utbildning och övning av värn- och tjänstepliktig medicinalpersonal samt yrkes- och reservofficerare för uppgifter i krigssjukvården är för närvarande splittrade på ett ganska stort antal enheter inom försvarsmakten. Detta gör att det är svårt att vid enskilda verksamhetsställen och även samlat hålla en tillräckligt hög kompetens. Svårigheter föreligger också att utveckla den speciella krigssjukvårds-kompetensen.

I syfte att söka höja kvaliteten, nå bättre enhetlighet och begränsa kostnaderna bör den kvalificerade militärmedicinska produktionen avseende personal och materiel samlas till en enhet inom Försvarsmakten som benämns försvarets sjukvårdscentrum. Organisationen bör även ha bl.a. typförbandsansvar för sjukvårdsförband.

Till försvarets sjukvårdscentrum skall samlas verksamhet som för närvarande bedrivs i Solna (Karlberg), Karlstad och Göteborg. LEMO anser att försvarets sjukvårdscentrum med långsiktigt gott resultat kan lokaliseras till vilken som helst av dessa tre orter.

När en sammanhållen försvarsmaktsmyndighet bildas och Försvarets sjukvårdsstyrelses ledningsuppgifter övertas av Försvarsmaktens högkvarter och dess produktionsuppgifter övertas av försvarets sjukvårdscentrum aktualiseras frågan om hur den tillsyn, som Försvarets sjukvårdsstyrelse utövar över efterlevnaden av vissa lagar m.m. avseende hälso- och sjukvård, miljöskydd m.m. inom försvarsmakten bör organiseras.

I princip finns två lösningar. Den ena är att tillsynsansvaret övergår till den myndighet som annars har till uppgift att utöva tillsyn på respektive sakområde. Den andra lösningen är att i den nya Försvarsmakten inrymma en tillsynsfunktion.

LEMO:s uppfattning är att tillsynen inom den nya Försvarsmakten över efterlevnaden av lagar avseende hälso- och sjukvård, miljöskydd m.m. bör utövas av en särskild tillsynsfunktion inom den nya Försvarsmaktens högkvarter. Särskilda åtgärder föreslås för att säkerställa anställas, värnpliktigas, allmänhetens, berörda tillsynsorgan och samhällets förtroende för denna tillsynsfunktion.

Tillsyn över verksamhet vid andra myndigheter, som för närvarande ingår i försvarsmakten men som inte skall ingå i den nya Försvarsmakten, bör från och med den 1 juni 1994 utövas av de myndigheter som har ansvar för tillsynen på motsvarande sakområden för övriga delar av samhället.

Inom marinen och flygvapnet finns för närvarande medi-

cinska specialområden företrädda, nämligen dykerimedicin och flygmedicin. Enligt LEMO:s mening är det nödvändigt att såväl dykeri- som flygmedicinsk kompetens finns inom försvarsmakten även framgent.

Huvuddelen av både den dykeri- och flygmedicinska verksamheten är av produktionskaraktär och kan uppdragsstyras. De specialmedicinska resurserna bör därför i allt väsentligt organiseras utanför högkvarteret.

Enligt LEMO:s uppfattning är det vidare lämpligt att i viss mån koncentrera dykeriutbildningen och så långt möjligt samordna den dykerimedicinska verksamheten i ett dykerimedicinskt centrum. Vetenskapliga, säkerhetsmässiga och ekonomiska skäl talar härför.

Enligt LEMO:s uppfattning är det också lämpligt att inordna huvuddelen av den flygmedicinska verksamhet som för närvarande bedrivs vid flygstaben i ett flygmedicinskt centrum. Fördelar kan finnas med att även urvalsprövningen av flygande personal samlokaliseras med ett flygmedicinskt centrum.

LEMO:s förslag till verksamhets- och organisationsförändringar bedöms sammantaget möjliggöra betydande personalbesparingar, samtidigt som kvaliteten i verksamheten kan stärkas. Sammantaget bedöms en reduktion med ungefär 45 årsarbetskrafter kunna ske om organisationsförändringarna genomförs. Detta motsvarar en årlig besparing om ca 18 milj. kr. inklusive reduktion av kringkostnader.

Sammanfattningsvis föreslår LEMO att

- en sjukvårdsfunktion skall finnas i den nya Försvarsmaktens högkvarter,

- tillsynen över efterlevnaden inom den nya Försvars-

makten av lagar avseende hälso- och sjukvård m.m. skall utövas av en särskild tjänsteman (generalläkaren) i högkvarteret som i detta avseende inte skall vara underställd myndighetens chef,

- ett försvarets sjukvårdscentrum skall bildas inom Försvarsmakten,

- sammanhållna produktionsenheter för dykeri- resp. flygmedicin skall bildas utanför högkvarteret,

- Försvarets sjukvårdsstyrelse, försvarets sjukvårdshögskola och marinens sjukvårdsskola skall avvecklas,

- organisationsförändringarna skall genomföras den 1 juli 1994,

- det uppdras åt Överbefälhavaren att i samråd med Försvarets sjukvårdsstyrelse samt efter hörande av Chefen för armén, Chefen för marinen och Chefen för flygvapnet med ledning av LEMO:s förslag utreda och redovisa hur de olika lednings- och produktionsenheterna bör utformas m.m.

1 UPPDRAGET

1.1 Direktiv

LEMO:s uppgift är att se över dels ledningsorganisationen på central och regional nivå inom totalförsvaret, dels myndighetsstrukturen inom Försvarsdepartementets verksamhetsområde (dir. 1991:44).

I delbetänkandet (SOU 1991:112) Försvarsmaktens ledning redovisades främst lednings- och strukturfrågor för försvarsmakten i stort samt verksamheten vid centrala staber i krig och fred. Statsmakterna har i allt väsentligt beslutat (prop. 1991/92:102, bet. FÖU12, rskr. 337) i enlighet med LEMO:s förslag.

Därmed kommer den 1 juli 1994 en ny, sammanhållen försvarsmaktsmyndighet att bildas på grundval av främst den verksamhet som bedrivs inom huvudprogrammen arméförband, marinförband och flygvapenförband samt operativ ledning. I delbetänkandet anförde LEMO att utredningen i det fortsatta arbetet avsåg att gå i genom verksamheten vid de gemensamma myndigheterna inom huvudprogram 5 för att pröva deras förhållande till den nya försvarsmaktsmyndigheten. Dessa verksamheter kommer då att delas in i sådana som måste ingå i den i förhållande till i dag snävare avgränsade Försvarsmakten, sådana som för Försvarsmakten och väsentligen på dess uppdrag bör utföras av särskilda myndigheter och sådana där behovet kan tillgodoses av andra myndigheter och företag.

I detta delbetänkande behandlas ledningsfunktioner och centrala produktionsenheter i fråga om Försvarsmaktens hälso- och sjukvård.

1.2 Arbetsformer

Översynen av aktuella delar av försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsfunktioner har organiserats som en särskild delutredning inom LEMO.

För att som experter biträda LEMO i detta arbete förordnade chefen för Försvarsdepartementet den 19 mars 1992 överste 1. gr. Björn Rosén, Överbefälhavaren, och generalläkare Björn Zetterström, Försvarets sjukvårdsstyrelse.

Experternas uppdrag har varit att utföra preciserade utredningsuppgifter samt att skriftligt och muntligt rapportera dem till den särskilde utredaren.

Med ledning av bl.a. detta underlag har LEMO därefter format delbetänkandet.

Av stort värde för LEMO har varit den rapport om Sjukvården i kris och krig som en särskild arbetsgrupp inom 1988 års försvarskommitté redovisat (SOU 1990:108). Utredningsarbetet har även kunnat bygga på underlag som ingår i utredningsrapporten från försvarsstaben 1990 "Funktionscentrum för militärmedicin".

Den särskilde utredaren har i frågan rådgjort med den parlamentariska referensgrupp som är knuten till LEMO.

LEMO har löpande informerat företrädare för berörda centrala arbetstagarorganisationer om arbetet och berett dem tillfälle att framföra synpunkter.

2 NUVARANDE ORDNING

2.1 Inledning

Sjukvården i krig bygger på fredssjukvårdens resurser. Kompletterande åtgärder - avseende lokaler, utrustning och utbildning m.m. - kan i viss mån förstärka men skall huvudsakligen anpassa sjukvårdsverksamheten till krigets behov och särskilda krav. Det är därför nödvändigt att samhällets samlade sjukvårdsresurser, inte minst sjukvårdspersonalen, tillvaratas och utnyttjas på effektivast möjliga sätt i totalförsvarets sjukvård.

Totalförsvarets sjukvård organiseras i en militär och en civil del. Den civila krigssjukvården förutsätts hantera huvuddelen av sjukvårdsbehovet i krig. Vid tillfällena då landets försvarsresurser måste kraftsamlas till vissa områden kommer kraven att öka på resurser för främst kirurgisk sjukvård. Detta kräver i sin tur att personal och förnödenheter kan tillföras drabbade områden, att patienterna kan effektivt fördelas på tillgänglig primär kirurgisk kapacitet samt att primärt behandlade patienter kan evakueras till andra områden.

Ansvar för huvuddelen av den kvalificerade hälso- och sjukvården i krig ligger hos den civila hälso- och sjukvårdsorganisationen, som har ansvar för

- första hjälp på civil skadeplats,
- primär kirurgi och därmed sammanhängande vård för civila skadade och för den del av militära skadade som inte opereras på militära sjukhus,

- sekundär kirurgi och reoperationer samt definitiv behandling och därmed sammanhängande vård för samtliga skadade,
- primärvård för civilbefolkning och vissa militära förband,
- i krig kvarstående fredsmässigt sjukvårdsbehov för civilbefolkningen och för vissa militära patienter med en bedömd vårdtid om mer än ca 7 dygn,
- rehabilitering av skadade.

Den civila hälso- och sjukvården skall därutöver

- tillgodose huvuddelen av sjukvårdsbehoven för militära patienter vid beredskapshöjning intill dess den militära sjukvårdsorganisationen kan verka,
- tillgodose försvarsmaktens behov av blodförsörjning för transfusionsändamål,
- samverka med försvarsmakten inom ramen för en samordnad ledning med hjälp av effektiva sambandsmedel.

Socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen och civilbefälhavarna förbereder den civila sjukvårdens verksamhet i krig. Detta görs i samarbete med Överbefälhavaren, Försvarets sjukvårdsstyrelse och militärbefälhavarna.

De samlade personaltillgångarna inom fredssjukvården bedöms genom bl.a. högre nyttjandegrad räcka även för behoven i krig. Socialstyrelsen och Försvarets sjukvårdsstyrelse fördelar och krigsplacerar hälso- och sjukvårdspersonal inom totalförsvaret med stöd av värnpliktslagen (1941:967) och lagen (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.

Beredskapslager av vissa läkemedel och av förbrukningsmateriel för främst krigsskadade håller på att byggas upp.

Den militära sjukvårdsorganisationen är ett komplement till den civila och är dimensionerad för en del av de totala militära behoven. En stor del av militära patienters behov av behandling och vård förutses alltså bli tillgodosedda inom den civila sjukvården. Såväl den civila som den militära sjukvården skall kunna utnyttjas för civila liksom för militära patienter.

Det är av stor vikt för sjukvården inom totalförsvaret att civila och militära myndigheter samverkar i planering i fred och ledning i krig. Fördelning av civilt utbildad sjukvårdspersonal, samverkan vad avser viss utbildning samt samordnad och i vissa fall gemensam upphandling av sjukvårdsmateriel och läkemedel för en krigssituation är en förutsättning för en snabb och effektiv krigsorganisering av sjukvården såväl civilt som militärt. Även samövning är nödvändig för att optimera funktionen.

I fortsättningen i detta delbetänkande behandlar LEMO endast den militära sjukvården.

2.2 Hälso- och sjukvård i krig

Även i ett modernt högteknologiskt krig är det slutligen människorna som avgör om framgång skall nås eller inte. Motivationen hos våra krigsförband är därför avgörande för deras stridsvärde och om de skall lyckas lösa sina uppgifter. En väl fungerande krigssjukvård är en av de alla viktigaste funktionerna för att upprätthålla stridsmoralen. Den enskilde soldaten måste veta att han får ett gott omhändertagande, om han skulle bli skadad.

I den planering som genomförs i fred av bl.a. Överbefälhavaren och militärbefälhavarna måste hänsyn tas till alla aspekter som påverkar möjligheterna att föra försvaret. Militära operationer och stridshandlingar av olika slag och under olika förutsättningar ger vitt skilda skadeutfall och ställer därmed olika krav på stöd från sjukvårdsfunktionen. Denna funktion måste därför redan på ett tidigt stadium ges möjlighet att påverka planläggningen. I operativa studier och i det operativa planeringsarbetet måste sjukvårdsfunktionen medverka och värdera olika alternativ och lämna förslag till lösningar på hur understöd kan ges. Denna verksamhet bedrivs fortlöpande i fred.

I krig deltar sjukvårdsfunktionen fortlöpande i det operativa stabsarbetet och fördelar resurser samt gör bedömningar av möjligheterna för funktionen att lämna erforderligt stöd till stridskrafterna.

I krig bedöms ett ganska stort antal krigsmän kunna bli skadade och behöva tas om hand och ges mer eller mindre kvalificerad sjukvård. Sjukhusvård avses till dominerande del utföras vid civila sjukhus. I de södra delarna av landet kan huvuddelen av primärkirurgin ske vid civila sjukhus. De kirurgiska resurser som i fred finns i övre Norrland och Gotland bedöms i krig inte vara tillräckliga för att möta behoven från det stora antal förband som kan komma att verka där. En större del av primärkirurgin avses därför kunna utföras vid sjukhus m.m. som ingår i den militära krigsorganisationen. I det närmaste all sekundärkirurgi planeras ske vid civila sjukhus.

Den militära krigssjukvårdsorganisationen är således ett nödvändigt komplement till de civila resurserna. I den militära krigsorganisationen ingår som särskilda sjukvårdsförband några få fasta krigssjukhus, ett ganska stort antal rörliga fältsjukhus och marina stridssjuk-

hus. Ett fältsjukhus har större operationskapacitet än ett krigssjukhus, men har ett mindre antal vårdplatser. Sjukvårdsresurser med läkarkompetens för omhändertagande finns vid varje brigad, bataljon och motsvarande. Dessutom finns i krigsorganisationen särskilda resurser för sjuktransporter.

I den militära krigsorganisationen finns omkring 85 000 befattningar för sjukvårdspersonal. Härav är 25 000 befattningar avsedda för personal med både professionell civil medicinsk utbildning och militär sjukvårdsutbildning. Av dessa är ca 4 000 läkare och ca 10 000 sjuksköterskor. Härtill kommer ca 50 000 sjukvårdsmän med uppgifter som tillfälliga sjukvårdare.

Den militära sjukvården i krig, inklusive sjuktransporter, leds från högkvarteret, militärområdesstaber och försvarsområdesstaber samt av krigsförbandschefer. Militärbefälhavarna har den avgörande rollen när resurserna skall utnyttjas i krig. De militära ledningsorganen har ett stort behov av samverkan med den civila sjukvårdsledningen.

Verksamheten i krig förbereds i fred med studier, planering, utbildning och övning av personal samt anskaffning av förnödenheter.

2.3 Hälso- och sjukvård i fred

Inom det militära försvaret är hälso- och sjukvården i fred främst inriktad mot att skydda anställda och värnpliktiga mot miljö- och hälsorisker i verksamheten.

Ett viktigt moment är författningsreglerad tillsyn över hälso- och sjukvården m.m. enligt bl.a. livsmedelslagen (1971:511), renhållningslagen (1979:596), smittskyddslagen (1968:231), lagen (1985:426) om kemiska produkter

och djurskyddslagen (1944:219) samt rådgivning till produktionsansvariga i anslutning härtill.

Vid fredsförbanden ges de värnpliktiga sjukvård motsvarande den som ges vid distriktsläkarmottagningar. För mer kvalificerad vård anlitas civila resurser. Förebyggande och avhjälpande hälso- och sjukvård för de anställda ombesörjs av den civila hälso- och sjukvården samt i ökande utsträckning av förbandsläkare.

2.4 Medverkande organisationer

En rad myndigheter inom försvarsmakten har för närvarande uppgifter i fråga om hälso- och sjukvård i krig och fred.

Överbefälhavaren, militärbefälhavarna och försvarsrådesbefälhavarna samt fördelningschefer, brigadchefer och bataljonschefer (motsvarande) planerar för militära operationer och strid, analyserar konsekvenser för sjukvården och förbereder det stöd som sjukvården skall lämna till stridande förband.

Försvarsgrenscheferna är program- och produktionsansvariga för de sjukvårdsenheter som hör till försvarsgrenen samt svarar för hälso- och sjukvård i fred vid förbanden. Chefen för marinen och Chefen för flygvapnet bedriver vidare dykeri- resp. flygmedicinsk verksamhet.

Försvarets sjukvårdsstyrelse (Karlstad) utför och deltar i studier och försök om krigssjukvård och lämnar visst underlag till bl.a. Överbefälhavarens perspektiv- och programplanering. Sjukvårdsstyrelsen utövar tillsyn över hälso- och sjukvården i försvarsmakten i fred, kris och krig. Sjukvårdsstyrelsen rekryterar läkare m.fl. till befattningar för yrkes- och reservofficerare och planerar och genomför viss befattningsutbildning för dessa.

Vidare kompetensprövas värnpliktig och tjänstepliktig medicinalpersonal inför krigsplacering inom försvarsmakten. Sjukvårdsstyrelsen anskaffar även på uppdrag läkemedel och sjukvårdsmateriel för försvarsmaktens behov i krig och fred och har materielsystemansvar för funktionen. Sjukvårdsstyrelsen samverkar med bl.a. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Värnpliktsverket och Överstyrelsen för civil beredskap.

Vid Militärhögskolan (Stockholm) genomförs utbildning av yrkesofficerare, inklusive försvarsläkare m.m., för stabsuppgifter, dvs. för ledning av sjukvårdstjänsten i krig.

Vid arméns underhållscentrum (Skövde) förekommer utbildning av kvartermästare med anknytning till krigssjukvården.

Försvarets sjukvårdshögskola (Karlberg, Solna) utbildar värnpliktiga läkare, apotekare, veterinärer, tandläkare och sjuksköterskor för armé- och flygvapenförbands krigsorganisation samt vårdlärare och instruktörer för utbildning av olika kategorier värnpliktiga sjukvårdare.

Marinens sjukvårdsskola (Göteborg) utbildar samma slag av personal för marinförband samt ger värnpliktiga sjukvårdare utbildning.

Inom armén sker utbildning av sjukvårdare vid de brigadproducerande förbanden. Flygvapnets sjukvårdarutbildning genomförs samlat vid F 4 (Östersund).

Vid varje fredsförband ges ett stort antal sjukvårdsmän något hundratal timmars utbildning och varje soldat får sjukvårdsutbildning under något tiotal timmar.

3 ÖVERVÄGANDEN

3.1 Nya förutsättningar

I prop. 1991/92:102 föreslår regeringen en ny organisation för försvarsmakten. Den innebär bl.a. att myndigheterna inom huvudprogrammen arméförband, marinförband och flygvapenförband samt operativ ledning från och med den 1 juli 1994 förs samman till en ny myndighet benämnd Försvarsmakten. Riksdagen har godkänt (1991/92:FÖU12, rskr. 337) förslaget.

I delbetänkandet (SOU 1991:112) Försvarsmaktens ledning uttalade LEMO att den i det fortsatta arbetet avsåg att pröva den stödverksamhet och produktion som utförs av de gemensamma myndigheterna i huvudprogram 5. Därvid skulle övervägas om respektive verksamhet är av sådan karaktär att den måste ingå i den nya försvarsmaktsmyndigheten, om den bör utföras av en särskild myndighet inriktad på att tillgodose försvarsmaktens behov eller om behovet kan tillgodoses av andra myndigheter eller företag.

Försvarets sjukvårdsstyrelse är en av de gemensamma myndigheter i huvudprogram 5 vars verksamhet behöver prövas. Detta görs i det följande.

3.2 Krigssjukvården integrerad i det militära försvaret

I krigsförband som bataljoner och brigader finns särskilda sjukvårdsenheter. Militärbefälhavarna förfogar över sjukvårdsförband i form av fältsjukhus m.m. Sär-

skilda sjuktransportresurser finns också i organisationen.

Ledningen av krigssjukvården och de särskilda militära sjukvårdsresurserna är integrerad med ledningen av krigsförband. Balans måste finnas mellan sjukvårdsfunktioner på skilda nivåer samt mellan sjukvårdsförband och stridande förband. Krigssjukvården ingår som en ofrånkomlig del av planeringen samt av den operativa och taktiska ledningen. Det sätt på vilket sjukvårdsfunktionen beaktas har, som tidigare nämnts, stor betydelse för de enskilda soldaternas, krigsförbandens och hela det militära försvarets krigsduglighet, beredskap och inte minst uthållighet.

För att chefen för den nya Försvarsmakten skall kunna avkrävas ansvar för Försvarsmaktens krigsduglighet, beredskap och uthållighet måste han därför även vara ansvarig för hur krigssjukvården utformas.

Av dessa skäl är det, enligt LEMO:s uppfattning, nödvändigt att studier, planering, operativa och taktiska förberedelser samt produktion i form av utbildning samt övning av personal och ledning av anskaffning av förnödenheter ingår i den nya sammanhållna försvarsmaktsmyndigheten.

3.3 Vissa brister

Mot bakgrund av den betydelse krigssjukvården har och de krav detta reser, finns ett antal brister i det sätt på vilket krigssjukvårdsfunktionen i dag beaktas i planering och genomförande av försvarsmaktens verksamhet. De viktigaste av dessa brister är följande.

- Den operativa planläggningens konsekvenser för sjukvårdsfunktionen beaktas inte tillräckligt.

- Sjukvårdsfunktionens gränssättande karaktär för den operativa planeringen beaktas inte tillräckligt.
- Avvägningar i fråga om sjukvårdsfunktionen inom ramen för de ekonomiska resurser som kan avdelas för det militära försvaret respektive för sjukvårdsfunktionen görs inte på grundval av tillräckligt genomarbetade kostnads-effektanalyser.
- Krigssjukvårdsfunktionen har fått försvarsgrensprägel även i avseenden som inte är sakligt motiverade. Detta leder till onödiga kostnader i fred och skillnader som ger svårigheter att i krig utnyttja resurserna effektivt över försvarsgrenarna.
- Otillräcklig kunskap om krigssjukvårdsfunktionen finns i åtskilliga staber och skolor.
- Uppgiftsfördelningen mellan Överbefälhavaren och Försvarets sjukvårdsstyrelse i fråga om krigssjukvården innebär oklarhet i fråga om ansvaret för försvarsmaktens sjukvård i fred och krig.

3.4 Splittrade resurser

De personella resurserna för utbildning och övning av värn- och tjänstepliktig medicinalpersonal samt yrkes- och reservofficerare för uppgifter i krigssjukvården är sammantaget inte oväsentliga. Som redovisats i det föregående är de kvalificerade resurserna emellertid splittrade på ett ganska stort antal enheter. Detta gör att det är svårt att vid enskilda verksamhetsställen och även samlat hålla en tillräckligt hög kompetens. Svårigheter föreligger också att utveckla den speciella krigssjukvårdskompetensen.

Uppgifts- och resursfördelningen mellan Överbefälhavaren, Försvarets sjukvårdsstyrelse och försvarsgrenscheferna har också medfört att krigssjukvårdsaspekter inte tillräckligt väl kunnat beaktas i studier, planering, operativa förberedelser och produktion.

När försvarets sjukvårdshögskola bildades i mitten av 1980-talet och lokaliserades till Karlberg var det avsikten att den skulle vara en försvarsgrensgemensam institution. Marinen har dock avstått från att delta och i stället behållit en egen sjukvårdsskola i Göteborg. Detta har inneburit en onödig resurssplittring och behov att dubblera resurser.

Även om den militära sjukvården utgår från det civila samhällets sjukvårdsresurser och personal med god medicinalutbildning, utgör krigssjukvård en specialitet som kräver särskilda kunskaper och erfarenheter. För att denna kompetens skall kunna hållas på tillräckligt hög nivå, bl.a. genom forskning och utveckling, är det ändamålsenligt att den i större utsträckning samlas och således inte förblir så organisatoriskt och geografiskt splittrad som den är i dag.

3.5 Central ledning

I och med att krigssjukvården är en integrerad del i försvarsmaktens verksamhet i krig, är det nödvändigt att krigssjukvårdsaspekter redan i fred beaktas tillräckligt väl i operativ planering och resursavvägning.

För att detta skall ske, behöver i den nya Försvarsmaktens högkvarter ingå en funktionsledning för krigssjukvård. Denna sjukvårdsledning bör bl.a. utföra övergripande planering och organisationsstudier samt övergripande produktionsplanering för funktionen. Sjukvårdsfunktionen bör vidare delta i perspektivstudier, pro-

gramplanering samt kontrollera och värdera de resultat i fråga om krigsduglighet m.m. som nås.

3.6 Produktion

Produktionen i fred i försvarsmakten innefattar bl.a. rekrytering, utbildning och övning av personal samt anskaffning av förnödenheter för krigssjukvård.

För att nå högre kvalitet, bättre enhetlighet och lägre kostnader, bör den kvalificerade försvarsmedicinska produktionen samlas till ett verksamhetsställe. Anskaffning av förnödenheter är redan samlad i Försvarets sjukvårdsstyrelse. Även produktion vad avser bl.a. utbildning och övning av kvalificerad sjukvårdspersonal, anskaffning av sjukvårdsförnödenheter samt typförbandsansvar för sjukvårdsförband bör samlas i en enda organisation.

Detta är också nödvändigt för att på ett bra sätt kunna samordna forskning och utveckling samt samverka med den civila utbildningen i krigssjukvård.

Den fredstida produktionen av krigsförband inom de olika försvarsgrenarna kräver också medverkan från allmän medicinsk kompetens samt från speciell medicinsk kompetens. Frågor om speciell medicinsk kompetens för produktion av marin- och flygvapenförband behandlas i det följande.

3.7 Tillsyn

Försvarets sjukvårdsstyrelse har ansvar för tillsyn över hälso- och sjukvården samt djurhälsovården m.m. inom försvarsmakten.

Denna tillsyn utövas enligt bestämmelser i en rad lagar

och förordningar. En vanlig ordning är att, när i en författning en viss myndighet - t.ex. Socialstyrelsen, Naturvårdsverket eller kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder - ges i uppgift att enligt grunder i en lag utöva tillsyn på visst sakområde, undantag görs för försvaret. Med en särskild bestämmelse ges sedan Försvarets sjukvårdsstyrelse till uppgift att utöva motsvarande tillsyn i vad avser försvarsmakten.

I tillsyn över efterlevnaden av en bestämmelse ingår rätt att få de upplysningar och handlingar som behövs samt att ha tillträde till områden och lokaler där viss verksamhet bedrivs. En tillsynsmyndighet får vanligen också meddela föreskrifter och villkor. Vidare får en tillsynsmyndighet i regel meddela förelägganden och förbud som behövs för att en föreskrift skall efterlevas. Beslut om föreläggande eller förbud får ibland förenas med vite.

Försvarets sjukvårdsstyrelse är för närvarande en myndighet som lyder direkt under regeringen. Det innebär därför inte några formella integritetsproblem, när tillsyn utövas över verksamhet som bedrivs av andra myndigheter inom försvarsmakten.

En sammanhållen försvarsmaktsmyndighet avses bildas den 1 juli 1994. Som framgått i det föregående, behöver väsentliga delar av den verksamhet som Försvarets sjukvårdsstyrelse för närvarande bedriver ingå i den nya Försvarsmakten. Därmed aktualiseras frågan om hur den tillsyn, som Försvarets sjukvårdsstyrelse utövar över efterlevnaden av vissa lagar m.m. inom Försvarsmakten, bör organiseras för att förtroendet för tillsynen skall kunna vidmakthållas.

I princip finns två lösningar. Den ena är att undantagen för försvaret hävs och att tillsynsansvaret övergår till den myndighet som i författningen ges ansvaret att utöva

tillsynen på respektive sakområde. Det innebär att bl.a. Socialstyrelsen, Kemikalieinspektionen, länsstyrelser och kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder (motsvarande) skall utöva tillsyn även över verksamhet inom Försvarsmakten.

Den andra lösningen är att i den nya Försvarsmakten inrymma en tillsynsfunktion, som genom särskilda administrativa anordningar tillförsäkras en så oberoende ställning att garantier skapas för tillsynens integritet. Det innebär att tillsynsfunktionen skulle ges en ställning motsvarande den som luftfartsinspektionen har i Luftfartsverket och den som järnvägsinspektionen har i Banverket.

Skälet till att i en rad lagar undantag gjorts i fråga om tillsynen inom försvaret är att i åtskilliga avseenden särskilda förutsättningar faktiskt gäller för verksamheten inom försvarsmakten. Verksamheten i försvarsmakten i fred är helt naturligt anpassad till det sätt på vilket verksamheten behöver utföras i krig. Det är därför ofrånkomligt att allmänna bestämmelser måste anpassas och dispenser ges. Detta skall emellertid göras utan att väsentliga skyddsintressen åsidosätts. Det har hittills ansetts att de nödvändiga avvägningarna bäst görs i en organisation som både har god kunskap om försvarets verksamhet och gott fackkunnande.

Försvarets sjukvårdsstyrelse har även till uppgift att inom sin fackroll lämna allmänna råd till försvarsmaktens myndigheter på bl.a. de områden där tillsyn utövas. Denna ordning har lett till att den samlade resursåtgången för tillsyn, rådgivning och viss produktion starkt kunnat begränsas. Den särskilda kompetensen och de knappa resurserna kan därmed effektivt utnyttjas för de olika uppgifterna.

För att få en uppfattning om några centrala tillsyns-

myndigheters och kommunernas förmåga och intresse att överta den tillsyn som Försvarets sjukvårdsstyrelse för närvarande utför, har Sjukvårdsstyrelsen - på uppdrag av LEMO - tillfrågat fyra verk och åtta kommuner. Även uppgifter om resursbehoven för tillsynen har därvid inhämtats. I stark sammanfattning får svaren bedömas innebära att berörda verk och kommuner inte har intresse av att överta tillsynen samt att avsevärt ökade resurser skulle krävas om de likväl skulle åläggas att överta ansvaret.

Mot denna bakgrund anser LEMO att den fortsatta inriktningen bör vara, att tillsynen inom den nya försvarsmaktsmyndigheten över efterlevnaden av lagar avseende hälso- och sjukvård, miljöskydd m.m. bör utövas av en särskild tillsynsfunktion inom den nya Försvarsmakten. Särskilda åtgärder behöver då vidtas för att säkerställa anställas, värnpliktigas, allmänhetens, berörda tillsynsorgans och samhällets förtroende för denna tillsynsfunktion.

3.8 Slutsatser

Överväganden om Försvarets sjukvårdsstyrelsens förhållande till den nya försvarsmaktsmyndigheten har lett LEMO till följande allmänna slutsatser.

Krigssjukvården har stor betydelse för det militära försvarets krigsduglighet, beredskap och uthållighet.

För att chefen för den nya Försvarsmakten skall kunna avkrävas ansvar för förbandens krigsduglighet m.m., bör han även vara ansvarig för och ha full kontroll över hur den militära krigssjukvården utformas.

För att krigssjukvårdsaspekter skall beaktas tillräckligt i den operativa planeringen, perspektivstudier och programplanering m.m. bör i den nya Försvarsmaktens hög-

kvarter ingå en funktionsledning för krigssjukvård.

I syfte att söka höja kvaliteten, nå bättre enhetlighet och begränsa kostnaderna bör den kvalificerade militärmedicinska produktionen avseende personal och materiel samlas till ett verksamhetsställe. Ett sådant verksamhetsställe bör även ha typförbandsansvar för sjukvårdsförband.

Tillsyn över efterlevnaden inom den nya Försvarsmakten av lagar avseende hälso- och sjukvård, miljöskydd m.m. bör utövas av en särskild tillsynsfunktion inom den nya Försvarsmakten. Särskilda åtgärder bör vidtas för att säkerställa förtroendet för denna tillsynsfunktion.

4 FÖRSLAG

I detta kapitel presenteras förslag till förändringar som syftar till att stärka krigssjukvårdens deltagande i den operativa planeringen och i resursavvägningen samt till att höja kvaliteten och sänka kostnaderna för den försvarsmedicinska produktionen. Förslag till uppgifter och organisation för en sjukvårdsfunktion i den nya Försvarsmaktens ledning samt för en inom den nya Försvarsmakten sammanhållen enhet för kvalificerad militärmedicinsk produktion presenteras. Vidare lämnas förslag om dykeri- och flygmedicin. Avslutningsvis redovisas möjliga resursbesparingar liksom förslag till lokalisering av den sammanhållna produktionsenheten.

4.1 Försvarsmaktens ledning

I den nya Försvarsmaktens högkvarter bör finnas en ledningsfunktion för sjukvårdstjänsten inom Försvarsmakten.

I denna sjukvårdsledningens uppgifter bör ingå bl.a. att

- delta i det operativa planläggningsarbetet,
- upprätta, kontrollera och värdera målsättningar för förband och materielsystem,
- planera anskaffning av sjukvårdsmateriel och läkemedel samt ställa uppdrag till materielanskaffande organisation,

- samverka med Socialstyrelsen och andra civila totalförsvarsmyndigheter,
- medverka i fördelning av hälso- och sjukvårdspersonal mellan den civila och militära sjukvårdsorganisationen,
- säkerställa utbildning och kompetensutveckling av yrkes- och reservofficerare i hälso- och sjukvårdstjänst,
- säkerställa utbildning och krigsplacering av värnpliktig och tjänstepliktig personal för befattningar i hälso- och sjukvårdstjänsten,
- följa den nationella och internationella medicinska utvecklingen särskilt inom krigssjukvården och dra slutsatser,
- utveckla principer och datorstöd för ledning av hälso- och sjukvård i krig,
- inrikta och bedöma försvarsmedicinsk forskning.

Sjukvårdsfunktionen i högkvarteret bör ledas av en generalläkare.

Det yttersta ansvaret för tillsynen över efterlevnaden inom den nya Försvarsmakten av bestämmelser i livsmedelslagen, renhållningslagen, lagen om kemiska produkter, djurskyddslagen, miljöskyddslagen m.m. bör åläggas en tjänsteman i den nya Försvarsmaktens ledning. Denne bör ha tillsynsansvaret även inom specialmedicinska områden. Vid fullgörandet av tillsynsuppgiften skall tjänstemannen inte vara underställd myndighetens chef. Denna tjänsteman bör vara generalläkaren.

I en förordning med instruktion för den nya Försvarsmakten bör särskilt anges generalläkarens ansvar och

uppgifter i tillsynsfrågor. Beslut om föreskrifter, föreläggande och förbud bör inte få delegeras av generalläkaren. För generalläkaren i egenskap av ansvarig för tillsynen bör finnas en ställföreträdare. Med hänsyn till uppgifternas art och de förutsättningar under vilka de skall utföras, är det nödvändigt att generalläkaren vid fullgörandet av tillsynsfunktionen har en tjänsteställning motsvarande den som generalläkaren för närvarande har. Generalläkaren och hans ställföreträdare i tillsynsfrågor bör utses av regeringen. Generalläkaren bör årligen till regeringen lämna en resultatredovisning avseende tillsynen. Denna redovisning bör även tillställas de myndigheter som har ansvar för tillsynen på motsvarande sakområden för övriga delar av samhället.

Tillsyn över verksamhet vid andra myndigheter, som för närvarande ingår i försvarsmakten men som inte skall ingå i den nya Försvarsmakten, bör från och med den 1 juli 1994 utövas av de myndigheter som har ansvar för tillsynen på motsvarande sakområden för övriga delar av samhället.

I högkvarteret behöver även finnas viss medicinsk kompetens som kan medverka i den centrala produktionsledningen avseende armé-, marin- och flygvapenförband m.m. Behovet av speciell dykeri- och flygmedicinsk kompetens behandlas särskilt.

Underlag finns ännu inte för att utforma ett slutligt förslag om hur sjukvårdsledningen organisatoriskt bör inordnas i den nya Försvarsmaktens högkvarter. Utgående från det förslag om organisatorisk indelning av högkvarteret som LEMO tidigare lämnat (SOU 1991:112, avsnitt 5.4) synes emellertid, enligt LEMO:s uppfattning, åtskilligt tala för att sjukvårdsledningen med generalläkaren bör ingå i en huvudavdelning för operativ ledning.

LEMO återkommer i ett annat sammanhang med förslag om högkvarterets organisation.

En överslagsvis bedömning pekar mot att sjukvårdsledningen behöver ha personalresurser motsvarande ungefär 20 årsarbetskrafter.

4.2 Försvarets sjukvårdscentrum

Den kvalificerade försvarsmedicinska produktionen inom den nya Försvarsmakten bör samlas till ett försvarsmaktsgemensamt verksamhetsställe. Uppgifterna för en sådan enhet skulle till del inte vara olika de som andra truppplags- eller funktionscentra inom försvarsmakten har. Det kan därför vara lämpligt att benämna enheten försvarets sjukvårdscentrum (FSC). I fortsättningen används denna benämning.

Frågor om dykeri- resp. flygmedicinsk produktion m.m. behandlas i följande avsnitt.

I försvarets sjukvårdscentrums uppgifter bör ingå bl.a. att

- ha typansvar för sjukvårdsförband innefattande förbandsmålsättningar, organisationsutveckling och materielförsök,

- utforma medicinskt underlag för normer för skadefall, förnödenhetsbehov och behandlingsmetoder,

- anskaffa läkemedel och sjukvårdsförnödenheter för försvarsmakten,

- lämna stöd till förbandens framtida verksamhet vad avser miljö- och hälsoskyddsarbete, värnplikts- och personalsjukvård,

- anställa reservofficerare i hälso- och sjukvårdstjänst, fungera som personalledning för yrkesofficerare och reservofficerare med uppgifter i krigssjukvården,
- leda och genomföra fackutbildning för värnpliktig och tjänsteplig kvalificerad sjukvårdspersonal samt yrkesofficerare, reservofficerare, sjukvårdslärare och sjukvårdsinstruktörer,
- utbilda hälso- och sjukvårdspersonal för internationella hjälpinsatser,
- delta i studier och övningar,
- låta genomföra viss tillämpad forskning av betydelse för krigssjukvården,
- utarbeta reglementen, anvisningar och allmänna råd,
- utarbeta handböcker och läromedel,
- lämna försvarsgrenarna stöd vad avser utformning av lägre sjukvårdsförband och sjukvårdsdelarna i förband som inte är sjukvårdsförband.

Försvarets sjukvårdsstyrelse utvecklar, anskaffar och underhåller sjukvårdsutrustning samt anskaffar läkemedel och förbrukningsmateriel för främst försvarsmaktens krigs- och fredsorganisation. LEMO har övervägt om fördelar kan vinnas genom att uppgiften att anskaffa förnödenheter överförs till Försvarets materielverk.

Sjukvårdsstyrelsen har nyligen överlämnat sakansvar i fråga om icke sjukvårdsspecifik materiel till Försvarets materielverk. Sjukvårdsmaterielen redovisas numera också i Materielverkets produktionsplaneringssystem (PPS). Beståndsredovisningen avseende sjukvårdsmateriel har vida-

re överförts till system TOR varigenom materieldirigeringen och mobiliseringssäkerheten förbättras.

Med hänsyn till behovens och förnödenheternas art och anskaffningens begränsade omfattning synes fördelar finnas med en betydande närhet mellan de behovsdefinierande och de kommersiella delarna i anskaffningsprocessen. Enligt LEMO:s bedömning kan därför knappast påtagliga fördelar vinnas genom att överföra ytterligare anskaffningsuppgifter på detta område till Försvarets materielverk. Sjukvårdsstyrelsens nuvarande uppgifter i detta hänseende bör alltså fullgöras av försvarets sjukvårdscentrum.

En överslagsvis bedömning pekar mot att försvarets sjukvårdscentrum behöver ha personalresurser motsvarande ungefär 60 årsarbetskrafter.

4.3 Specialmedicinsk verksamhet inom försvarsmakten

Inom marinstaben och flygstaben finns för närvarande medicinska specialområden företrädda, nämligen dykeri- medicin och flygmedicin.

Frågan behöver ställas om dessa verksamhetsområden måste finnas inom den nya Försvarsmakten.

Undervattensverksamheten och flygverksamheten inom försvaret utövas under delvis extrema förhållanden i jämförelse med motsvarande civila verksamhet. Denna medicinska verksamhet kräver också ett utpräglat miljökunskande och ett samarbete med försvarsinriktad forskning inför framtida utveckling. Dessutom utnyttjas försvarsmaktens kompetens inom dessa områden av civila organisationer för utbildning och rådfrågning. Av dessa skäl synes det vara nödvändigt att såväl dykeri- som flygmedi-

cinsk kompetens finns inom Försvarmakten även framgent.

En annan fråga är om verksamheten organisatoriskt måste ingå i det blivande högkvarteret eller om den kan utföras i en annan organisatorisk ram.

Både den dykeri- och flygmedicinska verksamheten är till övervägande delar av produktionskaraktär och kan uppdragsstyras från högkvarteret och då närmast från respektive försvarsgrensinriktad produktionsledningsenhet. Detta, tillsammans med en allmän inriktning att högkvarterets verksamhet bör koncentreras till övergripande ledning, gör att andra organisationslösningar för såväl dykeri- som flygmedicin bör sökas utanför högkvarteret.

4.3.1 Dykerimedicin

I marinstaben finns en dyköverläkare som centralt ansvarar för ämnet undervattensmedicin med särskild inriktning på ubåtsverksamhet och dykeriverksamhet. Vidare finns en marinspecialtandläkare.

Dykerimedicinsk läkarkompetens finns vid marinens dykericentrum som är en organisation inom Kustflottan. Verksamheten bedrivs vid Berga i Haninge. Marinens dykericentrum är samlokaliserat med FOA 58 som i samarbete med Karolinska Institutet bedriver forskning inom det submarina området.

Vid Marinkommando Ost och Syd görs kvalificerade dykerimedicinska undersökningar av personal och vid båda marinkommandona finns särskilt utbildade läkare för dykerimedicin. Även vid Marinkommando Väst finns läkar-kompetens för att medverka i utbildning av bl.a. rördykare.

Det förefaller enligt LEMO:s mening lämpligt att i viss mån koncentrera dykeriutbildningen och så långt möjligt samordna den dykerimedicinska verksamheten i ett dykerimedicinskt centrum, för att på detta sätt kunna göra personalbesparingar och effektivisera verksamheten.

I ett dykerimedicinskt centrums uppgifter bör ingå bl.a. att

- tillhandahålla medicinsk expertkunskap i samband med olyckor vid submarin verksamhet och utbildning samt hålla beredskap för dykerimedicinska åtgärder, t.ex. dekompressionsbehandlingar,
- ställa uppdrag angående och utvärdera resultaten av FOA:s forskning i dykerimedicinska frågor,
- följa och utvärdera forskning och utvecklingsarbete vid andra institutioner,
- samverka med civil sjukvård,
- ställa uppdrag och utvärdera försök i medicinskt avseende av materiel för submarin verksamhet,
- genomföra den medicinska delen av uttagningen av submarin personal,
- genomföra medicinska bedömningar av mera komplicerad natur i samband med återkommande undersökning av personal i submarin tjänst,
- genomföra utbildningen av läkare för undersökning och behandling av personal i submarin tjänst,
- genomföra viss medicinsk utbildning av dykare,

- pröva odontologiska frågor i samband med submarin verksamhet,
- mot ersättning utföra utbildning och rådgivning m.m. åt civila uppdragsgivare.

Lokal dykutbildning och dykning vid de olika förbanden behöver självfallet även i fortsättningen stödjas av erforderlig medicinsk kompetens.

Det förefaller naturligt att verksamheten byggs upp med de medicinska resurserna vid marinens dykericentral som grund. Därigenom nås en samlokalisering med FOA 58 som bör främja en hög kvalitet även forskningsmässigt. En dyktank behöver finnas vid dykericentrum. Endast själva cylindern behöver nyuppföras vid Berga. Kostnaderna här för uppskattas till 10-15 milj. kr. Nödvändig utrustning i övrigt finns redan på plats.

Enligt LEMO:s uppfattning talar vetenskapliga, säkerhetsmässiga och även ekonomiska skäl för en koncentring till Berga av dykeriutbildningen och den dykerimedicinska verksamheten.

En överslagsvis bedömning pekar mot att ett samlat dykerimedicinskt centrum behöver ha personalresurser motsvarande ungefär fem årsarbetskrafter. Dessutom kan under vissa perioder dykläkare som är reservofficerare behöva kallas in. Ett par läkartjänster vid Marin-kommando Syd och Ost kan sparas. Vidare kan en kraftig minskning ske av behovet att tillfälligt inkalla reservofficerare.

Den dykerimedicinska verksamhetens utformning och organisation m.m. bör övervägas närmare med ledning av den inriktning som angetts i det föregående.

4.3.2 Flygmedicin

Inom flygstaben finns en flygstabsläkare i produktionsledningssektion 3 samt flygspecialläkare, flygspecialtandläkare och flygpsykolog vid flygsäkerhetssektion 3. Flygmedicinska undersökningscentralen vid flygsäkerhetssektion 4 har flygläkare och annan personal samt använder flera läkarkonsulter. Vid flygstabens personalledningssektion 3 finns dessutom psykologer som deltar i uttagningen av personal för befattningar i flygtjänst (UTK).

Vid alla flygflottiljer finns dessutom läkare med flygmedicinsk kompetens. Dessa genomför de rutinemässiga årliga flygundersökningarna.

Huvuddelen av den flygmedicinska verksamhet som för närvarande bedrivs vid flygstabens flygsäkerhetssektioner 3 och 4 samt uttagning av personal till flygtjänst (UTK) kan enligt LEMO:s uppfattning lämpligen anknytas till ett flygmedicinskt centrum.

Det finns verksamhetsmässiga fördelar med att ha ett sådant centrum i Stockholm. F 16 i Uppsala är dock ett möjligt alternativ, eftersom det finns fördelar med att ha verksamheten i anslutning till en flygflottilj. I Uppsala finns också närhet till erforderliga medicinska specialister. En samlokalisering med FOA 59 skulle kunna innebära vissa fördelar men institutionens lokalisering till Linköping bedöms innebära nackdelar åtminstone på kort sikt.

Med hänsyn till det dagliga flygsäkerhetsarbetets stora betydelse i flygtidsproduktionen bör flygspecialläkare finnas kvar i högkvarteret för kontinuerlig bedömning av tjänstbarhet för flygande personal. En flygspecialläkare bör vidare ha till uppgift bl.a. att utföra övergripande

ledning av den flygmedicinska verksamheten inom Försvarsmakten.

Ett flygmedicinskt centrum bör på uppdrag av högkvarteret ha till uppgift bl.a. att

- genomföra viss flygmedicinsk forskning bl.a. i samverkan med FOA,

- föreslå uppgifter till och utvärdera resultatet av forskning som bedrivs inom detta område vid andra institutioner,

- vid behov medverka vid Haverikommissionens utredningar,

- föreslå normer för den flygande personalens fysiska och medicinska förutsättningar och genomföra den medicinska delen av uttagningen av personal för flygtjänst,

- föreslå inriktning och utföra utbildning i flygmedicin, flygpsykologi samt förebyggande hälsovård för flygande personal,

- samverka med UTK vid uttagning av aspiranter för flygande befattningar,

- pröva odontologiska frågor i samband med flygverksamhet,

- genomföra tjänstbarhetsbedömningar vad avser dispenser för flygande personal i samverkan med flygspecialläkaren i högkvarteret,

- medverka i utvecklingen och den medicinska bedömningen av materiel och utrustning för flygtjänst,

- mot ersättning utföra undersökningar m.m. åt civila uppdragsgivare.

Om den flygmedicinska verksamheten i flygstabens flygsäkerhetssektioner samordnas till ett flygmedicinskt centrum, bedöms personalresurser motsvarande ca 10 årsarbetskrafter behövas. Härtill kommer personal för forskningsuppgifter. Fördelar finns med att samlokalisera urvalsprovningen vid UTK med flygmedicinskt centrum.

Vid flygflottiljerna bör liksom i dag finnas utbildade flygläkare med uppgift att genomföra årliga flygundersökningar, utföra medicinsk behandling av flygande personal och delta i flygräddningstjänst.

För utveckling, försök, utprovning, tester, träning och utbildning behövs en s.k. humancentrifug. För närvarande överväger Chefen för flygvapnet olika alternativ i fråga om anskaffning och lokalisering av en humancentrifug.

Sammantaget bedöms förslaget beträffande flygmedicin inte innebära några mer påtagliga personalbesparingar i förhållande till dagens organisation. En viss effektivisering bedöms dock kunna uppnås. Förslaget medverkar till en angelägen begränsning av högkvarterets omfattning.

Utformningen av ett flygmedicinskt centrums verksamhet, organisation och lokalisering bör övervägas närmare med ledning av den inriktning som angetts i det föregående.

4.4 Organisationsförändringar och besparingsmöjligheter

De förslag som redovisats i det föregående innebär att nuvarande organisation av den försvarsmedicinska verksamheten ändras i väsentlig mån. Detta möjliggör perso-

nalbesparingar och kostnadsreduceringar.

De viktigaste förändringarna är följande.

Försvarets sjukvårdsstyrelse avvecklas. Dess uppgifter av stabs- och ledningskaraktär övertas av en sjukvårdsledning i den nya försvarsmaktens högkvarter. Produktionsuppgifterna avseende personal och materiel övertas i väsentlig mån av försvarets sjukvårdscentrum.

Försvarets sjukvårdshögskola avvecklas. Uppgifterna övertas av försvarets sjukvårdscentrum.

Marinens sjukvårdsskola avvecklas. Utbildningen avseende kvalificerad medicinalpersonal övertas av försvarets sjukvårdscentrum. Grundutbildning av värnpliktiga sjukvårdare samt repetitionsutbildning av marina sjukvårdsförband övertas av Marinkommando Ost och Syd.

Vid marin- och flygstaberna finns resurser för dykeri- och flygmedicin. Huvuddelen av dessa bör omvandlas till ett dykerimedicinskt centrum respektive ett flygmedicinskt centrum som läggs utanför högkvarteret.

Vid arméns underhållscentrum bör resurserna för krigs-sjukvård kunna utgå.

Den i annat sammanhang föreslagna och beslutade minskningen av antalet militärområden ger som konsekvens en minskning av de sammantagna behoven av medicinska resurser vid militärområdesstaberna.

Dessa verksamhets- och organisationsförändringar bedöms sammantaget möjliggöra betydande personalbesparingar, samtidigt som kvaliteten i verksamheten kan stärkas. Sammantaget bedöms en reduktion med ungefär 45 årsarbetskrafter kunna ske om föreslagna organisationsförändring genomförs. Detta motsvarar en årlig besparing

om ca 18 milj. kr. inklusive reduktion av kringkostnader. Härtill kommer att det i dag vid marinens sjukvårdsskola planeras investeringar som med detta förslag inte behöver genomföras.

4.5 Lokalisering

De förslag till stärkning och effektivisering av den försvarsmedicinska verksamheten som redovisats i det föregående får konsekvenser för olika verksamheters lokalisering.

I den nya Försvarsmaktens högkvarter skall ingå en ledningsfunktion för sjukvårdstjänsten. Motsvarande uppgifter utförs för närvarande dels i försvarsstaben, dels vid Försvarets sjukvårdsstyrelse i Karlstad. LEMO har övervägt om denna högkvarteretsfunktion i fortsättningen kan utföras i Karlstad, dvs. vara en utlokaliserad stabsdel. LEMO:s bedömning är emellertid att det inte är möjligt för krigssjukvårdsfunktionen att göra sig gällande i högkvarterets planering och resursavvägning på ett tillfredsställande sätt, om ledningsfunktionen inte deltar i högkvarterets dagliga arbete. Ledningen av sjukvårdsfunktionen behöver därför inte bara organisatoriskt, utan även lokalmässigt, ingå i högkvarteret. Detta betyder att arbetsuppgifter motsvarande ca 15 årsarbetskrafter behöver överföras från Karlstad till Stockholm. Bl.a. dessa arbetsuppgifter flyttades 1976 från Stockholm till Karlstad.

Försvarets sjukvårdscentrum (FSC) avses tillföras verksamhet som utförs vid främst marinens sjukvårdsskola i Göteborg, försvarets sjukvårdshögskola i Solna (Karlberg) och Försvarets sjukvårdsstyrelse i Karlstad. Lokalisering av verksamheten till var och en av dessa orter - liksom till ytterligare några - är tänkbar. I första hand synes dock Solna (Karlberg), Göteborg och

Karlstad behöva prövas.

De olika lokaliseringalternativen bör prövas mot olika faktorer eller kriterier som kan vara av betydelse. LEMO har diskuterat lokaliseringen utifrån tolv faktorer.

Närhet till Försvarsmaktens högkvarter. Verksamheten vid FSC skall uppdragsstyras från högkvarteret. Övriga funktions- och truppslagscentra är lokaliserade utanför Stockholmsområdet. När det gäller sjukvård är det dock fråga om en uppdelning av funktionskunnandet mellan högkvarteret och FSC. Närhetsfaktorn betyder knappast mer än att lokalisering av FSC till Göteborg eller Karlstad bör vara fullt möjlig.

Närhet till Socialstyrelsens beredskapsenhet. Kontakterna med beredskapsenheten skall främst handhas av sjukvårdsfunktionen i högkvarteret som finns i Stockholm. I bl.a. utbildnings- och materielfrågor behöver kontakt förekomma disrekt mellan beredskapsenheten och FSC. Det bör vara möjligt för FSC att sköta övriga kontakterna från Karlstad eller Göteborg.

Närhet till Värnpliktsverkets medicinalpersonaldetalj. I arbetet ingår krigsplacering av värnpliktig och tjänstepliktig personal för befattningar i hälso- och sjukvårdstjänsten. Den individualinriktade kompetens- och lämplighetsbedömningen för olika krigsbefattningar förutsätter omfattande och nära kontakter med medicinalpersonaldetaljen i Karlstad.

Tillgång till kvalificerade militära lärare. Den militära utbildningen avser främst taktik och stabsarbete. Utbildningen meddelas väsentligen av vid FSC anställda taktiklärare och i viss utsträckning av militära timlärare. Tillgången till kvalificerade timlärare är särskilt god i Stockholmsområdet. En del av utbildningen sker dock på olika platser i landet.

Bedrivande av undervisning vid andra skolor. Krigssjukvården behöver betonas i den operativa och taktiska officersutbildningen. När det gäller den operativa nivån, där skolorna (Militärhögskolan och krigshögskolorna) finns i Stockholmsområdet, är det naturligt att utbildning meddelas av personal vid högkvarterets sjukvårdsfunktion. Utbildning på taktisk nivå avser ett stort antal elever och behöver ske på många platser i landet. Personal från FSC och stabsläkare (milo, MK, FK och fo) kan medverka i denna undervisning. Lokaliseringen av FSC har därmed inte någon avgörande betydelse, även om en lokalisering till Karlberg har vissa fördelar.

Tillgång till förband för truppförsök och övningstrupp. Truppförsök med nya metoder och ny utrustning genomförs vid krigsförband ur alla försvarsgrenar och vapenslag och över hela landet för att tillräckliga erfarenheter skall vinnas. Lokalisering av FSC har därmed inte så stor betydelse.

När det gäller trupp för övningsändamål bör noteras att eleverna vid FSC är överföringsvärnpliktiga som gjort hela sin grundutbildning till värnpliktigt befäl. De har alltså goda kunskaper i truppföring. Avstånden till armé- och flygförband är ganska lika på de tre orterna. Avståndet till marinförband är störst i Karlstad. Med hänsyn till det stora antalet elever räcker det dock knappast med närhet till ett fredsförband ur de olika försvarsgrenarna. De viktiga övningarna görs vidare med krigsförband över hela landet. Någon stor praktisk skillnad föreligger i detta hänseende knappast mellan de tre lokaliseringsorterna för FSC.

Tillgång till kvalificerade civila lärare. Den medicinalpersonal som utbildas vid FSC har nödvändig civil grundutbildning. Fackutbildningen avser det som är unikt

för krigs- och katastrofsituationer. Därvid behövs lärare i bl.a. krigskirurgi, epidemiologi, B- och C-krigföring. Med en lämplig bemanning av FSC blir det tillkommande behovet av externa civila lärare begränsat. När en särskilt kvalificerad civil lärare behöver anlitas, hämtas denne från det undervisningssjukhus eller dylikt där vederbörande är verksam. Behoven och tillgången på sådana lärare förändras över tiden. Någon avgörande skillnad föreligger därför knappast i fråga om denna faktor.

Tillgång till FOA och universitetssjukhus för forskningssamverkan. FSC förutsätts bedriva kunskapsuppbyggnad bl.a. genom att lägga ut forskningsuppdrag till FOA, universitet och högskolor. Orter som kan vara aktuella är därvid Stockholm, Göteborg, Lund, Malmö, Umeå, Linköping och Uppsala. Behovet av forskning liksom aktuella enheters och personers verksamhetsinriktning och kvalitet förändras. Det är därför svårt att säga vilken lokalisering som med hänsyn till denna faktor vore bäst. En viss nackdel är dock förenad med lokalisering till Karlstad.

Rekrytering av kvalificerade anställda till FSC. Efter omlokaliseringen till Karlstad 1976 av Försvarets sjukvårdsstyrelse har nyrekrytering behövt ske till nästan alla tjänster. Detta har genomförts med gott resultat. Det måste bedömas vara fullt möjligt att på alla de tre orterna långsiktigt rekrytera kvalificerad anställd personal. Oavsett lokaliseringsort kommer sammanläggningen av delar av Försvarets sjukvårdsstyrelse, försvarets sjukvårdshögskola och marinens sjukvårdsskola att innebära en tillfällig kompetensnedgång. Det största problemet i detta avseende uppstår dock om Göteborg väljs och därefter Stockholmsområdet.

Lokaler. I Solna (Karlberg) finns nybyggda och ändamålsenliga undervisningslokaler, men varken i Göteborg,

Solna eller Karlstad kan alla behov av lokaler tillgodoses utan byggnadsåtgärder. Omfattningen på de tillkommande investeringarna rör sig om några tiotal miljoner kronor. Med utgångspunkt i att lika stora ytor och samma funktioner behövs för verksamheten oavsett lokaliseringssort, är det snarare totalhyran än den tillkommande investeringen som är av intresse. Det gäller alltså att bedöma den framtida hyresnivån i Stockholmsområdet, Karlstad resp. Göteborg. Det förefaller därvid osannolikt att Stockholmsområdet erbjuder de lägsta hyrorna.

Driftkostnader. Det är en kostnadsmässig fördel om det på lokaliseringssorten redan finns en militär utbildningsenhet som kan lämna stöd i fråga om bl.a. förläggning, utspisning och bevakning. Detta kan erbjudas i Solna (Karlberg) och Göteborg (MKV).

Resekostnader. Den kontaktintensiva delen av sjukvårdsfunktionen skall ingå i högkvarteret i Stockholm. Detta reducerar resekostnaderna. FSC kan antas ha en stor del av sina kontakter med enheter och personer över hela landet. Även om Stockholm utgör ett kommunikationsmässigt nav, föreligger ingen större skillnad mellan de tre lokaliseringssorterna i fråga om restider och resekostnader.

LEMO:s bedömning av de olika kriteriernas betydelse och av hur olika orter uppfyller kriterierna resulterar i att ingen av de tre lokaliseringssorterna kan uteslutas. Kännetecknande är i stället att de olika orterna i mer eller mindre hög grad uppfyller de olika kriterierna. Det är heller inte så att någon ort odiskutabelt uppfyller samtliga kriterier bättre än de andra två orterna.

Av dessa skäl kan LEMO på grundval av sakliga och verksamhetsrelaterade faktorer inte förorda en av de tre orterna före de två andra. Det förhåller sig helt enkelt

så att, enligt LEMO: bedömning, verksamheten vid försvarets sjukvårdscentrum med långsiktigt gott resultat kan bedrivas på alla tre orterna.

För att ändå ge någon vägledning vill LEMO betona att den verksamhet som försvarets sjukvårdscentrum skall bedriva inte är av sådan art att den nödvändigtvis behöver utföras i Stockholmsområdet. Vidare konstaterar LEMO att sjukvårdscentrum övertar uppgifter från sjukvårdsstyrelsens sakenheter. Denna verksamhet har större omfattning än utbildningsdelarna. Lokalisering till Karlstad har därför på kort sikt mindre kännbara personalpolitiska konsekvenser.

4.6 Sammanfattning av förslagen

Mot bakgrund av de överväganden och förslag, som redovisats i det föregående avseende främst central ledning och viss produktion inom funktionen hälso- och sjukvård i försvarsmakten, föreslår LEMO att

- en sjukvårdsfunktion skall finnas i den nya Försvarsmaktens högkvarter,
- tillsynen över efterlevnaden inom den nya försvarsmakten av lagar avseende hälso- och sjukvård m.m. skall utövas av en särskild tjänsteman (generalläkaren) i högkvarteret som i detta avseende inte skall vara underställd myndighetens chef,
- ett försvarets sjukvårdscentrum skall bildas och lokalisering kan ske till Solna (Karlberg), Karlstad eller Göteborg,
- sammanhållna produktionsenheter för dykeri- resp. flygmedicin skall bildas utanför högkvarteret,

- Försvarets sjukvårdsstyrelse, försvarets sjukvårdshögskola och marinens sjukvårdsskola skall avvecklas,
- organisationsförändringarna skall genomföras den 1 juli 1994,
- det uppdras åt Överbefälhavaren att i samråd med Försvarets sjukvårdsstyrelse samt efter hörande av Chefen för armén, Chefen för marinen och Chefen för flygvapnet - med ledning av LEMO:s förslag - utreda och redovisa hur de olika lednings- och produktionsenheterna bör utformas m.m.

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatri i Norden – ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringsammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattelag.
– Motiv. Del 1.
– Förfatningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling – en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmiem i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykiologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.
19. Långtidsutredningen 1992. Fi.
20. Statens hundscola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. S.
21. Bostadsstöd till pensionärer. S.
22. EES-anpassning av kreditupplysningslagen. Ju.
23. Kontrollfrågor i tullatoriseringen m.m. Fi.
24. Avreglerad bostadsmarknad. Fi.
25. Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. U.
26. Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. S.
27. Årsarbetstid. A.
28. Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. Fi.
29. Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. S.
30. Kreditförsäkring – Några aktuella problem. Fi.
31. Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. Ku.
32. Nya Inlandsbanan. K.
33. Kasinospelsverksamhet i folkrorelsernas tjänst? C.
34. Fastighetsdatasystemets datorstruktur. M.
35. Kart- och mätningutbildningar i nya skolformer. M.
36. Radio och TV i ett. Ku.
37. Psykiatri och dess patienter – levnadsförhållanden, världens innehåll och utveckling. S.
38. Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. U.
39. Begreppet arbetsskada. S.
40. Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. Fi.
41. Angående vattenskotrar. M.
42. Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. M.
43. Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. M.
44. Resurser för högskolans grundutbildning. U.
45. Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. M.
46. Livskvalitet för psykiskt långtidsjuka – forskning kring service, stöd och vård. S.
47. Avreglerad bostadsmarknad, Del II. Fi.
48. Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. Fi.
49. EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. C.
50. Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. S.
51. Översyn av sjöpolisen. Ju.
52. Ett samhälle för alla. S.
53. Skatt på dieselolja. Fi.
54. Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitik. C.
55. Råd för forskning om transporter och kommunikation. K.
Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. K.
56. Färjor och farleder. K.
57. Beskattnings av vissa naturaförmåner m.m. Fi.
58. Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. M.
59. Läraryrket. U.
60. Enklare regler för statsanställda. Fi.
61. Ett reformerat åklagarväsende. Del. A och B. Ju.
62. Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. Fö.
63. Regionala roller – en perspektivstudie. C.
64. Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. C.
65. Kartboken. C.
66. Västsverige – region i utveckling. C.
67. Fortsatt reformering av företagsbeskattnings. Del 1. Fi.
68. Långsiktig miljöforskning. M.
69. Meningsfull vistelse på asylförläggning. Ku.
70. Telelag. K.
71. Bostadsförmedling i nya former. Fi.
72. Det kommunala medlemskapet. C.

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

73. Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. S.
74. Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. N.
75. Ekonomisk politik under kriser och i krig. Fi.
76. Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. Jo.
77. Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. S.
78. Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. Ju.
79. Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. Fi.
80. Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. Ju.
81. Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. Ju.
82. Genteknik – en utmaning. Ju.
83. Aktiebolagslagen och EG. Ju.
84. Ersättning för kränkning genom brott. Ju.
85. Förvaltning av försvarsfastigheter. Fö.
86. Ett nytt betygssystem. U.
87. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabiliesektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. Jo.
88. Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. Jo.
89. Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. S.
90. Biobränslen för framtiden. Jo.
91. Biobränslen för framtiden. Bilagedel. Jo.
92. Pliktleverans. U.
93. Svensk skola i världen. U.
94. Skola för bildning. U.
95. Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. N.
96. Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. Ku.
97. Sparar vi för lite? Hushållsparandet i samhälls-ekonomi. Fi.
98. Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. S.
99. Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnäringen. Jo.
100. Staten och arbetsgivarorganisationerna. Fi.
101. Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Fö.

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Bundna aktier. [13]
- EES-anpassning av kreditupplysningslagen. [22]
- Översyn av sjöpolisén. [51]
- Ett reformerat åklagarväsende. Del A och B. [61]
- Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. [78]
- Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. [80]
- Trafikpolisén mer än dubbelt bättre. [81]
- Genteknik – en utmaning. [82]
- Aktiebolagslagen och EG. [83]
- Ersättning för kränkning genom brott. [84]

Försvarsdepartementet

- Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. [62]
- Förvaltning av försvarsfastigheter. [85]
- Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. [101]

Socialdepartementet

- Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]
- Psykiatri i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]
- Kroppen efter döden. [16]
- Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. [17]
- Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]
- Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. [20]
- Bostadsstöd till pensionärer. [21]
- Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. [26]
- Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. [29]
- Psykiatri och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. [37]
- Begreppet arbetsskada. [39]
- Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård. [46]
- Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. [50]
- Ett samhälle för alla. [52]
- Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. [73]
- Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. [77]
- Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. [89]
- Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. [98]

Kommunikationsdepartementet

- Nya Inlandsbanan. [32]
- Råd för forskning om transporter och kommunikation. Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. [55]
- Färjor och farleder. [56]
- Telelag. [70]

Finansdepartementet

- Koncession för försäkringsmanslutningar. [5]
- Ny mervärdesskattelag. – Motiv. Del 1. – Författningstext och bilagor. Del 2. [6]
- Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]
- Fastighetsskatt. [11]
- Långtidsutredningen 1992. [19]
- Kontrollfrågor i tull datoriseringen m.m. [23]
- Avreglerad bostadsmarknad. [24]
- Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. [28]
- Kreditförsäkring – Några aktuella problem. [30]
- Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. [40]
- Avreglerad bostadsmarknad, Del II. [47]
- Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. [48]
- Skatt på dieselolja. [53]
- Beskattnings av vissa naturaförmåner m.m. [57]
- Enklare regler för statsanställda. [60]
- Fortsatt reformering av företagsbeskattnings. Del 1. [67]
- Bostadsförmedling i nya former. [71]
- Ekonomisk politik under kriser och i krig. [75]
- Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. [79]
- Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhälls-ekonomi. [97]
- Staten och arbetsgivarorganisationerna. [100]

Utbildningsdepartementet

- Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]
- Konstnärlig högskoleutbildning. [12]
- Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]
- Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. [25]
- Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. [38]
- Resurser för högskolans grundutbildning. [44]
- Lärouppragat. [59]

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Ett nytt betygssystem. [86]

Pliktleverans. [92]

Svensk skola i världen. [93]

Skola för bildning. [94]

Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsödsel. [14]

Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande.

[76]

Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. [76]

Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. [76]

Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabilie-sektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. [87]

Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. [88]

Biobränslen för framtiden. [90]

Biobränslen för framtiden. Bilagedel. [91]

Rådgivningen inom jordbruket och

trädgårdsnärigen. [99]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]

Årsarbetsråd. [27]

Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]

Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program.

[31]

Radio och TV i ett. [36]

Meningsfull vistelse på asylförläggning. [69]

Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [96]

Näringsdepartementet

Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och

SMP i europaperspektiv. [74]

Den svenska marknaden för projekt kapital – statens nuvarande och framtida roll. [95]

Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]

Kasinospelsverksamhet i folkhälsosektorn? [33]

EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. [49]

Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitiken. [54]

Regionala roller – en perspektivstudie. [63]

Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. [64]

Kartboken. [65]

Västsvrige – region i utveckling. [66]

Det kommunala medlemskapet. [72]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]

Fastighetsdatasystemets datorstruktur. [34]

Kart- och mättningsutbildningar i nya skolformer. [35]

Angående vattenskotrar. [41]

Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. [42]

Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. [43]

Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. [45]

Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. [58]

Långsiktig miljöforskning. [68]

