

Nr 159

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m.; given Stockholms slott den 13 maj 1960.

Kungl. Maj:t vill härmed, under återopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över inrikesärenden för denna dag, föreslå riksdagen att bifalla det förslag, om vars avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

GUSTAF ADOLF

Rune B. Johansson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen framlägges förslag till principiella riktlinjer för utbygandet av den högspecialiserade kroppssjukvården i riket. Ehuru planläggning och organisation av kroppssjukvården i första hand är en uppgift för de kommunala sjukvårdshuvudmännen, har såväl förslagets allmänna räckvidd som statens ansvar för bl. a. medicinsk undervisning och forskning ansetts motivera, att frågan underställes riksdagen.

Vissa specialiteter anses vara av den kvalificerade natur att de bör anordnas regionvis. Till sådana regionspecialiteter hänföres enligt förslaget neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, urologi, barnkirurgi, radioterapi, dermatologi och reumatologi samt viss kardiologisk verksamhet. Vidare föreslås s. k. käkcentraler och behandlingsenheter för konstgjord njure skola anordnas på regionplanet. Laboratorieorganisationen och vissa serviceorgan vid regionsjukhusen beröres även.

För regionsjukvården föreslås riket skola indelas i sju regioner med regionsjukhus i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg, Örebro och Umeå. Vissa specialiteter förutsättes dock tills vidare icke skola utbyggas i Linköping och Örebro.

För regionsjukhusens dimensionering och utbyggnad lämnas vissa mera allmänna synpunkter till ledning vid huvudmännens planläggning. Totalt beräknas utbyggnaden kräva omkring 1 700 nya vårdplatser vid regionkli-

nikerna. Överslagsvis beräknas ytterligare drygt 200 läkare och omkring 500 sjuksköterskor bli erforderliga i den utbyggda organisationen.

De s. k. riksplatserna vid karolinska sjukhuset föreslås skola avvecklas i samband med regionsjukvårdens utbyggande och vid ett inordnande av sjukhuset i Storstockholms sjukvårdsorganisation. Bestämmelserna för patienters intagning vid och remiss till de statliga undervisningssjukhusen avses bli anpassade till de kommunala huvudmännens intagnings- och remissregler.

Utbyggnaden av regionsjukvården beräknas draga en kostnad av i runt tal 200 miljoner kronor. Dessa kostnader förutsättes i princip skola bäras av huvudmännen utan statsbidrag. Särskilda skäl anses dock motivera, att staten lämnar bidrag med 25 procent av kostnaderna för uppförande och utrustning av nya regionkliniker för radioterapi.

För samordning av planläggningen och utbyggnaden av regionsjukvården föreslås ett särskilt organ skola tillkomma med representanter för staten och de kommunala huvudmännen.

*Utdrag av protokollet över inrikesärenden, hållet inför Hans Maj:t
Konungen i statsrådet å Stockholms slott den 13 maj
1960.*

Närvarande:

Statsministern ERLANDER, ministern för utrikes ärendena UNDÉN, statsråden NILSSON, STRÄNG, ANDERSSON, LINDSTRÖM, LINDHOLM, KLING, SKOGLUND, EDENMAN, NETZÉN, JOHANSSON, AF GEIJERSTAM, NORDLANDER.

Efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter anmäler chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Johansson, *fråga om riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m.*

I. Inledning

I statsutskottets utlåtande den 11 maj 1956, nr 117, över propositionen nr 55/1956 angående anslag för budgetåret 1956/57 till avlöningar vid karolinska sjukhuset föreslogs bl. a., att riksdagen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla om en förutsättningslös och allsidig utredning av frågan på vilket sätt behovet av ytterligare sjukvårdsavdelningar i landet i samband med den pågående upprustningen av läkarutbildningen bäst borde tillgodoses. Härvid förutsattes, att utredningen skulle ske i samarbete med de kommunala sjukvårdshuvudmännen. Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets förslag (skr. nr 270/1956).

Under åren 1954—55 pågick i medicinalstyrelsen en serie överläggningar med dess huvudmannaråd, vetenskapliga råd m. fl. sakkunniga i syfte att ge styrelsen underlag för en riksplan för anordnande av de specialiserade vårdformer, som i regel inte ansågs kunna organiseras av varje sjukvårdshuvudman för sig. I samband därmed utarbetade medicinalstyrelsen en plan för en regional utbyggnad av den specialiserade vården. Planen var emellertid inte detaljmässigt utformad utan var endast avsedd att tjäna som underlag för vidare utredning.

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande tillkallade chefen för inrikesdepartementet den 7 november 1956 generaldirektören Arthur Engel såsom utredningsman med uppdrag att utarbeta en plan för den specialiserade kroppssjukvårdens utbyggnad regionvis m. m. I utredningens direktiv, vilka innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över inrikesärenden den 19 oktober 1956, anfördes bl. a.

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 åvägbringas för att säkerställa de nya avdelningarnas (platsernas) tillkomst och drift. I den mån statliga eller statsunderstödda sjukhus eller speciella av undervisningen föranledda åtgärder beröres, 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.

Vidare underströks i direktiven att icke endast sjukvårdens behov av specialiserade vårdplatser borde beaktas utan även det antal platser, som specialistutbildningen av läkare kunde erfordra. I den mån de med räjongplaneringen avsedda specialiteterna inginge i grundutbildningen borde även beaktas de krav på tillräckligt patientunderlag, som kunde föranledas härav. Där emot borde inte sådana specialiteter, som redan vore företrädade eller planerade i flertalet landstingsområden, ingå i regionplaneringen, utan för dessa discipliner erforderligt patientunderlag ansågs böra säkras genom avtal med angränsande sjukvårdsområden.

Utredningen, vilken antagit benämningen *regionvårdsutredningen*, har med skrivelse den 14 juli 1958 avgivit betänkande angående regionsjukvården med förslag till riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård (SOU 1958: 26). Utredningens expert, byråchefen hos sjukhusdirektionen i Göteborg Evert Bunne, har avgivit ett till betänkandet fogat särskilt yttrande.¹

Yttranden över betänkandet har avgivits av medicinalstyrelsen, som överlämnat yttranden av vissa medlemmar av styrelsens vetenskapliga råd, riksförsäkringsanstalten, kanslern för rikets universitet — efter hörande av de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund och Göteborg, lärarkollegiet vid karolinska institutet samt lärarkollegierna vid tandläkarhögskolorna i Stockholm och Malmö — styrelsen för centrala sjukvårdsberedningen, pensionsstyrelsen, direktionen för karolinska sjukhuset, som överlämnat yttrande av överläkareföreningen vid sjukhuset, radiofysiska institutionen vid nämnda sjukhus, kommittén för karolinska sjukhusets fortsatta utbyggande, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande gemensamt, organisations-

¹ Såsom experter har anlitats förutom Bunne, även dåvarande riksdagsmannen Erik Fast, professorn vid universitetet i Göteborg Carl-Axel Hamberger, professorn vid universitetet i Uppsala Bror Rexed och docenten vid Stockholms högskola Sven Godlund.

kommittén för medicinska högskolan i Umeå, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, överståthållarämbetet, efter hörande av Stockholms stadsfullmäktige, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län, efter hörande av stadsfullmäktige i Göteborg, länsstyrelsen i Malmöhus län, efter hörande av stadsfullmäktige i Malmö och Hälsingborg samt förste provinsialläkaren i länet, länsstyrelsen i Östergötlands län, som överlämnat yttranden av drätselkammaren i Norrköping och förste provinsialläkaren i länet, länsstyrelsen i Gävleborgs län, som överlämnat yttrande av drätselkammaren i Gävle, länsstyrelsen i Örebro län — med överlämnande av yttranden av förste provinsialläkaren i länet och Örebro läns läkarförening — länsstyrelsen i Västerbottens län, styrelsen för statens bakteriologiska laboratorium samt överbefälhavaren ävensom förvaltningsutskotten i samtliga läns landstingskommuner, Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet, Sveriges läkarförbund — med överlämnande av ett 20-tal yttranden från specialistföreningar och vissa andra sammanslutningar inom förbundet — Svenska läkaresällskapet, Sveriges tandläkarförbund och Svenska tandläkaresällskapet gemensamt, Sveriges sjukhus- och hälsofysikers förbund, Riksföreningen mot reumatism, Svenska föreningen för allergologi samt Riksföreningen mot astma och andra allergiska sjukdomar. Yttranden har därjämte överlämnats från ämnesföreträdare vid de medicinska och odontologiska undervisningsanstalterna samt från olika kommunala myndigheter.

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande tillkallade chefen för socialdepartementet den 15 april 1957 särskilda utredningsmän för att utreda vissa frågor rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. Utredningen, vilken antagit benämningen *utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet*, har i december 1959 avgivit betänkande med förslag rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet (stencilerat).

Yttranden över sistnämnda betänkande har avgivits av pensionsstyrelsen — efter hörande av fullmäktige för folkpensioneringsfonden som infordrat yttrande från styrelsens överläkare, docenten Eric Jonsson — medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, riksförsäkringsanstalten, statskontoret, kanslern för rikets universitet — efter hörande av de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund och Göteborg samt lärarkollegiet vid karolinska institutet — direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, socialförsäkringens administrationsnämnd, 1958 års socialförsäkringskommitté, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande, fullmäktige i riksgäldskontoret, förvaltningsutskotten i samtliga läns landstingskommuner utom Blekinge läns landstings förvaltningsutskott, stadskollegiet i Stockholm, stadsfullmäktige i Göteborg, Malmö, Hälsingborg, Norrköping och Gävle samt Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet ävensom Svensk reumatologisk förening, Svenska ortopedför-

eningen, Svenska kurortsföreningen och Riksföreningen mot reumatism. Yttranden har därjämte överlämnats från olika kommunala myndigheter.

I förevarande sammanhang torde de förslag, som framlagts av utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, få upptagas endast i vad de äger mera direkt samband med regionsjukvårdsfrågorna.

II. Allmänna synpunkter på en regionindelning för specialiserad kroppssjukvård

Regionvårdsutredningen

Även om en långt gående specialisering kan medföra, att man riskerar att förlora totalbilden av den sjuka människan, anser utredningen, att specialiseringens väg likväl måste beträdas. För nutidens läkare är det nämligen en omöjlighet att tillfredsställande behärska kunskapsmaterialet och tekniken annat än inom ett ganska begränsat fält av läkekonsten.

Utredningen anser det givet, att sjukhusens storlek och placering måste anpassas efter geografiska förhållanden, kommunikationsmöjligheter och befolkningens fördelning. Hänsyn måste emellertid tas också till den medicinska vårdens specialisering samt till sjukdomarnas utbredning och frekvens, med särskilt beaktande av sådana sjukdomar, som kräver starkt specialiserad vård.

För att sjukhusen skall kunna organiseras, utrustas och förses med personal, som är kvalificerad att meddela specialistvård, måste de vidare ges ett lämpligt avpassat befolkningsunderlag. Ju mer exklusiv den specialiserade vården är, dess större bör naturligt nog detta underlag vara. Vanligen förekommande och i regel lindrigare sjukdomstillstånd kan däremot behandlas under billigare former i sjukhus med mindre påkostad utrustning. Sådana sjukhus kan förläggas så, att de betjänar förhållandevis små befolkningsgrupper. Kommunikationerna till dessa mindre sjukhus är av den största betydelse — kontakterna med sjukhuset är många, sjukdomstillstånden ofta akuta och vårdtiderna i allmänhet korta.

Också för de högt specialiserade sjukhusens del måste hänsyn givetvis tas till kommunikationsmöjligheterna. Ett sådant sjukhus har alltid lokala funktioner, innebärande behandling av sjukdomar av alla slag hos patienter från vad som brukar betecknas som sjukhusets primära upptagningsområde. I fråga om egentlig specialistvård gör sig detta krav ej så starkt gällande, då fallen relativt sett är fåtaliga och ofta kommer på remiss från annan sjukvårdsinrättning, där de i regel varit föremål för medicinsk åtgärd. Utredningen framhåller vidare, att olägenheterna av en koncentring av sjukhusvården till större anstalter minskas av kommunikationernas

ständiga förbättring och befolkningens förskjutning mot tätorter och tätbebyggda regioner.

Utredningen betonar särskilt betydelsen av att den mera specialiserade vården blir företrädd genom enheter, som är tillräckligt stora för att möjliggöra en effektiv specialistutbildning och forskning. Historiskt sett har den medicinska undervisningen och sjukhusväsendet utvecklats gemensamt, och framstegen på sjukhusområdet, såsom nya vård- och organisationsformer, inspireras alltså i övervägande grad av undervisningssjukhusen. Dessa har sålunda nästan undantagslöst legat i täteten beträffande nya specialavdelningar, och detta förhållande har automatiskt lett till en regionalisering av sjukhusvården med undervisningssjukhusen som centra. Så har det också varit utomlands. I England blev sålunda antalet undervisningssjukhus avgörande för antalet sjukhusregioner vid förstatligandet av det engelska sjukhusväsendet. England och Wales indelades i fjorton sjukvårdsregioner om 1,5—4,5 miljoner invånare. Även i Frankrike är regionsjukhusen i princip alltid knutna till de medicinska fakulteterna, och varje regionsjukhus förutsätter i regel ett befolkningsunderlag på 2,25—2,70 miljoner invånare.

Utredningen framhåller, att den administrativa indelningen av ett lands territorium och huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i ekonomiskt och organisatoriskt hänseende är av avgörande betydelse vid sjukhusvårdens planering. Den nya lagen om landsting liksom bl. a. riksdagens revisorers berättelse 1956 har aktualiserat en ändamålsenligare administrativ indelning av vårt land.

Enligt utredningens mening kan den svenska landstingsindelningen bl. a. med hänsyn till sjukvårdsområdenas befolkningsunderlag — cirka 250 000 invånare som medeltal — sägas ha skapat goda förutsättningar för en rationell sjukhusorganisation under landstingens huvudmannaskap. Sålunda har Älvsborgs läns landsting utvecklat ej mindre än tretton specialiteter vid centrallasarettet i Borås. Östergötlands, Örebro och Västmanlands läns landsting har vid respektive centrallasarett kunnat utbygga tolv specialiteter. Flertalet av centrallasarett har dock endast nio à tio specialiteter företrädta.

Sjukhusorganisationen har undergått en stark kvantitativ och kvalitativ utveckling under centrallasarettsepoken. Sålunda har antalet specialavdelningar ökat från 126 år 1929 till 496 år 1956. Antalet vårdplatser har under samma tid ungefär tredubblats och antalet intagna nästan femdubblats.

Vid de tidigare berörda överläggningarna i medicinalstyrelsen under åren 1954—55 framkom bl. a., att åtskilliga specialiteter kräver så stort befolkningsunderlag (omkring 1 miljon invånare), att en lösning av dithörande sjukhusvård måste sökas på ett högre plan än den enskilde huvudmannens, nämligen genom samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen på vad som lämpligen kan kallas regionplanet. Enligt dessa överläggningar skulle den

regionala utbyggnaden av sjukhusvården i första hand gälla neurokirurgi, neuromedicin, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, radioterapi och käkcentraler.

Nyssnämnda överläggningar, studiet av utländska källor samt medicinalstyrelsens erfarenheter från senare år har föranlett styrelsen att i olika sammanhang rekommendera huvudmännen att för ett sjukvårdsområde om cirka 250 000 invånare anordna sjukhusavdelningar för följande specialiteter jämte tillhörande serviceavdelningar.

Vårdavdelningar

Allmän kirurgi
 Invärtesmedicin
 Ögonsjukdomar
 Öron-, näs- och halssjukdomar
 Barnsjukdomar
 Kvinnosjukdomar och förlossningar
 Infektionssjukdomar
 Psykiska sjukdomar
 Ortopedi
 Lungsjukdomar
 Rehabilitering
 Långvarig kroppssjukdom
 Yrkesmedicin
 Barnpsykiatri

Serviceavdelningar

Röntgendiagnostik med viss strålterapi
 Centraltandpoliklinik
 Centrallaboratorium, företrädesvis klinisk kemi
 Anestesiologi
 Blodgivarcentral (av typ I eller II enligt medicinalstyrelsens cirkulär MF 38/1956)
 Patologi.

Från ytterligare specialisering på länsplanet har medicinalstyrelsen funnit sig böra tills vidare avråda under hänvisning till de under 1954—55 förda överläggningarna rörande den mest specialiserade vården.

Utredningen erinrar om att flertalet av förenämnda specialiteter, i fortsättningen benämnda länsspecialiteter, redan införlivats med huvudmännens sjukvårdorganisation, i varje fall i de folkrikaste områdena.

Utredningen framhåller vidare, att vid överläggningarna i medicinalstyrelsen ansågs ådagalagt, att vissa specialiteter, t. ex. medicinsk neurologi och dermatologi, intar en mellanställning mellan länsspecialiteterna och regionspecialiteterna, i synnerhet som landstingens befolkningsunderlag är till sin storlek så skiftande. Sjukhusvårdens utveckling karaktäriseras av en utpräglad specialiseringstendens och en ständigt ökad efterfrågan på vårdmöjligheter, som ej på något sätt synes avmattas. På längre sikt har

man därför enligt utredningens mening att räkna med att åtminstone några av dagens regionspecialiteter kan komma att krävas redan på länsplanet. För vissa av dem anses vårdbehovet så stort att de, ehuru de i princip bör utvecklas på regionplanet, behöver tillgodoses även vid de större central-lasarett. Dessa specialiteter tenderar sålunda mot en representation på båda organisationsplanen.

Efter dessa kommentarer förklarar utredningen sig kunna i stort sett ansluta sig till de av medicinalstyrelsen lämnade rekommendationerna beträffande vilka specialiteter, som bör anses som länsspecialiteter.

Enligt vad utredningen framhåller måste man vid uppgörandet av en organisationsplan för de mest uttalade specialiteterna ständigt hålla i minnet, att dessa specialiteter ingår i en organisation, regionsjukhuset, där de skall infogas harmoniskt. Det gäller härvid icke minst att beakta det inflytande som de nytillkommande specialiteterna kan komma att utöva på redan existerande klinikers verksamhet. Ej blott de superspecialiteter, som organiseras på regionplanet, skall representera en mycket högklassig sjukvård. Detta måste gälla samtliga kliniker, som alltså bör befinna sig på »regionstandard», vilket bl. a. kan innebära en viss uppräknig av vårdplatsantalet i jämförelse med gängse normer för vårdplatsbehovet. Också samarbetet med sjukvårdens övriga delar, särskilt centrallasarett, lokala sjukhus och öppen sjukvård, måste beaktas.

För att åstadkomma högklassig specialistvård av visst slag fordras enligt utredningen en vård- och behandlingsenhet, som ej kan väljas godtyckligt utan bör vara avpassad så, att den där arbetande läkarens kapacitet kommer till sin rätt och att klientelet blir så stort, att han kan vinna erforderlig yrkesmässig erfarenhet. Stela normer måste här undvikas. Praktiska skäl — såsom ett befolkningsunderlag vilket ej lämpligen kan ökas eller minskas på grund av administrativa gränser eller geografiska förhållanden — bör sålunda få föranleda modifikationer av vad som kan anses som optimalt i fråga om vårdenhetens storlek.

Utredningen förklarar sig vidare över huvud taget icke vara anhängare av vare sig bindande eller i detalj gående förslag för sjukhusvårdens organisation. Valet av organisationsform får bli beroende på lokala bedömanden av de huvudmän, som skall samarbeta inom samma region. Härvid kommer dimensioneringen av dessa huvudmäns egen sjukvård, det blivande region-sjukhusets nuvarande och planerade utbyggnad och driftsekonomiska synpunkter otvivelaktigt att stå i förgrunden. Den slutliga ställning, som blir tilldelad en och samma specialitet, kommer därför sannolikt att växla vid de olika regionsjukhusen — på ett håll full självständighet, på ett annat subspecialisering i en eller annan form.

Regionaliseringen motiveras också av en av arbetskraftstillgång och ekonomiska överväganden föranledd rationaliseringssträvan. Utredningen fram-

håller att regionvårdsspecialiteterna kräver ledande läkare med synnerligen långvarig och dyrbar utbildning. Med hänsyn härtill samt mot bakgrunden av arbetskraftsutredningens prognoser och behovskalkyler rörande läkare (SOU 1955: 34) torde rekryteringen till dessa tjänster komma att innebära svårigheter, så mycket mera som vissa verksamhetsgrenar är förenade med ringa öppen vård och därför ger relativt låga inkomster. Avdelningarna bör därför göras så stora, att vederbörande överläkares kapacitet väl utnyttjas. Behovet av ett tillräckligt antal medhjälpare måste även tillgodoses.

Den ekonomiska betydelsen av väl planerad regionvård framträder enligt utredningen påtagligt vid betraktande av driftkostnaderna för specialavdelningar av här berörd art. Sålunda visar vissa beräkningar rörande Sahl-grenska sjukhusets i Göteborg specialavdelningar, att driftkostnaderna år 1956 låg för cancervård 20 %, för neurologi 38 % och för neurokirurgi 51 % över medelvårdkostnaden för hela sjukhuset. Vid lasarettet i Lund låg samma år vårdkostnaderna vid radioterapeutiska, neurokirurgiska och thoraxkirurgiska klinikerna 46, 70 resp. 15 % över medelvårdkostnaden. Även plastikkirurgin, särskilt om den är förenad med behandling av bränn-skador, ställer sig dyrbar.

Mot bakgrunden av långtidsutredningens restriktiva investeringsprogram för den svenska sjukvården framstår det för regionvårdsutredningen som särskilt betydelsefullt, att sjukhusvården utvecklas efter en rationell plan, så att felinvesteringar undviks. Långtidsutredningen har sålunda förordat en stark reduktion av medicinalstyrelsens investeringsplan för återstoden av femtiotalet för att sedan utan att taga igen den uppkomna eftersläpningen följa planen under sextiotalet.

Utredningen anför, att sjukhusvården givetvis organiseras primärt med hänsyn till de sjuk- och hälsovårdande uppgifterna och att detta gäller alla nivåer av organisationen. Undervisningens men också forskningens krav kommer därför väsentligen att utöva sitt inflytande i andra hand och då närmast på vårdenheternas dimensionering. Utan en regionplan, som skapar tillräckligt stora vårdenheter, kan enligt utredningens mening knappast en ändamålsenlig specialistutbildning eller klinisk forskning komma till stånd. Detta gäller särskilt de mera extrema specialiteterna. Regionvårdsplane-ringens, undervisningens och forskningens gemensamma frågeställningar presenterar sig just i dimensioneringsproblem av här antydd art.

Remissyttrandena

I remissyttrandena har allmänt understrukits behovet av betydligt större sjukvårdsområden än de nuvarande landstingsområdena för tillgodoseendet av den exklusiva specialistsjukvårdens behov. Från remissmyndigheternas sida har också många lovord uttalats över utredningens organisationsförslag för denna starkt specialiserade sjukvård. Sålunda måste förslaget enligt vad

medicinalstyrelsen framhåller betecknas som realistiskt och väl ägnat att läggas till grund för specialistsjukvårdens fortsatta utbyggnad.

Centrala sjukvårdsberedningen yttrar, att utredningen angriper ett problem, som har stor betydelse för utvecklingen av sjukvården i de skilda sjukvårdsområdena. Särskilt betydelsefull är därvid grupperingen av specialiteterna i »region-» resp. »länspecialiteter», varigenom större klarhet skapas beträffande vilka uppgifter de enskilda huvudmännen förutsättes skola lösa och i fråga om underlaget för undervisningssjukhusens verksamhet. Utredningen bidrager sålunda i hög grad till att de resurser, som tillhandahålles, framdeles fördelas och avväges på ett rationellt sätt.

Utredningens stora värde understrykes vidare i yttranden av bl. a. *de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund och Göteborg, karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande, direktionen för karolinska sjukhuset, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Svenska landstingsförbundet samt ett flertal länsstyrelser och landstings förvaltningsutskott.*

Det stora flertalet av de remissorgan, som behandlat spörsmålet om statens medinflytande vid lösandet av regionvårdsfrågorna anser, att långtgående statliga anvisningar icke är lämpliga. Särskilt från landstingshåll betonas, att utredningens förslag icke bör binda landstingen i deras handlingsfrihet beträffande den fortsatta utbyggnaden av sjukvården.

Sålunda anför *Örebro läns landstings förvaltningsutskott.*

Utredningen synes ha utgått ifrån att lösandet av de sjukhusuppgifter, som betänkan det omfattar, skall klaras genom samverkan av sjukvårdshuvudmännen inbördes. Den synes förutsätta, att huvudmännen därvid skall äga full frihet att välja de vägar, som de finner lämpligast. Statsmakterna bör icke genom föreskrifter av ena eller andra slaget binda huvudmännen, utan statens medverkan bör inskränkas till att ställa till förfogande det utredningsmaterial, som utredningen sammanbragt, samt i fortsättningen genom olika åtgärder understödja huvudmännens på inbördes samverkan stödda åtgärder. Den framlagda planen skall således anses endast utgöra anvisningar på en framkomlig väg men inte på något sätt binda huvudmännen.

I samma riktning uttalar sig *Södermanlands och Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott.*

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, länsstyrelsen i Malmöhus län, Hälsingborgs stads hälso- och sjukvårdsstyrelse samt Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott finner det däremot icke tillrädligt att helt lita till frivilliga överenskommelser. Länsstyrelsen ifrågasätter sålunda, om icke utredningsförslaget möjligen bör kompletteras med en lagstiftning i ämnet, som fastlägger de principer, efter vilka regionsjukvårdens uppbyggnad och fortsatta utveckling skall äga rum.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket menar, att sta-

ten bör utöva ett visst medinflytande över regionindelningen i syfte att åstadkomma nödig garanti för att regionindelningen blir allmänt lämplig ur synpunkten av vissa kriterier men att den i övrigt bör vila på frivillighetens grund. Kommittén fortsätter.

Ett sådant statligt inflytande åstadkommes också redan genom det omfattande utredningsmaterial, som framlagts i betänkandet. På samma sätt kan staten, genom nya kartläggnings- och utredningsarbeten, påverka den fortsatta utvecklingen av regionsjukvården. Men staten synes även därutöver böra medverka i det samråd mellan parterna, som bestämmer regionindelningen. Det är nämligen angeläget, att inte bara en del av huvudmannaområdena, som sinsemellan lyckas träffa rimliga uppgörelser, blir inordnade i regioner, som — sedda var och en för sig — är lämpligt utformade, utan det måste krävas, att regionindelningen som helhet blir ändamålsenlig och att samtliga huvudmannaområden blir på tillfredsställande sätt inbegripna i systemet. Till saken hör också att det är staten, som i första hand svarar för den medicinska forskningen och den grundläggande medicinska undervisningen. Det synes lämpligt, att alla sjukhus, där mera avancerad regionspecialitetsvård lämnas, kan utnyttjas för undervisning och forskning. I den mån så sker, torde staten allmänt komma att ekonomiskt engagera sig i regionsjukvårdens utbyggnad, även om det i stort sett icke skulle utgå några statsbidrag, som motiveras av de vårdbehov det här är fråga om. Nu anser vi visserligen, att regionsjukvården i första hand skall organiseras med tanke på patienternas behov av att få avancerade vårdresurser inom någorlunda nära räckhåll. Men patienterna har dock samtidigt intresse av att kunna behandlas vid centra, där forskningen arbetar under goda betingelser och som därför har lätt att dra till sig ledande läkarkrafter. De har vidare ett starkt allmänt sjukvårdsintresse av att forskningen — som på dessa nya områden är synnerligen angelägen — och läkarutbildningen arbetar under goda förutsättningar. Följaktligen måste en avvägning ske mellan olika synpunkter, och det synes ofrånkomligt, att även staten härvidlag får ett medinflytande.

Detta hindrar emellertid inte, att regionindelningen ändå i princip — såsom också framhålls i betänkandet — måste vila på frivillighetens grund. Som framgår av utredningen, är flera olika alternativ för en regionindelning tänkbara. De alternativ, som utformats i betänkandet, representerar för övrigt bara ett litet urval av alla de skilda modeller, som hade kunnat utarbetas, om det icke varit nödvändigt att ta hänsyn till utredningskostnaden och till behovet av överskådlighet. Det är ingenting som motsäger antagandet, att åtskilliga av de tänkbara alternativen skulle kunna vara ungefär likvärdiga, om de bedömes från synpunkten av sådana enhetliga kriterier som bör anläggas: att regionindelningen blir någorlunda lämplig inte bara för vissa landsdelar utan såsom helhet; att regionvårdsresurserna blir så lättillgängliga som möjligt för patienterna; att regionindelningen blir rimlig ur ekonomisk synpunkt när hänsyn tages såväl till resekostnaderna för patienterna och besökande anhöriga som till drift- och anläggningkostnaderna; att behovet av samplanering mellan regionsjukvården å ena sidan och undervisning och forskning å andra sidan icke lämnas åsido.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala förutsätter att, i den mån utredningens förslag lägges till grund för av statsmakterna fastställda

riktlinjer för utbyggnaden av specialistsjukvården, dessa riktlinjer begränsas till att angiva regionindelningen och nu aktuella regionspecialiteter men att i övrigt utvecklingen icke bindes.

Svenska landstingsförbundet betonar, att de i betänkandet framlagda förslagen och gjorda uttalandena får anses ha karaktären av råd och anvisningar, som visserligen erbjuder en såvitt förbundet kan bedöma god vägledning men som får modifieras med hänsyn till de lokala förhållandena.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott yttrar.

I betänkandet påpekas, att uppdelningen av riket i regioner för den mest specialiserade sjukvården måste vila på frivillighetens grund. Det är angeläget, att detta uttalande inte blir ett tomt ord. De abnorma förhållandena, som efter andra världskriget förelegat i vårt land, har nödvändiggjort en långt gående central reglering av sjukhusväsendets fortsatta utbyggnad. Det är av vikt, att den självbestämmanderätt, som landstingen och de landstingsfria städerna har i fråga om ordnandet av den slutna kroppssjukvården, lämnas obeskuren. Detta torde vara en förutsättning för att det intresse, som huvudmännen under gångna år visat för utvecklingen av denna gren av landets sjukvård, även i framtiden skall bli bestående.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå finner i likhet med utredningen, att regionindelningen måste lösas på frivillighetens väg och överenskommelser träffas mellan huvudmännen angående formerna för det samarbete som är nödvändigt för regionsjukvårdens genomförande.

Överståthållarämbetet anför, att samarbetet mellan huvudmännen hittills i regel förlupit ovanligt friktionsfritt samt att det därför kan förväntas att så blir fallet även vid regionindelningens genomförande och att samarbetet kan åvägabringas genom avtal utan någon speciell lagstiftning i ämnet.

Centrala sjukvårdsberedningen betraktar de förebragta undersökningarna rörande antalet och omfattningen av de olika regionspecialiteterna mera såsom ett material, avsett att lämna underlag för en bedömning av regionernas storlek och regionsjukhusens organisation och utbyggnad, än såsom riktlinjer i detalj för utformningen av regionsjukvården. Det synes också beredningen väsentligt, att till ett eventuellt beslut om regionsjukvården icke knytes alltför många eller långt gående anvisningar, som vid planläggningen kan bli till hinder för en smidig anpassning av organisationen till de ständigt skiftande krav, som utvecklingen kommer att medföra.

I fråga om utredningens allmänna inriktning understryker *Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott*, som betraktar förslaget endast som ett organisationsförslag, avsett för huvudmännens planering, betydelsen av att i första hand den lokala sjukvårdens behov blir tillgodosett och att undervisningens och forskningens krav därför icke alltför mycket får inverka förryckande på huvudmännens planläggning.

Karolinska institutets lärarkollegium anser däremot, att utredningen inte till fullo tagit hänsyn till nödvändigheten att skapa bästa möjliga förutsätt-

ningar för en fortsatt utveckling av sjukvården i landet genom medicinsk forskning och kvalificerad läkarutbildning. Det är enligt lärarkollegiets uppfattning av största vikt att vid planeringen av specialistvården taga hänsyn till den medicinska undervisningens behov. Inrättandet av olika specialiteter på undervisningssjukhusen och på platser, som f. n. utgör upptagningsområden för redan existerande specialistavdelningar, bör därför ske med beaktande av vad som är lämpligt för undervisningen såväl av medicine studerande som av blivande specialister.

Utredningens förslag att indela specialiteterna i läns- och regionspecialiteter har allmänt godtagits av remissmyndigheterna.

I flera remissyttranden har understrukits betydelsen av att man vid regionplaneringen beaktar det förhållandet, att vissa såsom regionspecialiteter nu betecknade specialiteter på något längre sikt kan komma att utvecklas till länsspecialiteter. Uttalanden i denna riktning har gjorts av bl. a. *medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, Stockholms, Södermanlands, Blekinge, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Västernorrlands och Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott, Stockholms stads sjukhusdirektion, Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet.*

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket anför sålunda.

Redan beträffande frågan om vilka specialiteter, som skall hänföras till regionsjukvården, råder viss osäkerhet. Det är t. ex. inte uteslutet, att någon eller några av de specialiteter, som enligt förslaget hänföres till regionplanet, framdeles kan finnas erfordra specialister även på länsplanet; i viss utsträckning är så fallet redan nu. Det är också tänkbart, att man framdeles kan finna skäl för att regionsjukvården skall omfatta ytterligare specialiteter.

Den tidigare erfarenheten ger också belägg för hurusom vårdbehovet — beroende på många olika omständigheter — kan förändras inom olika specialiteter. Nya behandlingsmetoder, i förening med förebyggande åtgärder, har medfört en snabb och omfattande reduktion av platsbehovet inom tuberkulosvården och den epidemiska infektionssjukvården. Den gångna erfarenheten ger likaledes exempel på hurusom en specialitet, som enligt tidigare behovsuppskattning blott varit företrädd vid ett begränsat antal sjukhus, sedermera fått en mera allmän representation vid lasaretten. Vid bedömande av vilka specialiteter, som bör förbehållas regionsjukvården bör man sålunda taga sig i akt för ett alltför statiskt betraktelsesätt — något som också understrykes i utredningen. Den medicinska forskningen gör snabba framsteg, och likaså är utvecklingen inom sjukhusvården synnerligen snabb.

Medicinska fakulteten i Uppsala finner det uppenbart, att det inte föreligger någon skarp gräns mellan region- och länsspecialiteter. Inom snart sagt varje specialitet, och detta gäller även laboratoriespecialiteterna, finns det problem av den art, att de kan tillfredsställande lösas endast med ut-

nyttjande av de särskilda tekniska och personella resurser, som är företrädda vid regionsjukhuset. Detta är av vikt när det gäller utformningen av de specialiteter som finns representerade eller förutsättes skola bli representerade även på länsplanet. Den fortgående subspecialiseringen och specialiseringen sker nästan alltid på så sätt att det genom personliga insatser inom ramen för en redan existerande disciplin växer fram särskilda resurser för diagnostik och terapi av en viss grupp sjuka. Fakulteten räknar med att sådana såväl sjukvårdsmässigt som forskningsmässigt betydelsefulla differentieringsprocesser skall i särskilt hög grad göra sig gällande vid regionsjukhusen och inom ett flertal discipliner ge möjligheter att erbjuda en särskilt högkvalificerad service.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott yttrar.

Flera av de av utredningen såsom regionspecialiteter betecknade specialiteterna finns redan eller kommer inom en nära framtid att finnas företrädda på länsplanet. Sålunda finns redan neurologi och dermatologi i viss mån företrädda på länsplanet. Även plastikkirurgi torde mycket snart komma att betraktas som en länsspecialitet. Med hänsyn till de väsentligt vidgade möjligheter, som radioterapien beräknas få, måste enligt utskottets mening även viss radioterapeutisk verksamhet finnas på länsplanet. Särskilt om hittills för strålbehandling ej tillgängliga cancerformer blir behandlingsbara, kommer detta behov att än ytterligare understrykas. Många av dessa cancerpatienter är dessutom så svårt sjuka att de ej kan eller av humana skäl ej bör förflyttas alltför långt från hemorten. Sedan oktober 1955 bedrivs vidare thoraxkirurgisk verksamhet vid lasarettet i Örebro. Erfarenheterna vid lasarettet har visat, att viss thoraxkirurgisk verksamhet utan större merkostnad eller dyrbar instrumentell utrustning kan utövas på länsplanet. Ehuru utvecklingslinjerna f. n. är något oklara, torde det vara många skäl som talar för att även thoraxkirurgin inom en relativt snar framtid kommer att betraktas såsom en specialitet på länsplanet.

Uttalanden i samma riktning har gjorts av *Älvsborgs* och *Värmlands läns landstings förvaltningsutskott*.

Sveriges läkarförbund varnar mot att regionsjukhusen får en så dominerande ställning, att centrallasaretten därigenom sakligt eller skenbart kommer att deklasseras. Ett väsentligt motiv för regionsjukhuset bör vara att dit skall sammanföras de fall, för vilka de högspecialiserade medicinska vårdkautelerna inte står till förfogande vid de vanliga sjukvårdsanstalterna inom ett område. Förbundet finner det uppenbart, att en sådan organisation främst krävs i fråga om specialiteter såsom neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi, speciell kardiologi och plastikkirurgi men i mindre grad beträffande specialiteterna barnkirurgi, urologi och dermatologi. Förbundet anser, att de fall inom t. ex. urologin, för vilka personella eller materiella undersöknings- och behandlingsresurser inte finns vid centrallasaretten, bör föras till regionsjukhusen, medan övriga behandlas vid centrallasaretten. Motsvarande kan enligt förbundets mening anföras i fråga om tumörvården.

Karolinska institutets lärarkollegium uttalar, att utredningen djupare än

som skett borde ha analyserat de faktorer, som legat till grund för medicinens utveckling i vårt land. Lärarkollegiet anför bl. a. följande.

En ny specialitet inom sjukvården kommer vanligen till genom att någon framsynt läkare får intresse för vissa sjukdomsfall, som ter sig särskilt svårbehandlade eller svårdiagnostiserade. Så småningom utvecklas förbättrade metoder för behandling och diagnostik, vilka ej behärskas av andra läkare. Fallen koncentreras till den först bildade specialkliniken. Det visar sig därefter önskvärt, att specialiteten tages upp även på andra håll i landet, och för att få tillräckligt underlag för specialiteten sammanföres en hel rad sjukdomstillstånd, som tidigare behandlats av t. ex. allmänkirurger och -medicinare, till specialiteten. En sjukdomsgrupp, gällande en viss kroppsdel eller teknik, brytes sålunda ut ur kirurgin och medicinen.

Tillkomsten av en specialitet i ett land är beroende ej endast av personliga utan även av en rad andra förutsättningar. Utvecklingen visar, hur sjukhusen i Stockholm i detta avseende kommit att bli ledande i vårt land, vilket också framgår av de redogörelser utredningen lämnar för en del av de kliniska specialiteternas tillkomst. Härtill har många olika faktorer bidragit, men kanske särskilt stockholmssjukhusens storlek, serafimerlasarettets och karolinska sjukhusets ställning som rikssjukhus ävensom tillgången i huvudstaden på vetenskaplig och teknisk expertis inom olika områden. Denna utveckling mot allt mer specialiserad sjukvård är givetvis icke avslutad utan kan väntas fortgå, om den icke hämmas av ekonomiska och administrativa hinder. Det bör därför vara angeläget att beakta utvecklingens krav vid planeringen av specialistsjukvården.

Departementschefen

Den medicinska vetenskapen och tekniken har under de sista årtiondena kännetecknats av en utomordentligt snabb utveckling. Genom en intensiv forskning har alltmer ökade kunskaper vunnits om fundamentala sammanhang i sjukdomarnas mekanism, deras uppkomst och förlopp. Härigenom har vidgade möjligheter skapats för att ställa säker diagnos och genom adekvat behandling bota sjukdomar eller lindra deras verkningar. Jämsides härmed har utvecklats en förfinad teknik och alltmera differentierade metoder i den diagnostiska och terapeutiska verksamheten.

Det medicinska forskningsarbetet har i hög grad präglats av internationell samverkan, och de resultat som vunnits vid forskningsinstitutioner världen över har i samtliga kulturländer snabbt kommit sjukvården till godo. Det kan i detta sammanhang med tillfredsställelse noteras, att svensk medicinsk forskning härvidlag intagit en framskjuten ställning. Svenska forskare har sålunda lämnat många värdefulla bidrag till sjukvårdens utveckling, och deras insatser på området har i åtskilliga fall väckt internationell uppmärksamhet. För Sveriges del är det naturligt, att undervisningssjukhusen med sina resurser för avancerad forskning och sina internationella kontakter kommit att gå i spetsen för denna utveckling. Tack vare den svenska läkarvetenskapens höga standard och en förutseende sjukvårdspolitik från huvud-

männens sida har nya medicinska rön snabbt kunnat komma sjukvården till gagn, framför allt vid lasarett och andra större sjukvårdsinrättningar.

En ofrånkomlig följd av den utveckling som här skisserats har blivit, att den enskilde läkaren numera omöjligen kan behärska hela det starkt expanderande kunskapsmaterialet och den mångskiftande metodiken inom medicinen. Ett ständigt växande antal medicinska ingrepp och behandlingsformer kräver så omfattande specialkunskaper och en så avancerad teknik, att den läkare som vill ägna sig åt en viss, mera speciell sjukdomsgrupp måste helt inrikta sin kliniska vidareutbildning och verksamhet härpå. Detta har lett till att ur moderdisciplinerna, medicinen och kirurgin, successivt utbrutits en rad specialiteter, var och en med sina speciella krav i fråga om diagnostiska resurser, behandlingsmetoder, teknisk och laboratoriemässig utrustning samt fackutbildad personal.

Sjukhusorganisatoriskt har specialiseringen tagit sig uttryck i att inom den slutna vården i ökande omfattning tillskapats specialavdelningar för behandling av vissa sjukdomar. Då den kliniska specialistutbildningen och forskningen verkat pådrivande i detta avseende, har utvecklandet av nya specialavdelningar nästan undantagslöst börjat vid undervisningssjukhusen. Som ett led i en fortgående kvalitativ förstärkning av den av landstingen och städerna utanför landsting bedrivna sjukhusvården har emellertid successivt även vid övriga större sjukvårdsanstalter genomförts en långt driven specialisering. Vid flertalet centrallasarett finns sålunda numera ett tiotal specialiteter företrädade under självständig överläkare, i vissa fall ännu flera. Under åren 1952—1959 inrättades för sådant ändamål hos landsting och städer sammanlagt 164 nya lasarett- och överläkartjänster samt 15 tjänster såsom extra läkare med lasarettsläkares ställning, och utvecklingen har likväl måst hållas tillbaka på grund av den rådande bristen på läkare.

I den medicinska debatten har ingalunda saknats röster, som varnat för en långt gående specialisering. Särskilt har härvid framhållits risken för att den enskilde läkaren ej får den önskvärda överblicken över sjukdomspanoramå. Det har befarats att totalbilden av den sjuka människan skall gå förlorad, eftersom läkaren behärskar en allt snävare sektor av läkarvetenskapen. Vidare har påpekats faran för en alltför ensidig bedömning av sjukdomsfallen och en allför teknisk syn på vården. Såsom understrukits av regionvårdsutredningen och allmänt erkänts i remissyttrandena över denna är emellertid specialiseringen en nödvändig förutsättning för en vidareutveckling inom medicinen och därmed för en förbättrad sjukvård. Till denna uppfattning kan jag för egen del helt ansluta mig. De anförda synpunkterna synes mig dock böra mana till en viss försiktighet i fråga om utbrytandet av ytterligare specialiteter inom de centrala medicinska disciplinerna.

För dimensioneringen av en sjukvårdsenhet spelar självfallet frekvensen
2 — *Bihang till riksdagens protokoll 1960. 1 saml. Nr 159*

av de sjukdomar, som där skall behandlas, samt befolkningsunderlaget en avgörande roll. Ju längre specialiseringen drivs, desto större upptagningsområde krävs som regel. Från denna utgångspunkt har regionvårdsutredningen indelat specialiteterna i länsspecialiteter och regionspecialiteter. Till de förra hänför utredningen sådana specialiteter, för vilka de nuvarande landstingskommunerna med ett genomsnittligt befolkningsunderlag av cirka 250 000 invånare kan anses skapa goda förutsättningar för en rationell sjukvårdsorganisation. Vissa mera exklusiva specialiteter kräver emellertid ett så stort befolkningsunderlag, att de måste organiseras för större områden för att en rationellt bedriven vård skall kunna lämnas. För dessa regionspecialiteter beräknas, delvis med ledning av utländska erfarenheter, upptagningsområden med omkring en miljon invånare vara lämpliga. Organisationen av denna högspecialiserade vård förutsätter därför enligt utredningen ett samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen inom räjonger som omspannar flera sjukvårdsområden. Denna grundtanke, som bär upp utredningens förslag, har genomgående accepterats av remissorganen.

Utvecklingen mot en regionalisering av den mest specialiserade sjukvården framtvingas, såsom utredningen framhållit, förutom av sjukvårdens krav också av ekonomiska och arbetskraftsmässiga hänsyn. Med den tendens till stark stegring av kostnaderna för slutna vård, som varit särskilt utmärkande för efterkrigstiden, skärps givetvis kraven på en rationellt dimensionerad sjukhusorganisation. Såväl i fråga om investeringar som beträffande driften är specialavdelningar av här berörd art synnerligen kostnadskrävande. Det är därför ett ekonomiskt intresse av vikt, att avdelningarna dimensioneras på ett sådant sätt och organisatoriskt får en sådan ställning, att resurserna kan utnyttjas så effektivt som möjligt. Bristen på sjukvårdspersonal i allmänhet och svårigheterna att rekrytera läkare med den synnerligen långvariga och dyrbara utbildning, som krävs för den exklusiva specialistvården, talar i samma riktning.

Det är slutligen angeläget, att även inom de mera extrema specialiteterna tillskapas vårdenheter av sådan storlek, att erforderligt patientunderlag för den medicinska undervisningen och forskningen säkerställes. Hittills har dessa specialiteter huvudsakligen endast varit företrädade vid undervisnings-sjukhusen, som därigenom kommit att fungera som centra för större upptagningsområden, i vissa fall som rikskliniker. Den regionalisering, som sålunda växt fram, har emellertid icke alltid medfört, att ett tillfredsställande underlag erhållits för forskning, undervisning och specialistutbildning. Det må erinras om att år 1953 särskilda sakkunniga tillkallades för att verkställa utredning om åtgärder i syfte att motverka dylika olägenheter, vilka i första hand gjort sig gällande vid undervisningssjukhusen i Lund och Malmö. Nämnda utredningsuppdrag har emellertid återkallats, sedan regionvårdsutredningen framlagt sina förslag, då dessa förutsätter en lös-

ning av regionproblemen i sådan riktning, att även forskningens och undervisningens behov tillgodoses.

Av vad jag nu anfört torde framgå, att jag helt delar regionvårdsutredningens uppfattning, att den högspecialiserade kroppssjukvården, för vilken rationella vårdenheter icke lämpligen kan tillskapas med de nuvarande sjukvårdsområdena som bas, i samarbete huvudmännen sinsemellan bör organiseras på ett högre plan, regionplanet. Organisationen för denna specialistvård bör bli föremål för en såvitt möjligt långsiktig planering i syfte att ge organisationen stadga och anpassa investeringarna efter de föreliggande behoven samt att effektivt och ekonomiskt utnyttja de totala vårdresurserna.

Liksom vid all annan sjukvårdsplanering måste den primära målsättningen för organisationen och utbyggnaden av den regionaliserade sjukhusvården vara att skapa förutsättningar för en god vård åt patienter från det upptagningsområde, som en viss sjukvårdsanstalt skall betjäna. Då ombesörjandet av sluten kroppssjukvård är en landstingskommunal uppgift, uppställer sig naturligen frågan, i vad mån anledning finnes för statsmakterna att taga ställning till regionvårdsutredningens förslag och genom reglering eller rekommendationer påverka utvecklingen på området. Utredningen har för sin del i olika sammanhang framhållit, att dess förslag bör betraktas endast som rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen och att samarbetet inom regionsjukvården bör vila på frivillighetens grund. Dessa uttalanden har allmänt understrukits i remissvaren, särskilt från huvudmannahåll, varvid bl. a. gjorts gällande, att en statlig reglering på förevarande område skulle innebära ett intrång i den kommunala självbestämmanderätten.

Om regionsjukvårdsfrågorna ses som en angelägenhet av rent sjukvårdsmässig natur, finnes otvivelaktigt fog för en sådan inställning. De kommunala huvudmännens sätt att internt lösa sina sjukvårdande uppgifter har hittills icke givit anledning till statlig reglering, och skäl synes saknas för antagande, att den högspecialiserade vården ej kommer att tillhandahållas på tillfredsställande sätt, om huvudmännen lämnas frihet att lösa dessa frågor efter sina lokala förutsättningar.

Emellertid innefattar regionaliseringen i sig problem, vilkas lösning kräver, att lokala eller regionala intressen i viktiga hänseenden bedömes med hänsyn till såväl för riket i stort föreliggande sjukvårdsbehov som redan förefintliga vårdresurser. Jag betraktar det mot denna bakgrund som en statlig angelägenhet att medverka till att för landet i dess helhet fastlägges en rationell plan för utbyggnaden av den specialiserade kroppssjukvården, vilken skall ha till syfte att säkerställa, att redan befintliga kliniker kan effektivt utnyttjas och att för varje del av landet rimligt dimensionerade och ekonomiskt fungerande vårdenheter kan drivas. Särskilt frågan om antalet

regioner och deras avgränsning anser jag av nämnda skäl motivera ett ställningstagande från statsmakternas sida.

Det torde vidare icke kunna bestridas, att staten såsom ansvarig för andra vårdområden, främst mentalsjukvården och provinsialläkarväsendet, liksom för samhällsplaneringen i stort har ett allmänt intresse av att de betydande ekonomiska och personella resurser, som ett utbyggande av den specialiserade kroppssjukvården kräver, icke tages i anspråk på sådant sätt, att andra vårdområden blir lidande eller förutsättningarna för en sund samhällsekonomisk planering rubbas.

Ett vägande skäl för ett statligt medinflytande över utbyggnaden av regionsjukvården är vidare att staten såsom ansvarig för läkarutbildning och forskning har att tillse, att regionaliseringen ej genomföres så, att nämnda uppgifter icke kan fullgöras på ett tillfredsställande sätt, och att utbyggnaden genomföres i en takt, som är försvarlig med hänsyn till utbildningskapaciteten beträffande läkare. Rent ekonomiskt har staten också såsom huvudman för de statliga undervisningssjukhusen eller genom avtal med de kommunala huvudmännen bundit sig för betydande investerings- och driftutgifter för undervisning och forskning vid flertalet av de sjukvårdsinrättningar, kring vilka regionaliseringen förutsättes skola uppbyggas.

Jag vill i detta sammanhang starkt betona, att även de kommunala sjukvårdshuvudmännen har ett omedelbart intresse av att gynnsamma förutsättningar skapas för en allsidig och gedigen läkarutbildning och en progressiv medicinsk forskning, då en modernt inriktad och utvecklingsbar sjukvård omöjliggöres, om dessa förutsättningar brister. Det finns därför enligt min mening anledning att räkna med en positiv inställning från sjukvårdshuvudmännens sida, när det gäller att vid planläggningen och utbyggnaden av sjukvården tillgodose den kliniska undervisningens och forskningens behov av patientunderlag etc. Jag har funnit mig böra särskilt understryka denna synpunkt, eftersom jag tyckt mig i vissa remissvar från huvudmannahåll kunna spåra en tendens att vilja betrakta undervisningens och forskningens intressen såsom underordnade vid regionvårdsplaneringen.

I nära samband med frågan om statens ansvar för forskning och undervisning får slutligen ses de intressen staten har att bevaka såsom huvudman för de statliga undervisningssjukhusen. I denna egenskap har staten att fylla även rent sjukvårdsmässiga och sjukhusorganisatoriska uppgifter och intar här sålunda samma ställning som övriga sjukvårdshuvudmän.

Regionsjukvårdens utbyggande måste såsom jag förut antytt grundas på samverkan mellan berörda huvudmän. Givetvis är det önskvärt, att även de statliga intressen, som beröres av utbyggnaden, och de vidare aspekter på regionaliseringen, som det enligt vad jag nyss berört ankommer på statsmakterna att anlägga, kan bli tillgodosedda i samförstånd med övriga parter. Jag har sålunda ansett det angeläget att såvitt möjligt undvika, att lagstiftning skulle behöva tillgripas i dessa frågor. I sådant syfte har jag un-

der regionvårdsfrågornas beredning i inrikesdepartementet kallat företrädare för de närmast berörda huvudmännen till överläggningar beträffande aktuella problem. Med tillfredsställelse konstaterar jag, att det härvid blivit möjligt att överbrygga flertalet av de meningsmotsättningar som förelagat och nå fram till samförståndslösningar i de för regionplaneringen i stort avgörande frågorna. De förslag jag i det följande framlägger är i väsentliga delar ett resultat av de förda diskussionerna. Jag anser mig därför kunna påräkna, att vad jag sålunda förordar kommer att bli vägledande för huvudmännens fortsatta planering.

Självfallet kan det i förevarande sammanhang endast ifrågakomma att i stora drag angiva riktlinjerna för den fortsatta regionvårdsplaneringen och att taga ställning till de frågor, som kan anses ha mera principiell räckvidd. De riktlinjer som här drages upp skall sålunda icke syfta längre än till att nå planmässighet vid utbyggnaden av regionspecialiteterna och möjliggöra en rationell dimensionering och samordning av vårdresurserna. Den detaljmässiga utformningen av organisationen bör det givetvis ankomma på vederbörande huvudmän att bedöma utifrån lokala förutsättningar och behov samt på basen av de detaljutredningar, som måste föregå varje särskilt utbyggnadsprojekt. Ehuru långsiktighet bör eftersträvas vid planläggningen i stort, ligger det i sakens natur, att den ej får bli bindande på sådant sätt, att en sund fortsatt utveckling av sjukvården försvåras. Särskilt gränsdragningen mellan länsspecialiteter och regionspecialiteter samt frågan, vilken grad av självständighet olika specialiteter bör intaga, måste naturligtvis kunna omprövas, när den medicinska utvecklingen ger anledning därtill.

Den fortsatta utvecklingen av regionspecialiteterna och realiserandet av de olika utbyggnadsplanerna kan väntas aktualisera avvägningsproblem och intresse motsättningar, som kräver samverkan över regiongränserna. Jag avser att i det följande återkomma till frågan om i vilka former olika intressen i sådana situationer skall kunna samordnas.

III. Regionspecialiteterna

Regionvårdsutredningen

Allmänna synpunkter på specialiseringen

Beträffande flera av de mest utpräglade specialiteterna framtvings enligt regionvårdsutredningen specialiseringen av rent tekniska skäl, eller också motiverar de organisatoriska kraven en uppdelning av verksamheten. Detta gäller bl. a. disciplinerna neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi och radioterapi.

När det gäller uppdelning av den interna medicinen anser sig dock utred-

ningen böra gå fram med försiktighet. Internisten framträder nämligen alltmör på det stora specialiserade sjukhuset som den, som har att utöva en mångsidig koordinerande funktion inom den medicinska verksamheten. De olika verksamhetsområdena inom internmedicinen griper över i varandra i sådan grad, att en organisatorisk boskillnad dem emellan ofta ter sig konstlad. En enhetlig medicinsk och administrativ ledning av huvuddelen av internmedicinen är enligt utredningens mening därför att föredraga. Systemet med subspecialisering under biträdande överläkare eller konsultläkare synes utredningen här böra förordas som särskilt ändamålsenligt.

En utdifferiering av nya verksamhetsgrenar inom kirurgin finner utredningen ej möta samma svårigheter. Att specialiseringen går lättare på den kirurgiska sidan beror på verksamhetens tekniska betoning och på att speciella krav ställes på utrustning av ofta komplicerad art. Ur rekryteringssynpunkt torde även enligt utredningens mening helt självständiga kliniker för ifrågavarande kirurgspecialiteter vara att förorda. Den samordning av kirurgins olika grenar, som kan behöva uppehållas med hänsyn till medicinsk utbildning och forskning, finner utredningen eventuellt kunna åstadkommas genom ett föreståndareskap för kirurgin av den typ de nya universitetsstatuterna föreslår för vetenskapliga institutioner med mer än en professor.

Efter dessa inledande synpunkter övergår utredningen till att behandla de specialiteter, som enligt dess mening bör vara företrädda på regionplanet eller är förtjänta att upptagas till prövning i sammanhanget.

Neurokirurgi

Vid de i medicinalstyrelsen i juni 1954 hållna överläggningarna rådde enighet om att en alltför stark decentralisering vid planläggningen av nya neurokirurgiska avdelningar vore olämplig. Specialiteten vore dyrbar i såväl anläggning som drift, och samarbete med neurolog och specialutbildad röntgenolog ansågs erforderligt.

I fråga om det framtida vårdplatsbehovet för neurokirurgi anför utredningen bl. a., att den neurofysiologiska grundforskningens raska frammarsch och den förbättrade diagnostiska och terapeutiska arsenal, som härigenom ställes till neurokirurgins förfogande, framdeles torde ytterligare vidga tillämpningsområdet för denna verksamhetsgren. Härtill kan också förväntas bidra tekniska framsteg på narkosgivningens, operationsteknikens och chockbehandlingens område. Utredningen anser det därför befogat att vid beräkningen av neurokirurgins framtida resurser taga en icke oväsentlig expansion i beaktande. Med hänsyn härtill räknar utredningen med ett teoretiskt behov av cirka 300 vårdplatser för neurokirurgi vid regionsjukhusen, d. v. s. 4,1 vårdplatser per 100 000 invånare. Såsom lämplig klinikstorlek anges 40—45 vårdplatser.

Neurologi

Neurologin, som huvudsakligen behandlar de organiska nervsjukdomarna, är en del av den interna medicinen men har starka förbindelser med psykiatri och psykologi. Inom dess område faller nämligen de funktionella nervsjukdomarnas och psykoneurosernas diagnostik och behandling. Utredningen finner det betydelsefullt, att specialiseringen över huvud taget ej drives längre än nödvändigt. De tekniska framstegen inom den neurologiska diagnostiken har emellertid nått dithän, att dess utövning kräver ingående kunskaper i grundvetenskaperna fysik, anatomi och fysiologi, vilka endast kan förvärfvas och vidmakthållas av den som enbart inriktat sig därpå.

En viktig sjukdomsgrupp, för vilken neurologisk specialistvård är särskilt påkallad, är epilepsin. Den inom medicinalstyrelsen år 1954 verksamma delegationen för epileptikervården (SOU 1955: 52) angav förekomsten av epilepsi i vårt land till 5 ‰ och antalet kliniskt undersökta fall under år 1954 vid de neurologiska klinikerna till 423. Utredningen anser, att en nöjaktig epilepsiutredning ej sällan kan företagas vid medicinsk eller pediatrik klinik, men vill i princip förorda, att flertalet utredningar handlägges vid regionala neurologiska kliniker.

Den i vårt land vanligaste organiska nervsjukdomen är s. k. multipel-skleros (MS), en långvarig, oftast i skov förlöpande sjukdom med spridda härdar inom det centrala nervsystemet. Mot bakgrunden av vissa utländska frekvenstal räknar utredningen med omkring 5 000 MS-sjuka i vårt land. Inrättandet av neurologiska specialavdelningar är enligt utredningens mening av grundläggande betydelse för god vård av de MS-sjuka.

Frågan om den lämpliga organisationen av neurofysiologisk service, som är av stor betydelse icke blott för den medicinska utan även för den kirurgiska sidan av neurologin, finner utredningen svårbedömd. Man kan härvid tänka sig antingen en horisontell organisation av innebörd, att neurofysiologin infogades under den kliniska fysiologin, eller en vertikal uppdelning, innebärande att neurologin skulle ha sin särskilda laboratorieorganisation. Även om den vertikala organisationsformen kan erbjuda åtskilliga fördelar både ur arbetsekonomiska synpunkter och med hänsyn till fördelen av intim kontakt mellan klinik och laboratorium, finner utredningen, att önskemålet att på rationellaste sätt utnyttja personal och utrustning visar hän mot en sammanhållning av den kliniska fysiologin i en överläkares hand, något som för utredningen också framstår som den enda tänkbara lösningen med hänsyn till rådande brist på läkare och i synnerhet på välutbildade fysiologer. Utredningen förordar därför, att inom den horisontella organisationen neurofysiologin beredes möjlighet att arbeta som en sektion av det kliniskt fysiologiska laboratoriet och med sina lokaler anslutna till medicinsk och kirurgisk neurologi samt psykiatri. Denna organisatoriska enhet finner utredningen av praktiska skäl böra få beteckningen neuropsykiatriska blocket.

I fråga om den neurologiska rehabiliteringen anser utredningen, att denna verksamhet bör inordnas under generella rehabiliteringsavdelningar. Utredningen understryker angelägenheten av att sådana avdelningar snarast kommer till stånd vid regionsjukhusen.

Antalet erforderliga vårdplatser för hela den neuromedicinska vården uppskattas av utredningen till 12 å 16 per 100 000 invånare, varvid utredningen dock är benägen att som ett förstahandsmål rekommendera den lägre av dessa siffror. På regionplanet bör anordnas endast så många neurologiska vårdplatser, som med hänsyn till lämplig klinikstorlek bör ifrågakomma. Övriga platser anser utredningen böra tillkomma vid de större centrallasaretten. Såsom lämplig klinikstorlek föreslås 60 vårdplatser.

Vad särskilt angår vården av paraplegikerna finner utredningen, att varje regionsjukhus med sina specialkliniker och laboratorieorgan är väl kvalificerat att meddela högtstående vård under det akuta stadiet av en paraplegi oberoende av dess orsak. Någon särskild organisation härför har utredningen därför ej förordat.

Thoraxkirurgi

Utredningen finner anledning att trots lungtuberkulosens allmänna tillbakagång räkna med ett relativt stort behov av thoraxkirurgiska vårdplatser i framtiden. Även om antalet lungtuberkulosfall visar en sjunkande frekvens, ökar nämligen antalet fall av lungcancer. Härtill kommer, att man torde kunna emotse en ytterligare, starkt tekniskt betonad utveckling inom hjärt-kärlkirurgin, nämligen i samband med en mera allmän tillämpning av extrakorporeal cirkulation (»konstgjort hjärta», hjärt-lungmaskin, som medger operation på det blodtomma hjärtat) och operationer på nedkyld patient. Dessa och andra framsteg kommer att starkt understryka centraliseringskravet och kan innebära utvecklingen av en intrakardial kirurgi av betydande omfattning. Därest det därjämte visar sig möjligt att angripa vissa av de utomordentligt vanliga, i huvudsak av åderförkalkning framkallade, lokala sjukdomstillstånden i hjärtats egna kärl (kronara sjukdomar), kommer specialiteten att tillföras ett mycket omfattande klientel. Också i fråga om förvärvade, i regel reumatiska hjärtfel, s. k. klaffel, torde i framtiden antalet kirurgiska ingrepp komma att öka, ehuru frekvensen av den reumatiska febern synes vara i sjunkande. Utredningen finner det därför välbetänt att räkna med ett ökat tillämpningsområde för framtidens hjärtkirurgi.

I huvudsaklig överensstämmelse med organisationen av karolinska sjukhusets thoraxklinik förordar utredningen, att thoraxkirurgin skall bilda kärna i ett »thoraxblock», bestående av thoraxkirurgisk klinik, medicinsk lungklinik, hjärtklinik för specialutredning, specialsektion av röntgenavdelningen, sektion av fysiologiska laboriet för respirations- och cirkulationsfysiologi samt sjukgymnastisk avdelning.

Det totala behovet av regionala vårdplatser för thoraxkirurgi beräknas av utredningen till 400, d. v. s. till 5,5 per 100 000 invånare.

Vårdavdelningarnas storlek bör enligt utredningen med hänsyn till klienteletts uttalade behov av övervakning och terapeutiska åtgärder av skilda slag, särskilt under det postoperativa skedet, ej utformas för fler än 25 patienter. Såsom lämplig klinikstorlek angives 50 eller högst 75 vårdplatser.

Det må i detta sammanhang nämnas, att utredningen mot bakgrunden av den starkt minskade frekvensen av lungtuberkulosfall och den därigenom låga beläggningen å sanatorierna förordar, att huvudmännen i regel var för sig eller undantagsvis i samarbete med varandra omändrar ett centralsanatorium till en *klinik för lungsjukdomar* i allmänhet och att därvid utväljes ett, som har gott kommunikationsläge och som är beläget i närheten av ett centrallasarett, med vilket lungkliniken kan utveckla ett intimt samarbete för att i en framtid uppgå i detsamma.

Kardiologi

På grund av de högre åldrarnas allt större andel av befolkningen befinner sig hjärt-kärlsjukdomarnas betydelse som dödsorsak och invaliditetsorsak i stigande. Emellertid är det enligt utredningens uppfattning endast ett ringa antal av cirkulationsorganens sjukdomar, som f. n. kan anses vara i behov av en specialiserad vård utanför den allmänna internmedicinska kliniken. I första hand skulle ett sådant vårdbehov gälla den grupp av hjärt- och kärlsjukdomar, som kan bli föremål för kirurgiska ingrepp och som dessförinnan måste genomgå en starkt tekniskt betonad diagnostik, syftande till ett preciserat anatomiskt och funktionellt klarläggande av det enskilda sjukdomsfall. Dessutom föreligger beträffande vissa andra svårdiagnostiserade hjärtfall ett behov att tillämpa samma specialiserade och avancerade diagnostik som i fråga om de fall, vilka bedömes böra bli föremål för kirurgiska ingrepp.

Med hänsyn till önskvärdheten av att invärtesmedicinen så långt möjligt sammanhålls, stannar utredningen vid att förorda kardiologiska kliniker om cirka 30 vårdplatser. Dessa kliniker föreslås ingå i regionsjukhusens thoraxblock.

Plastikkirurgi

Plastikkirurgi är närmast liktydigt med rekonstruktiv kirurgi, d. v. s. operationsverksamhet med syfte att återställa normala förhållanden vid missbildningar, förvärvade deformiteter och defekter. Klientelet utgöres i stigande utsträckning av trafikolycksfall. Plastikkirurgin sysselsätter sig bl. a. också med förbättrande av individens utseende (den kosmetiska kirurgi) samt behandling av kroniska bensår och brännskador.

Beträffande handkirurgin, som på vissa håll utbrutits som en självständig disciplin, anför utredningen, att den bör vid regionsjukhusen tills vidare få utveckla sig som en subspecialitet av plastikkirurgin eller extremitetskirurgin.

Utredningen uppskattar behovet av vårdplatser för plastikkirurgi för hela landet till 400 (5,5 per 100 000 invånare) och föreslår inrättandet av plastikkirurgiska kliniker om 60 vårdplatser inom varje region.

Barnkirurgi

Barnkirurgins nuvarande verksamhetsområde omfattar i princip två huvudgrupper av fall. Den ena gruppen är barnålderns allmänkirurgiska sjukdomar. Flertalet av dessa fall utgöres av akuta bukfall, bråck och olycksfall. Den andra gruppen utgöres av de för barnåldern specifika sjukdomarna och består till väsentlig del av de kongenitala missbildningarna inom olika organsystem, matsmältnings-, cirkulations- och andningsorganen samt urogenitalsystemet. Här finns ett flertal missbildningar, som kräver omedelbar operation av den nyfödde för att möjliggöra fortsatt liv.

Utredningen förordar tillskapandet av särskilda vårdmöjligheter för sjuka barn och vårdens sammanförande inom regionsjukhuset till ett pediatrikt block, omfattande — förutom barnkirurgi — internpediatrik och barnpsykiatri, så långt detta är praktiskt och ekonomiskt möjligt.

Vårdplatsbehovet för barnkirurgi i tätort beräknas av utredningen till 1 ‰ av barnantalet i åldrarna t. o. m. 15 år. Vårdplatsbehovet för speciell barnkirurgi i glesbebyggelse uppskattas till $\frac{1}{5}$ ‰ av antalet barn i nämnda åldrar. Allmän kirurgi för barn bör enligt utredningen hänföras till perifera sjukvårdsanstalter inom glesbebyggelse.

En vårdenhet bör enligt utredningens mening inte överstiga 25 vårdplatser. Utredningen finner, att man bör räkna med barnkirurgiska kliniker om minst två vårdenheter vid varje regionsjukhus.

Urologi

Urologin, d. v. s. läran om urinvägarnas sjukdomar, utgör ett område, där flera medicinska discipliner möts. Sålunda behandlas urinvägsinfektioner icke blott inom kirurgin utan även inom gynekologin och internmedicinen. Utvecklingen på undersökningsmetodikens område och de vidgade indikationerna för operativa ingrepp har emellertid lett till att urologin blivit en kirurgisk specialitet, ehuru med omfattande kontakter med bl. a. internmedicin, bakteriologi, radiologisk diagnostik och terapi, reumatologi samt neurologi.

Urologin bör enligt utredningens uppfattning betraktas som en omfattande specialitet. En del av verksamheten kan visserligen med fördel handhas av kirurgerna vid allmänkirurgiska lasarettssavdelningar, men det finns —

framför allt på grund av att i många fall en speciell undersöknings- och operationsteknik ej kan undvaras — ett behov av specialistvård, som bör meddelas av särskilt tränade läkare med utbildning vid urologiska kliniker.

På regionplanet förordar utredningen urologiska kliniker om 50—60 vårdplatser, varav $\frac{2}{3}$ manliga med hänsyn till dessa sjukdomars högre frekvens hos män.

Med hänsyn till urologins starka tekniska utveckling och vidgade arbetsuppgifter förordar utredningen vidare, att särskild urologisk expert anställs vid de större centrallasarettens såsom biträdande överläkare eller eventuellt konsultläkare och att denne gives egna vårdplatser samt goda resurser för öppen vård.

Radioterapi

Strålbehandling av i dag omfattar behandling med radium och radioaktiva isotoper, röntgenterapi inom 50—400 kilovoltområdet och med miljonvoltsanläggningar samt behandling med betatron med utnyttjande av både beta- och gammastrålning i form av rörelsebestrålning (konvergens-, rotations- och pendelbestrålning).

Utredningen finner det nödvändigt att vid planeringen av den radioterapeutiska vården i Sverige särskilja tvenne grupper arbetsuppgifter, vilka kräver väsentligt olika resurser, nämligen dels strålbehandling av elakartade tumörer, till vilka även hänföres vissa allvarliga sjukdomar i blodbildande organ, lymfvägar och bensystem, dels strålbehandling av inflammatoriska och reumatiska sjukdomstillstånd, hudåkommor, vissa blodsjukdomar och ämnesomsättningsrubbningar samt smärtlindrande bestrålning.

Inom förstnämnda indikationsområde fordras hela den terapeutiska arsenalen. Inom det sistnämnda är det framför allt gränsstrålning samt röntgenbehandling inom 50—200 kilovoltområdet, som kommer till användning, ävensom i vissa fall av ämnesomsättningsrubbningar och blodsjukdomar radioaktiva isotoper. Sådan strålbehandling har sedan länge bedrivits vid alla större röntgenavdelningar.

Utredningen finner för sin del behov föreligga av särskilda radioterapeutiska avdelningar vid enstaka centrallasarett. Verksamheten därstädes bör enligt utredningens bestämda mening inskränkas vad beträffar tumörterapi till behandling av långt framskridna fall och till rutinmässig standardbehandling av vissa tumörsjukdomar och bör vidare ske i intim kontakt med närmaste centralanstalt för radioterapi. Utredningen anser, att största återhållsamhet bör iakttagas vid inrättande av sådana avdelningar och att radioterapi i möjligaste mån bör centraliseras till centralanstalter. Till sistnämnda anstalter bör i princip all behandling av maligna tumörer centraliseras.

F. n. finns tre centralanstalter för radioterapi, de s. k. jubileumsklinikerna

i Stockholm, Lund och Göteborg, var och en med sitt bestämda upptagningsområde.

Upptagningsområdet för jubileumskliniken i Stockholm omfattar Stockholms stad, Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Gotlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Väster-norrlands, Västerbottens, Norrbottens och Jämtlands län. Den 31 december 1955 motsvarade detta 58,0 % av Sveriges befolkning eller 4 228 000 invånare. Upptagningsområdet för jubileumskliniken i Göteborg omfattar Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands och halva Hallands län, d. v. s. en befolkning av 1 486 000 invånare, motsvarande 20,4 % av befolkningen. Jubileumsklinikens i Lund upptagningsområde omfattar Malmöhus, Kristianstads, Blekinge, Kalmar, Kronobergs och halva Hallands län, d. v. s. en befolkning av 1 577 000 invånare (21,6 %).

Beträffande behovet av vårdplatser vid jubileumsklinikernas allmänna avdelningar anför utredningen att man i detta sammanhang bör beakta,

1) att ett visst antal tumörpatienter, som erhåller radioterapi vid jubileumsklinikerna, på grund av platsbristen måste inkvarteras på andra kliniker, i första hand på kirurg- och öron-näs-halsavdelningarna,

2) att en del av de polikliniskt behandlade patienterna rätteligen borde vårdas såsom sängliggande på sjukhuset under behandlingen,

3) att platsbristen tvingat läkarna att ofta intensifiera terapin på ett icke önskvärt sätt och att patienterna ofta måste utskrivas, innan man kunnat bedöma strålreaktionen, samt

4) att vederbörande överläkare tvingats att avvisa ett stort antal patienter, som visserligen ej kunnat räkna på varaktig hjälp men vilka dock skulle ha haft nytta av strålbehandling. Antalet sådana avvisade patienter är störst vid jubileumskliniken i Stockholm och flera än de under 1956 mottagna nya fallen.

Vidare måste hänsyn tas till att en viss väntetid förekommer. Enär oftast någon väntan ej kan tolereras med hänsyn till att sådan skulle innebära minskad effektivitet vid behandlingen, har man emellertid såsom nyss nämnts försökt placera patienterna på andra kliniker, förkorta vårdtiden och så långt möjligt använda sig av poliklinisk behandling.

Vidkommande behovet av vårdplatser vid de gynekologiska avdelningarna framhåller utredningen, att platsbehovet vid jubileumsklinikerna i Göteborg och Lund 1956 var relativt väl tillgodosett, under det att rådande förhållanden vid jubileumskliniken i Stockholm är mycket otillfredsställande. Den starka ökningen av arbetet har tvingat till genomförande av åtgärder, som ur många synpunkter måste anses olämpliga. Medelvårdtiden för patienter, som undergår radiumbehandling, är t. ex. endast 2—3 dagar. En ökning av medelvårdtiden för denna grupp av patienter till den önskvärda, 7—8 dagar, skulle vid samma tillströmning av patienter erfordra en ökning av antalet vårdplatser med 25. Hänsyn har då icke tagits till att ett stort antal patienter, som rätteligen bort intagas på avdelningen, erhållit poliklinisk behandling och att väntetiden är sex veckor eller mera. Arbetet vid denna avdelning är till den grad uppdrivet, att trots alla vidtagna skyddsåtgärder de stråldoser, för vilka personalen vid vård- och operationsavdelningarna utsättes, väsentligt överstiger de maximalt tillåtna.

¹ Från den 1 juli 1957 mottages patienter från detta län för vård också på jubileumskliniken i Lund.

Utredningen finner, att en utbyggnad av behandlingsresurserna för maligna tumörer snarast bör komma till stånd och att behovet av vårdplatser vid välutrustade centralanstalter av den typ de nuvarande jubileumsklinikerna representerar är särskilt trängande. Mot bakgrunden av den för Göteborgskliniken befintliga platstillgången, vilken dock kan anses vara i underkant, beräknar utredningen antalet erforderliga vårdplatser till 8 per 100 000 invånare, vilket innebär, att hela landet skulle behöva cirka 260 nya platser vid centralanstalt utöver de existerande 322. Fördelningen mellan gynekologiska och allmänna vårdplatser, som f. n. är cirka 1: 2, föreslår utredningen något förskjutet till de gynekologiska platsernas förmån, då belastningen är större i fråga om dessa. Den erforderliga ökningen av antalet vårdplatser finner utredningen inte lämpligen kunna åvägbringas enbart genom utbyggnad av de nuvarande jubileumsklinikerna, då dessa därigenom skulle bli alltför stora. Utredningen föreslår därför, att centralanstalter för radioterapi skall ingå i den regionala sjukhusorganisationen. Ur organisatorisk synpunkt bedömes den lämpliga storleken för en centralanstalt vara 100—150 vårdplatser.

Utredningen understryker vidare starkt det särskilda behovet av sjukhusfysiker vid i första hand centralanstalter för radioterapi, alltså vid region-sjukhus. Därutöver föreligger enligt utredningens mening ett behov av sjukhusfysiker även vid de större centrallasaretten.

Dermatologi

Utredningen erinrar om att den betecknat dermatologin som en specialitet, vilken utan varje tvivel bör vara representerad på regionplanet men dessutom behöver tillgodoses med kliniker inom de större sjukvårdsområdena. Vidare konstateras att dermatologiska kliniker redan kan anses i princip införlivade med de sjukhus, som rimligtvis kan ifrågakomma som region-sjukhus.

I fråga om könssjukdomarna finner utredningen, att det totala vårdbehovet efter penicillinets införande i terapin 1946 är tämligen konstant och praktiskt taget helt betingat av gonorrhén. Däremot ökar hudsjukdomarna i frekvens framför allt genom antalet allergiska eksem framkallade genom överkänslighet mot det stora antalet kemiskt tekniska preparat, som numera kommer till användning, särskilt i olika slags yrkesarbete.

Det allmänna behovet av dermatologiska vårdplatser uppskattar utredningen till 15 per 100 000 av befolkningstalet. Inom de tre största städerna torde dock behovet bära beräknas till 30 per 100 000.

Utredningen finner behovet av ambulatorisk vård vara stort inom denna specialitet, vilket påkallar en decentralisering av specialisterna, även om vårdavdelningarna härigenom skulle bli relativt små.

Beträffande dimensioneringen av klinikerna på regionplanet understryker utredningen betydelsen av att dessa kliniker blir tillräckligt stora, då även

med en utbyggd perifer vård de mera komplicerade fallen kommer att dras till dessa och då undervisning och forskning har behov av ett relativt stort inneliggande klientel. Med hänsyn härtill förordar utredningen kliniker om i regel 50 å 60 vårdplatser på regionplanet.

Käkcentraler

För att erhålla en uppfattning om de viktigaste grupperna av skador och defekter, som skulle utgöra underlag för käkcentralernas verksamhet, har utredningen sammanställt fallen av käkfrakturer, käkställningsanomalier samt defektproteser och obturatorer¹ under år 1956 vid 17 centraltandpolikliniker samt vid de dåvarande två tandläkarhögskolorna.

	Frakturer	Käkställningsanomalier	Defektproteser och obturatorer
17 centraltandpolikliniker.....	376	48	110
Tandläkarhögskolan i Stockholm.....	35	24	22
" i Malmö.....	33	30	19
Summa	444	102	151

De flesta rätt vanliga käkfrakturerna hör enligt utredningen hemma på central- och normallasarett. Detsamma gäller det övervägande antalet tandkirurgiska fall. De fall, som kräver specialistvård, är främst svårare käk- och ansiktsfrakturer, käkställningsanomalier, rekonstruktioner efter svåra olycksfall och resektioner för tumörer samt en del missbildningar inom ansiktet, läpparna, gommen och käkarna. Dessa tillstånd är dock såsom framgår av sammanställningen relativt fåtaliga men ur både medicinsk och social synpunkt ytterligt viktiga. Deras omhändertagande bör därför starkt centraliseras och läggas i händerna på högkompetenta specialister. Den av utredningen företagna frekvensundersökningen talar för att detta bör ske på regionplanet, för att materialet skall bli tillräckligt.

Utredningen framhåller vidare, att de akuta fallen många gånger fordrar omedelbart omhändertagande på grund av andningshinder och till och med livshotande blödningar inom munhålan eller andra komplikationer. Sådana fall fordrar måhända trakeotomi eller andra åtgärder och handlägges då bäst på kirurg- eller öronklinik, både ur primär behandlingssynpunkt och för den kommande efterbehandlingen. Samma sak kan sägas om alla överkäkstumörer, både benigna och maligna. Dessa omhänderhas företrädesvis på otologisk klinik i samarbete med radioterapeuter samt — när det kan bli fråga om rekonstruktioner — med käkprotetiker och plastikkirurger.

Det är emellertid enligt utredningens mening otvivelaktigt, att ett led i det teamwork, som redan utvecklat sig mellan allmänkirurger, otologer,

¹ Obturator är en apparat för tilltäppning av gomdefekter.

plastikkirurger och odontologer, behöver förstärkas, nämligen det odontologiska, genom expertis inom käkprotetik och käkortopedi. Utredningen förordar därför, att vid varje regionsjukhus skapas en s. k. käkcentral, utgörande en arbetsenhet för behandling av komplicerade käk-ansiktsfrakturer, käkställningsanomalier, läpp-käk-gomdefekter och rekonstruktioner inom ansikte och käkar. Denna funktionella enhet åstadkommes genom medverkan av de av utredningen tidigare föreslagna plastikkirurgiska kliniker, öron-, näs- och Halskliniken och nytillkommande expertis för käkortopedi och käkprotetik.

Övriga specialiteter och serviceavdelningar

Utredningen har närmare skärskådat ytterligare ett antal internmedicinska och kirurgiska specialiteter, vilkas ställning är aktuell i den medicinska debatten och rörande vilka förfrågningar och önskemål från huvudmanna- eller läkarhåll framförts till utredningen. *Reumatologin* har enligt utredningen visat sig utvecklas i en sådan riktning, att en fortsatt utbrytning av reumatologin ur invärtesmedicinen genom upprättande av ytterligare ett antal speciella reumatikersjukhus med särskilda upptagningsområden i enlighet med förslag av 1944 års reumatikervårdssakkunniga blivit allt mindre aktuell. Särskilt upptäckten av cortisonets effekt vid akut och kronisk ledgångsreumatism har fastslagit de endokrina faktorernas roll vid dessa sjukdomar och knutit specialiteten fastare till internmedicinen.

Utredningen erinrar om att pensionsstyrelsen sedan början av 1920-talet bedrivit reumatikervård vid egna anstalter i invaliditetsförebyggande syfte. Dessa anstalter utgör dels fristående sjukhus, dels centrallasarettanslutna reumatikeravdelningar. De senares nära samhörighet med internmedicinen markeras därigenom att, med undantag för Lund, överläkaren vid den medicinska kliniken också är ansvarig läkare för reumatikeravdelningen. På så sätt ordnade avdelningar finns f. n. i Norrköping, Lidköping, Umeå och Boden. Utredningen konstaterar, att denna verksamhet på sina håll avvecklats och att en tendens föreligger, att reumatikerklintelet i större utsträckning än tidigare omhändertas å internmedicinska avdelningar, varvid vissa tidigare reumatikeravdelningar fått andra uppgifter. Då pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet gjorts till föremål för speciell utredning, finner sig regionvårdsutredningen ej böra närmare gå in på dessa frågor.

Utredningen erinrar vidare om att självständiga kliniker för reumatiska sjukdomar ledda av specialister i reumatologi f. n. finns vid Karolinska sjukhuset och vid Lunds lasarett, varjämte sådana reumatikerkliniker skall tillkomma i Uppsala och Göteborg. Därtill kommer pensionsstyrelsens anstalter i Nynäshamn och Tranås, som delvis är belagda med reumatiker, samt Riksföreningens mot reumatism anstalt i Spenshult. Den 31/12 1956 disponerades enligt vad utredningen inhämtat helt eller delvis 1 160 vårdplatser för reumatiskt sjuka.

Med hänsyn till reumatikeranstalternas spridning över hela landet — därvid en eller flera torde komma på varje region — finner utredningen icke skäl föreslå någon utökning utöver de specialavdelningar för reumatiskt sjuka, som kommer att inrättas vid Sahlgrenska sjukhuset och Uppsala akademiska sjukhus. I princip anser utredningen, att sådana kliniker icke behöver ingå som en nödvändig del av ett regionsjukhus, som förfogar över tillräckligt antal internplatser. Motiveringen härför sammanfattas i följande punkter.

1) De reumatiskt sjuka kan i allmänhet omhändertagas vid varje lasarett med internmedicinsk klinik. Vissa fall kräver emellertid vård vid centrallasarett, där det finns ortopedisk sakkunskap och en väl utbyggd rehabiliteringsorganisation.

2) Det finns f. n. inga särskilda tekniska resurser för diagnostik eller terapi av reumatiska sjukdomar, som kan framdragas som skäl för att organisera reumatologiska kliniker på regionplanet.

3) Den eftervård, som det föreligger stort behov av vid såväl den akuta reumatiska febern som den kroniska ledgångsreumatismen, kan med fördel lämnas på länsplanet. Här avses såväl konvalescentvård på lämpliga hem med tillgång till fysikalisk terapi som sjukgymnastisk behandling inom den öppna vårdens ram (distriktsgymnaster hos tjänsteläkare) ävensom den rehabiliteringsverksamhet, som enligt medicinalstyrelsens plan av år 1954 på senaste tiden börjat växa fram vid centrallasaretten.

4) Värdet av ett samlat klientel av reumatiskt sjuka för klinisk forskning, undervisning och specialistutbildning skall ej förringas. Även om den kliniska forskningen för närvarande har en tendens till intensivstudier av ett mera begränsat antal sjuka, är det dock av betydelse, t. ex. vid värdesättning av terapeutiska åtgärder, att klientelet ej är för litet. Enligt utredningens mening torde emellertid nu befintliga eller planerade anstalter fylla detta behov.

Beträffande *hematologin* (blodsjukdomarna) anför utredningen, att sjukliga förändringar av blodet och de organ, som har med blodets bildning och omsättning att göra, är bland de vanligaste sjukdomstillstånd, som invärtesläkaren men också barnläkaren har att behandla. Diagnostiken och behandlingen av dessa sjukdomstillstånd är en utomordentligt betydelsefull del av invärtesmedicinen och pediatriken och kräver allsidiga kunskaper inom hela moderfacket.

Utredningen ställer sig därför avvisande till ett utbrytande av hematologin ur invärtesmedicinen eller pediatriken. På kliniker, där särskilda personella förutsättningar finns, kommer helt visst hematologiska centra att utbilda sig, men detta bör enligt utredningens mening ske inom internmedicinens eller pediatrikens ram.

Med hänsyn till det behov av teknisk och laboratoriemässig service inom *blodgruppsserologi*, som kommer att finnas vid ett regionsjukhus med omfattande specialkirurgisk verksamhet, har utredningen övervägt, om blodgruppsserologin borde vara självständigt representerad på regionplanet. I detta sammanhang erinras om att medicinalstyrelsen räknat med att vid

de största sjukhusen och sålunda också vid regionsjukhusen kommer att finnas blodgivarcntral av typ I, d. v. s. med egen överläkare som chef. Denne bör bl. a. ha god blodgruppsserologisk utbildning. En sådan blodgivarcntral vid ett regionsjukhus torde enligt utredningens mening innebära särdeles goda förutsättningar för speciell blodgruppsserologisk diagnostik, vilket är av grundläggande betydelse för en rad av sjukhusets funktioner. Utredningen räknar dock ej med att en sådan blodgivarcntral alltid förfogar över tillräckliga resurser för det mest avancerade blodgruppsserologiska arbetet. Detta bör enligt utredningen liksom hittills utföras av den blodgruppsserologiska avdelningen vid statens rättskemiska laboratorium i Stockholm, som dessutom bör svara för viss del av testserumförsörjningen, prövning av sera o. s. v.

Särskilt under det senaste decenniet har forskningen över blodets koagulation gjort betydande framsteg. Vid Malmö allmänna sjukhus medicinska klinik har sedan september 1955 ett speciellt *koagulationslaboratorium* varit verksamt. Erfarenheten av den hittillsvarande verksamheten är enligt utredningens mening synnerligen lovande.

Utredningen finner de praktiska resultaten redan nu vara av sådan betydelse för den avancerade kirurgi, som förutsättes vid alla regionsjukhus att det i princip torde vara motiverat att där upprätta särskilda koagulationslaboratorier. Dessa skulle vidare ha en stor uppgift att fylla som referenslaboratorier för de perifera sjukhusens laboratorier. Utredningen är emellertid ej beredd att utan ytterligare erfarenhet förorda inrättandet av koagulationslaboratorier vid samtliga regionsjukhus utan föreslår en successiv utbyggnad, varvid Stockholm och Göteborg närmast bör komma i fråga vid sidan av det redan existerande laboratoriet i Malmö.

Den första behandlingen med »*konstgjord njure*» utfördes i Sverige 1946 vid lasarettet i Lund, där inom den medicinska kliniken skapats en avdelning för njurfall med särskild tanke på dialysbehandling. Avdelningen mottar fall från hela landet. Ursprungligen var behandlingen inriktad på urinförgiftning, särskilt vid akut njurinflammation och s. k. akut tubulär nefrit. Så småningom har indikationerna vidgats till att omfatta förgiftningar av allehanda yttre orsaker, i första hand sömnmedelsförgiftningar, där dialysmetoden innebär en möjlighet att snabbt befria organismen från det skadliga ämnet. Ett annat mycket betydelsefullt sjukvårdsproblem utgör den tilltagande frekvensen av trafikolyckor.

Med ledning av erfarenheterna från Lund har enligt utredningen det totala vårdbehovet i landet i fråga om konstgjord njure beräknats till 225 fall per år med minst 450 behandlingar.

Vid avdelningen i Lund har det visat sig, att man i mycket stor utsträckning behöver giva blodtransfusioner, följa vätske-elektrolyt- och äggvitebalans samt, särskilt för sömnmedelsförgiftningarna, tillämpa behandling i respirator. Enligt utredningens mening vore det därför önskvärt, om verk-

samheten med den konstgjorda njuren kunde upptagas inom internblocket under sådana former, att det perakuta vårdbehovet samtidigt tillgodosågs.

Utredningen erinrar vidare om att konstgjorda njurar donerats till karolinska sjukhuset, Sahlgrenska sjukhuset och centrallasarettet i Umeå. Då utredningen finner denna fördelning ändamålsenlig, föreslås, att behandling med s. k. konstgjord njure bedrives, t. ex. inom internblocket som en avdelning för perakut vård, till en början — förutom i Lund — även på de tre nämnda platserna.

Utredningen framhåller, att de *allergiska sjukdomarna* är i hög grad karakteristiska för vår tid och närmast en följd av industrialiseringen, särskilt på det kemisk-tekniska området. Ett annat utmärkande drag i tiden, nämligen det alltför omfattande och okontrollerade bruket av läkemedel (t. ex. antibiotika), är medansvarigt för de allergiska sjukdomstillståndens ökning.

Alla läkare möter enligt vad utredningen funnit allergier i sin verksamhet. Sålunda har hudläkaren ett omfattande klientel av allergiska eksem, nässelutslag och andra hudsymtom. Invärtesläkaren och lungläkaren får ta hand om de astmasjuka. Reumatologen och specialisten på mag-tarmsjukdomar konfronteras ständigt med allergier. Öron-, näs- och Halsläkaren behandlar hörsnuva och andra pollenallergier och allergiska tillstånd i näsan och dess bihålor.

Utredningen anser skäl saknas att sjukhusorganisatoriskt sammanföra de allergiska sjukdomarna, då detta varken arbetstekniskt eller med hänsyn till adekvat differentialdiagnostik, behandling eller uppträdande komplikationer kan anses ändamålsenligt. Enligt utredningens mening bör därför vården av de allergiska sjukdomarna ej organiseras som en specialitet inom sjukhusorganisationen, vare sig på läns- eller regionplanet. Däremot finner utredningen, att i första hand regionsjukhusen men också centrallasarettet är i behov av en mindre laboratoriemässig organisation, som bereder s. k. allergenextrakt både i speciella fall och för sjukhusets permanenta standarduppsättning och som i övrigt lämnar hjälp vid analysen av fallen ur allergisk synpunkt. Ett sådant laboratorium finner utredningen kunna anknytas till vilken som helst av intern-medicinska, dermatologiska, otologiska eller yrkesmedicinska klinikerna. Även en anknytning till det kliniskt kemiska eller serobakteriologiska laboratoriet kan tänkas.

I fråga om vården av astmasjuka erinrar utredningen i detta sammanhang om den stora fördel dessa patienter har av klimatväxling såväl för undvikande av allergenverkan som för behandling av samtida infektiösa tillstånd i luftvägarna.

Utredningen, som finner sig inte böra eller kunna närmare utreda storleken av vårdbehovet för astmasjuka eller söka ange formerna för dess organisation, anser sig dock böra framhålla, att det troligen inom varje sjukvårdsområde finns ett behov av vårdplatser för astmasjuka vid anstalter av typen klimatsanatorium. Som sådana skulle lämpa sig t. ex. tuberkulos-

sanatorier, som ej längre behövs för sitt ursprungliga ändamål. Även andra sjukdomstillstånd, där klimatbehandling kan vara indicerad, skulle kunna mottagas vid dessa anstalter. För erfarenhets vinnande föreslår utredningen, att detta projekt till en början realiseras på regionplanet.

Utredningen framhåller, att *endokrinologi* — d. v. s. den sjukvårdsspecialitet som behandlar sjukliga rubbningar hos insöndringsorganen, t. ex. sköldkörteln och bisköldkörtlarna, binjurarna, hypofysen (hjärnbihanget) och bukspottkörtelns insprängda cellöar, som producerar insulin — och ämnesomsättning är oskiljaktigt förenade och att de kan sägas utgöra den interna medicinens mest centrala ämnesområde. Utredningen finner därför skäl tala för att endokrinologin ej bör bli företrädd med fristående specialkliniker utan att vid sådana medicinska, ävensom kirurgiska och gynekologiska kliniker, där endokrinologin särskilt omhuldas, i stället skapas en sub-specialisering inom dessa klinikers ram. Utredningen betonar, att detta inte får tolkas så, att utredningen skulle vilja avstyra, att såsom skett redan 1956 vid serafimerlasarettet en endokrinologisk klinik med självständig överläkare inrättas, därest forskningsverksamheten skulle befinnas betjänt därav vid ytterligare något undervisningssjukhus.

I samband med behandlingen av endokrinologin har utredningen övervägt, huruvida ej på regionplanet kunde behövas ett för de skilda klinikerna gemensamt serviceorgan för hormonundersökningar — ett *hormonlaboratorium* av den typ, som f. n. finns vid karolinska sjukhusets kvinnoklinik. Utredningen erinrar om att hormonundersökningar även utföres vid Sabbatsbergs sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset och Malmö allmänna sjukhus under växlande organisatoriska betingelser.

Utredningen finner, bl. a. på grund av den knappa tillgången på tränade hormonkemister och då forskningen fordrar ett relativt stort material, övervägande skäl tala för att laborativ verksamheten på hormonområdet starkt centraliseras och framdeles bedrivs endast vid hormonlaboratorier vid regionsjukhusen i Stockholm, Göteborg och Lund-Malmö.

Utredningen erinrar om att mentalsjukvårdsdelegationen i sitt betänkande om psykisk barn- och ungdomsvård (SOU 1957: 40) föreslagit särskilda *mentalsjukhus för barn och ungdom* och beräknat vårdbehovet vid sådana sjukhus till 300 vårdplatser, fördelade på 5—6 institutioner. I anslutning härtill har fem upptagningsområden konstruerats. Med hänsyn till behovet av nära kontakt med barnpsykiatrisk forskning och undervisning har delegationen ansett, att universitetsstäderna borde vara de lämpligaste förläggningsplatserna.

Utredningen finner för sin del, att vård vid mentalsjukhus för barn är specialistvård av den art och omfattning, att den lämpligen kan innefattas i de regionvårdsavtal, som i enlighet med utredningens planer kan komma att uppgöras. Av praktiska skäl vore det därför önskvärt, att kongruens skapades så långt möjligt mellan de av mentalsjukvårdsdelegationen nämnda

områdena och de av utredningen i det följande föreslagna regionerna. Ansvaret för dessa sjukhus anser utredningen, i analogi med vad som gäller övrig psykisk barna- och ungdomsvård, böra anförtros landstingen och de landstingsfria städerna. Endast genom en sådan enhetlig ledning torde de samlade resurserna för vårdgrenen — materiellt och personellt — kunna utnyttjas.

Rehabiliteringsverksamheten bör enligt utredningens mening bedrivas på länsplanet. För denna verksamhet bör inrättas generella lasarettanslutna rehabiliteringsavdelningar med nära kontakt med arbets- och socialvården.

Vid varje centrallasarett bör vidare inrättas en direktanslutna *avdelning för långvarigt kroppssjuka* under särskild lasarettsläkare och med tillgång till ett modernt lasarett alla resurser för diagnostisk behandling och rehabilitering samt kompletterad med perifera sjukhem för mindre kvalificerad medicinsk vård. Utredningen anser sådana avdelningar för mera kroniska fall vara en utomordentligt betydelsefull del av den somatiskt-geriatriska vården.

I fråga om den akuta sjukhusvården för åldringar är det utredningens uppfattning, att den bäst beredes inom samma vårdavdelningar, som meddelar akutvård åt andra vuxna. Endast på detta sätt kan nämligen den åldrande komma i åtnjutande av all önskvärd specialistvård.

Att sammanföra akut och kronisk kroppssjukhusvård till särskilda s. k. geriatriska vårdavdelningar för individer över en viss ålder saknar enligt utredningens mening medicinsk grund och är ur psykologisk synpunkt mindre lyckligt. Den hittillsvarande erfarenheten av geriatriska vårdavdelningar i vårt land synes giva vid handen, att de antager karaktären av intern-medicinska lasarettavdelningar, antingen de startar som geriatriska avdelningar vid akutsjukhus eller utvecklar sig inom kronikervården.

Utredningen finner det uppenbart, att *yrkesmedicinen* med dess behov av intim kontakt med omgivningshygienens målsmän, arbetsplatserna och industriläkarna icke kan centraliseras till regionplanet. Därför förordar utredningen, att yrkesmedicinen blir i princip tillgodosedd på länsplanet samt att yrkesmedicinska centraler inrättas åtminstone vid sådana lasarett, som är belägna inom mera utvecklade industriområden. Vid regionsjukhusen bör dock enligt utredningens uppfattning den yrkesmedicinska kliniken givas något större dimensioner än på länsplanet, då regionsjukhusen givetvis kommer att draga till sig vissa särskilt svårutredda eller svårbehandlade fall från omgivande sjukvårdsområden.

Vissa serviceorgan. Utredningen förutsätter att, i likhet med vad förhållandet numera är vid alla undervisningssjukhus i landet, även regionsjukhusens laboratorieorganisation innefattar ett kemiskt laboratorium, ett fysiologiskt laboratorium, ett bakteriologiskt-serologiskt laboratorium samt en patologisk-anatomisk avdelning.

Det *kliniskt-kemiska* laboratoriets organisation har utredningen icke an-

sett sig behöva närmare beröra, även om utvecklingen där är snabb och en viss subspecialisering i framtiden är att emotse, t. ex. beträffande enzymologi och neurokemi.

Beträffande isotopverksamheten anför utredningen, att denna verksamhet torde bli mest omfattande vid det kliniskt-kemiska centrallaboratoriet. Den finner troligt, att verksamheten skulle vara i hög grad betjänt av en subspecialisering i form av särskilt isotoplaboratorium under biträdande överläkare med teoretisk isotopkunskap vid sidan om sin kliniskt-kemiska utbildning. Utredningen finner det önskvärt, att till laboratoriet också kunde knytas en kärnfysiker av facket. I fråga om den radioterapeutiska avdelningen, som använder sig av höga doser, torde enligt utredningen krävas ett särskilt behandlingslaboratorium.

Såsom framhållits under avsnitten om neurologi och thoraxkirurgi behöver enligt utredningens uppfattning det *fysiologiska* laboratoriet arbeta på sektioner för bl. a. respirations- och cirkulationsfysiologi, men laboratoriet bör dessutom ha en arbetsfysiologisk sektion i nära kontakt med region-sjukhusets rehabiliteringsorganisation. Även neurofysiologin anses trots ytterst intim anknytning till de neurologiska och neurokirurgiska klinikerna som sektion böra sortera under det fysiologiska laboratoriet av de skäl, som tidigare anförts.

Utredningen erinrar om att en särskild regionplan för landets *bakteriologisk-serologiska* laboratorier fastställts genom medicinalstyrelsens cirkulär den 25 februari 1956. Denna plan har närmast tillkommit med tanke på landets epidemiberedskap. Utredningen finner inga skäl att förorda, att dessa laboratoriers gemensamma utnyttjande regleras genom avtal mellan huvudmännen rörande den mera specialiserade sjukhusvården. Det nuvarande samarbetssättet, där den huvudman, som driver laboratoriet, direkt erhåller ersättning för utförda prov, synes utredningen vara helt tillfredsställande.

Beträffande den *virologiska diagnostiken* anser utredningen, att den bör hållas samlad till regionsjukhusens egna eller med sjukhuset direkt samarbetande större laboratorier, där den ur undervisningens och forskningens synpunkt är oundgänglig. Den virologiska verksamheten kräver en mångsidig, genom långvarig utbildning förvärvad kompetens, och det har visat sig svårt att rekrytera virologer i tillfredsställande antal. Vidare är virologiska institutioner dyrbara i anläggning och drift. Även för att säkerställa teknisk rutin och tillräcklig medicinsk erfarenhet bör ett virologiskt laboratorium betjäna ett stort befolkningsunderlag. F. n. finns en regional utbyggnad markerad genom virologiska laboratorier i Stockholm, Uppsala, Malmö, Lund och Göteborg.

I fråga om *patologiskt-anatomiska* avdelningar vid regionsjukhusen erinrar utredningen om att sådana vid överläggningarna i medicinalstyrelsen med huvudmannarådet och tillkallade representanter för patologisk ana-

tomi ansågs böra vara företrädda vid centrallasaretten inom varje landstingskommun. De till regionsjukhusen knutna institutionerna måste givetvis ges väsentligt större dimensioner än centrallasaretsavdelningarna bl. a. med hänsyn till undervisning och forskning.

Bland särskilda verksamhetsgrenar med anknytning till den patologiska anatomin, vilka skulle kunna anses vara betjänta av en centralisering, nämner utredningen *cytologiskt-diagnostiska* metoder, varmed menas den sjukdomsdiagnostik, som utföres på fria celler vare sig dessa normalt finns fritt cirkulerande som blodkropparna i blodet eller uppträder lösrykta ur sina vävnadsförband. Ehuru det i första hand torde vara centralanstalterna för radioterapi vid elakartade tumörer, som har behov av ett särskilt laboratorium för denna form av verksamhet, anser utredningen det dock vara av största betydelse för snart sagt alla kliniska specialiteter att ha tillgång till expertis på cytologisk diagnostik. Enligt utredningens mening vore det önskvärt, om patologerna i högre grad än som hittills skett tog hand om denna verksamhet, som av alla tecken att döma befinner sig i livlig utveckling. Den cytologiska utstryks- och punktionsdiagnostiken borde sålunda lämpligen ingå i det patologiskt-anatomiska laboratoriets organisation och där företräddas av en speciellt utbildad person. Visar det sig praktiskt, kan en arbetsfilial beredas på cancerkliniken.

Utredningen anser skäl saknas att närmare gå in på den centrala röntgenavdelningens organisation, för vilken lokala förhållanden torde få bli avgörande. Endast i fråga om barnblockets behov av röntgenologisk service finner utredningen anledning rekommendera en särskild *pediatrisk röntgenavdelning* med tanke på de särskilda svårigheter och de hänsyn, som måste tas vid röntgenundersökning av barn och som fordrar härför tränad personal.

Utredningen uttalar i detta sammanhang, att inrättandet av ett antal högt specialiserade kliniker och serviceorgan självfallet kommer att i hög grad påverka redan existerande avdelningar. Detta måste särskilt bli fallet med de medicinska och kirurgiska specialiteterna, från vilka utbrytningen av de av utredningen föreslagna regionspecialiteterna i huvudsak sker. Härvid uppkommer frågan, huruvida de medicinska och kirurgiska klinikerna med anledning härav kan minskas.

Utredningen framhåller, att de medicinska och kirurgiska liksom övriga redan befintliga kliniker vid regionsjukhuset givetvis kommer att representera en särskilt kvalificerad vård inom respektive fack. De måste därför vara beredda på att mottaga patienter från ett större upptagningsområde än det egna sjukvårdsområdet och dimensioneras med hänsyn därtill. Vid sidan av vårdplatser, avsedda att betjäna det egna sjukvårdsområdet, bör man alltså räkna med ett mindre antal platser för det regionala behovet.

Beträffande möjligheterna att minska de intern-medicinska avdelning-

arnas storlek anser utredningen, att de nytillkomna vårdplatserna, i synnerhet de neurologiska, torde komma att i någon mån avlasta internmedicinen på de håll, där den neurologiska specialiteten blir en nyhet, men knappast mer än att de nuvarande väntelistorna kan nedbringas och vårdtiden anpassas till en mer önskvärd längd än f. n. på flertalet håll är fallet. Utredningen föreslår sålunda icke någon minskning av det totala antalet vårdplatser för invärtes medicin.

Tillkomsten av de föreslagna särskilda kirurgiska specialiteterna, som tillhoppa bedömes omfatta mellan en femtedel och en sjättedel av kirurgins platsbehov, kan enligt utredningens uppfattning knappast undgå att medföra en minskning av den allmänna kirurgiska klinikens storlek åtminstone vid sådana regionsjukhus, där flera specialiteter nyskapas. Främst tillkomsten av urologi och barnkirurgi bör föranleda en icke oväsentlig justering. Utredningen rekommenderar, att ställning till dennas omfattning tages för varje regionsjukhus för sig under medverkan av bl. a. undervisningsmyndigheterna.

Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet

Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, som närmast haft att taga ställning till frågan om en avveckling av styrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet, tar i sitt betänkande bl. a. upp frågan om reumatikervårdens framtida ordnande. Utredningen anför härutinnan bl. a.

Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, vilken bedrivs vid tre särskilda sjukhus i Nynäshamn, Åre och Tranås samt vissa vid lasarett anordnade särskilda avdelningar, är begränsad huvudsakligen till tre sjukdomskategorier, nämligen reumatism, neuros och astma. Frågan om avveckling av denna verksamhet har varit föremål för behandling av flera utredningar. Principiell enighet har därvid förklarats vara rådande om att verksamheten borde avvecklas och vården omhändertagas av de ordinarie sjukvårdshuvudmännen.

Enligt de för utredningen meddelade direktiven bör en förutsättning för avvecklingen vara att tillfredsställande vårdmöjligheter allttjämt kommer att finnas för sådana sjuka, som nu erhåller vård genom pensionsstyrelsens försorg, samt att vårdmöjligheter garanteras även sjuka från sjukvårdsområden, vilka saknar avdelningar för reumatikervård och neurosvård.

Utredningen har verkställt en undersökning rörande reumatikervårdens omfattning under år 1955. En jämförelse med resultatet för denna och en år 1943 verkställd liknande undersökning ger vid handen, att antalet på sjukhus vårdade fall ökat från cirka 22 800 till 26 600 eller med nära 4 000 fall. Antalet sjuka, som beretts vård genom pensionsstyrelsens försorg, har emellertid minskat från cirka 3 660 till 3 400 och medelvårdtiden från 64 till 60,7 dagar. För övriga sjukvårdsinrättningar var motsvarande siffror 33,3 och 30 dagar. Genom den minskade tillströmningen till pensionsstyrelsens sjukhus och sjukhusavdelningar har väntetiderna där nedgått. Sty-

relsens andel i vården har mellan ifrågavarande båda år sjunkit, såvitt avser antalet vårdade, från 16 till knappt 13 procent samt, såvitt avser antalet vård dagar, från 31 till under 26 procent.

Utredningen föreslår, att den sjukvård som pensionsstyrelsen nu svarar för avvecklas men att detta sker successivt för att sjukvårdshuvudmännen skall beredas tid för erforderlig ökning av vårdresurserna. I fråga om de reumatiskt sjuka förordar utredningen, att den mera kvalificerade vården, vilken f. n. i stor utsträckning tillgodoses genom pensionsstyrelsens försorg, organiseras såsom en specialitet inom regionsjukvården. Utredningen erinrar om att dess förslag härutinnan avviker från betänkandet angående regionsjukvården samt anför.

I nämnda betänkande befanns reumatologiska specialkliniker erforderliga men ansågs icke, att en sådan klinik behövde ingå såsom en del av ett regionsjukhus. Detta skulle emellertid, såvitt utredningen kan finna, föranleda, att sjukvårdshuvudmännen vid ett överförande av reumatikervården såge sig nödsakade att vidtaga särskilda åtgärder för att i samarbete tillgodose den kvalificerade reumatologins vårdbehov. Detta kunde återigen medföra, att andra sjukvårdsregioner utvecklas för denna specialitet och särskilda överenskommelser träffas vid sidan av regionavtalen. Reumatologin skulle reellt, om än icke formellt, få ställningen som regionspecialitet. Det ligger därför närmare till hands, att sjukvårdshuvudmännen inom vederbörande region samarbetar och att gällande regionavtal tillämpas även för reumatologin.

Representanter för forskning och undervisning har jämväl uttalat sig härför. Sålunda har understrukits reumatologins behov av kontakt med olika discipliner både diagnostiskt och terapeutiskt. En sådan typisk samarbetspecialitet som reumatologin borde därför befinna sig i ett medicinskt centrum av de planerade regionsjukhusens typ. Vidare har framhållits, att de många uppgifterna på en stor internmedicinsk avdelning i allmänhet gjorde det omöjligt för invärtesläkaren att ägna tillräcklig tid för reumatikerns rehabiliteringsproblem, varav följde begränsade erfarenheter på detta område.

De reumatologiska regionklinikerna bör sålunda vara avsedda för sådana fall, som kräver särskilt kvalificerad vård och speciell erfarenhet såväl hos läkare som hos övrig sjukvårdspersonal. Detta torde i stort sett innebära, att på dessa avdelningar vård kommer att beredas personer med kronisk artrit, lupus erytematodes och vissa andra bindvävssjukdomar, medan däremot personer med artroser, icke-artikulär reumatism m. m. kommer att hänvisas till hemortslandstingens sjukvårdsinrättningar. Bland dem som bör beredas vård på regionsjukhusens reumatologiska avdelningar må särskilt nämnas fall, som kräver plastikkirurgisk behandling och urologisk specialvård.

Pensionsstyrelsens sjukvårdsanstalter har i viss utsträckning kommit att fungera som specialanstalter för de svåraste reumatikerfallen och har härigenom till en del fyllt samma uppgifter som de, vilka är avsedda att fyllas av regionsjukhusen. Frågan om avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet har därför ett nära samband med regionsjukvårdens ordnande.

Med utgångspunkt från det antal av pensionsstyrelsens patienter, som under år 1955 vårdats för kronisk artrit och lupus erytematodes, räknar utredningen fram ett behov av omkring 600 vårdplatser vid regionsjukhusens reumatologiska kliniker.

Utredningen understryker, att utöver vårdplatserna vid regionsjukhusen för den högkvalificerade reumatikervården erfordras jämväl en utbyggnad och intensifiering av den reumatikervård, som skall bedrivas på länsplanet, och en anpassning av densamma efter de olika behov som därvid gör sig gällande, så att vården kan differentieras å t. ex. medicinsk, rehabiliterings- och eftervårdsavdelning samt öppen vård. Betydelsen av att en sådan utbyggnad å länsplanet snarast kommer till stånd kan enligt utredningens mening inte nog understrykas, och utredningen betonar, att detta utgör en väsentlig förutsättning för en tillfredsställande framtida reumatikervård.

Remissyttrandena

Yttranden över regionvårdsutredningen

Flertalet remissmyndigheter har anslutit sig till utredningens allmänna synpunkter på specialiseringen samt vitsordat behovet av de av utredningen föreslagna regionspecialiteterna. *Karolinska institutets lärarkollegium* och *direktionen för karolinska sjukhuset* finner sålunda behovet av de i betänkandet upptagna regionspecialiteterna på de fullt utvecklade regionsjukhusen i huvudsak vara väl styrkt. *Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala* och *kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggnad* anför, att utredningens förslag beträffande uppdelning i specialiteter på länsplanet och på regionplanet synes vara väl avvägt, och de båda myndigheterna ansluter sig i allt väsentligt härtill.

Göteborgs och Bohus läns landstings sjukvårdsstyrelse uttalar, att även om lokala förhållanden kan motivera avvikelser synes emellertid utredningens riktlinjer för gränsdragningen mellan regionsjukvård och länssjukvård i stort sett vara riktiga i nuvarande utvecklingsstadium.

Svenska läkaresällskapet betonar, att samtliga av utredningen föreslagna specialiteter bör bli företrädda vid varje regionsjukhus med hänsyn till det intima samarbete, som måste råda mellan dessa specialiteter. Möjligheter måste dock finnas för en framtida ytterligare specialisering. Sällskapet anför.

Det kan på enskilda punkter framföras ytterligare önskemål om specialisering. Man kan också hysa farhågor för att specialiseringen kan drivas för långt. Skiftande meningar föreligger, och tiden torde ej vara mogen för ett definitivt ställningstagande. Medicinens snabba utveckling gör således bedömningen av specialiteternas avgränsning och betydelse synnerligen svår. Utvecklingen kan medföra, att ett ämnesområde fordrar självständighet för sin tillväxt och för att kunna nyttiggöras i sjukvård

och utbildning. Tveksamhet bör då ej råda om att tillskapa en specialavdelning härför på regionplanet.

Även *medicinska fakulteten i Göteborg* och *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå* framhåller angelägenheten av att möjligheterna för fortsatt specialisering och utveckling hålles öppna.

Medicinalstyrelsen påpekar, att vissa synpunkter framförts i de vetenskapliga rådens yttranden i fråga om gränsdragningen mellan regions- och länspecialiteter. Bl. a. har professorn Waldenström framhållit, att både yrkesmedicin och barnpsykiatri visserligen är mycket välbehövliga på länsplanet men att inrättandet av avdelningar för dessa specialiteter i de olika länen med hänsyn till bristen på kompetenta lärarkrafter torde böra ske med viss återhållsamhet. Av de på regionsplanet diskuterade specialiteterna synes å andra sidan enligt lasarettsläkaren Lindgren bl. a. plastikkirurgi och urologi redan vara mogna att flyttas ut på länsplanet. Med anledning av vad sålunda anförts framhåller medicinalstyrelsen bl. a. följande.

Styrelsen har i annat sammanhang i fråga om den psykiska barn- och ungdomsvården uttalat, att, sedan för utbildningen av erforderliga personalkategorier nödvändig utbyggnad tillgodosetts, målet torde vara att inom varje sjukvårdsområde, där så ej skett, inrätta en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettsavdelning. Styrelsen är emellertid medveten om att utbyggnaden såväl inom detta område som inom yrkesmedicinen måste ske med erforderlig försiktighet. Vidare måste man räkna med en ytterligare spridning av de föreslagna regionspecialiteterna, men densamma torde icke kunna realiseras inom avsevärd tid på grund av bristen på härför utbildade läkare. Enligt medicinalstyrelsens mening finns därför f. n. icke tillräcklig anledning att frångå utredningens förslag i fråga om gränsdragningen mellan region- och länspecialiteter. Betydelsen av denna gränsdragning torde också i viss mån minska genom att de förslag om reglering av remissrätten, som framlagts av utredningen, avsetts skola gälla hela regionsjukhuset i den mån vederbörande länspecialitet icke är representerad inom sjukvårdsområdet.

Beträffande den av utredningen förordade *subspecialiseringen* inom vissa specialiteter är *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå* i likhet med utredningen av den uppfattningen, att huvuddelen av internmedicinen bör sammanhållas under en gemensam ledning och att specialiseringen inom internmedicinen bör ske genom subspecialisering under en biträdande överläkare eller konsultläkare.

Pensionsstyrelsen anser subspecialisering vara särskilt ändamålsenligt inom internmedicinen. Styrelsen framhåller, att detta system praktiserats sedan lång tid tillbaka vid styrelsens egna sjukhus och att styrelsens avdelningar vid lasaretten i regel inte är självständiga sjukavdelningar utan står under medicinöverläkarens chefskap. Styrelsen ställer sig överhuvudtaget ganska kritisk till långt driven specialisering och anför, att specialavdelningar endast bör inrättas, om därigenom bättre behandlingsresultat kan ernås.

Direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund förordar i fråga om vissa subspecialiteter inom invärtesmedicinen, bl. a. allergologi, hematologi, endokrinologi, cytologi, ämnesomsättningsjukdomar samt behandling med konstgjord njure, att dessa från fall till fall gives den organisationsform, som prövas vara den mest ändamålsenliga. Detsamma bör enligt direktionens mening — i motsats till utredningens förslag — även gälla subspecialiteter inom allmänkirurgin. Även *Värmlands läns landstings förvaltningsutskott* menar, att någon principiell skillnad i förevarande hänseende inte bör göras mellan medicinsk och kirurgisk subspecialitet.

Sveriges yngre läkares förening anser en viss specialisering vara nödvändig även av invärtesmedicinen på regionplanet. Formen av subspecialisering under biträdande överläkare kan enligt föreningens mening icke alltid anses riktig eller ägnad att främja den invärtesmedicinska forskningen. Med anledning av utredningens uttalande till förmån för en anordning med konsultläkare i fråga om vissa subspecialiteter anför föreningen, att det förefaller orealistiskt att räkna med ett större behov av utanför sjukhusorganisationen stående konsultläkare. Ett dylikt behov måste antas vara så litet, att skapandet av en särskild konsultläkarorganisation ter sig helt överflödigt.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande anför följande.

Som en väg att inom vissa stora specialiteter undvika en splittring på flera mindre specialiteter diskuterar utredningen en subspecialisering inom specialiteten. Detta grundas på uppfattningen, att t. ex. invärtesmedicinen bör hållas samman till en stor disciplin. Det är emellertid uppenbart att, även om en sådan organisation är möjlig att genomföra, det alltid kommer att finnas en stark tendens till glidning från en subspecialisering till avskiljandet av självständiga specialister. Detta sammanhänger icke minst med svårigheterna att få läkare, som är beredda att i underordnad ställning ägna sig åt specialiserad sjukvård utan att kunna uppnå en sluttjänst inom specialiteten. Härtill kommer, att dylika högt specialiserade läkare kan komma att möta svårigheter att vinna befordran som överläkare vid centrallasaretten, då dylika lasarettshuvudmän sannolikt icke kommer att anse dem lämpade för befattning som överläkare på en mindre specialiserad klinik. Det är därför av vikt, att utvecklingen i detta hänseende får möjlighet att ske förhållandevis fritt, så att man från fall till fall kan välja den lösning som befinnes lämpligast. Vid ett undervisningssjukhus av akademiska sjukhusets karaktär är det givetvis nödvändigt, att denna förutsättning är för handen, så att den vetenskapliga utvecklingen smidigt kan präglja sjukhusets verksamhet och organisation. Med den stora betydelse som de kliniska laboratoriespecialiteterna har i detta sammanhang är det lika viktigt, att icke heller de bindes och begränsas genom alltför bestämda ställningstaganden.

Karolinska institutets lärarkollegium och direktionen för karolinska sjukhuset framhåller, att man med hänsyn till att regionsjukhusen också är undervisningssjukhus måste noga beakta, vad en moderspecialitet går förlustig genom att specialiteter utbrytes ur densamma. Både lärarkollegiet

och direktionen understryker därför utredningens uttalande, att någon minskning av de medicinska vårdavdelningarna icke bör ifrågakomma. *Medicinska fakulteten i Göteborg* och *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå* uttalar sig i samma riktning.

Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professorn O. Hultén, anser det vara av största vikt, att nya subspecialiteter ej alltför mycket splittrar enheten. Inom kirurgin bör det operativa arbetet centraliseras till en stor gemensam operationsavdelning, vilket medför rationellare och bättre service ifråga om narkostjänst, röntgen, uppvakningsavdelning m. m., varjämte personal och dyrbar utrustning kan utnyttjas effektivare än om verksamheten delas upp på flera små spridda operationsavdelningar.

Huvudsakligen från universitets- och läkarhåll har flera uttalanden gjorts beträffande vissa av de såsom regionspecialiteter upptagna specialiteternas angelägenhetsgrad, lämpligaste organisationsform, olika sjukdomars sannolika vårdplatsbehov etc. De av utredningen föreslagna serviceavdelningarna har härvid även blivit föremål för diskussion liksom övriga av utredningen i detta sammanhang behandlade specialiteter. Flertalet remissorgan har dock inte funnit anledning till erinringar mot utredningens förslag och uttalanden i dessa delar.

Utredningens förslag i fråga om *neurokirurgi, thoraxkirurgi* och *dermatologi* har allmänt godtagits i remissvaren.

Beträffande *neurologin* anför *karolinska institutets lärarkollegium* — med anledning av utredningens uttalande, att denna specialitet även omfattar psykoneurosernas diagnostik och behandling — att neurologin visserligen måste kunna ta sig an vissa fall med psykosomatiska symtom, som kan erbjuda differentialdiagnostiska svårigheter med avseende på neurologiska sjukdomstillstånd, men att det stora flertalet psykoneurosfall som hittills bör vårdas på de psykiatriska avdelningarna. I samma riktning uttalar sig *de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund* och *Göteborg*, *Svenska neurologförbundet* och *Svenska psykiatriska föreningen*.

Lärarkollegiet yttrar vidare, att utredningens beräkning av vårdplatsbehovet för neurologi är riktig samt att dess förslag till regional klinikorganisation och det beräknade läkarantalet vid klinikerna synes vara väl genomtänkt och motiverat liksom synpunkterna på neurologi såsom ett ämnesområde, vilket intager en mellanställning mellan de region- och länsföreträdda specialiteterna.

Utredningens förslag att den *neurologiska laboratorieverksamheten* skall organiseras som en sektion av det kliniskt-fysiologiska laboratoriet har föranlett invändningar från flera remissmyndigheter. *Medicinska fakulteten i Uppsala* menar, att den kliniska neurofysiologin till sin metodik och sina arbetsuppgifter skiljer sig så väsentligt från den inom cirkulations-, respirations- och arbetsfysiologin arbetande kliniska fysiologin, att den från början bör ges en gentemot denna senare självständig

ställning. Anknytningen till den medicinska och kirurgiska neurologin bör även organisatoriskt vara intim.

I huvudsak samma uppfattning har *medicinska fakulteten i Göteborg, karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund* samt *Svenska neurologförbundet. Professorn i neurologi vid universitetet i Göteborg, överläkaren Tore Broman* anför i denna del.

Det för utredningen bärande motivet att inordna klinisk neurofysiologi såsom en sektion under klinisk fysiologi synes vara »önskemålet att på rationellaste sätt utnyttja personal och utrustning», vilket enligt utredningen »visar hän mot en sammanhållning av den kliniska fysiologin i en överläkares hand, något som också framstår som den enda tänkbara lösningen med hänsyn till rådande brist på läkare och i synnerhet på välutbildade fysiologer». Detta uttalande visar sig emellertid vid närmare analys inte vara välgrundat. I verkligheten är situationen den, att det inte torde finnas någon enda läkare i vårt land, som äger utbildning och kompetens både i klinisk fysiologi och i klinisk neurofysiologi. Det finns inte ens något gemensamt i fordringarna på specialistkompetensen i dessa båda synnerligen omfattande ämnesområden, varför en dubbel utbildning ter sig direkt verklighetsfrämmande. På motsvarande sätt är också apparaturen radikalt olika, likaså personalens utbildning. Varje tanke på att uppnå en rationalisering i arbetet genom att vid behov utnyttja apparatur och personal från det ena till det andra laboratoriet är därför helt orealistisk. Även klientelet och de kliniska frågeställningarna är radikalt olika vid de båda laboratorierna, vilka också enligt utredningens förslag bör uppföras åtskilda, så att laboratoriet för klinisk neurofysiologi anslutes till det s. k. neuropsykiatriska blocket.

Problemet om bristen på välutbildade fysiologer måste naturligtvis lösas, men det berör inte här föreliggande frågor. Sålunda kan framhållas, att det f. n. inte finns någon brist på väl utbildade kliniska neurofysiologer i vårt land. Personalbrist kan därför ej anföras såsom skäl för att hindra den kliniska neurofysiologins hittills självständiga och fruktbringande utveckling, vars värde för den neuropsykiatriska sjukvården, undervisningen, randutbildningen och forskningen visat sig vara ytterst betydelsefull.

Svenska neurologförbundet anser utredningens förslag om den kliniska neurofysiologins inordning under laboratoriet för klinisk fysiologi vara olämpligt och sakna bärande motivering med hänsyn till erfarenheterna både från utlandet och vårt eget land men också med beaktande av sakligt motiverade rationaliseringssträvanden. Förbundet framhåller bl. a., att den kliniska neurofysiologin hittills utvecklats såsom en självständig laboratorieenhet vid serafimerlasarettet, Södersjukhuset och Sahlgrenska sjukhuset och att en liknande organisation håller på att växa fram i Uppsala och Lund. Denna organisationsform har fungerat på ett utomordentligt sätt, och betänkligheter mot densamma har enligt förbundet veterligen inte framkommit på något håll, där man prövat den.

Medicinalstyrelsen erinrar om att medlemmen av dess vetenskapliga råd, professorn E. Kugelberg hävdade, att den kliniska neurofysiologin bör in-

taga en helt självständig ställning och att, om man av särskilda skäl vill låta den kliniska neurofysiologin på vissa ställen växa fram som en icke självständig subspecialitet, verksamheten lämpligast skötes av en neurolog med randutbildning i klinisk neurofysiologi. Styrelsen framhåller med anledning härav att utredningen visserligen föreslår, att den kliniska neurofysiologin skall vara en sektion av det kliniskt fysiologiska laboratoriet, men att det dock är utredningens mening att särskild läkare skall finnas för denna del, varigenom de av Kugelberg framförda synpunkterna synes vara tillgodosedda.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå kan för sin del tänka sig olika organisationsformer för den neurologiska fysiologin inom olika regionsjukhus.

Utredningens förslag att den neurologiska rehabiliteringen på regionplanet bör inordnas under generella rehabiliteringsavdelningar kritiserar av bl. a. *medicinska fakulteten i Göteborg, karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund, organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå, Svenska neurologförbundet och Stockholms sjukhusläkarförening.*

Sålunda hävdar *direktionen för karolinska sjukhuset*, att organisationen bör följa redan prövade utvecklingslinjer, som bl. a. vid serafimerlasarettet visat sig ge mycket gott resultat.

Professorn Kugelberg anför bl. a., att den neurologiska rehabiliteringen liksom hittills bör skötas av en person med överläkarkompetens i neurologi och inom neurologiska klinikens ram. Kugelberg framhåller vidare, att neurologisk rehabiliteringsteknik redan ingår i undervisningen av medicine kandidater och i postgraduate undervisning av blivande neurologer. Beträffande behandlingen synes det Kugelberg självklart, att denna verksamhet i alla dess väsentliga aspekter bör ledas av en neurolog. Liknande synpunkter framföres av *Svenska neurologförbundet* och *Stockholms sjukhusläkarförening.*

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå ifrågasätter, om icke de generella rehabiliteringsavdelningarna bör omfatta en särskild sektion för de neurologiska fallen under ledning av en neurologiskt skolad kliniker. Erfarenheterna från Stockholm, Lund och Göteborg synes kommittén bestämt tala härför.

Medicinska fakulteten i Uppsala är tveksam, om rehabiliteringen av de neurologiska fallen bör inrangeras under den generella rehabiliteringen såsom utredningen föreslagit. Fakulteten anför, att rehabiliteringen av dylika fall, exempelvis paraplegier, är krävande och komplicerad och svårigen kan genomföras utan intim kontakt med grundligt skolad neurolog.

Medicinalstyrelsen finner däremot utredningens förslag i denna del riktigt. Med anledning av professorn Kugelbergs kritik av förslaget att in-

ordna den neurologiska rehabiliteringen under en allmän rehabiliteringsavdelning framhåller styrelsen, att den allmänna rehabiliteringen ännu inte hunnit byggas ut i erforderlig omfattning, varför sålunda dess möjligheter ännu är föga prövade.

För kardiologins del har flera remissmyndigheter ifrågasatt lämpligheten av att inrätta särskilda kliniker. *Medicinska fakulteten i Göteborg*, som finner kardiologin vara av största betydelse för regionsjukvården, anser sålunda, att en utbrytning av denna subspecialitet ur internmedicinen endast med tvekan kan rekommenderas. Enligt fakultetens mening bör frihet lämnas åt de olika regionsjukhusen att lösa detta problem efter skilda riktlinjer.

Inte heller *karolinska institutets lärarkollegium* är övertygat om lämpligheten av att en självständig kardiologisk klinik om 30 vårdplatser inrättas vid samtliga undervisningssjukhus. Lärarkollegiet anför.

På en invärtesmedicinsk avdelning torde 30 procent av beläggningen utgöras av hjärtfall, inklusive de cerebrala vaskulära insulterna. Om den internmedicinska vårdavdelningen omfattar 100 sängar, skulle förläggningen av 30 hjärtfall till den kardiologiska kliniken innebära, att samtliga hjärt- och kärlfall undandrages invärteskliniken. Vid en invärtesmedicinsk klinik om 150 sängar skulle $\frac{2}{3}$ av hjärt- och kärlfallen komma att överföras på specialkliniken. Man kan därvid även befara, att samtliga omfattande utredningsfall undandrages den internmedicinska kliniken. För undervisningen av de medicine studerande och underläkarna på den invärtesmedicinska kliniken måste detta bli till uppenbar nackdel. I den mån särskilda kliniskt-fysiologiska laboratorier existerar vid regionsjukhusen, synes den kliniska kardiologin bäst kunna tillgodoses som subspecialitet under de invärtesmedicinska och pediatrika klinikerna med biträdande överläkare eller konsultläkare. Som specialklinik bör kardiologin ha högst 15 vårdplatser.

Liknande synpunkter anföres även av *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå*.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott bedömer behovet av kardiologiska specialkliniker såsom minst angeläget.

Medicinska fakulteten i Uppsala uttalar för sin del, att det vid akademiska sjukhuset inte synes nödvändigt eller lämpligt att skapa en helt fristående vårdenhet för detta klientel. Med hänsyn till det i utredningen beräknade platsbehovet förefaller det dock motiverat att vid slutligt ställningstagande till storleken av den medicinska kliniken en särskild vårdenhet inom klinikens ram avsättes för hjärtfall av ifrågavarande art.

Svenska cardiologförbundet finner däremot utredningens förslag om inrättande av kardiologiska avdelningar vid regionsjukhusen gott och betonar, att de mycket ofta komplicerade utredningar, som kan ifrågakomma vid bedömning av vissa hjärtfels operabilitet, måste handhas av ett team, lett av kardiolog och dessutom bestående av en specialröntgenolog och en thoraxkirurg. Detta team måste även ha en fullständig och dyrbar appa-

ratur, vilket är huvudskälet till koncentration till regionsjukhusen. Med utredningens begränsning av begreppet specialkardiologi synes förbundet 30-sängsavdelningar vara tillräckliga. Förbundet betonar vidare nödvändigheten av att inrätta specialbefattningar för kardiologi vid centrallasaretten, vilka befattningar torde kunna inrättas som konsultläkare eller biträdande överläkare med framför allt öppen vård och laboratoriemöjligheter till förfogande och med sina sängar ingående i den internmedicinska avdelningen. Sådana konsultläkare skulle också enligt förbundets mening på ett adekvat sätt kunna välja ut de fall, som bör sändas till regionsjukhusens specialkardiologi, så att dessas små avdelningar ej överbelastas.

Stockholms sjukhusläkarförening anser, att utredningens beräkningar av antalet erforderliga vårdplatser på kardiologiska avdelningar är alltför låga och att behovet av sådana vårdplatser sannolikt kommer att öka snabbt.

Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professorn C. Crafoord understryker beträffande karolinska sjukhusets thoraxklinik behovet av en självständig kardiologisk avdelning för i första hand utredning och bedömning av de mångskiftande fall av hjärtsjukdomar, som numera kan bli föremål för operativ behandling.

Vad angår plastikkirurgin ifrågasätter bl. a. *Svenska kirurgförbundet* samt *Örebro och Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott*, om inte denna specialitet snarare borde vara en länspecialitet än en regionspecialitet.

Beträffande barnkirurgin menar *Stockholms stads sjukhusdirektion* och *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott*, att vårdplatsbehovet inom denna specialitet synes vara väl högt beräknat. Sjukhusdirektionen uttalar.

De av rikspatienter belagda platserna vid såväl karolinska sjukhuset som Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt har inräknats i platstillgången för Stor-Stockholm, varjämte barnantalet angivits med fem år äldre siffra. I stället för en platstillgång den 31 december 1956 motsvarande 0,64 ‰ av barnantalet torde siffran rätteligen böra vara högst 0,45 ‰ av antalet barn 0—15 år. Det synes därför riktigast att åtminstone tills vidare, i avvaktan på närmare erfarenheter, även för ett storstadsområde använda den av Stockholms sjukvårdsförvaltning tidigare angivna platsbehovskvoten 0,75 ‰ än utredningens rekommendation 1 ‰.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott ifrågasätter behovet av en särskild barnkirurgisk avdelning inom alla regioner. Förhållandena inom rikets storstäder är icke jämförbara med dem i landsorten. I storstäderna, där barnkirurgiska specialavdelningar finns på nära håll, tar man som regel icke in barn på de vanliga kirurgiska sjukavdelningarna. I landsorten åter vårdas huvudparten av det barnkirurgiska klientelet på de perifera lasaretten i hemorten. Av det barnklientel, som fordrar specialkirurgisk behandling, kommer en stor del att vårdas på thoraxkirurgisk eller

plastikkirurgisk, eventuellt också vid urologisk avdelning, varför det återstående barnkirurgiska klientelet torde bli mycket begränsat.

Enligt medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professorn O. Hultén bör barnkirurgin ej utgöra en självständig specialitet. Inom denna är kraven på subspecialiteter lika stort som för de vuxna. Om barn samlas på särskilda kirurgiska avdelningar, är det av största vikt, att de ändå omhändertages och opereras av vederbörande organspecialist.

Urologin bör enligt Svenska kirurgförbundets mening vara en läns-specialitet med företrädare vid alla centrallasarett.

Svenska lasarettsläkarföreningen anser, att urologi i likhet med neurologi och dermatologi intar en mellanställning. Föreningen anför bl. a.

Att vissa delar inom urologin och då speciellt de, som är bundna till en kombinerad kirurgisk och strålterapeutisk terapi, tarvar terapimöjligheter på högsta nivå, är ovedersägligt. Dock finns redan i dag åtminstone på våra centrallasarett både fullgoda diagnostiska möjligheter, vari även inkluderas fullt modern röntgendiagnostik, och kirurgiskt terapeutiska försättningar på högt plan. Ett uppställande av urologin som regionspecialitet, jämförbar med t. ex. neurokirurgi och thoraxkirurgi, skulle ovedersägligen göra kirurgin på centrallasarettsnivå betydligt fattigare och även vara alldeles onödig. Urologiska specialavdelningar bör därför finnas på centrallasarett, och den mera kvalificerade urologiska diagnostiken och terapin bör förläggas till ett fåtal centra, där dessa fall kan samlas. En uttorkning av periferilasarettens kirurgi får inte gå så långt, att intresse och entusiasm avtrubbas bland dessa kirurger, en risk som är mer än tänkbar, om alltför mycket av yrkets mera intressanta delar drages över på regionplanet.

Liknande uttalande har gjorts av Svenska barnläkarförbundet.

Svenska gynekologförbundet framhåller, att det inte klart framgår av betänkandet, om den gynekologiska urologin också skall höra till specialiteten urologi. Förbundet betonar, att en adekvat behandling av framförallt de urologiska sjukdomar, som betingas av anatomin i kvinnans nedre urinvägar, måste överlåtas åt en i gynekologi specialutbildad läkare.

Några remissmyndigheter anser, att det av utredningen beräknade antalet vårdplatser för radioterapi, åtta platser per 100 000 invånare, torde vara otillräckligt. Sålunda anser bl. a. medicinska fakulteten i Göteborg, karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för karolinska sjukhuset och Svenska radiologförbundet, att vårdplatsbehovet bör beräknas till 10 per 100 000 invånare. Utan att ta ställning till vårdplatsbehovets storlek framhåller medicinalstyrelsen, att det inte torde vara lämpligt att, innan större erfarenhet vunnits bl. a. beträffande utnyttjande av apparater för högenergetisk strålning, föreslå en ytterligare ökning av vårdplatsantalet utöver vad utredningen föreslagit.

Karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för karolinska sjukhuset och Svenska radiologförbundet understryker, att frågan om upprättande av radioterapeutiska subcentra bör noga övervägas vid utbyggnaden

av resurserna för cancervården. Vid dessa subcentra skulle vissa behandlingar kunna ske, som ej kräver centralanstaltens hela utrustning.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott ifrågasätter, om det kan vara nödvändigt att planera radioterapeutiska centralanstalter vid regionsjukhusen för de former av strålterapi, som kräver den allra dyrbaraste maskinella utrustningen — miljonvoltanläggningar, betatroner och gammatroner — och om det icke är riktigare att åtminstone tills vidare reservera dessa kostsamma anläggningar för några få anstalter, d. v. s. de nuvarande jubileumsklinikerna. Erfarenheterna rörande värdet av dessa nya behandlingsformer är enligt utskottets mening ännu så begränsade, att det knappast kan vara berättigat att f. n. planera för deras inrättande vid alla regionsjukhus.

Svenska radiologförbundet förordar varmt utredningens förslag beträffande nya centralanstalter för radioterapi. Därmed är dock behovet av radioterapeutisk sjukvård inte täckt. Ett successivt ökat antal radioterapiavdelningar behövs dessutom på länsplanet. Förbundet finner det ytterst olyckligt, om uppförandet av de nya centralanstalterna skulle hindra eller fördröja en synnerligen önskvärd delning av de största centrallasarettens röntgenavdelningar redan i en snar framtid. Förbundet fortsätter.

Å andra sidan bryter sig det ovedersägliga behovet av ökad spridning av den radioterapeutiska verksamheten mot den ur medicinsk effektivitetssynpunkt nödvändiga centraliseringen av behandlingen framför allt av svårbehandlade och mera sällsynta tumörformer. För att nå en lämplig och harmonisk avvägning mellan behoven och resurserna och med klar insikt om att hela regionplanen endast successivt kan genomföras, förordar förbundet, att f. n. endast avdelningarna i Uppsala och Umeå utbyggs till full storlek och att avdelningarna i Örebro och Linköping först byggs som »subcentra» med cirka 30 platser och utökas först sedan centralavdelningarna i universitetsstäderna utbyggs i full skala. Därutöver och samtidigt bör delningar ske på länsplanet.

Enligt Svenska kirurgförbundets mening har utredningen förbisett, att den radioterapeutiska behandlingen endast svarar för en mindre del av tumörbehandlingen. Den större delen därav utföres och kommer inom överskådlig framtid att utföras av allmänkirurger på lasarett av alla storleksordningar. Radioterapin kan f. n. endast anses utgöra ett komplement till den kirurgiska behandlingen av tumörerna. Kurativ behandling av maligna tumörer med enbart strålbehandling kan ifrågakomma endast vid ett fåtal tumörformer, medan däremot kurativ behandling med kirurgiska metoder är möjlig vid ett stort antal olika tumörlokalisationer och tumörtyper. Förbundet betonar vikten av allmänkirurgisk expertis vid den primära bedömningen av tumörfall. Endast vissa svårbehandlade tumörfall bör enligt förbundets mening primärt behandlas på regionsjukhuset, i vars läkarstab en i cancerkirurgi speciellt utbildad kirurg bör ingå som ledare för tumörvården.

Medicinska fakulteten i Göteborg påpekar, att utredningens uttalande, att i princip all behandling av maligna tumörer bör centraliseras till klinikerna för radioterapi, uppenbarligen inte kan avse sådana tumörformer, vid vilka primärt kirurgisk terapi användes, såsom t. ex. vid cancer i ventrikeln och colon. Fakulteten fortsätter.

Fakulteten vill framhålla den stora betydelse för framsteg inom behandlingen av maligna tumörer, som tillkomsten av en speciell tumörkirurgi med vetenskaplig utbildning och meritering inom allmän tumörbiologi skulle innebära. En dylik tumörkirurgi förutsättes samarbeta med radioterapeuter och andra av utredningen uppräknade specialister i »cancerblockets» olika arbetsformer samt även med allmätkirurgiska avdelningarna, men tumörkirurgin bör kvarstå som subspecialitet inom allmätkirurgin och icke helt avskiljas från denna.

Sveriges yngre läkares förening anser, att den radioterapeutiska disciplinen överdimensionerats. En stor del av de maligna sjukdomarna synes föreningen med fördel kunna vårdas å de medicinska, kirurgiska, gynekologiska eller endokrinologiska avdelningarna, och motiven för en koncentration av en behandling, som ej huvudsakligen omfattar strålterapi, till cancerkliniker ter sig för föreningen föga övertygande. Mer realistisk förefaller föreningen en lösning, enligt vilken radioterapeuten fungerar som konsulterande specialist hos respektive moderdiscipliner.

Beträffande den gynekologisk-radiologiska terapin ifrågasätter *karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för karolinska sjukhuset* och *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå*, om inte denna verksamhetsgren borde inordnas under gynekologin. Lärarkollegiet finner att framför allt undervisnings- och forskningssynpunkter talar härför. Under nuvarande förhållande blir ett av de viktigaste områdena inom gynekologin, nämligen underlivscancern, på ett konstlat sätt utbrutet. En intim samverkan mellan den allmänna radioterapeutiska kliniken och den gynekologiska avdelningen bör alltjämt finnas, så att ett gemensamt utnyttjande av apparatur blir möjligt. Terapin av dessa cancersjuka bör enligt lärarkollegiets mening självfallet fortfarande handhas av särskilda överläkare med fullgod utbildning i både gynekologi och radioterapi.

I fråga om behovet av strålningsfysiker understryker *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå*, att en radiofysiker i överensstämmelse med utredningens förslag bör knytas till centralanstalterna för radioterapi såsom föreståndare för ett radiofysiskt laboratorium.

Radiofysiska institutionen vid karolinska sjukhuset hälsar med tillfredsställelse, att utredningen klart understryker behovet av strålningsfysiker inom sjukvården vid alla större centrallasarett, så att möjligheter skapas på länsplanet till konsultation av strålfysiker för samtliga sjukvårdsinrättningar och läkare, som bedriver radiologiskt arbete, samt att utredningen

direkt förordar inrättande av radiofysikavdelningar vid de planerade regionsjukhusen. Oberoende av om större sjukhus utrustas med ett eller flera isotoplaboratorier synes det institutionen uppenbart, att de föreslagna radiofysikavdelningarna vid regionsjukhusen bör ges en sådan ställning och förses med sådana resurser beträffande lokaler och utrustning, att de parallellt med dosplanerings- samt lokala strålskyddsuppgifter inom radioterapi- och röntgendiagnostikavdelningarna kan tjänstgöra även som allmänna mättekniska laboratorier för isotopverksamheten vid ifrågavarande sjukhus.

Sveriges sjukhus- och hälsofysikers förbund uttalar sin uppskattning av utredningens förslag beträffande radiofysikens ställning och anför i huvudsak samma synpunkter som radiofysiska institutionen.

Enligt *Svenska radiologförbundet* kan specialiserad radioterapeutisk verksamhet numera inte tänkas utan medverkan av sakkunniga fysiker.

Utredningens förslag om inrättande av s. k. käkcentraler vid regionsjukhusen har tillstyrkts eller lämnats utan erinran av flertalet remissmyndigheter. *Medicinska fakulteten i Uppsala* yttrar bl. a.

Behovet av sådana specialavdelningar har under senare år gjort sig allt starkare gällande dels genom den stigande frekvensen av trafikolycksfall med svåra ansiktsskador, dels genom att ett stort klientel av gom- och käkdefekter blivit tillgängligt för förbättrade såväl kirurgiska som odontologiska behandlingsmetoder. Härtill kommer även vidgade indikationer för radikal behandling av käktumörer och konsekutiva rekonstruktiva åtgärder.

Även *Svenska tandläkare-sällskapet* och *Sveriges tandläkarförbund* vitsordar behovet av käkcentraler inom regionsjukvården samt tillstyrker livligt utredningens förslag.

Lärarkollegiet vid tandläkarhögskolan i Stockholm påpekar, att förslaget om upprättande av käkcentraler vid regionsjukhusen till alla delar överensstämmer med vad företrädare inom lärarkollegiet för hithörande specialiteter framhållit för utredningen. Lärarkollegiet anser därför realiserandet av förslaget vara utomordentligt angeläget men förordar en successiv uppbyggnad av käkcentraler med början i Stockholm, Malmö och Umeå, där kompetent personal för de odontologiska funktionerna kan tillhandahållas av vederbörande odontologiska utbildningsanstalter. I anslutning härtill bör inrättas käkcentraler vid undervisningssjukhusen i Uppsala och Göteborg. Först då erfarenhet vunnits av arbetet vid dessa käkcentraler och tillgången på kompetent personal säkrats för övriga regioner, bör enligt lärarkollegiet fortsättning göras med ytterligare centraler.

Svenska otolaryngologförbundet anför, att en käkkirurgisk verksamhet i viss utsträckning torde bli nödvändig vid våra större centrallasarett inom en snar framtid. Trafikolycksfallen med ofta komplicerade skador på käkar och ansiktsben har blivit allt vanligare och kräver omedelbar vård.

Att transportera dessa ofta mycket medtagna patienter långa vägar till en käkcentral vid ett regionsjukhus finner förbundet i många avseenden olämpligt. Dessa fall behandlas f. n. i stor utsträckning vid centrallasarettens öron-, näs- och halsavdelningar, och en utbyggnad av verksamheten till att omfatta ett team med tandortoped och plastikkirurg synes förbundet vara den riktiga utvecklingslinjen, som säkerligen kan realiseras utan större kostnader.

Svenska stomatologföreningen avstyrker, att käkcentraler inordnas i regionsjukvårdsorganisationen. Föreningen yttrar.

Redan nu existerar t. ex. vid undervisningssjukhus och centraltandpolikliniker en verksamhet, som till alla delar tillgodoser det vårdbehov, som utredningen för käkcentralernas del vill framhålla som norm för en ny organisation.

Vid alla Stockholms större sjukhus och likaså vid de flesta centrallasarett finns eller planeras odontologiska avdelningar. Utan några nya dyrbarare och helt omstörtande planer kan dessa ta emot ifrågavarande käk- och ansiktsfall, olycksfallsskador, anomalier, defekter etc. För den enskilde patienten är det dessutom bäst och bekvämast samt för samhället billigast med en decentraliserad vård, så långt detta är möjligt.

Sveriges läkarförbund finner det för sin del inte osannolikt, att de förordade käkcentralerna kan komma att visa sig överflödiga.

Beträffande frågan om den lämpligaste organisationen av käkcentralerna har olika meningar framkommit. *Medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala* finner den föreslagna organisationen med samverkan mellan plastikkirurgisk, oto-rhino-laryngologisk och odontologisk expertis lämplig ur såväl sjukvårds- som undervisningssynpunkt. Fakulteten betonar, att det sjukvårdande ansvaret vid den slutna vården av dessa patienter bör läggas på kliniker, där man är väl förtrogen med dessa frågor. Detta innebär, att ifrågavarande fall vid intagning på sjukhus underställs de plastikkirurgiska och oto-rhino-laryngologiska klinikerna på ett sådant sätt, att odontologisk expertis där har möjlighet att giva erforderlig specialbehandling.

Sedan olika åsikter framförts av medlemmarna av *medicinalstyrelsens vetenskapliga råd*, docenten *Tord Skoog* och professorn *Torsten Skoog*, samt professorn vid *tandläkarhögskolan i Stockholm J. Herz* i frågan vem som bör utöva ledningen för den föreslagna behandlingsgruppen inom käkcentralen, anför *medicinalstyrelsen* härutinnan.

Styrelsen finner skäl icke föreligga att frångå det av utredningen framlagda förslaget. Något särskilt stadgande om vem som skall ha den ledande funktionen inom den för vården av komplicerade käkfall erforderliga samarbetsgruppen, är enligt styrelsens hittillsvarande erfarenhet från verksamheten vid sådana sjukhus, där centraltandpoliklinik finns inrättad, ej påkallat. Ansvaret för ineliggande patienters allmänna vård har i dessa fall åvilat vederbörande läkare. Beträffande patienter i öppen vård har ansvaret åvilat respektive specialist vid sjukhuset. Med beaktande härav

anser medicinalstyrelsen, att utredningens uttalande att odontologins olika grenar bör sammanhållas och beredas en självständig position inom region-sjukhuset, bör betraktas som en vägledande princip vid det fortsatta lö-sandet av hithörande speciella arbetsuppgifter.

Direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund finner den av utredningen föreslagna organisationen av käkcentralen vid regionsjukhusen alltför omfattande, i varje fall för sjukvårdsinrättningarnas del med dessas närhet till tandläkarhögskolan i Malmö.

Svenska tandläkare-sällskapet och *Sveriges tandläkarförbund* framhåller, att frågan om käkcentralernas närmare utformning och särskilt des-sas roll i samband med vården av gom- och läppspaltfallen behöver bli föremål för särskild kompletterande utredning.

Lärarkollegiet vid tandläkarhögskolan i Stockholm anser, att frågan om detaljorganisationen av käkcentralerna bör bli föremål för vidare utredning, vilken bör anförtros redan existerande utredningsorgan. Sålunda har odontologiska förhandlingssakkunniga att utreda organiserandet av tand-sjukvården vid de odontologiska utbildningsanstalterna och torde böra inom ramen för denna utredningsverksamhet handha jämväl frågan om inrättande av käkcentraler i Stockholm och Malmö. Organisationskommittén för den medicinska högskolan i Umeå torde i samband med den åt kommittén uppdragna frågan om utbyggnad av tandläkarinstitutet i Umeå böra beakta frågan om upprättande av käkcentral vid Umeå lasarett. I av-vaktan på genomförande av sagda utredningar torde den till käkcentra-lernas verksamhetsområde hörande sjukvården få bedrivas i nuvarande former, vilket beträffande Umeå innebär, att de redan gjorda förberedel-serna för en provisoriskt organiserad käkcentral bör fullföljas. Lärar-kollegiet understryker vidare angelägenheten av att för undervisningen och forskningen erforderligt patientmaterial tillföres undervisningssjukhusen och därmed käkcentralerna.

Ej heller *lärarkollegiet vid tandläkarhögskolan i Malmö* och *Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse* anser sig böra avgiva slutligt yttrande över förslaget om käkcentraler med hänsyn till pågående för-handlingar mellan de odontologiska förhandlingssakkunniga samt Malmö stad och Malmöhus läns landsting. Lärarkollegiet utgår dock ifrån att den del av en tilltänkt käkcentral, som har att behandla rent odontologiska fall, kommer att ingå som en del av tandläkarhögskolan i Malmö.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå understryker behovet av ett odontologiskt speciallaboratorium för ifrågavarande verk-samhet samt framhåller önskvärldheten av att en talpedagog ställes till käkcentralens förfogande. *Svenska otolaryngologförbundet* betonar beho-vet av audiologisk och foniatrisk expertis.

Vissa av utredningen behandlade övriga specialiteter och serviceavdelningar har även blivit föremål för diskussion i re-

missvaren. Vad angår reumatologin har utredningens uttalande, att särskilda kliniker för reumatiskt sjuka ej behöver ingå som en nödvändig del av ett regionsjukhus, som förfogar över tillräckligt antal internplatser, föranlett invändningar från flertalet av de myndigheter, som yttrat sig i denna fråga.

Enligt *medicinalstyrelsens* mening bör sålunda åtminstone en självständig reumatikeravdelning finnas vid varje regionsjukhus. Styrelsen anför bl. a.

Sådana avdelningar är redan i bruk vid karolinska sjukhuset och lasarettet i Lund. Då föreliggande planer blir helt realiserade, kommer sådana avdelningar att vara tillgängliga även i Göteborg och Umeå. Därjämte planeras en reumatikeravdelning i Uppsala. I Linköpingsregionen står f. n. pensionsstyrelsens sjukhus i Tranås samt dess avdelning vid Norrköpings lasarett till förfogande för ifrågavarande klientel. Det kan emellertid ifrågasättas, om icke i samband med en avveckling av pensionsstyrelsens avdelning i Norrköping en självständig reumatikeravdelning bör inrättas i Linköping. Frågan härom bör tagas upp till prövning. Detsamma gäller frågan om inrättande av en självständig reumatikeravdelning i den planerade Örebroregionen, om och när denna kommer till stånd.

Riksföreningen mot reumatism anser det olyckligt, att reumatologi inte upptagits såsom regionspecialitet. Enligt riksföreningens mening bör en reumatologisk klinik ingå som en del av varje regionsjukhus. Föreningen erinrar om att 1957 års riksdag uttalade sig för en avveckling av den riks-sjukvård, som pensionsstyrelsen f. n. bedriver på detta område, samt att denna sjukvård skulle överföras till de ordinarie sjukvårdshuvudmännen. Detta överförande, som organisatoriskt är i hög grad önskvärt, är omöjligt att praktiskt genomföra utan samarbete mellan olika sjukvårdshuvudmän. Allt talar enligt föreningen för att detta samarbete bör organiseras på samma sätt som övrig specialiserad sjukhusvård. Rörande utredningens motiv för att ej inordna reumatologin i regionsjukvårdsplanen anför föreningen bl. a.

Den personal och den utrustning, såväl beträffande diagnostik som terapi, vilken är erforderlig å en reumatologisk specialklinik, kan helt naturligt teoretiskt för avsevärda kostnader och under förutsättning, att därför skolad personal finnes, anskaffas och anställas å varje internmedicinsk klinik, men detta är f. n. icke fallet och av rent praktiska kostnads-skäl och personaltillgångsskäl ogörligt att åstadkomma inom överskådlig framtid. Organisationen av de båda kliniktyperna är olikartad. Rehabiliteringsproblemen är svårartade och säregna vid en reumatologisk specialklinik på grund av det utdragna och polycykliska förlopp, som kännetecknar ett flertal av de reumatiska sjukdomstillstånden. Detta medför särskild organisation av arbetsterapi och eftervård.

1941 års reumatikervårdssakkunniga framhöll, att det knappast är medicinskt eller ekonomiskt lämpligt, att alla reumatiskt sjuka vårdas å sjukavdelningar av samma typ. Komplicerade och svåra fall erfordrar vård å specialklinik, enklare och mindre svårartade fall kan även vårdas å in-

värtesmedicinsk eller ortopedisk sjukhusavdelning, och slutligen vårdas en tredje grupp utdraget reumatiskt sjuka bäst å eftervårdssjukhus. Antalet behövliga vårdplatser inom den reumatologiska specialvården beräknade de sakkunniga till omkring 1 000, inom den andra gruppen reumatiska sjukdomsfall till omkring 3 000 samt inom eftervården till omkring 1 000. För den specialiserade reumatikervården föreslog de en uppdelning av landet i 8 regioner med reumatologisk specialavdelning inom varje. Det är den första regionplan, som uppgjorts i landet, och den borde enligt riksföreningens mening ha upptagits till diskussion i regionsjukvårdsbetänkandet samt anpassats till där framlagda regionplaner.

Även *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott* ifrågasätter, om det icke vore lämpligt att specialiteten reumatologi kommer att ingå i regionsjukhusen.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott, direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund, Svenska internförbundet och läraren i reumatologi vid universitetet i Lund, överläkaren Gunnar Edström framhåller, att det ur den vetenskapliga forskningens och den medicinska undervisningens intresse är av vikt, att reumatologiska specialkliniker inrättas vid landets samtliga undervisningssjukhus samt inordnas i regionsjukvården.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse anser, att den reumatologiska specialvården bör vara organiserad för mer än ett sjukvårdsområde samt hänvisar till pågående förhandlingar med utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet.

Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott uttalar, att möjligheter bör hållas öppna för en planläggning med hänsyn till olika lokala förhållanden, tillgång på rehabiliteringsavdelningar etc.

Pensionsstyrelsen har för sin del ingen erinran mot utredningens uttalanden i denna del.

Utredningens förslag att verksamheten med konstgjord njure bör organiseras som en avdelning för perakut vård inom internblocket kritiserar starkt av chefen för medicinska kliniken för speciellt njursjukdomar i Lund, *professorn N. Alwall*. Alwall understryker det trängande behovet av ytterligare specialkliniker för njurfall och anför, att tillströmningen av svåra njurfall till lundakliniken tidvis är så stor, att dess kapacitet överskrides. Endast varannan patient i vårt land i behov av behandling med konstgjord njure beräknas komma i åtnjutande av denna terapi, och detsamma säges gälla fall av njurinsufficiens, som utan att vara i behov av behandling med konstgjord njure behöver specialvård vid en njurklinik. Alwall föreslår, att den specialiserade njursjukvården löses i form av helt självständiga medicinska kliniker för speciellt njursjukdomar på samma sätt som skett i Lund. Endast därigenom kan sjukvårdens, forskningens och utvecklingens krav säkras.

Sveriges yngre läkares förening tillstyrker förslaget att sammankoppla

verksamheten med den konstgjorda njuren med en internmedicinsk akutavdelning. En dylik avdelning synes föreningen böra givas full självständighet, då denna vårdform kräver högst speciell utbildning och specialtränad personal.

Beträffande organisationen av allergologin anser *karolinska institutets lärarkollegium*, att de av utredningen föreslagna allergilaboratorierna bör vara knutna till en klinik och ej till det kemiska eller serobakteriologiska laboratoriet. Det är nämligen enligt lärarkollegiets uppfattning av största vikt, att allergiprövningarna utföres enligt den aktuella sjukdomsbilden och inte schablonmässigt som standardiserade laboratorieundersökningar. Allergilaboratoriet bör förestås av en konsultläkare med klinisk utbildning, och patienterna bör vårdas vid de olika kliniker, till vilka sjukdomsfallen närmast hör.

I samma riktning uttalar sig *direktionen för karolinska sjukhuset*.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå understryker, att allergenextrakten måste prövas kliniskt och att allergilaboratoriet därför — även om det organisatoriskt anknytes till kliniskt-kemiska centrallaboratoriet — bör stå under ledning av läkare med klinisk utbildning samt att patienterna i princip bör vårdas på den avdelning där de hör hemma.

Riksförbundet mot astma och andra allergiska sjukdomar beklagar djupt, att specialkliniker för invärtesmedicinsk allergologi inte upptagits som specialavdelningar inom regionerna. De föreslagna allergilaboratorierna motsvarar på intet sätt allergivårdens aktuella och trängande behov. Förbundet anser, att på regionsjukhusen bör inrättas särskilda avdelningar under egna överläkare, företrädesvis för pediatrik allergologi, för att barn med invärtesmedicinskt allergiska sjukdomar av särskilt svårbehandlad natur skall kunna få den bästa vård, oavsett bostadsorten. Vidare finner förbundet det synnerligen angeläget, att en professur i invärtesmedicinsk allergologi inrättas.

Svenska föreningen för allergologi biträder utredningens uppfattning, att det saknas skäl för att sjukhusorganisatoriskt sammanföra samtliga olikartade sjukdomar med allergi-genes. Föreningen framhåller emellertid som sin åsikt, att det åtminstone på regionplanet föreligger behov av specialavdelningar för allergisjukdomar inom specialiteterna dermatologi, invärtes medicin, pediatrik och eventuellt oto-rhino-laryngologi.

Svenska internförbundet uttalar, att det åtminstone f. n. förefaller som om allergologin ej bör utbrytas ur de invärtesmedicinska avdelningarna. Därest sjukhusapoteken förestås av apotekare, kan allergenextrakt enligt förbundets mening även beredas därstädes.

Pensionsstyrelsen beklagar, att utredningen inte närmare ingått på de astmasjukas problem men har å andra sidan ej något att erinra mot de allmänna uttalanden som gjorts i ämnet.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå gör vissa erinringar mot utredningens förslag att astmapatienterna skulle beredas kurortsmässig vård vid vissa tuberkulossanatorier, som ej längre behövs för sitt ursprungliga ändamål. Kommittén anför.

Klimatfaktorn spelar för denna sjukdom enligt organisationskommitténs uppfattning ej den avgörande roll, som man förut velat tillmäta densamma, varför det synes tveksamt om utredningens förslag på denna punkt kan vara berättigat. Att märka är att särskilda avdelningar för astmasjuka redan inrättats i Stockholm (Södersjukhuset) och i Göteborg (Sahlgrenska sjukhuset), vilka avdelningar utnyttjas i stor utsträckning för poliklinisk eftervård och där redan nu avsevärda väntetider förefinnes. Vid vissa regionsjukhus synes skäl kunna anföras för att dylika avdelningar inrättas såsom subspecialitet inom invärtes medicin.

Svenska internförbundet anser, att klimatsanatorier knappast torde behövas i så stor utsträckning som förutsättes i utredningen.

Svenska lungläkarförbundet menar däremot, att klimatväxling och sanatoriemässig hygieniskt-dietetisk behandling är av värde vid astma. Med hänsyn till arbetsanpassning m. m. skulle det emellertid innebära fördelar, om den astmasjuka kunde göras symtomfri i sin egen hemtrakt. Man borde därför inom varje landstingsområde kunna tillgodose nämnda vårdbehov. Astmapatienter vårdas redan i stor utsträckning vid många lungsjukhus, och de lämpar sig enligt förbundets mening väl för vård vid lungavdelning, där lungläkarens sakkunskap i fråga om lungfysiologi etc. kan utnyttjas. Dessutom är astma utan tvivel en sjukdom av sådan natur, att man på dess vård har anledning lägga dispensärmässiga synpunkter.

Även *riksförbundet mot astma och andra allergiska sjukdomar* hälsar med tillfredsställelse förslaget, att astmapatienter i viss utsträckning skall vårdas på sanatorier. Riksförbundet framhåller dock, att denna vård bör bli en nödvändig konvalescentvistelse, sedan patienterna genomgått undersökning och behandling på invärtesmedicinavdelningar.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott anser, att frågan om särskilda anstalter för kurortsmässig vård av astmasjuka barn bör ytterligare utredas. Förvaltningsutskottet framhåller, att det i fråga om barn föreligger behov av viss specialisering både inom den egentliga akutsjukvården och eftervården.

Sveriges yngre läkares förening ifrågasätter, om hormonlaboratorier endast bör inrättas vid vissa regionsjukhus.

Vad angår de av mentalsjukvårdsdelegationen föreslagna och även av utredningen förordade mentalsjukhusen för barn och ungdom har några remissinstanser framhållit, att ansvaret för dessa sjukhus bör anförtros landstingen först i samband med ett överförande till landstingen av huvudmannaskapet för mentalsjukvården i dess helhet. Denna uppfattning har bl. a. *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott*,

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse och Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott.

Beträffande utredningens förslag om anordnande av yrkesmedicinska avdelningar såsom länsspecialiteter anför *direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund*, att detta icke synes realistiskt med hänsyn främst till bristen på utbildad personal samt de stora kostnader, som verksamheten medför. I stället bör verksamheten enligt *direktionens* uppfattning — åtminstone såvitt f. n. kan bedömas — anordnas å regionplanet, där densamma kan erhålla nära kontakt med erforderliga hjälpdiscipliner, främst neurologi, dermatologi samt klinisk kemi.

Även *medicinska fakulteten i Lund* finner utredningens förslag i denna del orealistiskt och anför, att det torde bli nödvändigt att ganska länge räkna med större räjonger, som om de inte helt bör sammanfalla med regionerna lämpligen torde kunna ordnas för varje distrikt, där en yrkesinspektör finns.

Svenska internförbundet och Svenska lungläkarförbundet tillstyrker förslaget, att huvudmännen var för sig eller undantagsvis i samarbete med varandra bör omändra ett centralsanatorium till en klinik för lungsjukdomar i allmänhet.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå understryker, att det i fråga om regionsjukhuset är ett bestämt krav att lungkliniken placeras inom thoraxblocket. Kliniken har nämligen att i första hand mottaga fall, som kan bli föremål för operation. För utredning och behandling av dessa är samarbete med thoraxkirurgisk, respirationsfysiologisk, specialröntgenologisk och laryngologisk expertis nödvändig. Denna samlade expertis finns endast tillgänglig på regionsjukhus.

Sveriges yngre läkares förening finner skälen för inrättandet av lungkliniker på länsplanet mindre vägande. Föreningen anför.

Detaljgranskar man begreppet »lungsjukdomar i allmänhet» finner man, att om t. ex. astmapatienter skall vårdas på invärtesmedicinsk avdelning, lungcancer på thorax- eller radioterapiavdelning, pneumonier på infektionsavdelning, ej särskilt mycket återstår. Att samla dessa till stor del kronikerfall resp. utredningsfall på sjukhus, som ofta saknar direkt anslutning till övriga för verksamheten nödvändiga specialavdelningar, förefaller mindre ändamålsenligt. Det kan sålunda överhuvudtaget ifrågasättas, om vården av lungsjukdomarna, fränsett lungtuberkulosen, i framtiden kommer att kräva specialavdelningar. En särställning intar givetvis de fall, som fordrar kirurgisk behandling, för vilka de thoraxkirurgiska avdelningarna redan finns.

Pensionsstyrelsen, organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå, Svenska internförbundet och Stockholms sjukhusläkareförening vitsordar behovet av avdelningar för långvarigt kroppssjuka vid centrallasaretten. Sjukhusläkareföreningen bedömer utsikterna att anordna en rationellt fungerande akutsjukvård som små, så länge

inte mera radikala åtgärder vidtas för omhändertagande av kroniskt sjuka och åldersstigna patienter. *Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå* delar utredningens uppfattning, att de akut kroppssjuka åldringarna beredes den bästa vården inom samma vårdavdelningar, som meddelar akutvård åt andra vuxna.

I fråga om utredningens förslag angående lasarettanslutna rehabiliteringsavdelningar av generell medicinsk karaktär menar *pensionsstyrelsen*, att inrättandet av sådana avdelningar inte är tillfyllest. Styrelsen yttrar bl. a.

Enligt sakens natur måste rehabiliteringsverksamheten få en helt annan karaktär vid undervisningssjukhusen, där förutom vanlig sådan verksamhet bl. a. undervisning och forskning i ämnet måste bedrivas. Dessa och åtskilliga andra önskemål skulle förverkligas, om Norrbackainstitutet, som dess styrelse föreslagit och pensionsstyrelsen tillstyrkt, förvandlades till en med karolinska sjukhuset samarbetande rehabiliteringsinstitution med en kombinerad medicinsk, arbetsmässig och social inriktning. Härigenom skulle dessutom pensionsstyrelsen och övriga institutioner, som därav hade behov, få möjlighet till en samtidigt medicinsk och arbetsmässig bedömning av särskilt tveksamma invalidfall, något som inte synes bli möjligt å de av medicinalstyrelsen föreslagna lasarettanslutna rehabiliteringsavdelningarna av generell medicinsk karaktär. Det är därför pensionsstyrelsens förhoppning, att överflyttningen av den ortopediska kliniken från Norrbackainstitutet till karolinska sjukhuset inte längre fördröjs.

Vidkommande utredningens förslag beträffande vissa serviceorgan tillstyrker *Svenska laboratorieläkarföreningen* till alla delar utredningens förslag till laboratorieorganisation inom regionsjukvården.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå är ense med utredningen om att det på regionsjukhusen bör finnas laboratorier för klinisk kemi, klinisk fysiologi, klinisk bakteriologi och patologi. Beträffande organisationen av dessa laboratorier anför kommittén.

Den kliniska kemien och fysiologin omfattar emellertid så stora verksamhetsområden, att en delning i olika sektioner synes nödvändig. Utredningen föreslår en i detta syfte »horisontell» uppdelning under en och samma chef med de olika sektionerna underställda honom. En »vertikal» uppdelning däremot skulle innebära, att de olika kliniska specialistavdelningarna skulle ha egna serviceorgan anknutna till vederbörande klinik. *Organisationskommittén* vill framhålla, att de olika sektionerna ej sällan har ett väl avgränsat verksamhetsområde och därför kan vinna på en viss grad av självständighet.

Beträffande organisationen av arbetet med radioaktiva isotoper ansluter sig *lärarkollegiet vid karolinska institutet* i stort sett till utredningens förslag, att denna verksamhet i huvudsak bör bedrivas dels vid den radioterapeutiska klinikkens isotoplaboratorium och dels vid det kliniskt-kemiska laboratoriet. *Lärarkollegiet* fortsätter.

De fysiologiska laboratorierna måste ha möjligheter att vid cirkulationsundersökningar utnyttja isotoper, vilket kräver speciella laboratorieresur-

ser. Beträffande den s. k. atomhygieniska kontrollverksamhet, som bör finnas vid varje regionsjukhus, anser lärarkollegiet, att denna bör förläggas till radioterapeutiska kliniken, där medicinsk och fysikalisk sakkunskap finnes angående biologiska stråleffekter på människor samt lämpliga kontrollmätningmetoder beträffande radioaktiva isotoper och stråldoser.

Lärarkollegiet anser, att på varje sjukhus, där arbete med radioaktiva isotoper förekommer, en särskild kommitté, bestående av två å tre överläkare eller biträdande överläkare, varav en radiolog, i samråd med kärnfysisk sakkunskap skall bära ansvaret för isotopernas användning. Kommittén bör dock ha rätt att delegera vissa arbetsuppgifter till föreståndare för specialavdelning eller -laboratorium.

Liknande synpunkter framföres av *direktionen för karolinska sjukhuset*.

Även *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå* biträder utredningens förslag i denna del men uttalar, att isotoplaboratoriet i fråga om det reella ansvaret med hänsyn till strålfaran bör sortera under den kärnfysiker, som förutsättes leda den radioterapeutiska kliniken laboratorium.

Svenska radiologförbundet framhåller, att isotopverksamheten huvudsakligen utvecklats på de radiologiska avdelningarna i landet. Förbundet finner det visserligen ändamålsenligt, att en isotopundersökning, som är kombinerad med kemiska åtgärder, sker på det kemiska laboratoriet, men ett flertal isotopundersökningar, såsom upptagsundersökningar i sköldkörtel och lever, har så nära samband med radiologiska åtgärder, att de utan tvekan bör utföras på en radiologisk avdelning. Härav följer att isotopavdelningar skall kunna finnas även på andra radiologiska avdelningar än terapeutiska centralanstalter.

Styrelsen för statens bakteriologiska laboratorium understryker önskvärdheten av att bakteriologiska laboratorier kommer till stånd inom varje län, då det av allt att döma alltjämt här i landet finns ett latent behov av utvidgad bakteriologisk service framförallt på det kliniska området.

I fråga om den virologiska diagnostiken har *styrelsen för statens bakteriologiska laboratorium* intet att erinra mot utredningens förslag att koncentrera denna verksamhet till regionplanet. Styrelsen framhåller, att tekniken vid virologiska undersökningar är så komplicerad att den åtminstone under de närmaste åren bör bedrivas blott vid ett fåtal, väl utrustade laboratorier. Viss serologisk diagnostik inom virusområdet kan emellertid enligt styrelsens mening inrymmas i de bakteriologiska laboratoriernas rutin.

Medicinska fakulteten i Göteborg framhåller vikten av en utvidgad klinisk-patologisk service vid samtliga regionsjukhus knutna till medicinska lärosäten.

Utredningens förslag, att den cytologiska utstryks- och punktionsdiagnostiken centraliseras till patologiskt-anatomiska

laboratoriet, biträdes av bl. a. *karolinska institutets lärarkollegium, direktionen för karolinska sjukhuset och organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå*. Organisationskommittén tillägger.

Detta får emellertid ej hindra att möjligheter fortfarande kommer att stå till buds vid den medicinska kliniken för undersökning av blodmorfologi medels utstrykningspreparat och urinmorfologi. För en rationell drift vid nämnda klinik synes detta oavvisligen nödvändigt och är därjämte av största betydelse jämväl för forskningen samt för undervisning och utbildningen av specialister i invärtes medicin. Detsamma gäller även beträffande centralanstalten för radioterapi.

Svenska patologförbundet förordar, att laboratorier för cytologisk diagnostik till en början endast inrättas vid sådana sjukhus, där speciellt behov kan anses föreligga, såsom vid regionsjukhusen. Då det emellertid icke kan förutsättas, att lasarettsläkarna i patologi personligen skall utföra den mycket tidskrävande cytologiska diagnostiken, är det enligt förbundets mening absolut nödvändigt, att speciella cytologtjänster inrättas vid dessa laboratorier och att cytologin förses med egen teknisk personal.

Beträffande röntgenavdelningens arbetsuppgifter konstaterar *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå*, att röntgendiagnostikens utveckling och ökade betydelse inom diagnostiken medfört, att även inom detta ämnesområde en uppdelning i olika subspecialiteter kan skönjas. Krav på särskild neuroradiolog, en inom hjärt- och lungdiagnostiken specialtränad och en inom barnröntgenologin särskilt utbildad röntgenolog föreligger sålunda redan.

Yttranden över utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet

Såsom delvis framgått av redogörelsen för remissyttrandena över regionvårdsutredningens betänkande råder starkt delade meningar om reumatologins ställning i regionvårdssammanhang. Detta framgår än tydligare av yttrandena över utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. Nämnda utrednings förslag, att den kvalificerade reumatikervården skall meddelas vid reumatologiska specialkliniker vid regionsjukhusen samt att övrig reumatikervård skall anordnas på länsplanet har tillstyrkts av *pensionsstyrelsen, statskontoret, medicinska fakulteten i Lund, karolinska institutets lärarkollegium, direktionerna för karolinska sjukhuset och akademiska sjukhuset i Uppsala, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggnad, Uppsala, Kronobergs och Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott, Svensk reumatologisk förening, Svenska kurortsföreningen samt Riksföreningen mot reumatism*.

Medicinska fakulteten i Lund anför, att det väsentligen är de mera svårartade formerna av akut och kronisk reumatoid arthrit, som fordrar spe-

cialvård. Denna sjukdomsgrupp kräver för sitt handhavande läkare med specialintresse och specialutbildning. Med en förläggning av specialkliniker till undervisningssjukhusen och i enlighet med utredningens förslag även till regionsjukhusen torde enligt fakultetens mening omhändertagandet av detta klientel vara säkerställt och möjligheter finnas för en väl behövlig kvalificerad forskning inom området.

Karolinska institutets lärarkollegium erinrar om att lärarkollegiet tidigare anslutit sig till regionvårdsutredningens uppfattning, att reumatologiska specialavdelningar icke behövde ingå som nödvändig del av ett regionsjukhus som förfogade över tillräckligt antal internplatser. Enligt lärarkollegiets mening har emellertid vissa nya synpunkter sedermera framkommit, som ställer problemet i annan belysning och kräver förnyat ställningstagande. Lärarkollegiet fortsätter.

En av utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet företagen undersökning över vården av reumatiker å lasaretten har gett vid handen att, ehuru antalet vårdplatser vid de medicinska avdelningarna ökat väsentligt under de sista femton åren, nedgång likväl ägt rum beträffande antalet där intagna fall av akut och kronisk ledgångsreumatism liksom beträffande totala antalet vårddagar för dessa patienter. Medelvårdtiden för hithörande fall har varit endast omkring hälften av den som tillämpas vid reumatologiska specialavdelningar. Säkerligen har trycket från akutsjukvården härvidlag spelat en avgörande roll. Utvecklingen synes sålunda ej ha gått i den riktning man tidigare räknat med, nämligen att vården av dylika fall skulle bli bättre tillgodosedd i och med att antalet vårdplatser vid de medicinska avdelningarna ökades. Modern reumatologisk specialvård är vidare i betydligt högre grad än vad regionvårdsutredningen synes föreställa sig i behov av kontakt med specialiteter på regionplanet såsom plastikkirurgi och urologi.

Allmän enighet torde råda om värdet av ett samlat kliniskt material av reumatiskt sjuka för klinisk forskning, undervisning och specialistutbildning. Även regionvårdsutredningen synes förutsätta, att reumatologiska specialkliniker inrättas vid de undervisningssjukhus som ännu saknar sådana (Göteborg och Uppsala). Det torde då leda till betydande organisatoriska svårigheter, om dessa fem specialkliniker icke inlemmas i den regionala sjukvården. I och med en avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet måste eljest speciella sjukvårdsregioner utvecklas för den kvalificerade reumatologins vårdbehov och särskilda överenskommelser träffas vid sidan om regionavtalen. Lärarkollegiet delar utredningens uppfattning, att sjukvårdshuvudmännen inom vederbörande regioner bör samarbeta även beträffande reumatikervården och att kommande regionavtal bör tillämpas även för reumatologin. Vid organisationen bör man dock beakta nödvändigheten av ett intimt samarbete med den internmedicinska kliniken ifråga om undervisning, specialistutbildning och sjukvård.

Uppsala läns landstings förvaltningsutskott finner det synnerligen angeläget, att man — innan en avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet helt genomföres och innan ansvaret för vården överlämnas till

de nya huvudmännen — under alla förhållanden skapar de organ för undervisning och forskning samt kvalificerad vård som förslaget om inrättande av reumatologiska kliniker i anslutning till regionsjukhusen innebär. Dylika kliniker är i fråga om undervisning och forskning samt beträffande möjligheterna till vård särskilt angelägna beträffande sådana reumatiskt sjuka, där sjukdomen och de socialmedicinska indikationerna kräver en samverkan med andra regionspecialiteter och den regionalt eller länsvis organiserade rehabiliteringsverksamheten.

Svenska kurortsföreningen finner erfarenheten visa, att de reumatiskt sjuka, som hänvisas att söka sin vård i konkurrens med andra sjuka vid de vanliga invärtesmedicinska avdelningarna ofta sätts i efterhand, intas först efter lång väntetid och sedan bereds alltför kort vårdtid. Utredningens förslag att inordna reumatikervården i regionsjukvården synes föreningen kunna tillförsäkra de reumatiskt sjuka ett adekvat omhändertagande.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket understryker värdet av att den mera kvalificerade reumatikervården kan företrädas av särskilda överläkare, som har möjlighet att tillvarata denna vårdgrens intressen. Kommittén fortsätter.

På grund av knappheten på läkare, som är specialutbildade för uppgiften, kommer det dock att dröja innan sådana överläkare kan stå till förfogande annat än på regionplanet. Redan att det där börjar finnas överläkare för uppgiften är emellertid av betydelse, inte minst med hänsyn till den intensifierade forskning, särskilt vid undervisningssjukhusen, som bör komma till stånd, och som är så mycket mer angelägen, eftersom det här gäller en grupp sjukdomar, som tillsammans representerar en av våra svåraste folksjukdomar.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala anser det vara en brist i utredningen att det totala reumatologiska vårdbehovet inte redovisats. Om man gjort detta, skulle det sannolikt visat sig att lämpligt stora vårdenheter kan ordnas på länsplanet. Direktionen anför vidare.

Utredningen har förebragt medicinska skäl för reumatikervårdens regionalisering, men såväl dessa som grunderna för gränstragningen mellan de fall som bör vårdas på regionplanet och de som bör vårdas på länsplanet har presenterats mycket kortfattat, och frågan har icke penetrerats tillräckligt grundligt. Det oaktat finner direktionen det rimligt, att möjlighet skapas på regionplanet för såväl utredning som vård av mera komplicerade och svårartade fall av reumatiska sjukdomar.

Dessutom synes det angeläget att bereda ökade möjligheter till forskning och undervisning, varför specialavdelningar bör tillkomma på regionplanet och i första hand vid de regionsjukhus, som tillika är undervisnings-sjukhus. Dylika avdelningar bör dock icke dimensioneras efter sjukvårdsbehovet och icke heller göras större än vad som motsvaras av forskning och undervisning.

Kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande framhåller, att reumatologins vårdbehov bör likaväl som neurologins och dermatolo-

gins i väsentlig grad kunna tillgodoses på länsplanet. Till ett regionsjukhus bör enligt kommitténs mening i princip endast hänvisas särskilt svårbehandlade fall och — för undervisningssjukhusens del — därjämte sådana fall, som kan tjäna undervisningen eller vara av intresse ur forskningssynpunkt.

Sju av sjukvårdshuvudmännen har ställt sig tveksamma inför utredningens förslag. Hit hör *Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott*, som biträder utredningens förslag att särskilda reumatologiska avdelningar inrättas men ställer sig tveksamt till frågan om dessa avdelningar skall inräknas bland regionspecialiteterna.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott vill närmast anse reumatologin som en länsspecialitet och anser det därför tveksamt, om större avdelningar bör tillskapas på regionsjukhusen för denna specialitet. Där emot torde det enligt utskottets mening vara nödvändigt att för forskning och undervisning anordna ett visst antal platser på regionsjukhusen.

Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott, som erinrar om att reumatikervården i Umeå f. n. är organiserad som en subspecialitet inom den medicinska kliniken, uttalar, att frågan om reumatikervårdens framtida ordnande bl. a. kan vara beroende av om statsmakterna inrättar en akademisk befattning i ämnet reumatologi.

Kalmar läns norra landstings förvaltningsutskott förordar, att lösningen av frågan om den kvalificerade reumatikervårdens inordnande i regionsjukvården uppskjutes med hänsyn till att flera andra regionspecialiteter i första hand bör komma till stånd.

Förslaget om reumatologiska specialkliniker inom regionsjukvårdens ram avstyrkes av *medicinalstyrelsen, de medicinska fakulteterna i Uppsala och Göteborg, Södermanlands, Jönköpings, Älvsborgs, Skaraborgs, Örebro och Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott, stadsfullmäktige i Göteborg, Malmö och Norrköping, Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet och Svenska ortopedföreningen.*

Medicinalstyrelsen anför till stöd för sitt ställningstagande i huvudsak samma skäl som åberopats av regionvårdsutredningen. Beträffande de vid undervisningssjukhusen befintliga eller planerade reumatologiska avdelningarna föreslår styrelsen, att dessa överflyttas till vederbörande sjukvårdshuvudman och drives såsom självständiga kliniker i dennes regi för att i huvudsak tjäna det egna områdets reumatikervård och dessutom utgöra ett centrum för forskning och specialistutbildning på området. Övriga i pensionsstyrelsens regi hittills drivna lasaretsanslutna reumatikeravdelningar bör likaledes övertagas av vederbörande huvudmän för att anslutas till internmedicinsk avdelning såsom ett led i den länsvis organiserade reumatikervården.

I huvudsak samma synpunkter anför *medicinska fakulteten i Uppsala och Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott.*

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott finner utredningens förslag beträffande den kvalificerade reumatikervårdens ordnande i hög grad ägnat att förvåna. Om kvalificerad vård kunnat tillgodoses vid pensionsstyrelsens sjukhus, som med undantag för Lund praktiskt taget saknar andra samarbetande specialiteter, måste enligt utskottets förmenande en framtida anslutning av denna vård till sjukvårdshuvudmännens med ett stort antal specialiteter utbyggda centrallasarett innebära en betydande förbättring av vårdresurserna och en tillgång till alla de specialiteter, vars medverkan mera regelmässigt erfordras för denna vård.

Stadsfullmäktige i Göteborg och Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser, att de reumatiskt sjuka bör vårdas inom de internmedicinska klinikerna. Reumatiker, som behöver vård på specialkliniker för plastikkirurgi och urologi, kan remitteras direkt till dessa specialkliniker inom regionsjukhuset på för dessa kliniker gällande villkor. Förvaltningsutskottet tillägger bl. a.

Den slutna vården av reumatiskt sjuka torde på länsplanet på längre sikt kunna ordnas på olika sätt. Inom flertalet sjukvårdsområden torde dessa sjuka komma att väsentligen vårdas inom de internmedicinska klinikerna, kanske i vissa fall såsom en subspecialitet under en biträdande överläkare med specialutbildning inom detta område. Inom de största sjukvårdsområdena — utanför undervisningssjukhusen — kan det förmodligen visa sig ändamålsenligt att inrätta en självständig reumatologisk klinik, då därigenom den internmedicinska kliniken kan få en rimligare omfattning. Den kommande utvecklingen blir emellertid i hög grad beroende av resultaten av den upprustning av forskning och klinisk utbildning inom området, som först måste komma till stånd.

Samma synpunkter anföres av *Svenska ortopedföreningen* och *Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott*, som även betonar de mycket stora ekonomiska påfrestningar, som den redan planerade regionsjukvården medför.

Svenska landstingsförbundet anför, att all reumatikervård, som lämnats vid pensionsstyrelsens sjukhus och lasarettavdelningar, icke torde ha varit av den kvalificerade art, som utredningen anser att regionsjukhusens reumatologiska kliniker skall meddela, bortsett från den mindre krävande vård som där kan lämnas patienter från det egna sjukvårdsområdet. Icke minst de ekonomiska påfrestningar en utbyggnad av regionsjukvården medför synes tala för att man här går fram med försiktighet. Enligt förbundets mening bör i första hand de till undervisningssjukhusen knutna reumatologiska klinikerna utnyttjas för sådan vård, som inte anses kunna lämnas på länsplanet. Detta motiveras främst från undervisnings- och forskningssynpunkt. Därest behovet av högspecialiserad vård skulle vara så stort, att förefintliga undervisningskliniker ej kan tillgodose detta, torde få övervägas att inrätta ytterligare någon dylik klinik. I landstingsförbundets yttrande instämmer *Kalmar läns södra landstings förvaltningsutskott*

samt *Hallands, Göteborgs och Bohus, Värmlands, Gävleborgs och Väster-norrlands läns landstings förvaltningsutskott.*

Även *Svenska stadsförbundet* samt *stadsfullmäktige i Malmö och Gävle* anser de reumatologiska specialkliniker, som finns eller väntas tillkomma vid undervisningssjukhusen, vara tillräckliga för att tillgodose forskningens och undervisningens krav.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott kräver, att utredning verkställs beträffande reumatikervårdens medicinska, organisatoriska och administrativa problem. Utskottet anför.

Det är ett flertal hittills obesvarade frågor inom detta behandlings- och vårdgebit, som bör klarläggas på det centrala planet. En fråga i detta sammanhang gäller exempelvis, på vilket sätt avancerade behandlings-, terapi- och rehabiliteringsanordningar på vissa håll utomlands skall nyttiggöras även inom vårt lands reumatikervård och rehabiliteringsverksamhet. En annan fråga gäller sättet på vilket forskning och utbildning skall ordnas, så att reumatologins medicinska och organisatoriska behov skall kunna tillgodoses. Andra frågor kan exempelvis gälla, huruvida den centraliserade specialvården på detta område skall ske vid undervisningssjukhus eller vid regionsjukhus eller om det skall ske på båda hållen. Skall den länsvis ordnade reumatikervården vara förlagd till speciella reumatikerkliniker vid centrallasaretten eller ges på lasarettens invärtesmedicinska avdelningar och sjukstugorna? Eller skall sagda vård länsvis ske under båda dessa former? Varför har ännu inte arbetsmarknadsstyrelsen och dess lokala arbetsvårdande, arbetstränande och yrkesutbildningsanordnande organ givits en med sjukvårdshuvudmännen samarbetande uppgift, när det gäller behandlings- och rehabiliteringsåtgärder för reumatikerskadade? Frågor av detta slag och många andra framhäver med tydlighet behovet av att statsmakterna på allvar måste ta upp frågan om de reumatikersjukas vårdbehov, detta vårdbehovs intensifierade tillgodoseende samt vårdorganisationens lämpliga utformning. Först efter att dessa frågor klarlagts, kan det vara tid att upptaga spörsmål av huvudmannaskaps- och finansieringskaraktär m. m. till avgörande.

Enligt förvaltningsutskottets mening är det icke realistiskt att tänka sig regionsjukhusen som centra för den specialiserade reumatikervården inom ett upptagningsområde med en befolkningensmängd på miljonen invånare. Regionsjukhusidén och regionsjukhusens organisation ger inte rum för en vårdform, som reumatikervården utgör, så nära länssjukvården som densamma ligger. Däremot vill utskottet ansluta sig till den mening, som hävdats, att vid de medicinska lärosätena inrättas reumatikerkliniker av den storleksordning, som är erforderlig för reumatikerforskning och utbildning av läkare i reumatologi vid bl. a. landstingens centrallasarett.

Utredningens beräkningar över det totala vårdplatsbehovet på regionplanet har blivit föremål för diskussion i ett par yttranden. *Riksföreningen mot reumatism* anför sålunda.

Det totala vårdplatsbehovet för den specialiserade reumatikervården kommer sannolikt att visa sig mer ligga på den nivå, som beräknades i SOU 1945: 41, 1 000 vårdplatser, än på den nivå, som nu beräknats, 600

vårdplatser. Det är dock lämpligt att i början utbygga till lägre siffra och sedan låta utvecklingen avgöra fortsättningen.

Vidare bör understrykas, att de reumatologiska specialavdelningarna vid regionsjukhusen ej blott bör vara sjukavdelningar för högkvalificerad reumatikervård. Ur såväl organisatorisk som ur undervisningssynpunkt bör även den ordinära reumatikervården inom det sjukvårdsområde, där specialkliniken är belägen, koncentreras hit. Detta gör, att vårdplatsantalet vid dessa reumatologiska specialkliniker bör beräknas högre än om meningen enbart vore att hit förlägga den högkvalificerade sjukvården. Dessa reumatologiska specialkliniker bör även bli den öppna vårdens viktigaste stödjepunkt inom var sin region, främst som rådfrågningscentraler.

Pensionsstyrelsen anser däremot utredningens beräkningar vara för höga. Styrelsen yttrar bl. a.

Utredningen har icke närmare ingått på gränsdragningen mellan de fall, som behöver den högkvalificerade vård på regionplanet som utredningen tänkt sig, och de fall inom berörda sjukdomsgrupper, där så ej vore förhållandet. Önskvärt vore att gränsdragningen kunde mera klart angivas. Med utgångspunkt från att avdelningarna åtminstone i huvudsak blir belagda med patienter som har behov av den högkvalificerade och därmed också dyrbara vård, som bör beredas därstädes, torde emellertid åtskilliga skäl tala för att platsbehovet kan antas vara avsevärt lägre.

På grund av den minskade tillströmningen till styrelsens anstalter har styrelsen där intagit alla som sökt vård och bedömts vara i behov av sådan utan hänsyn till om de kunnat anses vara i behov av den högkvalificerade vård som borde beredas å regionplanet. Hur många av fallen som kunde antas vara i behov av sådan är naturligtvis svårt att bedöma, men om man uppskattar dem till $\frac{2}{3}$ av samtliga torde man inte ha beräknat antalet för lågt. Med denna utgångspunkt synes, om man utgår från en medelvårdtid av 60 dagar, vilken siffra ej kan anses vara tilltagen i underkant, icke mer än något över 400 vårdplatser vara erforderliga för reumatikervården å regionplanet.

Departementschefen

Till grund vid sin bedömning av vilka specialiteter, som bör anordnas för större räjonger än de vanliga sjukvårdsområdena, har regionvårdsutredningen lagt vissa allmänna synpunkter i fråga om de problem, som sammanhänger med specialiseringen. Beträffande internmedicinen rekommenderar utredningen återhållsamhet i fråga om en ytterligare uppdelning på självständiga specialiteter och framhåller därvid bl. a., att internmedicinaren bör inta en central sammanhållande och samordnande funktion i den medicinska verksamheten och att de olika verksamhetsområdena inom internmedicinen griper över i varandra på ett sätt, som ofta kommer en uppdelning att te sig konstlad. Utredningen anser därför en subspecialisering under biträdande överläkare eller konsultläkare särskilt ändamålsenlig för internmedicinens del. I fråga om kirurgin finner utredningen

däremot samma betänkligheter icke möta mot en vidare specialisering. Verksamhetens tekniska betoning med dess ofta speciella krav på utrustning utgör här ofta i och för sig ett motiv för en uppdelning. Utifrån sådana allmänna överväganden har utredningen prövat, vilka slag av medicinsk verksamhet, som av vårdmässiga, organisatoriska, tekniska och andra skäl bör centraliseras till regionplanet och där organiseras som självständiga specialiteter. Utredningen har närmare diskuterat en rad olika verksamhetsgrenar, vilkas ställning aktualiserats i den medicinska debatten eller på annat sätt kommit under bedömning vid utredningsarbetet. Som resultat av gjorda överväganden förordar utredningen, att inom alla regioner anordnas specialkliniker för neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi, viss kardiologi, plastikkirurgi, urologi, barnkirurgi, radioterapi och dermatologi. Vidare föreslår utredningen inrättande av s. k. käkcentraller och — i vissa regioner — behandlingseenheter för konstgjord njure.

Utredningens principiella synpunkter på specialiseringen och därmed förenade problem har i allmänhet godtagits vid remissbehandlingen, varvid systemet med subspecialisering inom vissa specialiteter, särskilt inom internmedicinen, från de flesta håll rekommenderats. Samtidigt har emellertid varnats för att även en subspecialisering kan medföra en icke önskvärd splittring av en moderspecialitet. Det har också framhållits, att en subspecialisering ofta är ett första steg i riktning mot avskiljande av självständiga specialavdelningar, en utveckling som påskyndas av svårigheterna att få läkare, som är villiga att i underordnad ställning ägna sig åt specialsjukvård. Åtskilliga remissorgan menar därför, att specialiteterna från fall till fall bör givas den organisationsform som finnes lämpligast och att utvecklingen härvidlag icke bör bindas alltför hårt.

Utredningens förslag till gränsdragning beträffande regionspecialiteterna har i allmänhet tillstyrkts, ehuru i en del yttranden påpekats att vissa av de specialiteter som utredningen föreslår organiserade på regionplanet redan nu eller inom en snar framtid torde bära anordnas som länsspecialiteter. I synnerhet från de medicinska fakulteternas och läkarorganisationernas sida har vidare mera speciella avvikelser från förslagen förordats i åtskilliga hänseenden.

För egen del kan jag i allt väsentligt ansluta mig till de principiella uttalanden, som ligger till grund för utredningens ställningstagande beträffande regionspecialiteterna. Såsom jag redan tidigare framhållit finns det anledning att över huvud taget iakttaga en viss försiktighet i fråga om utbrytandet av nya specialiteter. Inom läkarverksamheten innebär nämligen specialiseringen måhända en större fara än inom de flesta andra yrken. Specialisten, som är inriktad på sitt avgränsade område, löper lätt risken att förlora helhetsbilden av den sjuke. Liksom utredningen anser jag det likväl ofrånkomligt, att specialiseringens väg beträdes. Av vikt är emellertid, att

denna utveckling icke leder till en alltför stor uppsplittring av moderdisciplinerna medicin och kirurgi, som i längden kan verka hämmande på den grundläggande kliniska läkarutbildningens kvalitet och därmed ytterst på vården.

Utredningens förslag att möta kraven på erforderlig tillgång till specialister genom subspecialisering inom moderklinikens ram under biträdande överläkare eller konsultläkare finner jag av nu anförda skäl förtjäna det största beaktande. Särskilt gäller detta inom internmedicinen på grund av intermedicinarens speciella roll som koordinerande inom den medicinska verksamheten. Organisatoriskt-ekonomiskt medför en lösning med subspecialisering den fördelen, att uppförande av kostnadskrävande specialkliniker i många fall kan undvikas, eftersom behovet av vårdplatser för en subspecialitet ofta tillgodoses genom avskiljande av ett antal platser inom moderkliniken.

Efter dessa allmänna aspekter på specialiseringen torde jag nu få ingå på en närmare behandling av de särskilda av regionvårdsutredningen förordade regionspecialiteterna. Jag vill härvid till en början framhålla, att syftet med regionvårdsplaneringen — att giva planmässighet och stadga åt organisationen för den högspecialiserade vården — givetvis icke får undanskymma det förhållandet, att nya framsteg inom medicinen kan komma att kräva andra organisationsformer än de för dagen aktuella. Specialiteter, som nu anses bära anordnas på regionplanet, kan så småningom komma att föras ut på länsplanet, och inom dagens specialiteter kan åter utvecklas nya diagnostiska och terapeutiska metoder, vilka kommer att kräva sin egen organisation såsom regionspecialiteter. Kretsen av de regionspecialiteter jag i det följande förordar bygger därför på den bedömning, som kan göras i dagens läge, och denna krets kan således komma att förändras alltefter den medicinska utvecklingens krav. Jag anser mig emellertid böra räkna med att den avgränsningen jag föreslår i allt väsentligt skall vara ägnad att läggas till grund för sjukhusplaneringen under 1960-talet.

I direktiven för regionvårdsutredningen angavs vissa exklusiva specialiteter — thoraxkirurgi, plastikkirurgi, neurokirurgi, neurologi och radioterapi — vilka vid en utredning inom medicinalstyrelsen hösten 1954 ansetts kräva en regional utbyggnad. Vad regionvårdsutredningen anfört rörande nämnda specialiteter och vad som framkommit vid remissbehandlingen av dess förslag bestyrker enligt min mening klart riktigheten av detta ställningstagande.

Beträffande neurokirurgi och thoraxkirurgi har sålunda icke från något håll i remissyttrandena ifrågasatts annat än att dessa specialiteter bör representeras på regionplanet. Endast regionsjukhusen anses kunna förfoga över de omfattande tekniska och laboratoriemässiga resurser och medgiva det samarbete mellan företrädare för en rad olika special-

områden, som de synnerligen kvalificerade kirurgiska ingreppen inom dessa specialiteter kräver. För thoraxkirurgins del vill jag särskilt peka på den förskjutning som ägt rum från enbart lungkirurgi till att avse även andra stora och tekniskt krävande kirurgiska ingrepp i brösthålan, därvid särskilt hjärt-kärlkirurgin kommit att spela en alltmera dominerande roll. Utredningens bedömning av vårdplatsbehovet inom neurokirurgi och thoraxkirurgi, 4,1 resp. 5,5 vårdplatser på 100 000 invånare, har allmänt godtagits av remissinstanserna och föranleder inga erinringar från min sida. Det synes dock finnas anledning att noggrant följa utvecklingen, särskilt inom thoraxkirurgin.

Förslaget att plastikkirurgin skall organiseras på regionplanet har tillstyrkts av majoriteten av remissorganen. Från några håll har emellertid hävdats, att plastikkirurgin skulle vara mogen att nu eller inom en mycket snar framtid organiseras som länspecialitet. Denna uppfattning kan jag icke biträda. Visserligen torde enklare plastikkirurgiska ingrepp utföras och även i fortsättningen komma att utföras vid lasarettens allmänkirurgiska avdelningar. Den högkvalificerade plastikkirurgiska verksamheten, särskilt brännskadevården, förutsätter emellertid ett lagarbete mellan företrädare för en rad olika specialiteter, som endast kan väntas finnas representerade vid regionsjukhusen, samt kräver tillgång till regionsjukhusets terapeutiska och laboriemässiga resurser. Det av utredningen beräknade vårdplatsbehovet — 5,5 platser per 100 000 invånare — omöjliggör enligt min bestämda mening att rationellt dimensionerade och utrustade plastikkirurgiska avdelningar kan anordnas inom de särskilda sjukvårdsområdena. Även om bl. a. den stigande frekvensen av trafikolyckor måste väntas medföra, att antalet svåra plastikkirurgiska fall ökar, torde förutsättningar saknas för att under överskådlig framtid bereda dessa patienter erforderlig specialvård på länsplanet. Den kännbara bristen på utbildade plastikkirurger talar ävenledes emot en utspridning av den plastikkirurgiska specialistverksamheten.

Från läkarhåll har stundom gjorts gällande, att den medicinska neurologin är av så stort värde för invärtesmedicinarens verksamhet, att den icke bör utbrytas ur internmedicinen. De skäl, som av utredningen åberopats för att ge neurologin en självständig ställning, har emellertid genomgående godtagits vid remissbehandlingen av betänkandet. Även för egen del är jag övertygad om att det såväl ur medicinsk synpunkt som av praktisktorganisatoriska skäl är erforderligt med neurologiska specialavdelningar för diagnostik och behandling av svårare nervsjukdomar.

Enligt utredningens åsikt kräver neurologin en utbyggnad både på region- och länsplanet. Till denna uppfattning kan jag helt ansluta mig. Vårdbehovet är nämligen å ena sidan mycket omfattande, å andra sidan starkt differentierat. Endast omkring hälften av det sammanlagda antalet neurologiska fall har beräknats behöva vård på specialavdelningar, och

endast en mindre del av dessa kräver för utredning och behandling det kvalificerade samarbete mellan väl utbildad neurolog samt neurokirurg, neurofysiolog, neuroradiolog och andra specialister, som regionsjukhuset kan erbjuda. Viktigt är enligt min mening att vid dimensioneringen av de neurologiska regionklinikerna vederbörlig hänsyn tages till såväl den med förändringen av befolkningens ålderssammansättning följande ökningen av hjärnans kärlsjukdomar som det med trafikskadornas ökning stigande behovet av vårdplatser för svårare paraplegifall.

Beträffande organisationen för den neurofysiologiska laboratorieverksamheten har starkt delade meningar framkommit. Utredningen betonar för sin del önskvärdheten av att kunna sammanhålla den kliniska fysiologin i en överläkares hand och föreslår av denna anledning, att neurofysiologin organiseras som en sektion av det kliniskt fysiologiska laboratoriet men med egen neurolog som föreståndare. I flera remissyttranden, bl. a. från universitetshåll, hävdas däremot bestämt, att den kliniska neurofysiologin kräver sin särskilda laboratorieorganisation. För egen del finner jag erfarenheterna från de befintliga neurologiska klinikerna i Stockholm och Göteborg närmast tala för den senare organisationsformen. Såväl kompetenskraven för de läkare, som skall handha den neurofysiologiska laboratorieverksamheten, som arbetsuppgifternas art och kraven på utrustning synes skilja sig så väsentligt från vad som gäller beträffande den kliniska fysiologin, att någon rationalisering ej står att vinna genom en samordning med denna.

Även utredningens förslag att den neurologiska rehabiliteringsverksamheten skall inordnas under generella rehabiliteringsavdelningar, har blivit föremål för stark kritik. Bl. a. på grund av att den neurologiska rehabiliteringen under alla förhållanden bör ledas av en neurolog, förefaller det mig lämpligast att verksamheten organiseras inom neurologiska klinikens ram. Härför talar enligt min uppfattning även det förhållandet, att den neurologiska rehabiliteringsverksamheten, bl. a. med hänsyn till de krävande paraplegifallen, kan väntas få relativt stor omfattning.

Jag vill i detta sammanhang betona, att vad jag nu anfört naturligtvis på intet sätt minskar angelägenheten av att medicinska rehabiliteringsavdelningar av generell karaktär snarast kommer till stånd. Dessa bör som utredningen förutsatt anordnas i anslutning till lasaretten på länsplanet. Det ligger dock i sakens natur, att speciella fordringar måste ställas på dylika avdelningar vid regionsjukhusen med deras ofta svårare och mera differentierade klientel och med hänsyn till undervisningens och forskningens intressen.

För den avancerade radioterapi i landet finns en regionalisering f. n. genomförd med de tre jubileumsklinikerna i Stockholm, Lund och Göteborg som regionsjukhus. Som utredningen visat är dessa kliniker klart otillräckliga för att tillgodose behovet av strålbehandling av maligna tumö-

rer. Detta gäller framför allt beträffande cancerfall från landets norra och mellersta delar. Angelägenheten av att behandlingsresurserna med det snaraste ökas framhävs av att tidig diagnos och behandling av cancersjukdomar som regel är av avgörande betydelse för effektiviteten av behandlingen. Enligt utredningens beräkningar skulle vårdplatsbehovet vid centralanstalter för radioterapi utgöra 8 per 100 000 invånare, innebärande att ett tillskott av omkring 260 nya platser vid centralanstalter skulle erfordras. Från bl. a. vissa medicinska undervisningsmyndigheters sida har dock hävdats att utredningens beräkning är för låg och att 10 platser per 100 000 invånare skulle behövas för att täcka behovet. På denna punkt vill jag för min del i likhet med medicinalstyrelsen förorda att, innan större erfarenhet vunnits rörande vilka behandlingsresultat, som kan nås med på senare tid tillkommen apparatur för högenergetisk strålning, betatroner och gammatroner, utredningens siffra lägges till grund för beräkningen av vårdplatsbehovet vid centralanstalterna. Vidare har jag i likhet med utredningen räknat med en fortsatt, om ock försiktig utbyggnad av radioterapeutiska avdelningar vid större centralasarett, varigenom en viss avlastning torde kunna ske från centralanstalterna.

Att den avancerade strålterapi bör vara centraliserad till radioterapeutiska specialavdelningar på regionplanet torde vara ställt utom varje tvivel. Såväl medicinska skäl, särskilt vissa tumörslags och vissa tumörlokaliseringars låga frekvens, som undervisningens och forskningens krav nödvändiggör detta. Vidare är det av väsentlig betydelse för goda behandlingsresultat, att radioterapeuten kan upprätthålla intim kontakt med företrädare för flertalet av de specialiteter, som föreslås bli koncentrerade till regionsjukhusen. Härtill kommer slutligen den omständigheten att behandlingsapparaturen är synnerligen dyrbar och för sin användning kräver ständig medverkan av bl. a. kliniskt erfarna radiofysiker samt att en omfattande laboratorieorganisation fordras, vilket allt ytterligare inskräpper vikten av rationellt dimensionerade enheter.

Såsom bl. a. medicinska fakulteten i Göteborg påpekat behandlas åtskilliga former av cancertumörer med kirurgiska metoder, till den övervägande delen vid lasarettens allmänkirurgiska avdelningar. Jag delar fakultetens uppfattning, att i speciell tumörkirurgi och tumörbiologi särskilt utbildade kirurger skulle vara av stort värde för den kirurgiska cancerterapi. Vid regionsjukhuset synes en sådan tumörkirurg, knuten till och verksam inom den allmänkirurgiska kliniken, lämpligen såsom konsult böra stå till radioterapeuternas förfogande för diskussion av diagnos och behandlingsplaner för olika typer av cancerfall.

Att såsom från några håll förordats infoga den gynekologiska radioterapi under den gynekologiska specialiteten synes mig synnerligen tveksamt, även om detta ur undervisningens och forskningens synpunkt måhända skulle vara till viss fördel. En sådan åtgärd skulle enligt min mening kunna

leda till onödiga dubbleringar av de radioterapeutiska klinikernas dyrbara behandlingsutrustning. Givetvis bör emellertid en intim samverkan mellan de radioterapeutiska och gynekologisk-obstetriska klinikerna eftersträvas och för överläkarna för de förstnämnda klinikernas gynekologiska avdelningar krävas fullgod utbildning i både gynekologi och radioterapi.

Beträffande diagnostiken och den medicinska behandlingen av hjärtsjukdomar har utredningen framhållit, att modern kardiologi arbetar med en rad laboratoriemetoder, som kräver speciell och mycket omfattande utrustning samt fordrar ett icke oväsentligt personaluppbåd, diagnostisk erfarenhet och uppdriven rutin. För de fall av hjärt-kärlsjukdomar, som fordrar mera specialiserade analysmetoder med hjärtkatetriseringar, angiografier och funktionell hjärtdiagnostik, förordar utredningen mindre kliniker med egen överläkare vid regionsjukhusen. Förslaget har mottagits med stor tveksamhet av flertalet av de medicinska fakulteterna och högskolorna, vilka ifrågasatt, om icke den kliniska kardiologin, bl. a. med hänsyn till undervisningen av de medicine studerande och underläkarna borde tillgodoses inom den medicinska — och beträffande barnkardiologin inom den pediatrika — klinikens ram. För egen del är jag helt av samma uppfattning. Som karolinska institutets lärarkollegium påvisat skulle självständiga kardiologiska kliniker även av den mindre storlek utredningen förordad undandraga de internmedicinska klinikerna den helt övervägande delen av för undervisningen lämpliga hjärtfall. Med hänsyn till hjärtsjukdomarnas centrala betydelse inom internmedicinen och i medicinsk verksamhet överhuvud taget måste bestämt varnas för en sådan utveckling. Enligt min mening bör därför den högspecialiserade kardiologiska verksamheten utvecklas som subspecialitet under biträdande överläkare eller konsultläkare inom den internmedicinska kliniken, d. v. s. efter samma linjer som utredningen förutsatt för organisationen av den pediatrika kardiologin inom den pediatrika kliniken. Däremot delar jag utredningens uppfattning, att de nyss berörda kardiologiska undersökningsmetoderna är av den kvalificerade natur och ställer så stora krav på fysiologiska, röntgenologiska och andra laboratorieresurser, att verksamheten i första hand bör koncentreras till regionsjukhusen.

Flertalet kirurgiska ingrepp på barn utföres f. n. vid de allmänkirurgiska avdelningarna i landet eller vid kirurgiska specialavdelningar för olika organspecialiteter. Behandlingen av allmänkirurgiska sjukdomar hos barn erbjuder emellertid särskilda svårigheter och uppvisar särdrag, som bottnar både i de speciella hänsyn värden av sjuka barn kräver och i barnens anatomiska och funktionella skiljaktigheter i förhållande till vuxenklientelet. Vidare finns en grupp för barnåldern specifika kirurgiska sjukdomar, bl. a. medfödda missbildningar, vilka ofta måste bli föremål för omedelbar operation av den nyfödde, för att denne skall kunna räddas till livet. Utredningens förslag att vid regionsjukhusen skall anordnas speciella b a r n k i-

r u r g i s k a kliniker under självständig överläkare har med endast några få undantag tillstyrkts eller lämnats utan erinran av remissorganen. Med hänsyn till angelägenheten av att det kirurgiska barnklientelet beredes en vård, som i största utsträckning tillgodoser dess speciella behov och samtidigt i görligaste mån medger, att barnklientelet vårdas avskilt från de vuxna, kan jag i princip biträda förslaget. Jag vill emellertid ifrågasätta, om speciella barnkirurgiska kliniker behöver byggas ut vid samtliga regionsjukhus och om ej samma syfte på sina håll kan nås genom subspecialisering.

I likhet med Stockholms stad och Stockholms läns landsting vill jag vidare ifrågasätta, om icke utredningens beräkning av behovet av barnkirurgiska vårdplatser i tätorter — 1 ‰ av barnantalet i åldrarna t. o. m. 15 år — ligger i överkant och bör modifieras nedåt i enlighet med vad staden och landstinget förordat.

Vad angår u r o l o g i n har från Svenska kirurgförbundets sida hävdats, att denna bör betraktas som länsspecialitet och vara företrädd vid alla centrallasarett. I övrigt har vid remissbehandlingen inga erinringar gjorts mot utredningens förslag att för undersökning och operation av mera kvalificerade urologfall skall inrättas särskilda kliniker vid regionsjukhusen, medan urologin i övrigt bör utvecklas som subspecialitet på länsplanet. Jag finner det för min del uppenbart, att ett mycket brett klientel av urologiska operationsfall hör hemma på lasarettens allmänkirurgiska avdelningar. Vid större sjukhus torde vården av detta klientel lämpligen kunna anordnas som subspecialitet under särskild biträdande överläkare eller konsultläkare. Å andra sidan förutsätter behandlingen av vissa svårare sjukdomstillstånd så ingående utredningar i samarbete med en rad andra specialister och så tekniskt krävande operativa ingrepp, att det får anses påkallat att härför anordna självständiga urologiska kliniker på regionplanet. Som utredningen framhållit torde dessa kliniker ha en viktig uppgift att fylla för specialistutbildning av urologer och randutbildning för allmänkirurger.

Då någon skarp gräns ej kan dragas mellan det urologiska klientel som bör vårdas på regionplanet och de fall som kan behandlas på länsplanet, bör regionklinikerna allt efter lokala förutsättningar dimensioneras så, att de kan fungera som rationella vårdenheter och samtidigt erbjuda erforderligt patientmaterial för den kliniska läkarutbildningen. Av utredningen förordade klinikstorlekar om 50 à 60 vårdplatser har ur dessa synpunkter ej givit mig anledning till erinran.

Utredningens uppfattning att d e r m a t o l o g i n är en specialitet vilken bör vara representerad med kliniker på både regionplanet och länsplanet har vunnit allmän anslutning vid remissbehandlingen. Som påpekats av utredningen finns också mer eller mindre väl utbyggda dermatologiska kliniker på samtliga de orter, som rimligen kan ifrågakomma som säte för regionsjukhus. Att klinikerna på regionplanet blir relativt stora, anser jag vara av särskild betydelse för undervisningen och forskningen i ämnet.

Med hänsyn till hud- och könssjukdomarnas stora frekvens bör regionklinikerna med 50 à 60 vårdplatser lämna erforderligt utrymme för rationella dermatologiska enheter för öppen och sluten vård även på länsplanet.

Enligt regionvårdsutredningens uppfattning bör reumatologi icke betraktas som en regionspecialitet. Till stöd härför åberopar utredningen bl. a., att de reumatiskt sjuka i allmänhet kan omhändertagas vid varje lasarett med internmedicinsk klinik, dock att vissa fall kräver vård vid centrallasarett med tillgång till ortopedisk sakkunskap och en väl utbyggd rehabiliteringsorganisation. Vidare hävdar utredningen, att det f. n. icke finns några särskilda tekniska resurser för diagnostik eller terapi av reumatiska sjukdomar, som skulle motivera reumatologiska kliniker på regionplanet.

Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet företräder en annan uppfattning. Visserligen menar utredningen, att flertalet reumatiskt sjuka bör vårdas på länsplanet, men samtidigt betonas bl. a., att plastikkirurgisk och urologisk behandling är ett viktigt inslag i rehabiliteringen av svårare reumatikerfall, något som enligt utredningens åsikt utgör ett motiv för att reumatologiska specialavdelningar bör ingå i regionsjukhusen.

Vid remissbehandlingen av de båda utredningsförslagen har meningarna brutits starkt om vilkendera utredningens uppfattning som bör följas. Regionvårdsutredningens linje stöds av bl. a. medicinska fakulteterna i Uppsala och Göteborg, Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet samt flertalet kommunala sjukvårdshuvudmän. Pensionsstyrelseutredningens förslag tillstyrks av bl. a. karolinska institutets lärarkollegium, medicinska fakulteten i Lund, direktionerna för karolinska sjukhuset och akademiska sjukhuset, ett mindre antal sjukvårdshuvudmän samt vissa organisationer som företräder reumatikervården.

Med den starka splittring i uppfattningen om reumatologins ställning, som sålunda kommit till uttryck, finner jag det ytterst vanskligt att bedöma, hur nämnda specialitet skall behandlas i regionvårdssammanhang. Vid mina ingående överväganden av denna fråga har jag emellertid funnit följande synpunkter förtjäna särskilt beaktande.

Den omständigheten, att speciella diagnostiska och terapeutiska resurser f. n. anses saknas för vården av de reumatiskt sjuka, kan otvivelaktigt bidra till att reumatikerfallen vid intagning på internmedicinska avdelningar ej blir föremål för den uppmärksamhet och den aktiva rehabiliteringsverksamhet som vore önskvärd. Då en stor del av klientelet kräver långvarig vård och positiva resultat av behandlingen endast nås successivt, ligger det också nära till hands, att patienterna skrivs ut från sjukhuset tidigare än som ur vårdsynpunkt är lämpligt. Genom tillskapande av särskilda vårdenheter för reumatiska sjuka med en mera självständig ställning i förhållande till internmedicinen torde onekligen garantierna ökas

för att klientelet ägnas erforderlig uppmärksamhet och får en adekvat behandling. Det skulle enligt min mening därför vara till fördel, om vid sidan av pensionsstyrelsens nuvarande lasarettanslutna reumatikeravdelningar — vilka jag förutsätter kommer att överföras till de kommunala sjukvårdshuvudmännen — reumatikervården inom de internmedicinska avdelningarnas ram anordnades såsom subspecialitet under biträdande överläkare.

En effektiv vård av de reumatiskt sjuka kräver samverkan med olika specialister, bl. a. ortopedier, och fordrar en omfattande rehabiliteringsorganisation. Som utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet understrukit, fordrar de svårare reumatikerfallen också plastikkirurgisk behandling och urologisk specialvård. Detta klientel torde därför under alla omständigheter kräva vård vid regionsjukhusen. Dessa sjukhus måste också, såsom jag redan tidigare framhållit, förutsättas förfoga över särskilt rika möjligheter till högspecialiserad rehabiliteringsverksamhet. På grund härav synes det mig sannolikt, att reumatikervården vid regionsjukhusen kommer att inta en dominerande ställning och bli normgivande för utvecklingen på området. Forskningen inom reumatologin kommer också att här ha sina naturliga centra. Genomföres en subspecialisering av reumatikervården vid lasaretten, kommer vidare för rekryteringen av specialistutbildade läkare ytterligare utbildningsplatser i reumatologi att erfordras. Organisatoriskt synes mig dessa förhållanden motivera, att åtminstone mindre, självständiga reumatologiska kliniker i regel står till förfogande på regionplanet.

Reumatologiska specialkliniker finns f. n. i bruk vid karolinska sjukhuset och vid Lunds lasarett. Dessutom har pensionsstyrelsen enligt Kungl. Maj:ts bemyndigande träffat avtal med Göteborgs stad och Västerbottens läns landsting om inrättande av en reumatologisk klinik vid Sahlgrenska sjukhuset resp. utökning av styrelsens reumatikervårdplatser vid lasarettet i Umeå med ytterligare en avdelning. Byggnader för ändamålet har uppförts och färdigställt vid båda sjukhusen men disponeras f. n. för andra ändamål enligt överenskommelser, som utlöper för Göteborgsklinikens del med utgången av år 1960 och för Umeåavdelningens den 31 december 1962. En mindre reumatologisk klinik planeras även vid akademiska sjukhuset i Uppsala. Specialavdelningar för reumatikervård med tillgång till alla de kvalificerade resurser, som förutsättes skola finnas vid regionsjukhusen, kommer sålunda att stå till förfogande vid samtliga undervisningssjukhus.

Vid de övriga regionsjukhus, som beräknas komma till stånd, där bl. a. forskningssynpunkterna ej torde behöva tillmätas en lika framträdande roll vid organisationens utformning, kan det enligt min uppfattning övervägas att i varje fall tills vidare tillgodose reumatologin genom subspecialisering inom internmedicinen.

Som jag tidigare anfört innefattar regionvårdsutredningens förslag,

att utöver kliniker för regionspecialiteterna vid regionsjukhusen skall anordnas s. k. käkcentraler för behandling av komplicerade skador och defekter inom ansikte och käkar, vilka kräver ett utvecklat lagarbete mellan en rad medicinska och odontologiska specialister. Förslaget har som sådant väckt kritik endast från ett par av läkarorganisationerna, vilka huvudsakligen anmärkt, att den verksamhet som skulle förläggas till käkcentralerna kan och bör decentraliseras till de större centralasarettan. Där emot har meningarna om hur käkcentralerna bör organiseras gått starkt i sår. Det har bl. a. påyrkats, att frågan om detaljorganisationen skall bli föremål för fortsatt utredning.

För egen del vill jag understryka, att ett betydande antal komplicerade ansikts- och käkskador samt missbildningar inom ansikte, käkar, läppar och gommar för sin behandling fordrar rekonstruktioner under medverkan av plastikkirurgisk specialist. Då enligt vad jag tidigare förordat den plastikkirurgiska specialistvården bör koncentreras till regionsjukhusen, följer härav att behandlingen av dessa fall bör äga rum vid regionsjukhusen. De enklare behandlingsfallen kan däremot som hittills omhändertagas vid bl. a. lasarettens kirurg- eller öronkliniker eller vid centraltandpolikliniker. Det klientel som kräver kvalificerad specialistvård blir på grund härav förhållandevis litet, vilket ytterligare talar för att verksamheten centraliseras till regionplanet. Bl. a. torde såväl den medicinska som den odontologiska undervisningen och forskningen vara bäst betjänt av en sådan centralisering. Jag vill erinra om att Kungl. Maj:t genom sina av riksdagen numera godkända förslag i årets statsverksproposition (åttonde huvudtiteln p. 106, elfte huvudtiteln p. 73) angående bidrag till driften av en käkcentral vid Malmö allmänna sjukhus i princip redan kan anses ha tagit ställning till att käkcentraler bör anordnas på regionplanet.

Beträffande organisationen av käkcentralerna finner jag det icke lämpligt att här lämna några generella anvisningar. Organisationen torde vid de olika regionsjukhusen bli beroende av lokala och personella förutsättningar, varvid bl. a. förekomsten av tandläkarhögskola på orten kan påverka utformningen. Inrättande av särskilda vårdavdelningar i anslutning till käkcentralerna anser jag dock icke böra komma ifråga, utan patienterna bör vårdas på den klinik, där fallet allt efter sin natur närmast hör hemma.

Ett klientel som i detta sammanhang kräver speciell uppmärksamhet är barn med medfödda läpp- och gommissbildningar. Frågan om organisationen för att ge dessa barn en adekvat behandling har vid olika tillfällen aktualiserats under senare år. Sålunda framlade medicinalstyrelsen redan 1946 ett förslag i ämnet. Vidare behandlades frågan i anledning av väckta motioner vid 1955 års riksdag (statsutsk. utl. nr 162). Tillkomsten av käkcentraler vid regionsjukhusen torde skapa tillfredsställande möjligheter

att samordna de operativa och odontologiska ingrepp som dessa missbildningar fordrar. Ingreppen måste emellertid som regel göras successivt, och under mellantiderna behöver barnen sällan sjukhusvård. Däremot är det ofta nödvändigt, att de under denna tid får tillgång till foniatrisk behandling, då talrubbingar är vanliga i dessa fall. Jag vill därför understryka vikten av att foniatrer står till förfogande för ändamålet. Sådana specialister finns f. n. vid flertalet universitetssjukhus och har av utredningen förutsatts skola stå till förfogande inom den rehabiliteringsorganisation, som beräknas komma till stånd inom sjukvårdsområdena. Ett särskilt problem i sammanhanget är att den intensiva foniatriska och odontologiska behandling, som barn med svårare läpp- och gomdefekter kräver, stundom torde nödvändiggöra någon form av internatvård av liknande typ, som f. n. förekommer för barn med gomdefekter i Stockholm, Uppsala och Göteborg. Kunde sådana internat anordnas i nära anslutning till käkcentralerna, skulle enligt min mening ett viktigt steg tagas för att bereda ifrågavarande handikappade barn goda möjligheter till snabb anpassning i samhället.

Vad angår utredningens förslag rörande centraler för behandling med konstgjord njure får jag erinra om att jag relativt utförligt behandlat denna fråga vid anmälan av 1960 års statsverksproposition (elfte huvudtiteln, p. 62). Mitt förslag i denna del, som numera godkänts av riksdagen, innebär, att — vid sidan av den befintliga behandlingscentralen vid njurmedicinska avdelningen vid lasarettet i Lund och den mindre dialysavdelningen vid lasarettet i Umeå samt en eventuell central vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg — dialyscentraler skall komma till stånd i Stockholm och vid akademiska sjukhuset i Uppsala. Någon anledning att redan nu ompröva detta beslut finns enligt min mening icke. Eftersom dialyscentralernas antal understiger det antal regioner, som jag i det följande föreslår för den specialiserade kroppssjukvården, kommer en regionalisering av behandlingen med konstgjord njure under alla förhållanden att fordra en särskild regionindelning. Denna frågas lösning torde bli beroende på överenskommelse med berörda intressenter.

Såsom jag tidigare antytt, har regionvårdsutredningen mera ingående granskat ytterligare ett antal internmedicinska och kirurgiska specialiteter, vilkas representation på regionplanet i skilda sammanhang ifrågasatts. Hit hör bl. a. hematologi, blodgruppsserologi, allergologi, endokrinologi och yrkesmedicin. Utredningen har dock icke funnit någon av dessa specialiteter böra utvecklas som självständig regionspecialitet. Häremot har erinringar riktats endast i några enstaka yttranden, vari yrkats, att för allergologi resp. yrkesmedicin borde upptagas specialavdelningar på regionplanet.

För egen del kan jag helt ansluta mig till utredningens uppfattning i berörda avseenden. Jag anser sålunda icke, att ytterligare specialiteter ut-

över de av mig tidigare förordade f. n. bör organiseras såsom självständiga regionspecialiteter.

Beträffande yrkesmedicinen bör, som utredningen betonat, behovet av intim kontakt med arbetsplatserna och industriläkarna föranleda, att denna organiseras på länsplanet. Den omständigheten att bristen på för ändamålet utbildad personal endast kan medge en successiv utbyggnad av yrkesmedicinska avdelningar vid lasaretten torde i princip ej böra inverka på denna målsättning. Jag är emellertid medveten om att yrkesmedicinska avdelningar till en början endast kan väntas bli inrättade vid de större sjukhusen och att övergångsvis en form av regionalisering därför kan övervägas.

I fråga om allergologin biträder jag de skäl utredningen åberopat för att vården av de allergiska sjukdomarna ej bör utbrytas som specialitet vare sig på läns- eller regionplanet. Däremot torde som utredningen föreslagit mindre laboratorier för beredning av allergenextrakt böra inrättas, i första hand vid regionsjukhusen. Hur dessa laboratorier skall organiseras torde få avgöras från fall till fall efter de lokala förutsättningarna.

Utredningens i detta sammanhang framförda förslag att för kurortsmässig vård av främst astmasjuka omändra tuberkulossanatorier, som ej längre behövs för sitt ursprungliga ändamål, föranleder ingen erinran från min sida. En viss försiktighet härvidlag, till dess säkrare erfarenheter vunnits rörande värdet av denna vårdform, torde dock böra rekommenderas, varför det synes lämpligt att som utredningen förordat till en början genomföra projektet på regionplanet.

Vad utredningen i övrigt anfört i fråga om laboratorieorganisationen och vissa serviceorgan vid regionsjukhusen kan jag i allt väsentligt biträda. Jag har i det föregående vid behandlingen av de skilda regionspecialiteterna i olika sammanhang utgått ifrån att väl utbyggda laboratorieresurser måste stå till förfogande, för att den högspecialiserade och exklusiva vården vid regionklinikerna skall kunna hållas på en hög nivå. För medicinens fortsatta utveckling genom forskning är en väl differentierad och effektivt fungerande laboratorieorganisation likaledes av grundläggande betydelse. Utan att här närmare ingå på organisationen av de enskilda laboratorieenheterna, som torde böra bedömas efter förhållandena i de olika regionerna, vill jag därför inskränka mig till att allmänt understryka angelägenheten av att den laboriemässiga sidan av regionsjukhusens organisation behandlas med förutseende och anpassas till utvecklingens krav.

Beträffande slutligen de av utredningen berörda mentalsjukhusen för barn och ungdom torde frågan härom böra prövas i annat sammanhang.

IV. Indelning av riket i sjukvårdsregioner

Regionvårdsutredningen

Regionvårdsutredningen utgår ifrån att, sedan 1957 års riksdag fattat beslut om inrättandet av en medicinsk högskola i Umeå, det anslutna sjukhuset, centrallasarettet i Umeå, liksom undervisningssjukhusen i Stockholm, Uppsala, Lund och Göteborg är givna såsom regionsjukhus. Enligt utredningens mening måste Stockholms stad med 800 000 invånare inom kommunen och med ytterligare cirka 250 000 invånare inom Storstockholm framträda som en given självförsörjande sjukvårdsenhet. Genom det samarbete, som sedan länge etablerats mellan staden och de stora statliga undervisningssjukhusen, framträder Stockholm från början som säte för två regionsjukhus (grupper av sjukhus) i nära funktionell samhörighet — en dubbelregion. Utredningen finner sig därför böra behandla denna dubbelregion som en enhet vid sina överväganden.

Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund och den självständiga sjukvårdshuvudmannen Malmö stads sjukhus, allmänna sjukhuset, är belägna 17 km från varandra och med de bästa förbindelser. Utredningen har funnit det befogat att även betrakta denna sjukhusgrupp som en enhet ur regionvårdssynpunkt.

Efter överläggningar mellan utredningen och representanter för Väster-norrlands och Jämtlands läns landsting stod det för utredningen klart, att en sjukvårdsregion av idealisk storlek, d. v. s. med cirka 1 miljon invånare, f. n. icke kunde uppnås med Umeå som regionort. Till en sådan komme egentligen endast att höra Norrbottens och Västerbottens län samt enligt utredningens mening Örnsköldsvik-delen av Väster-norrlands län, tillsammans cirka 550 000 invånare. Nämnade representanter förklarade, att Väster-norrlands och Jämtlands traditionella ekonomiska, kulturella och sjukvårdsmässiga relationer var genom kommunikationsförhållandena inriktade på Uppsala eller Stockholm och något intresse att repliera på Umeå såsom regionort fanns därför ej från deras sida. Enligt utredningens mening kan emellertid en sådan inställning komma att modifieras, när regionsjukhuset i Umeå blir utbyggt och vinner förtroende hos allmänheten även utanför den egna landstingskommunen.

Utredningen har först undersökt möjligheten av att helt basera den regionmässigt anordnade vården på de fem existerande undervisningssjukhusen och Stockholms stads sjukhus. Ett förslag i denna riktning vore sannolikt den mest ekonomiska lösningen och specialistklinikerna bleve helt utnyttjade av den medicinska undervisningen. Med hänsyn till geografiska och befolkningsmässiga förhållanden har utredningen dock inte ansett en sådan lösning godtagbar, utan ytterligare minst ett regionsjukhus behöver enligt utredningens uppfattning tillkomma.

Såsom alternativa förläggningssorter för ytterligare regionsjukhus har utredningen studerat de fem städerna Linköping, Örebro, Jönköping, Karlstad och Sundsvall i olika kombinationer med de fem »äldre» orterna och samtidigt i olika inbördes kombinationer.

Vid utarbetandet av regionerna har utredningen försökt att så långt möjligt beakta de administrativa gränserna för de nuvarande sjukvårdsområdena liksom att tillmötesgå enskilda huvudmäns önskemål om regiontillhörighet. Utredningen räknar icke med att en ifrågasatt ny länsindelning kommer att i mera väsentlig omfattning påverka föreslagen regionindelning.

Hänsyn har vidare tagits såväl till den nuvarande som framtida befolkningsfördelningen. En bedömning har gjorts av den framtida befolkningsutvecklingen inom länen fram till omkring år 1970, dels som en direkt framräkning av nuvarande tendenser, dels på grundval av en mera omfattande näringsgeografisk analys.

Slutligen måste enligt utredningens mening ett förslag till regionindelning taga vederbörlig hänsyn till den medicinska och sociala utvecklingen, som kan komma att föranleda, att kraven på den specialiserade vården ökas. Det vårdbehov vi i nuläget rör oss med kommer enligt utredningens uppfattning sannolikt framdeles att öka icke oväsentligt. Utredningen har därför funnit det nödvändigt att studera varje framlagt alternativ för regionplaneringen med hänsyn till tillkomsten av ytterligare en region.

Utredningen övergår därefter till att behandla sex centralorts- och regionalternativ.

Grundvalen för dessa alternativ utgöres av beräkningar över restiderna — dels med tåg och buss m. m. och dels med bil — till de aktuella centralorterna. På så sätt har de olika centralorternas dominansyta eller resomland erhållits, d. v. s. de regioner »avgränsats» inom vilka man har lättast att taga sig in till respektive centralort. Regionerna har sedan bildats genom att så långt möjligt anpassa de erhållna omlandsgränserna till de administrativa gränserna, främst länsgränserna. Inom de så bildade regionerna har sedan folkmängden i de olika tidszonerna inventerats samt »pålagts» genomsnittliga färdtider och färdkostnader för fram- och återresa till respektive centralort. Därvid har för överskådlighetens skull räknats med i genomsnitt ett besök per år av var tionde person. Summerar man invånarna i de olika tidszonerna samt räknar med de nämnda generella restiderna och reskostnaderna, erhålles en *kvantitativ* bedömningsgrund för de olika alternativens nyttoverkningar för den vårdsökande allmänheten. Givetvis bör — under hänsynstagande till den önskvärda folkmängdsstorleken per region — så hög folkmängdsandel inom korta resavstånd och så korta totala restider och låga reskostnader som möjligt eftersträvas. Detta är — med beaktande av sysselsättningsförhållanden, inkomstbortfall och kostnader — av stort intresse såväl för samhället som för den vårdsökande och hans familj.

För enkelhetens skull har de f. n. landstingsfria städernas folkmängd inräknats i länssiffrorna.

Beträffande de olika regionalalternativen anför utredningen.

Alternativ I

Första alternativet — utgångsalternativet — är grundat på redan befintliga sjukvårdsinrättningar i *Stockholm, Uppsala, Lund-Malmö, Göteborg* och *Umeå*, d. v. s. omfattande landets fem existerande eller beslutade medicinska lärosäten.

Med hänsyn till befolkning, restider m. m. kan en regionindelning enligt detta alternativ bli sålunda (folkmängdstalen hänför sig till den 31/12 1955 resp. omkring år 1970):

1. *Stockholmsregionen* (Stockholms stad och län, Södermanlands och Östergötlands län, Kalmar läns norra landstingskommun, Gotlands och Örebro län) med 2 164 000 resp. 2 327 000 à 2 413 000 inv.

2. *Uppsalaregionen* (Uppsala, Västmanlands, Kopparbergs och Gävleborgs län, södra och mellersta delen av Västernorrlands län samt hela Jämtlands län) med 1 324 000 resp. 1 384 000 à 1 426 000 inv.

3. *Lund-Malmöregionen* (Jönköpings och Kronobergs län, Kalmar läns södra landstingsområde, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län samt södra delen av Hallands län) med 1 701 000 resp. 1 724 000 à 1 753 000 inv.

4. *Göteborgsregionen* (norra delen av Hallands län samt hela Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län) med 1 550 000 resp. 1 615 000 à 1 636 000 inv.

5. *Umeåregionen* (norra delen av Västernorrlands län samt hela Västerbottens och Norrbottens län) med 551 000 resp. 564 000 à 579 000 inv.

Enligt detta alternativ får betydande delar av landets centrala, tätbefolkade delar, t. ex. Bergslagen, Östergötland och Jönköpings län förhållandevis långa resvägar till närmaste centralort. Även sydöstra Sverige får relativt långa restider, t. ex. med tåg 5 à 6 timmar till Lund eller Stockholm. Vissa delar av Norrland får också förhållandevis långa restider, men de områden det gäller är med undantag av Sundsvall-Härnösandsområdet samt Östersunds- och Luleå-Bodenområdena mestadels glesbefolkade.

Inom tidszonerna 0—4 timmar, inom vilka fram- och återresa i de flesta fall är möjlig under en och samma dag, kommer enligt alternativ I 76 à 77 % av nuvarande totalbefolkning i landet. Den totala restiden blir — om var tionde person i genomsnitt beräknas göra ett besök per år — 3,93 miljoner timmar vid resa med tåg, buss m. m. och 3,72 miljoner timmar vid resa med personbil. Motsvarande reskostnader blir med tåg, buss m. m. cirka 21,41 miljoner kronor och med personbil cirka 31,21 miljoner kronor.

Det vore enligt utredningens mening önskvärt, att bättre tillgodose vissa av de nämnda folkmängdsrika och expanderande delarna av landet. De relativt höga talen för den totala, summerade restiden resp. reskostnaden beror till väsentlig del just på resor mellan dessa folkmängdsrika områden och de relativt sett avlägset belägna centralorterna.

I fråga om den specialiserade vården bör dock enligt utredningen olägenheterna av långa restider ej ensamma få tillmätas en avgörande roll. Fallen har i regel redan passerat en kvalificerad sjukvårdsanstalt, och de är mera sällan tidsmässigt trängande. Deras antal torde vidare ej bli särdeles stort (45 000—50 000 intagningar per år). Större vikt anser sig utredningen böra fästa vid att regioner av lämplig storlek erhålles för att utgöra underlag för funktionellt väl avpassade vårdenheter vid regionsjukhuset. Enligt alternativ I kommer emellertid samtliga regioner utom Umeåregionen att få för stort invånarantal i jämförelse med den av utredningen förordade optimala storleken om cirka 1 miljon invånare. Uppsalaregionen kan emellertid av

utredningen accepteras, särskilt som Västernorrlands län beräknas framdeles komma att i större utsträckning repliera på regionsjukhuset i Umeå.

Alternativ II

Mot bakgrunden av det nyss sagda har utredningen studerat de sju centralorterna *Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg, Sundsvall* och *Umeå*. Genom denna kombination av centralorter har restiderna nedpressats för stora delar av Sydsverige samt för Sundsvall-Härnösands- och Östersundsområdena. En eventuell Sundsvallsregion skulle emellertid bli relativt liten i folkmängdshänseende. Låter man en Sundsvallsregion omfatta Västernorrlands och Jämtlands län, får man i 1955 års folkmängds-siffror endast cirka 434 000 invånare. Regionen befinner sig icke i något mera expansivt stadium, och någon större folkmängdstillväxt synes ej heller vara att vänta där. Därtill kommer den mycket viktiga omständigheten, att en Sundsvallsregion skulle inkräkta såväl på Umeå- som Uppsalaregionerna, vilka — bl. a. med hänsyn till undervisningens behov — måste tillförsäkras tillräckligt patientunderlag. Utredningen anser det därför inte lämpligt att föreslå bildandet av en Sundsvallsregion.

Utredningen finner det förhålla sig annorlunda med en Linköpingsregion. Man har här att göra med väsentligt större folkmängdstal. Låter man regionen omfatta de län/landstingsområden som helt eller till väsentlig del faller inom Linköpings resomland, d. v. s. Östergötlands och Jönköpings län samt Kalmar läns båda landstingskommuner, får regionen i 1955 års folkmängdstal cirka 872 000 invånare. Östergötlands och kanske i ännu högre grad Jönköpings län synes vidare befinna sig i förhållandevis stark expansion. En Linköpingsregion avlastar framför allt den enligt alternativ I alltför stora Lund-Malmöregionen men också i lämplig omfattning Stockholmsregionen. Däremot inkräktar den ej på Uppsalaregionen, vilket även får anses som en fördel.

Regionindelningen och folkmängden år 1955 resp. omkring år 1970 enligt alternativ II blir sålunda:

1. *Stockholmsregionen* (Stockholms stad och län, Södermanlands, Gotlands och Örebro län) med 1 717 000 resp. 1 871 000 à 1 952 000 inv.

2. *Uppsalaregionen* (Uppsala, Västmanlands, Kopparbergs och Gävleborgs län, södra och mellersta delen av Västernorrlands län samt hela Jämtlands län) med 1 324 000 resp. 1 384 000 à 1 426 000 inv.

3. *Linköpingsregionen* (Östergötlands och Jönköpings samt Kalmar läns norra och södra landstingsområden) med 872 000 resp. 893 000 à 901 000 inv.

4. *Lund-Malmöregionen* (Kronobergs, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län samt södra delen av Hallands län) med 1 276 000 resp. 1 287 000 à 1 313 000 inv.

5. *Göteborgsregionen* (norra delen av Hallands län samt hela Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län) med 1 550 000 resp. 1 615 000 à 1 636 000 inv.

6. *Umeåregionen* (norra delen av Västernorrlands län samt hela Västerbottens och Norrbottens län) med 551 000 resp. 564 000 à 579 000 inv.

Enligt alternativ II kommer befolkningsandelen inom restidszonerna 0—4 timmar att avsevärt stiga i jämförelse med alternativ I och uppgå till 82 à 83 %. I absoluta folkmängdstal betyder detta, att tidszonerna 0—4 timmar rymmer 420 000 à 430 000 fler personer i alternativ II än i alternativ I. Även avsevärda kostnadsbesparingar för den vårdsökande och i övrigt besökande

allmänheten kan antagas uppstå vid ett förverkligande av alternativ II. Räk-
nat på ett besök per år av var tionde person och med gällande biljett- och
körkostnader torde det röra sig om mindrekostnader om 2 till 3 miljoner
kronor per år.

Alternativ III

Vid alternativ III tänkes *Stockholm, Uppsala, Lund-Malmö, Göteborg, Örebro* och *Umeå* som centralorter. Resomlandet till Örebro inrymmer emel-
lertid inte entydigt mer än Örebro län. I övrigt omfattar resomlandet delar
av ej mindre än fem angränsande län, vilket ur samarbets synpunkt ej är
särdeles praktiskt. Vidare är i flera fall tågförbindelserna inom resomlandet
redan nu obekväma. Genom fortsatta bannläggningar, bl. a. avseende linjen
Norrköping—Finspång—Örebro, kan järnvägsförbindelserna väntas bli yt-
terligare försämrade i framtiden. Att t. ex. hänföra Östergötlands län till
en Örebroregion synes icke lämpligt. Bildas en Örebroregion och icke en
Linköpingsregion synes Östergötlands län av trafiktekniska skäl böra hän-
föras till Stockholmsregionen.

Värmlands län kan ur restidssynpunkt repliera på antingen Örebro eller
Göteborg. Då Göteborgsregionen har ett befolkningstal, som betydligt över-
skrider det av utredningen förordade om cirka 1 miljon, kan det vara lämp-
ligt att, därest en Örebroregion tillkommer, föra hela Värmlands län till sist-
nämnda region. Det bör emellertid understrykas, att Värmlands län, lik-
som Skaraborgs län, traditionellt inriktat sina ekonomiska och kulturella
förbindelser i huvudsak på Göteborg. I båda fallen är tågförbindelserna till
Göteborg synnerligen goda. Det expanderande Västmanlands län är tradi-
tionellt inriktat väsentligen på Uppsala och Stockholm; Örebro ligger härvid
så att säga i fel resriktning. Detta förhållande, i förening med önskemålet
att få Uppsalaregionen tillräckligt stor i relation till universitetssjukhuset i
Uppsala, gör att endast en mindre del av Västmanlands län synes kunna
hänföras till en Örebroregion.

En Örebroregion skulle sålunda kunna bildas av hela Örebro och Värmlands
län samt den västligaste delen av Västmanlands län. Den så avgrän-
sade fasta Örebroregionen har i 1955 års folkmängdstal cirka 615 000 in-
vånare, d. v. s. icke oväsentligt mindre än Linköpingsregionen enligt alter-
nativ II. Ur framtida folkmängdssynpunkt synes dock en dylik Örebroregion
komma att utvecklas starkare än Linköpingsregionen. Enligt utredningens
beräkningar kan Örebroregionen omkring år 1970 ha en totalfolkmängd
av 651 000 å 663 000 och Linköpingsregionen 893 000 å 901 000 personer.
Även med dessa tal blir Örebroregionen i minsta laget. Tillkomsten av en
Örebroregion medför i jämförelse med alternativ II en utökning av Lund-
Malmöregionen med Jönköpings län och Kalmar läns södra landstingsom-
råde, varigenom denna region i 1955 års siffror får en total folkmängd av
cirka 1,7 miljoner invånare mot den måttligare siffran cirka 1,3 enligt
alternativ II. Enligt alternativ III decimeras Göteborgsregionen till cirka 1,3
miljoner invånare genom att Värmlands län ingår i den nybildade Örebro-
regionen, vilket får anses förmånligt. Vidare får Stockholmsregionen såsom
nya delområden — jämfört med alternativ II — hela Östergötlands län samt
Kalmar läns norra landstingskommun. Resorna skulle emellertid bli myc-
ket långa för befolkningen i sistnämnda område. Stockholmsregionens folk-
mängd enligt alternativ III blir i 1955 års siffror cirka 1,9 miljoner in-
vånare och i 1970 års över 2 miljoner. Uppsalaregionen blir decimerad ge-

nom bortfallet av Västmanlands läns västligaste del med cirka 70 000 invånare samt får en totalfolkmängd av 1,2 å 1,3 miljoner invånare. Umeåregionen blir oförändrad.

I jämförelse med alternativen I och II får vid alternativ III det expanderande Bergslagsområdet i hög grad kortare resor. De västra och nordvästra delarna av Värmlands län får icke oväsentligt förbättrade resmöjligheter.

Regionindelningen och folkmängden år 1955 resp. omkring år 1970 enligt alternativ III blir sålunda:

1. *Stockholmsregionen* (Stockholms stad och län, Södermanlands och Östergötlands län, Kalmar läns norra landstingsområde samt Gotlands län) med 1 908 000 resp. 2 055 000 å 2 135 000 inv.

2. *Uppsalaregionen* (Uppsala län, mellersta och östra delen av Västmanlands län, hela Kopparbergs och Gävleborgs län, södra och mellersta delen av Västernorrlands län samt hela Jämtlands län) med 1 253 000 resp. 1 306 000 å 1 346 000 inv.

3. *Lund-Malmöregionen* (Jönköpings och Kronobergs län, Kalmar läns södra landstingsområde, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län samt södra delen av Hallands län) med 1 701 000 resp. 1 724 000 å 1 753 000 inv.

4. *Göteborgsregionen* (norra delen av Hallands län samt hela Göteborgs och Bohus, Älvsborgs och Skaraborgs län) med 1 261 000 resp. 1 314 000 å 1 331 000 inv.

5. *Örebroregionen* (Värmlands och Örebro län samt västra delen av Västmanlands län) med 615 000 resp. 651 000 å 663 000 inv.

6. *Umeåregionen* (norra delen av Västernorrlands län samt hela Västerbottens och Norrbottens län) med 551 000 resp. 564 000 å 579 000 inv.

Totalt sett finner utredningen alternativ III med Örebro som centralort icke innebära lika stora fördelar som alternativ II. Folkmängdsandelen i tidszonerna 0—4 timmar blir vid alternativ III 77 å 81 %. Även ur reskostnadssynpunkt ter sig alternativ III mindre fördelaktigt än alternativ II.

Alternativ IV

Såväl alternativ II som III erbjuder enligt utredningen påtagliga fördelar gentemot utgångsläget i alternativ I. Störst synes de totala fördelarna bli vid ett realiserande av alternativ II. I vissa avseenden erbjuder dock alternativet med Örebro som första centralort vissa mera lokalt betonade fördelar, som icke återfinnes vid ett förverkligande av alternativ II. Till dessa fördelar hör främst de korta restiderna och de låga reskostnaderna för stora delar av det expanderande Mellansverige samt den decimering, som Göteborgsregionen skulle undergå genom att Värmlands län kunde ingå i en Örebroregion. Det synes utredningen därför ändamålsenligt att söka fastställa fördelarna vid en kombination av alternativ II och III, d. v. s. att i ett alternativ IV låta *såväl Linköping som Örebro* utgöra nya centralorter, även om de tillgängliga ekonomiska och personella resurserna endast synes medgiva utbyggandet av *en* centralort i taget.

Däremot är enligt utredningen dess beräkning över vårdplatsbehovet för de olika specialiteterna så försiktigt hållna, att utredningen i betraktande av den under uppbyggnadstidrymden sannolikt inträdande efterfrågestegringen, anser det helt realistiskt att efter t. ex. en tioårsperiod räkna med sju sjukvårdsregioner.

Av de för alternativ IV gjorda restids- och omlandsberäkningarna framgår att praktiskt taget hela Mellansverige täckes av tidszoner om högst

två timmar. På vissa håll, t. ex. i gränsområdet till Linköpings- och Örebro-omlandena, blir restiderna endast ungefär en och en halv timme.

Linköpingsregionen får i alternativ IV lämpligen samma omfattning som i alternativ II. Tillkomsten av en Örebroregion innebär ingen decimering av en Linköpingsregion eller vice versa. Detta talar för att i ett fullt utbyggt skede såväl Linköping som Örebro kan tänkas som centralorter i var sin region. Den fortsatta, sannolikt relativt kraftiga befolkningsökningen i Örebroområdet talar också för denna uppfattning. Trots denna väntade ökning blir dock Örebroregionen ännu 1970 i minsta laget. Bildandet av såväl en Linköpingsregion som en Örebroregion medför en decimering av Stockholmsregionen till att omfatta endast Stockholms stad och län, Södermanlands samt Gotlands län om totalt cirka 1 461 000 invånare år 1955. Med hänsyn till nuvarande vårdresurser i Stockholm och till att landets största medicinska utbildningsanstalt är belägen därstädes är dessa folkmängdstal i underkant för denna dubbelregion. Den sannolika fortsatta folkmängdsökningen i Stockholmsområdet torde emellertid medföra, att det genom en Örebroregion reducerade folkmängdstalet för Stockholmsregionen efter hand kompenseras. Stockholmsregionen enligt alternativ IV kan beräknas komma upp i en folkmängd av 1,6 å 1,7 miljoner invånare redan år 1970. Detta understryker vad som nyss antytts, nämligen att vid en fortsatt regional utbyggnad av den specialiserade kroppssjukvården befolkningsförhållandena även kan medge utrymme för en Örebroregion vid sidan av en Linköpingsregion, men utgör också ett ytterligare argument för att förorda, att Linköpingsregionen nu bildas. Utvecklingen får ge vid handen, när resurserna räcker till även för bildandet av en Örebroregion.

Regionindelningen och folkmängden år 1955 resp. omkring år 1970 enligt alternativ IV blir sålunda:

1. *Stockholmsregionen* (Stockholms stad och län samt Södermanlands och Gotlands län) med 1 461 000 resp. 1 599 000 å 1 674 000 inv.

2. *Uppsalaregionen* (Uppsala län, mellersta och östra delarna av Västmanlands län, hela Kopparbergs och Gävleborgs län, södra och mellersta delen av Västernorrlands län samt hela Jämtlands län) med 1 253 000 resp. 1 306 000 å 1 346 000 inv.

3. *Linköpingsregionen* (Östergötlands och Jönköpings län samt Kalmar läns norra och södra landstingsområden) med 872 000 resp. 893 000 å 901 000 inv.

4. *Lund-Malmöregionen* (Kronobergs, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län samt södra delen av Hallands län) med 1 276 000 resp. 1 287 000 å 1 313 000 inv.

5. *Göteborgsregionen* (norra delen av Hallands län, hela Göteborgs och Bohus, Älvsborgs och Skaraborgs län) med 1 261 000 resp. 1 314 000 å 1 331 000 inv.

6. *Örebroregionen* (Värmlands och Örebro län samt västra delen av Västmanlands län) med 615 000 resp. 651 000 å 663 000 inv.

7. *Umeåregionen* (norra delen av Västernorrlands län samt hela Västerbottens och Norrbottens län) med 551 000 resp. 564 000 å 579 000 inv.

Folkmängdsandelen 1955 i tidszonerna 0—4 timmar blir enligt alternativ IV 83 å 87 %. Gentemot alternativ I innebär detta höjningar med 7 å 10 %, eller uttryckt i absoluta tal, att mellan 480 000 och 745 000 personer — talen varierar allt efter valet av trafikmedel — överförs från resavstånd om mer än fyra timmar till resavstånd om fyra timmar eller mindre. Den summerade

restiden blir enligt alternativ IV 3,39 resp. 3,03 miljoner timmar och den summerade reskostnaden 18,43 resp. 25,47 miljoner kronor, alltefter färd med tåg, buss m. m. resp. personbil. Dessa belopp ligger i runt tal 3 resp. bortåt 6 miljoner kronor lägre än motsvarande belopp enligt alternativ I.

Alternativ V

Om såväl Linköping som Örebro i en framtid väljes som centralorter blir ändå vissa landsdelar alltjämt relativt dåligt lottade. Dit hör bl. a. sydöstra Sverige. Det har därför undersökts, om fördelar skulle vara att vinna på tillskapandet av en sydligare centralort än Linköping. Utredningen har härvid undersökt en ortskombination av *Stockholm, Uppsala, Jönköping, Lund-Malmö, Göteborg, Örebro* och *Umeå*. Jönköpingsregionen förutsättes härvid omfatta Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns norra och södra landstingsområden samt sydöstra delen av Skaraborgs län.

Vid detta alternativ erhålles väsentligt förbättrade förbindelser för sydöstra Sverige, medan centrala och östra Östergötland (med bl. a. Linköping och Norrköping) helt naturligt får ganska avsevärt förlängda resvägar. De totala fördelarna vid alternativ V blir ungefär lika stora som vid alternativ IV, men summerad restid och reskostnad vid färd med tåg, buss m. m. enligt alternativ V blir något högre än vid alternativ IV. Detta sammanhänger med att Jönköping — liksom Örebro — har ett relativt dåligt järnvägs läge. Alternativ V, med Jönköping och Örebro som »nya» centralorter, synes sålunda vara underlägset alternativ IV med Linköping och Örebro som centralorter.

Alternativ VI

En annan läges- och regionprövning har utförts med de sju orterna *Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg, Karlstad* och *Umeå* som centra. De härvid erhållna restidskartorna utvisar en synnerligen förmånlig bild. Endast obetydliga delar av Syd- och Mellansverige faller utanför 4 timmars restid. Även för befolkning med längre restid inträder avsevärda förbättringar.

Den enligt alternativ VI bildade Karlstadsregionen, bestående av nordligaste delen av Älvsborgs län samt hela Värmlands och Örebro län, får cirka 571 000 invånare, vilket givetvis är för lågt. De för år 1970 överslagsvis beräknade folkmängdstalen stannar vid endast cirka 600 000 eller något däröver. En nackdel är även, att Karlstad kan sägas ligga i »fel» resriktning för den mest expanderande delen av regionen, nämligen Örebro län. Fördel vid bildandet av en Karlstadsregion är, att Uppsalaregionen icke decimeras såsom i Örebroalternativet och att en önskvärd reducering av Göteborgsregionen sker. I 1955 års tal får sistnämnda region 1 235 000 invånare och i 1970 års beräknade tal cirka 1 300 000 invånare.

Befolkningsmässigt har alternativet således vissa fördelar. Visserligen kommer befolkningsandelen inom 0—4 timmar vid färd med bil enligt alternativ VI icke helt upp i nivå med motsvarande andel enligt alternativ V, men de totala fördelarna för den vård sökande allmänheten synes vid alternativ VI bli större än vid alternativ V. Intet här prövat förslag visar så korta totala restider och låga totala reskostnader som alternativ VI. Detta förhållande bör tagas i betraktande vid en avvägning mellan Örebro och Karlstad som lämpligt centrum för en framtida region i denna del av landet.

Emellertid har alternativet så påtagliga svagheter, framför allt med hänsyn till den framtida befolkningsutvecklingen, att en Örebroregion enligt utredningens mening synes böra föredras.

På grundval av de erhållna resultaten av befolknings- och trafikundersökningarna och med hänsyn till aktuella ekonomiska och personella möjligheter och organisatoriska förhållanden har det synts utredningen lämpligt föreslå, att i den första utbyggnadsetappen för den specialiserade kroppssjukvården i landet de sex orterna Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg och Umeå väljes som säte för planerade regionsjukhus och att den i alternativ II visade regionindelningen därvid tills vidare bör gälla. En dylik lösning synes utredningen skapa goda förutsättningar för en senare utbyggnad jämväl med en Örebroregion.

Såsom tidigare framhållits, anser utredningen, att en uppdelning av riket i regioner för den mest specialiserade kroppssjukvården måste vila på frivillighetens grund. Det blir ju i sista hand vederbörande sjukvårdshuvudmän själva — givetvis i samråd med medicinalstyrelsen — som har att fatta beslut i dessa frågor. En väsentlig del av utredningsarbetet har därför bestått i överläggningar med företrädare för huvudmännen angående de tilltänkta regionernas lämpligaste omfattning. Utredningens förslag har därvid i huvudsak tillstyrkts.

Remissyttrandena

Utredningens förslag om en indelning av riket i regioner för den specialiserade kroppssjukvården har i princip godtagits av remissorganen. Förslaget att indela riket i sex regioner med regionsjukhus i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg och Umeå samt att eventuellt senare utbygga med en sjunde region med Örebro som centralort har även godtagits eller lämnats utan erinran av de flesta remissmyndigheterna. I åtskilliga remissvar har emellertid förordats att regionvårdsplaneringen redan från början tar sikte även på en Örebroregion. *Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket* uttalar sålunda, att även om detta innebär, att fyra huvudorter för regionsjukvården, nämligen Stockholm, Uppsala, Linköping och Örebro, kommer att ligga förhållandevis nära varandra, så bör dock ihågkommas, att Mellansverige har en betydande folkmängd och dessutom kan förutse en kraftig ytterligare folkökning.

Enligt *överståthållarämbetets* mening är intresset av att regionindelningen redan från början blir definitivt mycket starkt. En utbyggnad i etapper på sätt utredningen föreslagit måste för huvudmännen innebära ett osäkerhetsmoment, som kan ge anledning till dyrare investeringar än nödvändigt.

Svenska landstingsförbundet framhåller, att utbyggnaden av regionsjukvården tar relativt lång tid i anspråk, och förbundet är övertygat om att, innan utbyggnaden är färdig, behovet av en Örebroregion är klart dokumenterat. För att undvika felinvesteringar synes det därför lämpligt att redan från början räkna med denna region. Liknande synpunkter anför *Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott*.

Sveriges läkarförbund anför som skäl för att Örebroregionen bör medtagas i den ursprungliga regionplanen, att det kan vara svårt att på ett senare stadium åstadkomma en ändring av indelningen.

Länsstyrelsen i Örebro län förordar en omedelbar utbyggnad av länslasarettet i Örebro till ett regionsjukhus i enlighet med utredningens alternativ IV. Som motiv härför anföres bl. a.

Örebro och Örebroområdet har karaktär av en central vägknut för stora delar av det tätbefolkade och i befolkningshänseende i expansion alltjämt stadda Mellansverige. Även om järnvägstrafiken i förevarande hänseende inte kan tillmätas tillnärmelsevis samma framtida betydelse, är likväl de goda järnvägsförbindelserna enligt länsstyrelsen en faktor, som ytterligare accentuerar Örebro stads goda belägenhet sett ur kommunikatorisk synpunkt. Om ett helt utbyggt regionsjukhus förklades till Örebro, skulle ett stort antal människor få kortare restid. Länsstyrelsen har med någon förvåning tagit del av utredningens uppfattning, att Värmlands län i huvudsak traditionellt inriktat sina ekonomiska och kulturella förbindelser på Göteborg. Gentemot denna uppfattning håller länsstyrelsen före, att större delen av våra dagars Värmland snarare inriktar sina förbindelser på Stockholm och att en resa från Värmland österut därför inte kan anses företagen åt »fel håll».

Örebro läns landstings förvaltningsutskott yttrar bl. a.

Landstingets regionplanekontor har gjort vissa utredningar till belysande av de frågor, som är av betydelse vid ett ställningstagande till ett eventuellt regionsjukhus i Örebro. Man har därvid inte låtit sig bindas av administrativa gränser utan valt att som utgångspunkt göra sjukhusen så lättillgängliga som möjligt ur patienternas synpunkt, d. v. s. använt trafikgeografiska förhållanden som indelningsgrund. Med denna indelningsgrund blir ett regionsjukhus i Örebro gynnsammare för flera människor än ett till Linköping lokaliserat regionsjukhus.

Mot bakgrunden av den synnerligen ingående undersökning av restider och reskostnader inom Örebroområdet, som landstingets regionplanekontor utfört, och utskottets egna erfarenheter, finner utskottet, att den i betänkandet redovisade undersökningen ger en ofullständig och i vissa delar felaktig bild av förhållandena inom ifrågavarande område. Sålunda har icke beaktats, att expresståg endast i begränsad omfattning kan komma till användning vid sjuktransporter, då dessa tåg icke medför sjuktransportvagnar samt att transporter av patienter åtminstone från Örebro län till sjukvårdsinrättningar i Stockholm eller till andra undervisningssjukhus vanligtvis utföres med landsvägsambulans. Enligt regionplanekontorets beräkningar skulle den sammanlagda besparingen i rese- och övernattningskostnader för Värmlands och Örebro län samt den av Västmanlands län berörda delen uppgå till inte mindre än 1 700 000 kronor med ett regionsjuk-

hus i Örebro i jämförelse med utredningens alternativ II. Med hänsyn till sjukvårdens intressen finner utskottet det dock angeläget, att såväl Linköpings- som Örebroregionen tillkommer samtidigt.

Örebro lasarettet har sedan länge rykte om sig att företräda en synnerligen väl kvalificerad vård. Till lasarettet har i stor utsträckning kunnat knytas högkvalificerade läkare. Genom en klok personalpolitik har lasarettet haft lätt att erhålla välutbildade sköterskor och andra kvalificerade hjälpkrafter. Förutsättningarna för utbyggnad av ett regionsjukhus i Örebro är sålunda mycket goda. Utskottet erinrar vidare om att utredningsmannen vid tidigare besök i Örebro givit sin anslutning till de planer på utbyggnad i sådan riktning, varmed landstinget sedan länge arbetat.

Då tillkomsten av ett regionsjukhus i Örebro samtidigt som regionsjukhuset i Linköping kan i viss mån påverka omfattningen av utbyggnaden av Stockholmsregionens sjukhus, anser förvaltningsutskottet det vara riktigtast att i första etappen utbygga Örebroregionens sjukhus och avvakta med en mera omfattande utbyggnad inom Stockholmsregionen till den senare tidpunkt, när behovet där blir aktuellt.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskotts sjukvårdsstyrelse ifrågasätter, om icke utredningens speciella intresse för undervisning och forskning lett till något för stark begränsning av antalet regioner. För Göteborgsregionen skulle det vara enbart en fördel, om aspirationerna på ett regionsjukhus även i Örebro redan från början kunde tillmötesgå. Sjukvårdsstyrelsen erinrar vidare om den betydelse en eventuellt ändrad länsindelning kan få för planeringen av länspecialiteterna.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott anser, att övervägande skäl talar för det sjätte regionsjukhusets lokalisering till Linköping, men finner relativt starka skäl tala för att man redan från början även kalkylerar med ett sjunde regionsjukhus i Örebro. Förvaltningsutskottet, som med tillfredsställelse ser, att länet hänförs till Göteborgsregionen, finner det obestriddigt, att invånarna i Skaraborgs läns norra del i regel har kortare resväg till Örebro än till Göteborg.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott framhåller, att utredningens förslag bör betraktas som en allmän riktlinje för sjukvårdshuvudmännens planering på lång sikt. Det kan då enligt utskottets mening icke vara riktigt att planera för en lösning av regionsjukvården under ett första skede och för en annan lösning under en senare tidsperiod. Förvaltningsutskottet fortsätter.

Värmlands län har tidigare för sin specialvård i stor utsträckning replierat på Göteborg. Det har gällt ortopedisk, barnkirurgisk, neurologisk och i någon mån handkirurgisk och plastikkirurgisk vård, men det har framförallt gällt den mera speciella radioterapeutiska vården. Det samarbete, som rått mellan Jubileumskliniken i Göteborg och Sahlgrenska sjukhusets olika kliniker, har medfört, att ett icke obetydligt antal värmländska patienter via jubileumskliniken kommit att vårdas även på andra kliniker vid Sahlgrenska sjukhuset. Värmlands läns landsting har också under årens lopp investerat högst betydande belopp, cirka 700 000 kronor, i jubileumskliniken, där

landstinget disponerar ett mindre antal platser. Det är givet, att landstinget icke utan vidare kan släppa den förbindelsen och göra den stora insatsen värdelös.

På senare tid har emellertid ett allt större klientel från Värmland sökt sig till de specialavdelningar, som inrättats vid centralasarettet i Örebro och som saknat företrädare i Värmland. För större delen av Värmland är resvägen med bil kortare till Örebro än till Göteborg. Det skulle därför vara en fördel för länet, om en region bildades bestående främst av Värmlands och Örebro län. Den omständigheten, att Värmlands läns landsting gjort en stor investering i jubileumskliniken i Göteborg, utgör icke något bestämt hinder för att Värmlands län ingår i en Örebroregion. Enligt utskottets mening är det sannolikt, att Värmlands läns landsting även om så blir fallet kommer att ha behov av vårdplatserna vid jubileumskliniken.

Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott understryker för länets del önskvärdheten av att Örebroregionen bildas redan i den första etappen och bygges ut i samma takt som övriga regioner. Förvaltningsutskottet anför, att tillkomsten av denna region är angelägen för en mycket betydande del av länets befolkning.

Storstockholmsdelegationen framhåller likaledes lämpligheten av att Örebro län utgår ur Stockholmsregionen och att den föreslagna Örebroregionen tillkommer redan från början. Redan nu torde enbart Storstockholm eller Stockholms stad och län ha mer än tillräckligt befolkningsunderlag för att bilda en självständig sjukvårdsregion.

Beträffande omfattningen av Örebroregionen ansluter sig *överståthållarämbetet* till utredningens förslag. Ett av Stockholms stads kammarkontor framlagt förslag om att hänföra även Södermanlands län till Örebroregionen kan ämbetet icke biträda. För invånarna i nämnda län går nämligen färdvägarna traditionellt mot Stockholm, vilket förhållande är bestämmande för de kollektiva trafikmedlens inriktning.

Beträffande förslaget att hänföra Södermanlands län till Stockholmsregionen anför *Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott* bl. a.

För en stor del av länet och därtill den folkrikaste skulle avståndet till Örebro bli icke oväsentligt kortare än till Stockholm. Härtill kommer att de besvärliga trafikförhållandena i Stockholm, vilka för övrigt tycks bli allt mer svårbemästrade, kan undvikas. Utskottet anser nämligen realistiskt att räkna med att transportererna i största utsträckning blir landsvägstransporter. Då utredningen i annat sammanhang gör gällande en traditionell inriktning mot Stockholm och att Örebro ligger så att säga i fel riktning, kan det nog vara riktigt såtillvida som landsortsborna i många avseenden, bl. a. för besök hos centrala myndigheter, tvingas besöka Stockholm, men därmed är ju ingalunda sagt eller bevisat, att landsortsborna hellre skulle resa till Stockholm än åt motsatt håll, t. ex. till Örebro, om samma möjlighet och resurser här stod till buds.

För en stor del av länet, uppskattningsvis cirka 125 000 invånare, skulle antagligen reslängd och restid bli kortare till Örebro än till Stockholm och karolinska sjukhuset.

Enligt Sveriges läkarförbunds uppfattning bör Södermanland överföras från Stockholmsregionen till Örebroregionen.

Karolinska institutets lärarkollegium och Norrköpings stads drätselkammare kan icke tillstyrka, att utredningens förslag till regionindelning omedelbart genomföres. I stället förordas, att utredningens alternativ I lägges till grund för regionplaneringen tills vidare.

Karolinska institutets lärarkollegium anför.

Medicinens utveckling i vårt land kan i framtiden liksom hittills väntas i hög grad bli beroende på möjligheterna att utveckla nya specialiteter. Sådan utveckling kräver tillgång till ett utvalt patientmaterial, vilket i sin tur vanligen förutsätter stora upptagningsområden. Såväl Stockholm som Lund-Malmö är också att betrakta som dubbelregioner. För Stockholms del skulle utbyggnaden av lasaretten i Linköping och i Örebro till regionsjukhus innebära en väsentlig försämring av tillgången på undervisningsmaterial, vilken redan nu är för knapp för vissa kliniker på grund av utbyggnaden av Stockholms stads sjukhus. Lärarkollegiet anser därför, att alternativ I har så väsentliga fördelar för undervisning och forskning, att det bör förordas. Redan en utbyggnad av de nuvarande undervisningssjukhusen i enlighet med redan gjord planering kommer att kräva lång tid och stora kostnader. Det bör därför först prövas, i vilken utsträckning behovet av specialistsjukvård tillgodoses därigenom, innan ännu ett sjukhus bygges till regionsjukhus. Som en komplettering av alternativ I bör enligt lärarkollegiets uppfattning de större centrallasaretten förses med mindre specialistavdelningar i likhet med vad fallet f. n. är beträffande radioterapi och dermatologi vid Örebro lasarett.

Farhågor för att befolkningsunderlaget för Umeåregionen blir för litet uttalas av bl. a. medicinalstyrelsen, centrala sjukvårdsberedningen, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande, organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, länsstyrelsen i Västerbottens län, Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott, Svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Svenska lasarettsläkarföreningen.

Medicinalstyrelsen anför.

Befolkningsunderlaget för Umeåregionen är väl litet. Ytterligare överväganden bör därför göras i syfte att utöka densamma genom att dit hänföra större delar av Västernorrlands län än förslaget innebär. I varje fall skulle ett överförande av hela Ångermanland till Umeåregionen icke medföra ett ökat restidsavstånd till regionsjukhuset för befolkningen i detta landskap. Därmed skulle regionens befolkningsunderlag stiga till drygt 700 000 år 1970. Det vore önskvärt, att därutöver även Medelpad kunde hänföras till Umeåregionen. Så länge nuvarande kommunikationsförhållanden råder torde detta dock vara svårt att genomföra. Vid en utvidgning av Umeåregionen på nu antytt sätt, skulle Uppsalaregionen ändock icke bli för liten.

Svenska lasarettsläkarföreningen anser likaledes, att det än en gång bör övervägas, om inte hela Västernorrlands län borde hänföras till Umeåregionen. Föreningen fortsätter.

I detta sammanhang torde även kunna ifrågasättas, om det skulle vara alldeles orealistiskt att beträffande Umeåregionen söka sig över riksgränsen för att ernå ett större befolkningsunderlag. Människor från nordligaste Norge och Finland skulle med flyg kunna föras snabbare och på kortare väg till exklusiva medicinska specialister i Umeå än inom de egna länderna. Språksvårigheterna torde inte ens när det gäller finskan vara oöverstigliga.

Sveriges läkarförbund framhåller, att den medicinska undervisningen kräver ett större material än som står till förfogande inom den föreslagna Umeåregionen. Stor risk föreligger för en kvalitativ försämring av undervisningen i Umeå jämfört med förhållandena vid övriga utbildningsanstalter, något som enligt förbundets mening ovillkorligen måste förebyggas. Det av lasarettsläkarföreningen framförda förslaget, att Umeåregionen genom överenskommelser med grannländerna utsträcket över riksgränserna, bör därför övervägas.

Icke heller *kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket* står främmande inför tanken på ett nordiskt samarbete på specialistsjukvårdens område. Kommittén anför.

I den mån det nordiska samarbetet på hälso- och sjukvårdsområdet utvecklas, kan det framdeles bli anledning att överväga i vad mån riksgränserna bör betraktas såsom oöverstigliga hinder vid utformningen av en regionsjukvård. Den tiden kan komma, när man finner skäl att undersöka, om det inte särskilt för befolkningen i mera avlägset belägna landsändar skulle vara möjligt att genom sådant nordiskt samarbete få till stånd regionsjukvårdsresurser på närmare håll än som eljest är möjligt.

Centrala sjukvårdsberedningen understryker nödvändigheten av att varje möjlighet att öka upptagningsområdet för Umeåregionen tillvaratages. Därvid torde enligt beredningens mening uppmärksamheten särskilt behöva riktas på kommunikationsförhållandena och icke minst inrikesflygets utveckling.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket anser det vidare synnerligen angeläget, att Umeåregionen utsträcket längre söderut än vad som föreslagits. Något tvång bör emellertid härvid inte förekomma, utan de berörda befolkningsgruppernas egna önskemål måste respekteras. Så länge mera avancerade vård- och forskningsresurser är koncentrerade söderut, kommer flertalet patienter att föredraga att resa i den riktningen. Det är därför angeläget, att utbyggnaden av sjukvårds- och forskningsresurserna i Umeå fortsätter i så snabb takt som möjligt.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott ser med största oro och bekymmer på Umeå-sjukhusets framtida utveckling och därmed förenade ekonomiska bördor, om man inte kan finna några utvägar att här bilda en tillräckligt folkrik region. Detta är en fråga av den allra största betydelse för detta regionsjukhus och hela den sjukvårdsregion som skall repliera på sjukhuset. När regionsjukhuset i Umeå blir utbyggt, bör detta sjukhus liksom andra regionsjukhus ha alla utsikter att vinna förtroende hos allmän-

heten även utanför den egna landstingskommunen, och landstinget kan inte finna annat än att det skulle vara fullt naturligt även för större delen av Västernorrlands och Jämtlands invånare att repliera på Umeå såsom regionort för specialistsjukvård. Förvaltningsutskottet framhåller vidare, att det måste ankomma på statens ansvariga myndigheter att tillse, att kommunikationsförhållandena blir sådana, att sjukas resor till och från regionsjukhusen underlättas. Detta gäller såväl landsvägs- som järnvägs- och flygförbindelserna. Härigenom skulle en önskvärd utökning av Umeåregionen underlättas.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande uttalar bl. a.

De av utredningen angivna alternativen till regionindelning synes samtliga ge akademiska sjukhuset ett tillräckligt stort upptagningsområde för att säkerställa undervisningens behov. Vi kan emellertid ej underlåta att framhålla våra farhågor för att Umeåregionen innebär ett alltför litet underlag för undervisningssjukhuset i Umeå och att detta förr eller senare kan föranleda åtgärder, som kommer att innebära att de nordligaste delarna av Uppsalaregionen överföres till Umeåregionen. Skulle så bli förhållandet, kan en omedelbar utbyggnad av regionsjukvården i mellersta Sverige komma att försvåra möjligheterna att tillföra Uppsalaregionen ersättning för dessa delar. Med hänsyn härtill synes försiktighet böra iakttagas i fråga om regionsjukvårdens utbyggande intill dess erfarenhet vunnits av de nuvarande undervisningssjukhusens möjligheter att tillgodose regionsjukvårdsbehovet. Det synes ur allmän sjukvårdssynpunkt synnerligen angeläget, att undervisningssjukhusen icke berövas det patientunderlag, som erfordras för läkarutbildningen.

De av denna fråga närmast berörda länen, Västernorrlands och Jämtlands län, förklarar sig icke vara intresserade av att ingå i Umeåregionen. Sålunda ansluter sig *Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott* helt till utredningens förslag, att Jämtlands län tillföres Uppsalaregionen. Härvid instämmer även utskottet i utredningens uttalande, att länets traditionella, ekonomiska, kulturella och sjukvårdsmässiga relationer genom kommunikationsförhållanden är helt inriktade söderut.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott framhåller, att vissa betänkligheter kan anföras mot en uppdelning av landstingskommunen på två regioner. Förvaltningsutskottet anser det ligga närmast till hands att föra hela Västernorrlands län till Uppsalaregionen, men utskottet vill inte motsätta sig den gränsdragning mellan Umeå- och Uppsalaregionerna, som utredningen föreslagit.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket samt överståthållarämbetet har ifrågasatt, huruvida icke norra delen av Stockholms län borde hänföras till Uppsalaregionen i stället för till Stockholmsregionen. *Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhu-*

sets i Uppsala utbyggande framhåller sålunda, att akademiska sjukhuset sedan flera år tillbaka enligt avtal med Stockholms läns landsting mottager ett betydande antal patienter från företrädesvis norra delen av nämnda län. Då detta arrangemang uppenbarligen tillgodoser ett praktiskt sjukvårdsbehov bör de delar av Stockholms län, som f. n. har akademiska sjukhuset som centrallasarett, även ur regionvårdssynpunkt hänvisas till Uppsala.

Överståthållarämbetet understryker, att ifrågavarande område genom ändrad länsindelning inom en nära framtid sannolikt kommer att hänföras till Uppsala län, varigenom området kommer att få en ännu närmare anknytning till Uppsala än nu.

Även *medicinalstyrelsen* diskuterar frågan om en minskning av Stockholmsregionen men framhåller, att härvid måste beaktas, att Stockholm har landets största medicinska utbildningsanstalt med f. n. två statliga utbildningssjukhus, varjämte man inom en snar framtid torde bli nödsakad att anlita vissa av stadens sjukhus för undervisningen. Om man trots detta något vill minska regionen, skulle detta kunna ske genom att avsöndra nordöstra delen till Uppsalaregionen.

Utredningens förslag att hänföra Kalmar läns södra landstingsområde till Linköpingsregionen har föranlett invändningar från *medicinska fakulteten i Lund* och *Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse*.

Fakulteten, som i princip rekommenderar att regionsjukvårdsplanen genomföres, ifrågasätter sålunda, om inte Kalmar läns södra landstingsområde, med Kalmar som centrallasarett, borde tillföras Lund-Malmöregionen. Realiseras detta minskar Linköpingsregionen med cirka 145 000 personer till cirka 750 000 invånare och Lund-Malmöregionen ökar från nuvarande befolkningsunderlag på 1,2—1,3 miljoner till 1,4 miljoner. Fakulteten understryker, att Lund-Malmöregionen ju i själva verket är att betrakta som en dubbelregion och att en sådan ökning av befolkningsunderlaget torde vara önskvärd ur forskningens och undervisningens intresse. Minskningen av Linköpingsregionen kan enligt fakultetens uppfattning, med hänsyn till de mindre omfattande undervisningsuppgifter och därigenom mindre avancerade krav på forskning, som åvilar Linköping, ej anses allvarlig.

Kalmar läns södra landstings förvaltningsutskott påpekar, att restiden från flertalet orter inom området torde tala för en anslutning till det föreslagna regionsjukhuset i Linköping. Förvaltningsutskottet fortsätter.

Att utskottet ändock varit tveksamt inför anslutningen till ett regionsjukhus där har sin grund i de traditionella förbindelserna läkarna vid centrallasarettet i Kalmar och sanatoriet i Målilla haft med Lunds lasarett. Landstinget har under många år vidare haft samarbete med detta lasarett och ingått avtal med Malmöhus läns landsting om disponerandet av platser vid de radiologiska, thoraxkirurgiska, neurokirurgiska och neurologiska klinikerna i Lund. Till kostnaderna för anläggning och utrustning av radio-

logiska kliniken har landstinget lämnat bidrag, medan landstinget för de övriga klinikerna betalar en årlig platsavgift.

Kostnaderna för jubileumskliniken i Lund har täckts till 24,5 % av i kliniken deltagande sjukvårdshuvudmän. Enligt utredningens förslag skulle de radioterapeutiska klinikerna i Uppsala, Linköping och Umeå bekostas till 50 % av statsmedel, inklusive eventuella donationsmedel, och resten täckas av vederbörande huvudman. Skulle Kalmar läns södra landsting begära sitt utträde ur lundakliniken och ansluta sig till kliniken i Linköping, skulle landstinget alltså åsamkas förhållandevis högre anläggningsbidrag än övriga landsting, framförallt i jämförelse med dem som alltfört kommer att tillhöra lundakliniken.

Enligt vad utskottet erfarit, har Kalmar läns norra landsting uttalat sig till förmån för anslutning till regionsjukhuset i Linköping. En uppdelning av Kalmar län på två regionsjukhus torde komma att medföra vissa olägenheter, främst genom att länets båda landsting disponerar ett antal platser på Oskarshamns lasarett, som äges av södra landstinget. Förvaltningsutskottet vill därför inte motsätta sig, att södra landstinget hänföres till ett blivande regionsjukhus i Linköping, därest frågan om fördelningen av anläggningskostnaden kan lösas på ett för landstinget fördelaktigare sätt än vad som antytts i utredningen.

Några remissmyndigheter anser, att utredningen varit alltför **b u n d e n** **a v n u v a r a n d e a d m i n i s t r a t i v a i n d e l n i n g**. Sådana uttalanden har gjorts av bl. a. *Svenska landstingsförbundet, Skaraborgs, Örebro, Västmanlands och Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott.*

Örebro läns landstings förvaltningsutskott finner detta så mycket mera anmärkningsvärt som statsrevisorerna påkallat en utredning rörande ändrad länsindelning med hänsyn till att de nuvarande länsgränserna icke kan betraktas som rationella. Oavsett detta synes icke bärande skäl ha förebragts för att grunda regionsjukhusindelningen på de gällande länsgränserna. Enligt förvaltningsutskottets mening finns möjligheter att lösa frågan om de ekonomiska uppgörelserna mellan de olika sjukhushuvudmännen på ett sådant sätt, att en indelning i regionsjukvårdsområden efter trafikgeografiska förhållanden kan genomföras utan större administrativa svårigheter för huvudmännen än en indelning efter strikta administrativa gränser. Ställningstagandet till denna fråga är av väsentlig betydelse för frågan om regionsjukhusens placering.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott, som finner det naturligt, att länet skall tillhöra Uppsalaregionen, förutsätter, att patienter skall kunna remitteras till sjukhus inom andra regioner, om t. ex. trafiktekniska skäl motiverar detta. Utskottet framhåller, att befolkningen i länets västra delar (Västerbergslagen) får kortare ressträckor till Örebro än till Uppsala. Skulle Örebroregionen tillkomma, bör befolkningen i nämnda delar remitteras till Örebro lasarett för specialistsjukvård.

Skaraborgs och Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott uttalar sig till förmån för **a l t e r n a t i v a v a l m ö j l i g h e t e r** mellan olika regionsjukhus.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott yttrar sålunda bl. a.

Det förefaller lyckligt, om man kunde undvika att helt binda regionsjukvården vid den administrativa länsenheten och i stället — i likhet med vad gäller beträffande patients rätt till alternativt läkarval inom åtskilliga gränsområden av provinsialläkardistriktet — medgiva viss valfrihet även på detta område. Med en anordning, som innebär en sådan frihet, förefaller jämväl ökade möjligheter skapas för en önskvärd anpassning av specialremisserna till det regionsjukhus, varest platstillgången vid aktuell specialistavdelning är för dagen bäst tillgodosedd.

Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott ifrågasätter nödvändigheten av att regionsjukhusen skall ha fixa anvisningsområden, som i stort sett följer landstingskommunala gränser. För patienternas del skulle enligt förvaltningsutskottets mening en regionindelning grundad på fritt sjukhusval efter främst resemöjligheterna och oberoende av länsindelning vara mest förmånlig. Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen kunde i så fall grundas på utomlänsavtalets bestämmelser.

Medicinalstyrelsen framhåller, att utbyggnaden av regionsjukhus inom de sex regionerna av praktiska skäl måste ske successivt och sannolikt kommer att sträcka sig över längre tidsperiod än utredningen beräknat. Med hänsyn till rådande läkarbrist bör enligt styrelsens mening under denna tid utbyggnaden av undervisningssjukhusen i möjligaste mån lämnas företräde och då särskilt undervisningssjukhuset i Umeå.

Direktionen för karolinska sjukhuset finner det välbetänkt, att undervisningssjukhusen utbygges till fullständiga regionsjukhus, innan åtgärder vidtas för upprättande av den sjätte regionen med Linköping som centrum. Direktionen understryker särskilt angelägenheten av att det trängande behovet av ytterligare vårdplatser för cancersjuka i första hand blir tillgodosett. Samma uppfattning har *kanslern för rikets universitet*.

Från landstingshåll har betonats, att realiserandet av regionplanen förutsätter en betydande personal av olika kategorier. *Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott* framhåller sålunda med skärpa, att utbyggnadstakten av regionsjukhusen måste så modifieras, att risk icke uppstår för att färdigbyggda specialkliniker ej kan drivas till följd av brist på läkare, sjuksköterskor eller annan sjukvårdspersonal.

Beträffande lokaliseringen av regionsjukhusen anför *överbefälhavaren* efter hörande av försvarets sjukvårdsstyrelse, att förläggningen av dessa sjukhus till utsatta tätorter samt den bristande överensstämmelsen mellan gränserna för sjukvårdsregionerna och civilområdena ur beredskapssynpunkt innebär vissa nackdelar. Om förslaget realiseras, blir det därför nödvändigt att liksom hittills inom medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd planlägga beredskapssjukhus för specialvård med annan lokalisering än i fred. Oaktat detta innebär emellertid förslaget enligt överbefälhavarens mening betydande fördelar, eftersom underlaget för nämndens planläggning förbättras genom decentralisering och upprustning

av vårdresurserna även inom sådana specialiteter, som är särskilt betydelsefulla under krigsförhållanden.

Länsstyrelsen i Örebro län anser, att utredningen i alltför hög grad bortsett från försvarssynpunkter. Dess förslag innebär nämligen enligt länsstyrelsens uppfattning, att regionsjukhus skulle utbyggas å orter med militärt sett exponerat läge invid eller i närheten av rikets i händelse av krig primärt hotade kuster. Försvarssynpunkter talar för en mera tillbakadragen förläggning inne i landet. Karlstad, Örebro och Jönköping är ur denna synpunkt lämpligare belägna än de av utredningen föreslagna städerna.

Departementschefen

Vid sina överväganden av frågan hur indelningen av riket i sjukvårdsregioner lämpligen bör utformas har regionvårdsutredningen utgått från såsom självklart, att undervisningssjukhusen i Stockholm, Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå skall bilda kärnan i var sin sjukvårdsregion. Stockholmsregionen med ett stort befolkningsunderlag i huvudstaden och dess kringliggande områden och med en väl utbyggd sjukhusorganisation även inom stadens egen sjukvård betraktar utredningen härvid som en dubbelregion. Vidare behandlar utredningen lasarettet i Lund och det närbelägna Malmö allmänna sjukhus som en enhet ur regionvårdssynpunkt.

Utredningen har till en början undersökt, huruvida regionaliseringen borde baseras enbart på de nämnda fem städerna med undervisningssjukhus. På grund av målsättningen för regionernas storlek — cirka en miljon invånare — samt vissa undersökningar rörande befolkningsfördelning, kommunikationsförhållanden och restider m. m. har utredningen emellertid funnit ytterligare minst en sjukvårdsregion böra tillkomma. Efter att ha studerat olika alternativa kombinationer för regionindelningen har utredningen stannat för att föreslå Linköping såsom förläggningssort för ett sjätte regionsjukhus. Vid detta ställningstagande har utredningen räknat med att framdeles en sjunde region bör utbyggas med Örebro som centralort.

Utredningens förslag till regionindelning och val av regionorter har i stort sett accepterats vid remissbehandlingen. Den kritik som framkommit har — förutom vissa önskemål beträffande gränsdragningen mellan regionerna — huvudsakligen riktat sig mot förslaget, att en Örebroregion skulle tillkomma först i ett senare skede.

Innan jag för egen del går in på en närmare diskussion av de konkreta förslagen rörande regionindelningen vill jag allmänt framhålla, att jag helt delar utredningens uppfattning om 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 enligt min mening till stor del förfelas, om planläggningen ej kunde baseras

på ett klart avgränsat befolkningsunderlag. Inför osäkerheten om att eljest kunna bereda specialvård åt patienterna från det egna sjukvårdsområdet skulle också de huvudmän, som ej förfogade över egna regionvårdsplatser, kunna föranledas att försäkra sig om platser på olika håll, vilket otvivelaktigt skulle försvåra en rationell dimensionering och ett effektivt utnyttjande av resurserna.

Vidare anser jag i likhet med utredningen, att de administrativa gränserna för de nuvarande sjukvårdsområdena bör följas så långt som möjligt, bl. a. för undvikande av att huvudmännen skall behöva engagera sig i regionsjukvård på flera håll och att patienter från ett och samma sjukvårdsområde skall komma att hänföras till olika regionsjukhus. Endast där en rationell indelning annars omöjliggöres eller eljest särskilda hänsyn motiverar detta, bör sålunda enligt min uppfattning avsteg från landstingsgränserna göras.

Jag vill i detta sammanhang framhålla, att den översyn av länsindelningen som f. n. pågår icke torde komma att resultera i förändringar av den natur, att regionvårdsplaneringen i stort kommer att menligt påverkas härav.

Det har för mig stått klart att, om regionindelningen skall kunna läggas till grund för en långsiktig sjukhusplanering, den redan från början bör göras definitiv i så måtto, att icke det befolkningsunderlag, för vilket regionklinikerna dimensioneras, i ett senare stadium av uppbyggnaden mera radikalt förändras. Jag har av denna anledning ansett det nödvändigt, att definitiv ställning redan nu tages till hur många regioner planläggningen även på längre sikt skall anpassas efter.

Vid överbägandet av regionernas antal har jag funnit det uppenbart, att utbyggnaden av regionsjukvården totalt sett måste komma att ställa sig både dyrbarare och mera personalkrävande ju flera regioner och därmed regionsjukhus som tillskapas. Även om de sammanlagda kostnaderna för anordnande av själva vårdplatserna kan beräknas bli i stort sett desamma vid uppförande av större kliniker vid färre antal sjukhus och vid uppförande av flera mindre kliniker, torde dock kostnaderna för de för den högspecialiserade sjukvården särskilt erforderliga anordningarna, framför allt den speciella laboratorieorganisationen, mera kvalificerade operationsavdelningar och den dyrbara specialapparaturen, öka med antalet regionsjukhus. Detsamma gäller behovet av personal. Sålunda måste det antal specialutbildade läkare, som krävs vid en utbyggnad av flera mindre kliniker, var och en med sin egen serviceorganisation, bli högre än om utbyggnaden koncentreras till ett mindre antal större kliniker.

Med hänsyn till de betydande investeringar, som uppbyggandet av den specialiserade kroppssjukvården kräver, och med den knapphet på läkar- och sköterskepersonal, som f. n. råder och som vi i viss utsträckning har att räkna med även för den närmaste framtiden, måste de ekonomiska aspekterna och frågan om arbetskraftstillgången tillmätas den största betydelse

vid regionaliseringens förverkligande. Från dessa utgångspunkter torde starka skäl tala för det av utredningen diskuterade alternativet med fem regioner uppbyggda kring de nuvarande undervisningssjukhusen. För en sådan begränsning av regionernas antal talar också den omständigheten, att befintliga eller under uppförande varande kliniker för regionspecialiteter vid undervisningssjukhusen i vissa fall, särskilt i Stockholm, med hänsyn till undervisningens och forskningens behov erhållit en dimensionering, som täcker landets behov av vårdplatser i sådan utsträckning, att utrymme inte finns för en fullständig utbyggnad på andra håll. Enligt min mening måste man söka undvika att satsa kapital och personal på en utbyggnad av regionkliniker på andra håll i en omfattning, som medför, att den totala vårdplatstillgången inom landet överstiger behovet och att redan anordnade vårdplatser ej kan beläggas. Detta måste bestämt framhållas, även om konsekvensen skulle bli att patienternas resor för vård i vissa fall bleve något längre och kostnaderna härför något högre.

Ur här angivna synpunkter har jag funnit karolinska sjukhuset intaga en särställning vid regionindelningen. Sjukhusets kliniker har nämligen dimensionerats med hänsyn till den medicinska undervisningen och forskningen vid landets största utbildningsanstalt för läkare och för att sjukhuset skall tjäna som rikssjukhus med hela landet som upptagningsområde. Sedan den högspecialiserade kroppssjukvården utbyggs regionvis, bör, såsom jag i annat sammanhang skall närmare beröra, karolinska sjukhusets upptagningsområde naturligen begränsas till Stockholmsregionen, varvid betydande svårigheter måste befaras uppstå att kunna belägga vårdplatserna vid flertalet av dess redan utbyggda kliniker för regionvårdsspecialiteter. Frånsett de olägenheter en dylik överdimensionering måste innebära ur ekonomiska och rationella synpunkter, skulle en minskning av patientunderlaget kunna få allvarliga konsekvenser för läkarutbildningen och forskningen vid sjukhuset. Vid behandlingen av regionvårdsfrågorna i inrikesdepartementet har läget för karolinska sjukhusets del framstått som särskilt prekärt, då det från Stockholms stads sida uttalats, att staden övervägde att inom sin sjukvårdsorganisation anordna ytterligare kliniker för vissa av de specialiteter, inom vilka vårdplatserna vid karolinska sjukhuset redan måste antagas överstiga en blivande Stockholmsregions behov. Från stadens sida har bl. a. hävdats att de berörda klinikerna vid karolinska sjukhuset överdimensionerats och att detta ej finge hindra tillkomsten av för sjukvårdens lämpligaste organisation erforderliga kliniker.

Då en minskning av klinikerna på karolinska sjukhuset i allmänhet ej kan godtagas med hänsyn till undervisningen och forskningen, har det vid mina överväganden av frågan om regionernas antal och storlek framstått som särskilt angeläget att bevaka karolinska sjukhusets berättigade intresse av att kunna tillförsäkras erforderligt patientunderlag.

Å andra sidan har jag vid mina överväganden av indelningsfrågan icke

kunnat bortse från att, särskilt efter det regionvårdsutredningens förslag blev offentligt, från sjukvårdshuvudmännens sida bedrivits ett intensivt planläggningsarbete, som av allt att döma skulle resultera i en uppdelning av landet på sju regioner med regioncentra i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg, Örebro och Umeå (utredningens alternativ IV). Som jag tidigare framhållit har min strävan varit att undvika inskränkningar i huvudmännens frihet att själva bestämma om utbyggnaden av sin sjukvårdsorganisation, såframt icke direkta felinvesteringar ifråga om den totala utbyggnaden i landet kunde förutses bli följden av ett genomförande av de på olika håll framkommande planerna. Vid ärendets beredning i inrikesdepartementet har därför gjorts en undersökning av vilka konsekvenser med avseende å vårdplatsbehov, investeringar och personal en utbyggnad med sju regioner skulle medföra.

Vid undersökningen har regionvårdsutredningens alternativ IV med vissa modifikationer lagts till grund för beräkningarna. I fråga om de särskilda regionernas omfattning har utredningens förslag frånträtts i några avseenden. Sålunda har den av utredningen skisserade Umeåregionen befunnits få alltför litet befolkningsunderlag — och detta gäller oavsett vilket regionalternativ som väljes — både med hänsyn till undervisningens och forskningens behov av patientunderlag och för att bära upp driftsekonomiskt tillräckligt stora vårdenheter. Hela Ångermanland har därför ansetts böra tillföras Umeåregionen, vars befolkningsunderlag härigenom skulle ökas med cirka 110 000 invånare i dagens siffror jämfört med utredningens förslag. Till förmån för förslaget att hänföra hela Ångermanland till Umeåregionen har också ansetts tala det faktum, att restiderna såväl med järnväg som med landsvägstransport är kortare till Umeå än till Uppsala från hela landskapet. Den motsvarande minskningen av Uppsalaregionen har bedömts icke ge anledning till några betänkligheter, enär regionen likväl skulle komma att omfatta över 1 100 000 invånare (år 1970 över 1 200 000). Icke i något fall har heller de för akademiska sjukhuset planerade kliniker funnits bli överdimensionerade i förhållande till det teoretiska vårdbehovet för regionen.

Enligt vad som under hand framkommit under beredningen i departementet har från Örebro läns landstings sida tagits initiativ till att utöka den av utredningen föreslagna Örebroregionen med delar av Södermanlands, Skaraborgs och Kopparbergs län. Att på detta sätt till regionen hänföra icke mindre än sex olika landstingskommuner eller delar av landstingskommuner har vid departementsundersökningen befunnits ur praktiska och avtalsmässiga synpunkter olämpligt. Sakligt har det heller icke synt motiverat, eftersom kommunikationerna i dessa delar av landet är så goda, att endast obetydliga skillnader i restidsavstånd uppkommer till de skilda regionorterna. Särskilt har observerats att Uppsalaregionen skulle få väl litet befolkningsunderlag om — utom den föreslagna minskningen i

norr — även en del av Kopparbergs län (76 000 invånare) undandroges regionen. Möjligen har det ansetts kunna övervägas att låta västra delen av Södermanland (med f. n. cirka 127 000 invånare) tillhöra Örebroregionen, eftersom en viss ökning av dennas befolkningsunderlag syntts vara berättigad. Det har emellertid samtidigt konstaterats att härigenom betydande olägenheter kunde befaras för Stockholmsregionen, för vars stora undervisningskliniker komme att uppstå ett allvarligt underskott på patientmaterial. En förutsättning för att en dylik minskning av Stockholmsregionen överhuvud taget skulle kunna accepteras har därför ansetts vara, att i Örebro och Linköping endast vissa specialiteter utbyggdes samt att en del av klinikerna i dessa städer och även i Uppsala underdimensionerades.

Enligt uppgift från Örebro läns landsting avsåges en del av Västmanlands län med 43 400 invånare skola tillhöra Örebroregionen, medan i regionvårdsutredningens sjuregionsalternativ förutsattes, att en något större del av Västmanlands län (70 400 invånare) skulle hänföras till nämnda region. Den av landstinget förutsatta avvikelsen har vid departementsundersökningen ansetts icke ge anledning till erinran.

Vid de tidigare berörda överläggningarna med företrädare för vissa sjukvårdshuvudmän, som föregått mitt ställningstagande i regionvårdsfrågorna, lades resultatet av departementsundersökningen till grund för diskussionen. För egen del förutsatte jag vid dessa överläggningar såsom ett villkor för att de vid undersökningen uppdragna riktlinjerna för regionindelningen skulle kunna accepteras av statsmakterna, att ett tillfredsställande patientunderlag för karolinska sjukhusets stora, redan utbyggda specialkliniker skulle säkerställas genom att motsvarande specialiteter i angränsande regioner icke utbyggdes eller underdimensionerades i förhållande till det framräknade vårdplatsbehovet inom vederbörande region. Sedan en redovisning lämnats för vissa i departementet gjorda beräkningar angående förslagens konsekvenser med avseende å vårdplatsbehovet och utbyggnaden vid de skilda regionklinikerna samt rörande utbyggnadskostnaderna och personalbehovet vid förslagens realiserande — siffror till vilka jag torde få återkomma i det följande — kunde vid överläggningarna i allt väsentligt enighet nås om att riktlinjerna i departementsförslaget under det av mig uppställda villkoret vore ägnade att läggas till grund för regionindelningen.

Sedan frågan härefter blivit föremål för fortsatta överväganden i inrikesdepartementet, anser jag mig kunna förorda, att de förut angivna riktlinjerna för regionindelningen följes. Jag föreslår sålunda, att riket 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 skall utbyggas i Linköping och Örebro.

De olika regionerna skall enligt mitt förslag ha följande omfattning:

Stockholmsregionen. Stockholms stad, Stockholms län, Södermanlands län utom den västra delen, omfattande Eskilstuna och Flen samt kommunerna väster därom, ävensom Gotlands län.

Uppsalaregionen. Uppsala län, Västmanlands län utom Köpingsområdet, Kopparbergs och Gävleborgs län, Västernorrlands län utom Ångermanland samt Jämtlands län.

Linköpingsregionen. Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län.

Lund-Malmöregionen. Kronobergs, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län samt södra delen av Hallands län i enlighet med regionvårdsutredningens förslag.

Göteborgsregionen. Norra delen av Hallands län i enlighet med regionvårdsutredningens förslag samt Göteborgs och Bohus, Älvsborgs och Skaraborgs län.

Örebroregionen. Västra delen av Södermanlands län, omfattande Eskilstuna och Flen samt kommunerna väster därom, Värmlands och Örebro län samt Köpingsområdet av Västmanlands län.

Umeåregionen. Ångermanland samt Västerbottens och Norrbottens län.

Skulle i fall där ett sjukvårdsområde delas på två regioner mindre jämkningar i den av mig förordade gränsdragningen bli aktuella, torde sådana frågor böra prövas i det samordningsorgan jag i det följande förordar.

Med användande av de prognoser för befolkningsutvecklingen, som regionvårdsutredningen framlagt, uppskattar jag folkmängden i regionerna omkring år 1970 till följande ungefärliga invånarantal, nämligen i Stockholmsregionen 1 500 000, Uppsalaregionen 1 250 000, Linköpingsregionen 900 000, Lund-Malmöregionen 1 300 000, Göteborgsregionen 1 320 000, Örebroregionen 750 000 och Umeåregionen 680 000. Dessa beräkningar synes mig ge vid handen, att regionerna vid den tidpunkt, då utbyggnaden i stort sett bör beräknas vara genomförd, kommer att ha godtagbart befolkningsunderlag, för att regionsjukhusen på ett tillfredsställande sätt och under rationella driftförhållanden skall kunna fylla sina uppgifter i sjukvårdens, undervisningens och forskningens tjänst. Befolkningsunderlaget för regionkliniker i Umeå kommer dock alltså att vara lågt, något som enligt min mening inskräper vikten av att Umeåregionen icke minskas.

I detta sammanhang vill jag slutligen framhålla, att jag beträffande regionsjukhuset i Umeå med tillfredsställelse skulle se att ett nordiskt samarbete kunde komma till stånd. Om möjligheter öppnades för patienter från Nordnorge och norra Finland att mottagas för vård på regionkliniker i Umeå, skulle det säkerligen i många fall underlättas för patienter från dessa områden att erhålla specialistvård på ett lättillgängligt sätt, samtidigt som patientunderlaget för regionsjukhuset i Umeå skulle förbättras. Förutsättningarna för en dylik anordning torde därför böra undersökas ytterligare.

V. Regionsjukhusen. Resurser för sjukvård och utbildning

Regionvårdsutredningen

Som i det föregående angivits, har regionvårdsutredningen förordat rikets indelning i sex regioner för den specialiserade kroppssjukvården, varvid följande sjukhus avses som regionsjukhus, nämligen

- 1) Stockholmsregionen, en dubbelregion med karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet, vissa Stockholms stad tillhöriga sjukhus samt Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn,
- 2) Uppsalaregionen med akademiska sjukhuset,
- 3) Linköpingsregionen med centrallasarettet därstädes,
- 4) Lund-Malmöregionen med Lunds lasarett och Malmö allmänna sjukhus,
- 5) Göteborgsregionen med Sahlgrenska sjukhuset jämte vissa Göteborgs stad tillhöriga sjukhus och
- 6) Umeåregionen med centrallasarettet därstädes.

De av utredningen förordade regionspecialiteterna bör enligt utredningens förslag lämpligen fördelas på regionsjukhusen på följande sätt.

Specialitet	Antal av utredningen föreslagna vårdplatser vid regionsjukhusen. Ökningen av antalet vårdplatser i jämförelse med antalet den 31 december 1956 angives inom parentes					
	Stockholm	Uppsala	Linköping	Lund-Malmö	Göteborg	Umeå
Neurokirurgi..	116 (0)	40 à 45 (40 à 45)	30 (30)	64 (10)	69 (41)	30 (30)
Neurologi . . .	187 (10)	60 (60)	60 (60)	68 (44)	69 (42)	30 à 60 (0 à 30)
Thoraxkirurgi	116 (42) ¹	60 (13)	50 (50)	80 (0)	72 (42)	30 (30)
Kardiologi. . .	70 (70)	30 (30)	30 (30)	30 (30)	30 (30)	20 (20)
Plastikkirurgi.	110 (43)	60 (27)	50 (50)	60 (34)	60 (40 à 45)	30 (30)
Barnkirurgi. . .	255 (120) ²	50 (50)	50 (50)	100 (100) ²	118 (0)	40 (40)
Urologi	100 à 120 (50 à 70)	50 à 60 (50 à 60)	25 à 30 (25 à 30)	50 à 60 (50 à 60)	50 à 60 (50 à 60)	25 à 30 (25 à 30)
Radioterapi . .	150 (0)	100 (100)	70 (70)	100 (20)	125 (33) ²	45 (45)
Dermatologi. .	337 (0)	50 (30)	50 (25)	116 (0)	131 (32)	30 (30)
Summa	1 441 à 1 461 (335 à 355)	500 à 515 (400 à 415)	415 à 420 (390 à 395)	668 à 678 (288 à 298)	724 à 734 (310 à 325)	280 à 315 (250 à 285)

¹ Genomfört under år 1957.

² Delvis genomfört under år 1957.

Stockholmsregionen. Ett för Stockholmsregionen med dess dubbla uppsättning regionsjukhus speciellt spörsmål utgör enligt utredningens mening frågan om det lämpliga upptagningsområdet för de statliga sjukhusen å ena sidan och Stockholms stads sjukhus å andra sidan. Utredningen anser sig icke böra avgiva några förslag i detta hänseende utan förutsätter, att de berörda huvudmännen, som av hävd samarbetat på detta område, själva

även i fortsättningen finner den bästa ordningen för samarbete härvidlag. Utredningen konstaterar blott, att de på Stockholms stads sjukhus drivna regionspecialiteterna är avsedda i första hand för staden och — enligt ett år 1957 mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting träffat samarbetsavtal — i princip också skall kunna utnyttjas av länet. Tillgången på vårdplatser vid dessa sjukhus torde emellertid icke komma att medgiva, att avtalsbundna platser skapas för övriga i regionen ingående sjukvårdsområden. Det synes utredningen därför naturligt, att dessa — d. v. s. Södermanlands, Gotlands och Örebro läns men även Stockholms läns landstingskommuner — får sitt behov av vårdplatser täckt på de i statlig regi drivna klinikerna. Utredningen anser det för övrigt sannolikt, att — såsom redan nu är fallet — också Stockholms stad i viss omfattning måste repliera på de statliga sjukvårdsinrättningarna med anledning av den starka utbyggnad av t. ex. thoraxkirurgi, neurokirurgi och radioterapi, som där redan skett.

Beträffande neurokirurgin anför utredningen, att det förordade antalet vårdplatser härför, som överensstämmer med befintligt antal, med hänsyn till Stockholmsregionens av utredningen föreslagna storlek innebär en viss överdimensionering. Det teoretiska behovet utgör nämligen endast 70 vårdplatser. En konsekvens härav måste enligt utredningen bli att regionsjukhusen i Uppsala och Linköping föreslås få ett mindre antal neurokirurgiska platser, än som med tanke på sjukhusens patientunderlag kunde vara i och för sig befogat. Utredningen finner det nämligen uppenbart, att frågan om en viss regions sjukvårdsresurser och möjliga behov av utbyggnad måste bedömas med hänsyn till vårdresurserna och utbyggnadsbehoven för riket i dess helhet.

En specialkardiologisk klinik bör enligt utredningens förslag i första hand organiseras i anslutning till den thoraxkirurgiska kliniken vid karolinska sjukhuset. Vidare anser utredningen det önskvärt, om den till flera av Stockholms stads sjukhus utspridda avancerade kardiologiska diagnostiken centraliserades till ett eller högst två sjukhus.

För barnkirurgi förordas en ny klinik med cirka 100 platser utöver nu befintliga vårdplatser.

Vad urologin angår föreslår utredningen att, då det här är fråga om en dubbelregion, ytterligare en urologisk klinik om 50—60 platser vid sidan av den befintliga på karolinska sjukhuset inrättas, lämpligen vid något stadens sjukhus.

I fråga om platser på centralanstalt för radioterapi anser utredningen, att en av huvudmännen beslutad utbyggnad till totalt 199 vårdplatser icke behöver komma till stånd, då nuvarande vårdplatsantal kan betecknas som fullt tillräckligt för den föreslagna regionen. Det måste enligt utredningens mening anses mera angeläget att inrätta dylika vårdplatser för de nya regioner, som utbrytes ur jubileumsklinikens nuvarande upptagningsområde.

Beträffande övriga specialiteter ansluter sig utredningens förslag till huvudmännens utbyggnadsplaner.

Uppsalaregionen. Enligt utbyggnadsplanen för akademiska sjukhuset har man räknat med en neurokirurgisk klinik om cirka 30 platser, medan utredningens beräkningar visar på ett vårdplatsbehov för Uppsalaregionen om 54 platser. Då emellertid — som förut nämnts — neurokirurgin måste bedömas som överdimensionerad i Stockholm och då den lämpliga storleken på en neurokirurgisk klinik torde vara 40—45 vårdplatser, föreslår utredningen inrättandet av en neurokirurgisk klinik på akademiska sjukhuset med sistnämnda vårdplatsantal. Enligt utredningens mening torde detta antal vara tillräckligt stort för att tillgodose undervisningens behov.

Beträffande thoraxkirurgin beräknar utredningen det teoretiskt riktiga vårdplatsantalet för Uppsalaregionen till 73 platser, men utredningen finner — med hänsyn till närheten till Stockholmsregionens stora thoraxkirurgiska klinik och det osäkra framtida platsbehovet — en begränsning till 60 platser innebära en lämplig avvägning.

I fråga om plastikkirurgin finner utredningen, att Uppsalaregionens behov torde vara cirka 75 vårdplatser. Med hänsyn till att en plastikkirurgisk klinik i allmänhet inte bör ha mer än 60 platser och då de närliggande regionsjukhusen i Stockholm torde ha en kapacitet, som i någon mån överstiger behovet av plastikkirurgisk vård för Stockholmsregionen, föreslår utredningen, att en plastikkirurgisk klinik om 60 vårdplatser inrättas på akademiska sjukhuset.

För barnkirurgi beräknar utredningen att 69 vårdplatser skulle behövas för Uppsalaregionens del. Utredningen är emellertid icke beredd att på en gång föreslå en klinik av denna storlek, då barnkirurgin ännu så länge — med undantag för Stockholm — knappast framträder som ett åtminstone volymmässigt sett mera påtagligt behov.

Den radioterapeutiska centralanstalten föreslås enligt planen för akademiska sjukhuset få 60 vårdplatser. Utredningen, som finner, att det teoretiska behovet för regionen skulle uppgå till 106 vårdplatser, anser sig böra förorda 100 vårdplatser, ett antal som mot bakgrunden av både sjukvårdsbehovet och undervisningens krav ter sig väl motiverat.

Linköpingsregionen. Av de som regionspecialiteter betecknade vårdgrenarna är endast dermatologin företrädd på Linköpings lasarett. En kraftig utbyggnad av lasarettet, som skulle omfatta 415—420 vårdplatser inom angivna specialiteter, blir därför erforderlig, för att det i enlighet med utredningens förslag skall kunna fungera som regionsjukhus. Trots de stora ekonomiska åtaganden, som en utbyggnad av ifrågasatt art här skulle medföra för berörda parter, har enligt utredningen företrädarna för de berörda huvudmännen förklarat sig positivt inställda till utbyggnaden.

De föreslagna klinikernas storlek motsvarar i fråga om vissa regionspecialiteter icke fullt det antal platser, som skulle med utredningens beräkningar vara det teoretiskt riktiga för Linköpingsregionens del. Ekono-

miska, personella och andra hänsyn bör enligt utredningens mening mana till återhållsamhet. Beträffande neurokirurgin, vars teoretiska vårdplatsbehov är 36 platser, har hänsyn även tagits till överdimensioneringen av denna specialitet inom Stockholmsregionen.

Lund-Malmöregionen. Utredningen finner thoraxkirurgin vara väl företrädd för Lund-Malmöregionens del med två kliniker om tillhoppa 80 vårdplatser eller 10 platser mera än det av utredningen framräknade behovet. Det tillrådes därför, att förefintliga planer på att utbygga kliniken vid Lunds lasarett med ytterligare 10 platser tills vidare uppskjutes.

Plastikkirurgins behov är enligt utredningens mening icke tillgodosett med nuvarande 26 vårdplatser vid Malmö allmänna sjukhus. Med anledning härav förordas, att Malmökliniken utbygges till att omfatta 60 platser.

Behovet av barnkirurgi beräknar utredningen för regionens del till 104 platser. Med hänsyn till Malmös storlek och det för tätorterna markerade behovet av såväl öppen som sluten barnkirurgisk vård föreslår utredningen, att Malmö tillgodoses med 50 vårdplatser och att till Lund förläggas en ungefär lika stor klinik.

Regionen disponerar f. n. 80 vårdplatser vid centralanstalten för radioterapi i Lund samt dessutom 23 platser vid Malmö allmänna sjukhus. Det teoretiska talet för centralanstalten i regionen är 102 vårdplatser. Utredningen tillstyrker cirka 100 platser vid jubileumskliniken i Lund.

De dermatologiska vårdresurserna i regionen — två kliniker med tillhoppa 116 platser — motsvarar ungefär det vårdplatsantal, som enligt utredningens beräkningar bör finnas på regionplanet. Utredningen är därför tveksam beträffande en av huvudmannen föreslagen utökning av dermatologiska kliniken i Lund.

I övrigt motsvarar utredningens förslag i huvudsak huvudmännens utbyggnadsplaner.

Göteborgsregionen. Föreliggande planer för utbyggnad av regionspecialiteterna i Göteborgsregionen överensstämmer genomgående tämligen väl med de av utredningen framräknade behovssiffrorna. Utredningen ansluter sig därför beträffande flertalet specialiteter till utbyggnadsbesluten. Endast för kardiologi och urologi tillkommer enligt utredningens förslag nya kliniker, som ej omfattas av huvudmannens planer. Beträffande radioterapi föreslås en utökning av nuvarande 118 platser till 125, vilket motsvarar det teoretiska behovet.

Umeåregionen. Vid utredningens överväganden angående kliniker för regionspecialiteter i Umeå har den haft att taga ställning till ett för Umeåregionen speciellt problem, nämligen det relativt sett ringa befolkningsunderlaget, drygt en halv miljon invånare. Utredningen har ställts inför uppgiften att å ena sidan komma fram till en sådan storlek för de olika klinikerna, att de där verksamma läkarnas och annan personals kapacitet blir fullt utnyttjad samt att undervisningens intressen blir tillräckligt be-

aktade, men å andra sidan finna en storlek, som innebär en riktig dimensionering i förhållande till patientunderlaget. Det utbyggnadsförslag, som utredningen mot denna bakgrund framlägger, innebär en utökning av vårdplatsantalet med 250—285.

I ett par fall har utredningen funnit sig böra förorda större kliniker än vad framräknade behovsiffror skulle motivera. Sålunda föreslår utredningen, att 40 barnkirurgiska vårdplatser inrättas vid lasarettet i Umeå med hänsyn till lämplig storlek av vårdenheterna, medan endast 33 vårdplatser skulle behövas för regionens del. För neurokirurgin föreslår utredningen vidare i enlighet med generalplanen för Umeå lasarett en klinik om 30 vårdplatser, medan det framräknade behovet för regionens del är 23.

Sammanfattningsvis framhåller utredningen, att dess förslag till utbyggnad av regionsjukhusen i vad avser de av utredningen förordade nio specialiteterna innebär en ökning med nära 1 900 vårdplatser utöver de befintliga. Av de nya platserna är enligt utredningen omkring 870 förutsedda i de olika planer, som huvudmännen är i färd med att realisera. Flertalet av de omkring 1 000 nya vårdplatser, som ej omfattas av huvudmännens planering, fördelar sig på specialkardiologi, urologi och barnkirurgi. Då tillkomsten av kirurgiska regiondiscipliner i icke oväsentlig grad förutsättes komma att avlasta de allmänkirurgiska avdelningarna, skulle emellertid samtliga föreslagna vårdplatser ej behöva tillkomma genom nybyggnad.

Utredningen framhåller, att dess förslag i fråga om neurologi och dermatologi innebär, att grovt taget ungefär hälften av det framräknade platsbehovet täckes vid kliniker tillhörande regionsjukhusen, under det att återstoden, i den mån så visar sig behövt, får tillgodoses vid de större centrallasarett.

Även den föreslagna ökningen av klinikernas serviceorgan torde enligt utredningen, där den ej redan är ett faktum, delvis vara förutsedd av huvudmännen, t. ex. i fråga om klinisk fysiologi och bakteriologi-virologi. Exempelvis kravet på ökade resurser för cytologisk diagnostik liksom utbyggnaden av isotopverksamheten anser utredningen däremot ha mer karaktär av nyhet.

Läkartjänster och specialistutbildning. För de nio regionspecialiteterna föreslår utredningen 373 läkartjänster. Antalet läkartjänster inom ifrågavarande specialiteter var den 31 december 1956 191, varför utredningens förslag innebär en ökning med 182 tjänster. Sistnämnda tal motsvarar ungefär ett års nettoökning av den svenska läkarkåren under de närmaste fem åren. Härtill kommer ett flertal läkare för de skilda serviceorganen, konsult- eller överläkarbefattningar i intern medicin för de större radioterapeutiska centralanstalterna, läkare vid mentalsjukhusen för barn och vid astmasanatorierna, förstärkning av infektions- eller invärtesklinikernas läkarstab med hänsyn till behandlingen med konstgjord njure, konsultläkare

för vissa specialuppgifter etc. Åtskilliga — vid vissa regionsjukhus de flesta — av dessa läkartjänster finns redan inrättade. Summariska beräkningar anger, att ytterligare 30 å 40 läkare skulle vara erforderliga härför utöver de nyssnämnda 182 för klinikerna tillkommande.

Vid beräkningen av erforderligt antal läkare för de olika specialiteterna har utredningen i stort sett endast tagit hänsyn till den slutna vårdens behov, d. v. s. vården av de ineliggande patienterna och därtill anknuten verksamhet som jourtjänst och efterkontroll av tidigare vårdade. Sålunda har den polikliniska verksamhetens behov av läkare i allmänhet ej beaktats, ehuru viss öppen vård inom regionspecialiteterna givetvis förutsetts. Undervisningens och forskningens anspråk på läkarkrafter är icke heller beaktade.

Tjänsterna är i förslaget uppdelade på överläkartjänster och biträdande överläkartjänster, som därvid fattas i den mening, som fastställts i den nya sjukhuslagen. Dessa tjänster räknas icke som utbildningstjänster utan som sluttjänster. Utbildningstjänster är däremot alla underläkartjänster. Dessa förutsättes komma att tillsättas antingen på högst 3 eller högst 1 år. Härvid beräknas treårstjänsterna komma att bli de egentliga specialistutbildningsplatserna, under det att ettårstjänsterna i huvudsak skall ge s. k. randutbildning, d. v. s. en kortare tids utbildning för läkare verksamma inom annan närstående specialitet.

Av de av utredningen föreslagna 373 läkartjänsterna utgöres 134 av överläkar- och biträdande överläkartjänster, 129 av underläkartjänster med treårsförordnande samt 110 av underläkartjänster med ettårsförordnande.

Beträffande den närmare fördelningen av läkartjänsterna å respektive regionspecialiteter torde få hänvisas till de å s. 190—194 i betänkandet inlagda tabellerna.

Viss efterutbildning för läkare vid regionsjukhuset i Linköping. Det synes utredningen i hög grad motiverat, att regionsjukhuset i Linköping, som i motsats till övriga regionsjukhus ej deltar i den akademiska läkarutbildningen, på något sätt utnyttjas för undervisningsändamål, bl. a. för att avlasta de medicinska lärosätena.

Sådan utbildning, som i form av assistenttjänstgöring i medicin och kirurgi för medicine kandidater enligt den nya studieplanen skall ske vid flertalet större lasarett, och specialistutbildning, som i form av underläkartjänstgöring bedrivs vid alla sjukhus med specialavdelningar, skall givetvis också bedrivs vid centrallasarettet i Linköping. Därutöver föreslår utredningen emellertid, att sjukhuset anförtros uppgiften att tjänstgöra som efterutbildningssjukhus för en tilltänt vidgad kursverksamhet av det slag, som sedan 1956 bedrivits under medicinalstyrelsens ledning vid centrallasarettet i Linköping, främst för tjänsteläkare och i andra hand för läkare med allmän praktik. Enligt vad utredningen inhämtat hyser vederbörande huvudman — Östergötlands läns landsting — stort intresse för ett sådant

projekt och synes vara berett att, därest staten delar kostnaderna för undervisningslokaler, i övrigt påtaga sig uppkommande merkostnader.

Utredningen förordar, att det anföretros åt medicinalstyrelsen att med Östergötlands läns landsting förhandla om mera permanenta anordningar för efterutbildning av läkare vid centrallasarettet i Linköping.

Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet

Som tidigare nämnts räknar utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet med ett behov av cirka 600 vårdplatser vid reumatologiska regionkliniker. Med utgångspunkt från den av regionvårdsutredningen såsom alternativ II betecknade regionindelningen beräknar utredningen, att följande antal regionplatser skulle erfordras inom respektive regioner, nämligen Stockholmsregionen 130, Uppsalaregionen 90, Linköpingsregionen 80, Lund-Malmöregionen 110, Göteborgsregionen 110 och Umeåregionen 80 vårdplatser. Detta vårdplatsbehov avser endast den högkvalificerade reumatikervården samt den vård som kommer till stånd med hänsyn till forskningens och undervisningens behov.

Utredningen anför vidare bl. a.

För Stockholmsregionens del skulle alltså erfordras tillhopa 130 vårdplatser, inklusive de 73, som redan finns på karolinska sjukhusets reumatologiska klinik. Behovet av ytterligare vårdplatser utöver de sistnämnda torde kunna tillgodoses genom befintligt eller planerat sjukhus i Stockholmsområdet, eventuellt genom Nynäshamnssjukhuset.

Inom Uppsalaregionen, för vilken skulle erfordras omkring 90 vårdplatser, finnes f. n. inga alls. För akademiska sjukhuset har visserligen planerats en särskild reumatologisk klinik, som ursprungligen avsågs omfatta 60 vårdplatser, men vars platsantal enligt det senaste förslaget minskats till 30. När dessa vårdplatser kan tagas i bruk ligger ännu i vida fältet, men troligen kan detta beräknas ske först efter mitten av 1960-talet. Under alla förhållanden måste man för denna region räkna med en icke obetydlig ökning av vårdplatsernas antal utöver de f. n. planerade. Intill dess bör jämväl patienter från denna region kunna hänvisas till sjukhuset i Nynäshamn.

För Linköpingsregionen skulle erfordras cirka 80 vårdplatser. — Där finnes f. n. 26 vårdplatser å lasarettet i Norrköping — avsedda för kvinnliga patienter — och omkring 80 vårdplatser å pensionsstyrelsens sjukhus i Tranås. Behovet av vårdplatser för denna region torde alltså kunna anses täckt till dess en regionklinik tillskapats.

I fråga om Lund-Malmöregionen har platsbehovet beräknats till omkring 110. I denna region finnes tillhopa 158 vårdplatser, däri inräknade 24 vårdplatser å den ortopediska kliniken vid Lunds lasarett. För denna region skulle alltså förefinnas ett överskott av 48 vårdplatser. De 24 vårdplatserna å den ortopediska kliniken kommer emellertid eventuellt att disponeras av landstinget för ortopedisk vård, och därest så skulle bli fallet, uppgår överskottet till 24.

Göteborgsregionen, för vilken räknats med omkring 110 platser, dispone-

rar nu sammanlagt 110 à 120 vårdplatser, därav omkring 60 i Vänersborg och 56 i Lidköping, de sistnämnda avsedda för kvinnliga patienter. Därtill kommer 120 platser å den reumatologiska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset, vilka, om Kungl. Maj:t ej annat beslutar, kan tagas i bruk fr. o. m. den 1 januari 1961.

Vad slutligen Umeåregionen beträffar erfordras för denna ungefär 80 vårdplatser. I denna region finnes nu 48 vårdplatser vid garnisonssjukhuset i Boden och 60 platser vid lasarettet i Umeå.

Remissyttrandena

Yttranden över regionvårdsutredningen

Vad utredningen anfört beträffande dimensioneringen av de olika region-sjukhusen och rörande vårdplats- och personalbehovet inom de skilda regionspecialiteterna har i det stora flertalet remissyttranden godtagits eller lämnats utan erinran. I några yttranden har dock framförts vissa mera principiella synpunkter på förslagen i dessa avseenden. Så erinrar *direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande* om att utredningen föreslår en utbyggnad utöver den som föreslagits i sjukhusets generalplan med sammanlagt cirka 190 vårdplatser och anför härom.

Inom kommittén för sjukhusets utbyggande gjorda undersökningar har visat, att denna utökning rymmes inom ramen för generalplanen. Utredningen har icke ansett sig kunna för akademiska sjukhuset förorda det antal vårdplatser, som regionen behöver för vissa specialiteter, utan i stället förutsett, att en del av patienterna skall överföras till befintliga överdimensionerade sjukhus i Stockholmsregionen. Det är förståeligt, att en planering som denna bör taga sikte på riket som helhet, men det är också förståeligt, att överläkarna, som skall bestrida och organisera sjukvården inom sin specialitet i regionen, med blandade känslor ser, att de icke får de härför behövliga resurserna, och måste rekommendera remiss till sjukvårdsanstalt utanför regionen. En underdimensionering av en specialitet i Uppsala kan komma att innebära antingen förlängd väntetid eller remiss till Stockholms sjukhus. En överdimensionering inom Stockholmsregionen är orsaken till utredningens förslag på denna punkt. Emellertid gäller detta icke den slutna vården som helhet utan endast vissa specialiteter. Det är med hänsyn till verksamheten vid akademiska sjukhuset och inom Uppsala-regionen angeläget, att man noga prövar, huruvida icke de ovannämnda »överskottsplatserna» lämpligen kan användas för andra aktuella behov inom Stockholmsregionen. Överdimensioneringen av Stockholms sjukhusen blir för övrigt icke aktuell förrän ytterligare regionsjukhus kommer till stånd i mellersta Sverige.

Medicinska fakulteten i Lund finner f. n. ej anledning att detaljdiskutera vilka av de olika specialiteterna som lämpligen bör vara företrädna på både Lunds lasarett och Malmö allmänna sjukhus och vilka som icke kan bli företrädna på mer än ett av dessa sjukhus, då avgörande härom, som ju inte kan influera på regionsjukvårdsplanen i stort, ändå måste bli före-

mål för ingående diskussioner mellan huvudmännen och fakulteten. Beträffande de av dessa specialiteter, där utredningen givit relativt exakta förslag, betonar fakulteten, att den icke betraktar dessa som definitiva vare sig beträffande avdelningarnas storlek eller deras placering på de två sjukhusen respektive fördelning mellan dessa.

Stockholms stads sjukhusdirektion har i huvudsak intet att erinra mot utredningens förslag beträffande dimensioneringen av regionspecialiteterna inom Stockholmsregionen. Sjukhusdirektionen finner dock i likhet med *Stockholms stads kammarkontor*, att den hittillsvarande planeringen varit bristfällig. Detta har bl. a. resulterat i att vissa specialiteter överdimensionerats beträffande Stockholmsområdet.

Stockholms sjukhusläkarförening framhåller bl. a. angelägenheten av att bestämda upptagningsområden anvisas för de av staten resp. staden drivna sjukhusen inom Stockholmsområdet med skyldighet för sjukhusen att utan urval omhändertaga vård sökande från dem tillhörande områden.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott påpekar, att utredningen i fråga om Umeåregionen ställts inför den hart när olösliga uppgiften att å ena sidan komma fram till en sådan storlek för de olika klinikerna, att de där verksamma läkarnas och annan personals kapacitet blir fullt utnyttjad samt att undervisningens intressen blir tillräckligt beaktade, men å andra sidan finna en storlek, som innebär en riktig dimensionering i förhållande till patientunderlaget. Utskottet uttalar i fortsättningen bl. a.

Klinikerna blir som regel avsevärt mindre än vad som för undervisning, forskning och specialistsjukvård anses önskvärt eller erforderligt samt blir därjämte mindre rationella ur effektivitets- och driftkostnadssynpunkt. I något fall måste de göras större än vad som motsvarar regionens behov och kan därmed komma att stå delvis outnyttjade. Resultatet kan också bli en onormal centralisering till regionsjukhuset av specialiteter, som eljest naturligen kunde och borde tillgodoses inom Norrbottens län. Det finns t. o. m. viss risk för att de mest profana specialiteterna inom Norrbottens län kommer att undanryckas sitt eljest naturliga patientmaterial till förmån för regionsjukhuset i Umeå. En sådan utveckling kan knappast bli lycklig för sjukvården i övre Norrland och för dess skattebetalare.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott yttrar helt allmänt, att betydande återhållsamhet bör iakttagas vid bedömandet av storleken av de särskilda specialavdelningar, som utredningen föreslår till inrättande vid regionsjukhusen. Mot bakgrunden av att planeringen göres på lång sikt och med hänsyn till att vad som nu betraktas som en regionspecialitet inom något årtionde kanske kan vara en länsspecialitet, synes det utskottet angeläget, att platsantalet vid regionsjukhusens kliniker inte göres för stort. Särskilt gäller detta inom specialiteterna thoraxkirurgi och plastikkirurgi.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott understryker, att utredningens plan beträffande antalet vårdplatser inom olika specialiteter och dessas tillgodoseende vid olika regionsjukhus måste betraktas som en prin-

8 — Bihang till riksdagens protokoll 1960. 1 saml. Nr 159

cipplan. Planen bör således kunna bli föremål för revideringar och justeringar med hänsyn till utvecklingen och till resultaten av förhandlingar mellan de i regionen ingående huvudmännen.

Utredningens förslag rörande dimensioneringen av de enskilda specialiteterna vid respektive regionsjukhus har föranlett erinringar endast från ett fåtal remissorgans sida — huvudsakligen från huvudmanna- och läkarhåll.

I fråga om neurokirurgin ifrågasätter *medicinalstyrelsen*, huruvida icke det föreslagna vårdplatsantalet för de neurokirurgiska klinikerna i Umeå och Linköping ligger i underkant. För Umeåklinikens del sammanhänger detta med det ringa befolkningsunderlaget för denna region. Vidgas detta, vilket styrelsen rekommenderar, ökas också förutsättningarna för inrättande av en större neurokirurgisk klinik i Umeå. För en utökning av den föreslagna kliniken i Linköping synes något direkt hinder icke föreligga. Styrelsen åberopar att, enligt vad medlemmen av styrelsens vetenskapliga råd, professorn Olivecrona hävdar, de neurokirurgiska avdelningarna i Uppsala samt i Umeå och Linköping bör ha minst 50 resp. vardera 40 vårdplatser, om avdelningarna från början skall bli fullt funktionsdugliga.

Medicinska fakulteten i Uppsala framhåller, att det föreligger ett starkt behov av att neurokirurgisk verksamhet kommer till stånd vid akademiska sjukhuset. Fakulteten ställer sig tveksam huruvida en överdimensionering av vissa stockholmskliniker vid en planering på längre sikt bör få föranleda en underdimensionering i Uppsala. En fullt självständig verksamhet kommer under alla förhållanden att bedrivas i Uppsala, och det kan enligt fakultetens mening förutses, att det psykologiskt såväl för patienter som läkare blir en olycklig återverkan, om vissa av de sjuka på grund av platsbrist måste remitteras till annat regionsjukhus.

Enligt *direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund* bör det omprövas, huruvida de planerade 64 vårdplatserna vid sjukvårdsinrättningarna kommer att motsvara behovet av neurokirurgisk sjukvård för Lund-Malmöregionen med hänsyn till dels nuvarande långa väntetider och dels de allt större krav, som kommer att ställas på specialiteten.

Stockholms stads sjukhusdirektion anför.

Stadens sjukvårdsförvaltning har i samband med förhandlingar rörande kontrakterande av vårdplatser på nervklinikerna vid karolinska sjukhuset hävdat, att den neurokirurgiska klinikens platsantal borde göras väsentligt lägre än som nu planerats, när en så stor klinik kommer att förrycka balansen inom regionens neurovård. För de stora olycksfallsmottagande sjukhusen i staden skulle det vara önskvärt med neurokirurgisk specialavdelning, varför en fördelning av de neurokirurgiska platserna inom regionen på flera sjukhus även ur denna synpunkt skulle varit mera rationell. Det är icke uteslutet, att staden med hänsyn till sjukvårdens ändamålsenliga bedrivande, även om det skulle komma att innebära en överdimensionering

av platsantalet för regionen, kommer att anordna ytterligare en neurokirurgisk klinik i samband med en ny neurologisk klinik.

Vad angår neurologin finner Göteborgs stads sjukhusdirektion, att en klinik om 69 platser vid Sahlgrenska sjukhuset är tillräcklig för de patienter som nu omhändertages, men påpekar, att detta platsantal blir otillräckligt, när rehabiliteringsverksamheten blivit utbyggd.

Beträffande thoraxkirurgin ställer sig medicinska fakulteten i Uppsala tveksam till en nedskärning av platsantalet vid den thoraxkirurgiska kliniken därstädes från beräknade 73 platser till föreslagna 60 med motsvarande motivering som anförts beträffande neurokirurgin.

Direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund erinrar om utredningens betänkligheter mot en utökning av vårdplatsantalet vid den thoraxkirurgiska avdelningen vid Lunds lasarett och menar, att en planerad utbyggnad till 54 vårdplatser synes vara välbetänkt, inte minst med hänsyn till nuvarande långa väntelistor samt med tanke på väntad utökning av den hjärtkirurgiska verksamheten.

Stockholms stads sjukhusdirektion upplyser, att staden vid planeringen på längre sikt är inriktad på att tillskapa ytterligare en lungklinik — av liknande typ som vid karolinska sjukhuset — inom stockholmsområdet i samband med eventuellt nedläggande av tuberkulosvården vid Söderby sjukhus, varvid en thoraxkirurgisk klinik bör anslutas till denna. Även i fråga om thoraxkirurgin synes planeringen av sjukvården inom regionen i viss mån ha snedvridits genom att kliniken vid karolinska sjukhuset av hänsyn till undervisning och forskning gjorts oproportionerligt stor. Enligt direktionens mening kan emellertid detta i längden ej få utgöra hinder för tillkomsten av för sjukvårdens lämpligaste organisation erforderliga kliniker. Sveriges lungläkarförbund finner Stockholms stads planer riktiga.

Vidkommande kardiologin understryker direktionen för karolinska sjukhuset, att man enligt vunna erfarenheter numera har anledning räkna med en fortsatt minskning av vårdplatsbehovet för lungtuberkulos. Direktionen fortsätter.

De avdelningar inom medicinska thoraxkliniken, som till följd härav framdeles möjligen kan komma att frigöras, kan — såsom kommittén för karolinska sjukhusets fortsatta utbyggande anförde i sin den 24 januari 1951 dagtecknade generalplaneutredning för sjukhuset — så långt den propeudeutiska undervisningens behov medger, tas i anspråk för att tillgodose vissa andra specialiteter. Därvid räknade kommittén i första hand med behovet av kardiologiska vårdplatser, vilket synts motiverat med hänsyn till de speciallaboratorier för hjärtundersökningar som ingår i thoraxklinikerna.

Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professorn Crafoord anser en självständig kardiologisk avdelning med ett minimiantal av 30 sängar vara nödvändig vid karolinska sjukhuset.

Ifråga om plastikkirurgin framhåller *direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund*, att en plastikkirurgisk avdelning bör anordnas vid sjukvårdsinrättningarna med hänsyn till dels det alltmer ökade behovet av omedelbart och fortlöpande tillgänglig plastikkirurgisk expertis vid behandling av vissa trafikolycksfall, deformerande cancerfall, brännskador m. m. och dels nödvändigheten av vidare utbildning inom förevarande specialitet. En sådan avdelning ingår även i gällande planer för utbyggnad av sjukvårdsinrättningar.

Ledamoten av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, docenten Skoog kan icke biträda utredningens förslag att godtaga planerna på en utökning av Stockholmsregionens vårdplatsantal i plastikkirurgi utöver det teoretiska behovet, samtidigt som utredningen föreslagit en underdimensionering av Uppsalakliniken. I anslutning härtill anför *medicinalstyrelsen*, att en omprövning bör äga rum beträffande relationen mellan vårdplatser och läkare vid de olika regionernas plastikkirurgiska kliniker.

Vad angår barnkirurgin anför *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott*, att man i samplaneringen med Stockholms stad utgår ifrån att Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn ej kan utan mycket omfattande ombyggnader drivas under någon längre tid och att sjukhuset ändock ej skulle bli lämpligt som undervisningsklinik. Förvaltningsutskottet fortsätter.

Enligt avtal mellan staten och staden skall såsom ersättning för undervisningskliniken vid vårdanstalten en pediatrik klinik uppföras vid Sabbatsbergs sjukhus. För de södra delarna av det gemensamma planeringsområdet beräknar man, om så är byggnadstekniskt möjligt, att ansluta bl. a. en barnkirurgisk klinik till det i Södersjukhuset ingående Sachsska barnsjukhuset. Fullföljes dessa planer skulle för regionen erhållas ett platsantal av cirka 210 i stället för av utredningen angivna 157. Det må även framhållas, att utredningens tal för vårdplatsbehovet för barnkirurgi hänför sig till 1950 års befolkningstal.

Beträffande urologin påpekar *Stockholms stads sjukhusdirektion*, att specialiserad urologisk verksamhet bedrivs i Stockholm — förutom vid karolinska sjukhusets urologiska klinik — även inom kirurgiska kliniken vid S:t Eriks sjukhus. Det synes *direktionen* tveksamt, om denna verksamhet bör utbrytas och bilda en särskild klinik, särskilt med hänsyn till den otillräckliga lokaltillgången inom sjukhuset. På längre sikt kan det kanske visa sig lämpligt att i stället tillskapa en urologisk specialklinik vid något nytt sjukhus.

Göteborgs stads sjukhusdirektion framhåller, att med ett vårdplatsbehov för radioterapi om 10 platser per 100 000 invånare skulle det för Göteborgsregionen behövas 150 å 160 platser i stället för befintliga 118. Redan nu måste patienter avvisas. Ett tillskott av cirka 40 platser skulle därför behövas. Ur dessa synpunkter är det önskvärt, att Örebroregionen tillkommer så snart som möjligt, varvid Värmlands län kan repliera på

en centralanstalt för radioterapi vid regionsjukhuset i Örebro och jubileumskliniken i Göteborg erhålla en avlastning med 25 å 30 platser.

I fråga om dermatologin ifrågasätter *medicinalstyrelsen* — med anledning av ett uttalande av ledamoten av dess vetenskapliga råd, professorn Hellerström, av innebörd, att det vore ur forskningens och undervisningens synpunkter nödvändigt med en utbyggnad av dermatologiska kliniken i Lund till minimum 75 vårdplatser i stället för att, som utredningen föreslagit, bibehålla nuvarande 42 platser — om man icke i första hand bör nöja sig med det av utredningen föreslagna vårdplatsantalet, och taga den dermatologiska avdelningen i Malmö i anspråk för forskning och undervisning. I allmänhet bör man enligt styrelsens mening vid bedömningen av de föreslagna platsantalen ha i åtanke, att en framtida Örebroregion innebär en ytterligare platsökning.

Medicinska fakulteten i Uppsala erinrar om att enligt 1950 års generalplaneförslag för akademiska sjukhusets utbyggande vårdplatsantalet för dermatologi beräknades till 70, vilket antal senare efter Kungl. Maj:ts uttalande i propositionen nr 123/1951 reducerades till 60. En ytterligare nedskärning till 50 vårdplatser synes fakulteten betänklig med hänsyn till såväl undervisningens som forskningens behov.

Medicinska fakulteten i Lund framhåller, att undervisningen och forskningen i ämnet dermatologi och venereologi även i fortsättningen kommer att förläggas till Lund, varför Lundakliniken ovillkorligen måste utbyggas i enlighet med huvudmannens förslag, d. v. s. från nuvarande 42 platser till 75.

Riksföreningen mot reumatism, vilken anser, att reumatologi bör inordnas bland regionspecialiteterna, anför i fråga om platsbehovet för den specialiserade reumatikervården.

F. n. finns reumatologiska specialkliniker vid undervisningssjukhusen i Lund (132 vårdplatser) och Stockholm (karolinska sjukhuset 78 vårdplatser). I Göteborg (Sahlgrenska sjukhuset 120 vårdplatser) är sådan klinik uppförd men ej tagen i bruk, i Umeå (120 vårdplatser) beslutad, i Uppsala (74 vårdplatser) upptagen i detta sjukhus' generalplan. Om dessa sistnämnda planer komme till utförande, skulle dessa fem reumatologiska undervisningskliniker, vilka även ur vetenskaplig forsknings och medicinsk undervisnings synpunkt är högeligen önskvärda, tillsammans komma att omfatta 524 vårdplatser för specialiserad reumatologisk sjukhusvård å regionplanen och varje region enligt alternativ I skulle erhålla sin reumatologiska specialklinik.

Som framgår av 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande (SOU 1945: 41) är detta platsantal för den specialiserade reumatikervården otillräckligt. Ytterligare reumatologiska specialkliniker bör därför planeras vid regionsjukhusen i Linköping och Örebro. Enligt riksföreningens uppfattning är dock f. n. viktigast, att de förstnämnda fem reumatologiska undervisningskliniker kommer till stånd.

Ett sådant utbyggande av den specialiserade reumatikervården skulle även innebära, att det blev praktiskt möjligt att realisera 1957 års riksdags

beslut om att pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet inom reumatikervården skulle upphöra. Som kompletterande åtgärd synes därvid behövas viss utbyggnad av eftervården för de reumatiskt sjuka, och riksföreningen förklarar sig villig att därvid även i fortsättningen tjänstgöra som förmedlingsorgan.

Utredningens förslag beträffande antalet läkartjänster inom de olika specialiteterna och rörande specialistutbildningen har kommenterats huvudsakligen endast i yttranden från universitetshåll och av läkarorganisationerna.

Medicinska fakulteten i Uppsala understryker, att vid beräkandet av antalet tjänster hänsyn uteslutande tagits till sjukvårdens behov och därvid i huvudsak endast till den slutna vården. Fakulteten fortsätter.

För att sjukvården inom dessa regionspecialiteter skall kunna föras upp till och bibehållas på en avsedd hög nivå är det en avgörande förutsättning, att tillräckligt antal tjänster, beträffande såväl läkare som personal i övrigt, inrättas för forskningens bedrivande. Endast om detta beaktas kan patientmaterialet rätt utnyttjas. Även undervisningen, speciellt vidareutbildningen av blivande specialister i eget eller annat fack, ställer när det gäller regionspecialiteter särskilda krav på läkarantalet. Fakulteten anser det grundväsentligt, att dessa synpunkter vid kommande utbyggnad från början blir vederbörligen beaktade.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå anser det av utredningen beräknade behovet av läkare vid genomförd regionsjukvård vara realistiskt, ehuru dock för vissa kliniker kanske något knappt. Kommittén framhåller bl. a., att det vid specialavdelningar bör förutom överläkare finnas minst en underläkare med treårsförordnande.

Sveriges yngre läkares förening betonar vikten av att tillräckligt antal biträdande överläkartjänster skapas, dels med hänsyn till rekryteringen av specialister och dels framför allt med hänsyn till sjukvårdens behov. Föreningen anför bl. a.

Vid förfall för överläkaren under semester, sjukdom eller tjänstledighet för forskning, studieresor eller beivrande av vetenskapliga kongresser kräver det rationella utnyttjandet av de dyra specialistkrafterna, att kompetent ersättare finns. Härav följer, att på varje specialavdelning måste finnas minst en biträdande överläkare.

Mot bakgrunden härav är utredningens förslag behäftat med allvarliga brister. Tre av klinikerna för plastikkirurgi, fyra av de för barnkirurgi och två av de för urologi saknar biträdande överläkare liksom en neurologisk och två dermatologiska kliniker. Mest framträdande är dock bristen inom kardiologin, där endast en biträdande överläkare på sju kliniker planerats. Att föreslå inrättandet av en specialavdelning med endast en underläkartjänst med ettårsförordnande (kardiologiska kliniken i Umeå) synes orealistiskt. Bortsett från behovet av en överläkares ställföreträdare måste det normgivande antalet platser för inrättandet av biträdande överläkartjänster sättas betydligt lägre för regionspecialiteterna med deras ofta tidskrävande diagnostiska och terapeutiska arbetsmetoder än för mera allmänna avdelningar.

Svenska kirurgförbundet gör gällande, att utredningen planerat antalet läkare med hänsyn till antalet vårdplatser och ej med hänsyn till arten av verksamheten på avdelningarna. Omfattningen av jourtjänsten inom vissa kirurgiska specialiteter har föga beaktats. Tre läkare för den barnkirurgiska avdelningen betyder en underdimensionering redan för den slutna vården, vartill kommer en betungande jourtjänst med barnolycksfall, akuta bukfall o. dyl. Underläkarnas förordnandetid har enligt förbundets mening i flera fall angivits för kort. Förbundet erinrar vidare om att vissa specialiteter enligt utredningens förslag skall företrädas av biträdande överläkare och konsultläkare. I princip hävdar förbundet, att varje ny specialitet skall förses med självständig chef i överläkarställning.

Svenska lasarettsläkarföreningen finner, att ett par specialavdelningar tilldelats relativt stort antal läkare. Detta gäller framför allt dermatologi och plastikkirurgi, där det akuta jourarbetet och nattarbetet praktiskt taget är obefintligt. Däremot har barnkirurgin, där man måste räkna med ständig akut beredskap, tilldelats alltför få läkare.

Svenska cardiologförbundet anser den föreslagna läkarstaben för de specialkardiologiska avdelningarna vara för knappt tilltagen. Det synes vidare förbundet icke genomförbart med alltför sträng tidsbegränsning av förordnandetiden för underläkare. Man kan inte endast se till behovet av utbildningstjänster, utan man måste framförallt beakta den praktiska sjukvårdens behov.

Även *Svenska internförbundet* betonar angelägenheten av att underläkare kan förordnas på längre tid än vad utredningen föreslagit. Det bör enligt förbundets mening finnas möjlighet att förordna underläkare på förslagsvis fem à sex år. Särskilt beträffande de stora avdelningarna är det ett vitalt intresse att erhålla kontinuitet i sjukvården.

Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professorn Olivecrona påtalar i fråga om neurokirurgin, dels att för Malmö-Lundregionen utan närmare motivering för 60 vårdplatser föreslagits sex läkartjänster, varav två överläkare, i stället för fem enligt den av utredningen uppställda normen, dels att för avdelningen i Linköping förordats för få läkare i jämförelse med Stockholmsregionen.

Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, docenten Skoog framför i fråga om plastikkirurgin liknande synpunkter som professorn Olivecrona.

Utredningens förslag beträffande viss efterutbildning för läkare vid regionsjukhuset i Linköping tillstyrkes av *Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott* under förutsättning att staten bidrager till kostnaderna i samma omfattning som vid undervisningssjukhusen.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott, som hävdar att även en Örebroregion bör tillkomma redan från början, förklarar, att landstinget är

berett att såväl mottaga medicine kandidater för klinisk utbildning som medverka vid vidareutbildning och specialistutbildning av läkare.

Yttranden över utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet

Utredningens beräkningar över vårdplatsbehovet vid de föreslagna reumatologiska klinikerna inom respektive regioner har föranlett invändningar från ett mindre antal remissmyndigheters sida.

Sålunda framhåller *statskontoret* helt allmänt, att utredningens beräkning av platsbehovet inom de olika regionerna måste vara mycket osäker. Ämbetsverket erinrar särskilt om att en intensifierad öppen vård måste påverka behovet i sänkande riktning.

Pensionsstyrelsen ifrågasätter starkt, om det icke för reumatikervården å regionplanet skulle räcka med de platser, som redan finns eller är planerade vid undervisningssjukhusen. Styrelsen fortsätter.

Nämnda vårdplatsantal utgör vid karolinska sjukhuset 73 platser, vid pensionsstyrelsens avdelning i Lund 134 platser, vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg 120 platser (färdiga sedan länge men tills vidare disponerade för annat ändamål) samt vid styrelsens avdelning i Umeå 120 platser (varav 60 f. n. disponerade för annat ändamål), sammanlagt 447 platser. Härtill kommer den reumatologiska klinik som planerats vid akademiska sjukhuset i Uppsala, vilken ursprungligen avsågs omfatta 60 vårdplatser men vars platsantal enligt uppgift av utredningen föreslagits skola minskas till 30. Det torde icke föreligga någon svårighet att, om så skulle visa sig behövt, utöka sistnämnda antal som i och för sig förefaller för lågt för en reumatologisk undervisningsklinik. Det må ock framhållas att i en tid, då flera nya specialiteter tränger på och det på grund av personalbrist inte ens är möjligt att hålla redan befintliga sjukavdelningar i full gång, man bör begränsa sig — och detta gäller i hög grad den dyrbara vård som skulle meddelas å regionplanet — till det antal platser man med någon grad av sannolikhet kan anse behövliga. Skulle man, mot förmodan, ha tilltagit dessa i underkant finns ju möjlighet att korrigera den bristen.

Beträffande Lund-Malmöregionen har vårdplatsbehovet uppskattats för högt, när utredningen räknat med att nedläggningen av reumatikeravdelningen vid Karlskrona lasarett skulle medföra krav på ökat antal vårdplatser vid den reumatologiska kliniken vid Lunds lasarett. De patienter, som vårdats vid Karlskronaavdelningen, har emellertid icke varit sådana som skulle behöva kvalificerad vård på regionplanet.

Svensk reumatologisk förening finner i likhet med utredningen, att den planerade reumatologiska kliniken om 30 platser vid akademiska sjukhuset i Uppsala blir för liten, och uttalar, att minst 60, möjligen 90 platser torde krävas. Ett av utredningen framlagt förslag, att Uppsalaregionen i väntan på egen specialklinik skulle disponera platser på sjukhuset i Nynäshamn, innebär enligt föreningen, att Uppsalaregionen under tämligen lång tid komme att stå utan fullvärdig specialavdelning. En sådan avdelning måste vara placerad vid ett sjukhus, där alla regionspecialiteter — speciellt plastik-

kirurgi och urologi — är representerade. Byggandet av Uppsalakliniken bör därför påbörjas snarast möjligt och dess dimensionering omprövas. Ej heller kan föreningen godtaga av utredningen gjort förslag, att befintliga platser i Norrköping och Tranås skulle disponeras i väntan på en regionklinik i Linköping samt att Nynäshamnssjukhuset eventuellt skulle till viss del tillgodose Stockholmsregionens kvalificerade reumatologiska vårdplatsbehov. Beträffande Stockholmsregionen anser föreningen, att en god lösning skulle uppnås, om medicinska avdelningen III vid Södersjukhuset, som tidigare fungerat som reumatologisk specialavdelning, ökade sin intagning av reumatologiska fall.

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggnad anser däremot en reumatologisk regionklinik om 30 vårdplatser vid akademiska sjukhuset vara tillräcklig. Kommittén menar, att en sådan klinik skulle vara tillfyllest för vårdbehovet i Uppsala län och för det mest kvalificerade vårdbehovet för Uppsalaregionen i övrigt samt för undervisningens och forskningens behov. Behovet av ytterligare vårdplatser inom regionen bör enligt kommitténs mening tillgodoses genom inrättande av ytterligare en eller flera specialkliniker vid här för lämpade centralasarett. Direktionen upplyser, att den planerade reumatologiska kliniken ingår i en senare etapp av utbyggnaden vid sjukhuset, till vilken definitiv ställning icke kommer att tagas förrän om ytterligare några år.

Direktionen för karolinska sjukhuset och karolinska institutets lärarkollegium framhåller i likhet med svensk reumatologisk förening, att det reumatologiska vårdplatsbehovet inom Stockholmsregionen — utöver de 73 platserna på karolinska sjukhuset — bör i första hand tillgodoses på Södersjukhuset.

Departementschefen

Regionvårdsutredningen har tämligen utförligt redovisat de befintliga vårdresurserna i landet inom de av utredningen förordade regionspecialiteterna. Med utgångspunkt från det av utredningen beräknade genomsnittliga behovet av vårdplatser inom de skilda specialiteterna har utredningen här efter — under hänsynstagande i möjligaste mån jämväl till tillgängliga vårdresurser och föreliggande utbyggnadsplaner — lämnat förslag till utbyggnad av specialiteterna inom varje särskild sjukvårdsregion. Att förslagen härutinnan i åtskilliga detaljer väckt kritik vid remissbehandlingen, särskilt från huvudmannahåll och från de olika specialiteternas företrädare, är icke ägnat att förvåna. I det stora hela anser jag dock, att remissorganen visat stor förståelse för utredningens strävan att vid regionklinikernas dimensionering taga hänsyn till det för landet i dess helhet föreliggande vårdplatsbehovet och beakta även angränsande regioners intressen och behov.

Vid behandlingen i det föregående av frågorna om regionspecialiteterna och regionindelningen har jag i olika hänseenden föreslagit avvikelser från utredningens förslag. Sålunda har jag förutsatt, att i princip kardiologin skall organiseras som subspecialitet inom internmedicinen och reumatologin betraktas som regionspecialitet. Vidare har jag ifrågasatt vissa modifierationer i utredningens beräkning av vårdplatsbehovet inom barnkirurgin. Beträffande regionindelningen har jag bl. a. föreslagit, att riket redan från början skall indelas i sju regioner, vilket påverkar omfattningen av Stockholms-, Uppsala- och Göteborgsregionerna, samt att den av utredningen förordade Umeåregionen skall utökas. Det ligger i sakens natur, att vad jag sålunda förordat måste få konsekvenser även för vårdplatsbehovet vid de olika regionsjukhusen.

För egen del betraktar jag det som självklart, att klinikerna för de olika specialiteterna vid regionsjukhusen måste i första hand anordnas och dimensioneras under hänsynstagande till lokala behov och sjukhusorganisatoriska synpunkter, som det helt ankommer på huvudmännen att bedöma. Det är därför icke min avsikt att här framlägga några detaljerade förslag, som skall binda huvudmännen i deras planläggning härvidlag. Å andra sidan har vid den tidigare berörda departementsundersökningen, som föregått mina ställningstaganden och vars resultat legat till grund för överläggningarna med huvudmannarepresentanterna, gjorts vissa allmänna iakttagelser rörande konsekvenserna av den förordade regionindelningen, vilka ofrånkomligen kräver beaktande, bl. a. med hänsyn till forskningens och undervisningens intressen och för att erhålla erforderligt patientunderlag för vissa befintliga kliniker. Såsom jag framhållit vid behandlingen av frågan om regionernas antal och omfattning, har jag sålunda ansett den aktuella indelningen av riket i sju regioner förutsätta, att patientunderlaget för karolinska sjukhuset säkerställes genom att vissa specialiteter i angränsande regioner icke utbygges eller neddimensioneras i förhållande till det teoretiska vårdplatsbehovet.

Jag skall här närmare redogöra för de förutsättningar, på vilka mitt förslag sålunda vilar. I samband härmed torde jag också få knyta vissa reflexioner till utbyggnadsplanerna inom regionerna, vilka synts mig vara av mera allmänt intresse.

För Stockholmsregionens del kommer den förordade regionindelningen att medföra, att befintliga eller planerade kliniker för flertalet regionspecialiteter får ett vårdplatsantal, som avsevärt överstiger det beräknade behovet. Särskilt gäller detta för den under byggnad varande neurokirurgiska kliniken och den redan uppförda thoraxkirurgiska kliniken vid karolinska sjukhuset, vilkas platsantal med mer än 60 resp. 30 beräknas överstiga behovet för regionen omkring 1970. För att klinikerna skall kunna tillföras erforderligt patientunderlag förutsätter jag bestämt, att neurokirurgiska kliniker tills vidare icke anordnas i Linköping och Örebro samt

att de thoraxkirurgiska klinikerna i Uppsala, Linköping och Örebro underdimensioneras i förhållande till det teoretiska vårdplatsbehovet.

Även för plastikkirurgins del innebär fullföljandet av planerad utbyggnad såväl vid Sabbatsbergs sjukhus (33 platser) som vid S:t Görans sjukhus (ytterligare 24 platser), att Stockholmsregionen erhåller ett alltför stort vårdplatsantal. Vid pågående överläggningar mellan Stockholms stad, Stockholms läns landsting och staten rörande sjukhusorganisationen i Storstockholmsområdet synes mig detta problem liksom dimensioneringen av planerade kliniker för barnkirurgi böra beaktas.

Den befintliga reumatologiska kliniken vid karolinska sjukhuset om 73 vårdplatser torde få anses täcka platsbehovet på regionplanet.

För Uppsala regionen bör vårdplatsantalet inom vissa regionspecialiteter hållas under det teoretiska behovet med hänsyn till överskottet på vårdplatser i Stockholm. God överensstämmelse erhålles härvid med de aktuella planerna för akademiska sjukhusets utbyggande.

För reumatologins vidkommande synes dock någon ökning i förhållande till nu planerad klinik om 30 vårdplatser böra övervägas.

I Linköpings regionen förutsattes som förut nämnts någon neurokirurgisk klinik tills vidare icke skola anordnas, då särskilt Stockholm men även Lund och Göteborg har överskott på vårdplatser i neurokirurgi. Som i det föregående framhållits bör thoraxkirurgin i Linköping utbyggas endast i begränsad omfattning på grund av platstillgången i Stockholm. Av samma skäl synes mig radioterapi för Linköpingsregionens vidkommande böra utbyggas med viss försiktighet.

I övrigt synes landstingets planer för utbyggnaden av regionspecialiteterna i huvudsak kunna fullföljas. Reumatologin, som ej innefattas i utbyggnadsplanen för Linköpings lasarett, tillkommer dock, varvid i enlighet med vad jag förut anfört en subspecialisering inom internmedicinen kan övervägas.

Beträffande Lund-Malmöregionen täcker befintliga vårdplatser i neurokirurgi, thoraxkirurgi och dermatologi i stort sett regionens eget behov. Planerade utbyggnader inom neurokirurgi vid Malmö allmänna sjukhus, inom thoraxkirurgi vid Lunds lasarett och Malmö allmänna sjukhus samt inom dermatologi vid Lunds lasarett synes mig därför böra omprövas.

Även inom plastikkirurgi och radioterapi måste en beskränning av föreliggande utbyggnadsplaner rekommenderas. Särskilt förefaller mig en preliminärt planerad utbyggnad av radioterapeutiska kliniken vid Malmö allmänna sjukhus tveksam.

Någon förändring av vårdplatsantalet vid den befintliga reumatologiska kliniken i Lund finns enligt min uppfattning ej anledning att ifrågasätta, ehuru vårdplatsantalet, 134 platser, torde överstiga behovet på regionplanet.

Frågan hur den fortsatta utbyggnaden av regionspecialiteterna skall fördelas mellan Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund och Malmö allmänna sjukhus påkallar enligt min mening en snar lösning, bl. a. med hän-

syn till pågående avtalsförhandlingar mellan staten och de berörda huvudmännen angående statens bidrag till undervisningen och forskningen vid sjukhusen.

Göteborgsregionens nuvarande och planerade antal vårdplatser överensstämmer för flertalet regionspecialiteter relativt väl med det teoretiska behovet.

Det är enligt mitt förmenande angeläget, att den redan uppförda reumatologiska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset om 120 vårdplatser, vilken t. o. m. utgången av år 1960 disponeras av Göteborgs stad för andra ändamål, snarast möjligt tages i anspråk för sitt avsedda ändamål. Då platsantalet överstiger vad som kan anses erforderligt på regionplanet, synes emellertid en minskning kunna övervägas framdeles, om utbyggnaden på länsplanet inom regionen kan anses ge utrymme härför.

För Örebroregionen planeras enligt vad Örebro läns landstings förvaltningsutskott upplyst inom de av mig förordade regionspecialiteterna regionkliniker endast för thoraxkirurgi, plastikkirurgi, radioterapi och reumatologi. Som framgått av vad jag förut anfört beträffande neurokirurgin i Stockholmsregionen förutsätter jag, att denna specialitet tills vidare ej utbygges i Örebroregionen.

Av landstinget framlagda planer på utbyggnad av den thoraxkirurgiska kliniken i Örebro till 50 vårdplatser, vilket överstiger det teoretiska behovet för Örebroregionen, har jag funnit oförenliga med tillgången på vårdplatser i Stockholmsregionen. Jag har därför ansett mig böra förutsätta, att en kraftig beskärning av platsantalet till omkring 30 platser sker.

I fråga om neurologi och dermatologi avses enligt förvaltningsutskottet en utbyggnad på länsplanet skola komma till stånd. Häremot har jag i och för sig icke något att erinra, då jag finner det sannolikt, att klinikerna vid regionlasarettet på grund av den mera kvalificerade vård, som tillgången till specialister inom andra discipliner där möjliggör, i praktiken mer eller mindre kommer att få karaktären av regionkliniker. Det synes mig angeläget, att viss hänsyn tages härtill vid dimensioneringen av klinikerna.

För att säkerställa tillgång till specialister i urologi och barnkirurgi vid regionsjukhuset torde enligt min mening avskiljande av ett mindre antal platser inom kirurgiska kliniken under biträdande överläkare förtjäna att övervägas.

Vad slutligen angår reumatologin synes i anslutning till vad jag förut anfört böra övervägas huruvida icke denna specialitet bör tillgodoses genom subspecialisering inom internmedicinen. I vart fall synes någon minskning av den av landstinget planerade klinikens storlek (60 vårdplatser) kunna ifrågasättas.

På grund av förslaget om utökning av Umeåregionen stiger givetvis vårdplatsbehovet genomgående för regionens del. Ett bättre underlag

erhålles härigenom för kliniker av den storleksordning som regionvårdsutredningen förordnat. En mindre höjning av det av utredningen föreslagna platsantalet för radioterapi är enligt min mening motiverad med hänsyn till det ökade patientunderlaget.

I fråga om reumatologin må erinras om att utöver den befintliga pensionsstyrelsens avdelning om 60 vårdplatser vid Umeå lasarett uppförts ytterligare en avdelning om 60 platser för pensionsstyrelsens reumatiker-vård, vilken avdelning intill den 1 januari 1963 disponeras av landstinget för annat ändamål. I samband med att ställning togs till frågan om överförande av huvudmannskapet för avdelningarna till landstinget synes platsbehovet på regionplanet böra upptagas till förnyat övervägande.

För att få ett begrepp om konsekvenserna av de framlagda förslagen har vid regionvårdsfrågornas beredning inom inrikesdepartementet — från de utgångspunkter jag använt för mina här gjorda uttalanden om utbyggnaden och dimensioneringen av regionklinikerna — överslagsvis beräknats hur många vårdplatser inom regionspecialiteterna, som skulle återstå att utbygga. Pågående byggnadsarbeten har i detta sammanhang betraktats som avslutade. Anmärkas må att uppgifter i många fall saknats huruvida erforderligt platstillskott kan erhållas genom utökning av befintliga lokaler eller kräver byggande av helt ny klinik. Där uppgifter om nybyggnadsplaner ej funnits, har förutsatts att platsbehovet kommer att täckas genom tillbyggnader eller dylikt, varvid endast nettotillskottet av nya platser beaktats. Enligt de så gjorda beräkningarna skulle sammanlagt ytterligare omkring 1 700 vårdplatser erfordras inom regionspecialiteterna. Störst har byggnadsbehovet befunnits vara inom Uppsala- och Linköpingsregionerna med omkring 440 resp. 360 nya vårdplatser. Lägst beräknas behovet vara i Göteborgsregionen, där endast drygt 100 nya platser skulle behövas. I de övriga regionerna skulle tillskottet av nya vårdplatser ligga omkring 200 per region. Den förhållandevis låga siffran för Örebroregionen beror givetvis på att icke alla regionspecialiteterna ansetts böra utbyggas därstädes.

Min uppskattning av det totalt erforderliga tillskottet av nya vårdplatser understiger regionvårdsutredningens beräkning med omkring 200. Denna minskning är dock endast illusorisk och sammanhänger bl. a. med att utredningen utgått från platstillgången den 31 december 1956, medan mina beräkningar så långt sig göra låtit återspeglar utbyggnadsläget i dag, varvid hänsyn tagits även till pågående klinikbyggen. Även de av mig förordade avvikelserna i fråga om kretsen av regionspecialiteter inverkar naturligtvis på resultatet. I själva verket torde en utbyggnad inom sju regioner enligt de riktlinjer jag förutsatt medföra, att det totala antalet vårdplatser vid full utbyggnad blir icke oväsentligt större än enligt utredningens förslag. Härtill kommer att laboratorieorganisationen och service-

avdelningarna måste utbyggas till »regionvårdsstandard» på ytterligare ett håll.

Enligt regionvårdsutredningens beräkning skulle en utbyggnad av regionsjukvården i enlighet med dess förslag fordra totalt 373 läkartjänster, en ökning med 182 i förhållande till antalet tjänster inom berörda specialiteter den 31 december 1956. Utredningen har betonat, att härtill kommer behovet av läkare för öppen vård inom regionspecialiteterna, varjämte undervisningens och forskningens anspråk på läkarkrafter ej beaktats. Slutligen har utredningen beräknat ytterligare 30 å 40 läkare erforderliga för de skilda serviceorganen m. m.

Vissa vid departementsberedningen gjorda överslagsberäkningar ger vid handen, att ökningen från sex till sju regioner och de förslag jag i övrigt framfört får till konsekvens, att läkarbehovet stiger ytterligare något. Sannolikt torde därför utredningens siffror böra uppräknas med några tiotal.

Regionvårdsutredningen har icke framlagt några beräkningar beträffande sjuksköterskebehovet för regionsjukvården vid full utbyggnad. Sådana beräkningar kan givetvis ej heller på nuvarande planeringsstadium utföras med någon större grad av säkerhet. För att få en uppfattning om i vilken storleksordning behovet ligger har likväl inom departementet ett försök i sådan riktning gjorts på grundval av uppgifter om skötersketätheten å vissa kliniker vid undervisningssjukhusen. Resultatet tyder på att regionklinikernas utbyggande skulle kräva grovt räknat mellan 400 och 500 nya sjukskötersketjänster. Till denna siffra skall läggas erforderligt antal sköterskor vid fristående servicelaboratorier, operationsavdelningar m. m. Med hänsyn härtill torde det vara realistiskt att räkna med att totalbehovet uppgår till omkring 500 nya sjukskötersketjänster.

Såväl de ekonomiska konsekvenserna av det omfattande utbyggnadsprogrammet som de betydande krav på läkare och annan sjukvårdspersonal, som en utbyggd regionsjukvård ställer, inskräper enligt min mening viken av att planeringen och den successiva utbyggnaden av regionsjukvården sker i en anda av samförstånd och med strikt hänsynstagande till utbyggnader och utbyggnadsplaner på andra håll.

I anslutning till sina beräkningar av läkarbehovet för regionspecialiteterna och den därmed sammanhängande frågan om tjänster för specialist- och randutbildning för läkare har regionvårdsutredningen föreslagit, att regionsjukhuset i Linköping skall utnyttjas för efterutbildning för tjänsteläkare och allmänpraktiker. Östergötlands läns landsting har förklarat sig villigt att medverka härutinnan, om staten bidrager till kostnaderna. Även Örebro läns landsting har visat intresse för att anordna sådan utbildning vid regionsjukhuset i Örebro.

Frågan om efterutbildning för tjänsteläkare och allmänpraktiker är viktig och förtjänar beaktande. Förslaget förutsätter emellertid ytterligare ut-

redning om hur verksamheten skall bedrivas ävensom förhandlingar med huvudmännen angående villkoren för densamma.

VI. Rikspplatsernas ställning

Regionvårdsutredningen

Utredningen har övervägt, om och i vad mån det nuvarande systemet med s. k. rikspplatser kan vara förenligt med en regionindelning av specialsjukvården, och har därvid upptagit frågan till bedömning ur dess mera allmänna aspekter.

Med rikssjukhus eller rikspplatser förstås enligt utredningen sjukhus resp. vårdplatser, på vilka patienterna lämnas vård mot samma avgift, oavsett deras hemort inom landet, och vars huvudman icke är enskilt företag. Enligt denna definition indelar utredningen rikssjukhusen och rikspplatserna i sex kategorier, nämligen

- 1) pensionsstyrelsens anstalter och av pensionsstyrelsen disponerade lasarettssavdelningar,
- 2) Spenshults reumatikersjukhus,
- 3) vanförestalterna och Eugeniahemmet,
- 4) de s. k. kustsanatorierna,
- 5) de s. k. folksanatorierna,
- 6) rikspplatser på karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet samt på vissa övriga undervisningssjukhus.

Utredningen åberopar ett allmänt principuttalande av riksdagsrevisorerna i deras berättelse år 1956 angående pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, vari uttalas att väsentliga fördelar skulle stå att vinna, om sjukvården i riket i möjligaste mån samlades under en och samma huvudman.

Utomordentligt starka skäl talar enligt utredningens uppfattning för att landstingen och städerna utanför landsting övertar största möjliga del av sjukvården. En rationell sjukvårdsplan låter sig givetvis lättare genomföra ju färre sjukvårdshuvudmän det finns vid sidan av landstingen och berörda städer. Utredningen hävdar vidare, att kroppssjukvårdens planmässiga uppbyggnad regionvis försvåras, så länge det nuvarande systemet med rikspplatser består vid sidan av landstingens och de landstingsfria städernas sjukhusorganisation.

Om sålunda ur rent allmänna betraktelsesätt ett upphävande av rikspplatssystemet kan te sig som ett lockande perspektiv, måste frågan enligt utredningens mening likväl i första hand bedömas ur praktiska synpunkter. Försvinnandet av ett antal rikspplatser inom någon vårdgren innebär

konsekvenser såväl för den vårdsökande allmänheten som för sjukvårdshuvudmännen i landet.

Av de berörda riksplatserna finner utredningen de på *karolinska sjukhuset* och *serafimerlasarettet* i förevarande sammanhang vara av det största intresset. Det totala antalet disponibla vårdplatser vid karolinska sjukhuset utgjorde under budgetåret 1955/56 enligt vad utredningen inhämtat 1 620, av vilka Stockholms stad och Stockholms län enligt avtal disponerade 497 resp. 205 platser samt 192 utgjorde kirurgiska och medicinska garnisonsplatser. Återstående 726 platser var riksplatser.

Av totalt 525 vårdplatser vid serafimerlasarettet samma budgetår disponerade enligt avtal Stockholms stad 235 och Stockholms läns landsting 65 platser, under det att övriga 225 platser var riksplatser.

Vad angår *övriga undervisningssjukhus* framhåller utredningen, att riksplatser finns — fränsett på de av pensionsstyrelsen disponerade reumatologiska avdelningarna i Lund och Malmö, beträffande vilka erinras om att de omfattas av direktiven för den särskilt tillkallade utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet — på de psykiatriska klinikererna vid akademiska sjukhuset i Uppsala och lasarettet i Lund, där samtliga vårdplatser, 117 resp. 105, har karaktär av riksplatser.

Systemet med riksplatser av nu berörd art synes utredningen ha tillkommit i första hand för att tillgodose behovet av centraliserad specialvård och av behövt patientunderlag för undervisning och forskning. Därjämte erinrar utredningen om att i propositionen nr 232/1930 angående uppförande av karolinska sjukhuset anfördes, att det otvivelaktigt föreläge ett stort behov av ett sjukhus i huvudstaden, öppet för patienter från rikets olika delar, där de talrika landsortsbor, som vistas i Stockholm längre eller kortare tid, kunde erhålla vård för en skälig avgift.

Utredningen framhåller, att vårdbehovet inom flertalet specialiteter numera kan tillgodoses inom praktiskt taget samtliga sjukvårdsområden. De exklusiva discipliner, som ej är företrädda på länsplanet, finns ej längre endast i Stockholm utan är anordnade eller avses skola anordnas vid samtliga undervisningssjukhus eller andra blivande regionsjukhus i landet. Varje patient skall sålunda i princip kunna få erforderlig specialvård inom den region, där han hör hemma. Det synes utredningen uppenbart, att i samma utsträckning som den förutsedda utbyggnaden regionvis kommer till stånd, systemet med riksplatser för olika specialiteter blir ur sjukvårdens synpunkter i motsvarande mån opåkallat.

Beträffande behovet av riksplatser för att tillgodose undervisningens och forskningens krav anför utredningen, att riksplatserna endast är en väg att tillförsäkra klinikerna ett tillräckligt och allsidigt patientunderlag, och vad som åstadkommit inom såväl undervisning som forskning vid de undervisningssjukhus, som saknar riksplatser, jävar enligt utredningens mening varje påstående om riksplatsernas avgörande betydelse i berörda av-

seende. Vid beaktande av att ingen av de föreslagna regionerna, där undervisningssjukhus är tänkt som centralsjukhus, kommer att ha ett mindre befolkningsunderlag än cirka 600 000 invånare, förefaller det utredningen klart, att systemet med riksplatser ej är behövt ur undervisningens och forskningens synpunkter. Skulle för övrigt riksplatssystemet tillämpas vid någon utbildningsanstalt, skulle ju detta ske till förfång för de övriga lärosätena i landet, som då i motsvarande mån skulle förlora patientmaterial.

Vad slutligen beträffar intresset av sjukhusvård till skälig avgift i Stockholm för person, som insjuknat under vistelse därstädes, erinrar utredningen om att de ekonomiska förhållandena i samband med vård av sådan patient å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet regleras genom 1937 års s. k. bidragsförordning (förordningen den 30 juni 1937 angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet). Det förtjänar emellertid anmärkas, att dylika patienter under vissa, låt vara begränsade förutsättningar kan beredas vård även å Stockholms stads sjukhus, varvid enligt det s. k. utomlänsavtalet den avgift, som debiteras den enskilde, utgår med i princip samma belopp, oavsett var i Sverige sjukhusvården lämnas.

Under hänvisning till det anförda förordar regionvårdsutredningen, att principbeslut fattas om att de nuvarande riksplatserna vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet skall avvecklas. Avvecklingen bör ske i samma takt som utbyggnaden av den specialiserade kroppssjukvården regionvis kommer till stånd.

De nyssnämnda riksplatserna bör i stället enligt utredningens mening få ställning som avtalsbundna regionplatser, d. v. s. karolinska sjukhusets och serafimerlasarettets nuvarande riksplatser skall i första hand betjäna den s. k. Stockholmsregionen. Det är dock utredningens tanke, att patienter också utanför vederbörande region skall kunna remissvägen komma under behandling på karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. För den sjukvård, som beredes patienter utanför Stockholmsregionen på karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet, bör också fortsättningsvis 1937 års bidragsförordning lämpligen tillämpas med de ändringar utredningen föreslår i det följande vid behandling av intagnings- och remissrätten. Utredningen erinrar om att det enligt denna förordning åligger landsting eller stad utanför landsting att — då en inom dess område boende person intages vid ifrågasvarande sjukhus för vård — till statsverket erlægga bidrag till kostnaden för vården, s. k. vårdbidrag. Vårdbidraget skall fr. o. m. den 1 januari 1959 för vårddag utgå med det belopp, varmed den för sjuka från landstingsområdet fastställda legosängsavgiften å allmänt rum vid karolinska sjukhuset överstiger fem kronor och utgör numera 45 kronor per vårddag. Regionvårdsutredningen uttalar i sammanhanget önskvärdheten av att — bl. a. för att motverka en icke önskvärd snedvridning av patientströmmen — vårddagif-

9 — *Bihang till riksdagens protokoll 1960. 1 saml. Nr 159*

ten vid dessa båda sjukhus sättes till samma belopp som enligt utomlänsvtalet utgår vid vård av akut- resp. remissfall, d. v. s. numera 45 resp. 75 kronor.

Frågan om avveckling av riksplatserna på de psykiatriska klinikerna vid akademiska sjukhuset i Uppsala och lasarettet i Lund torde enligt utredningen få upptagas till prövning i samband med spørsmålet om huvudmannskapet för mentalvården.

Remissyttrandena

Divergerande meningar har framkommit beträffande utredningens förslag om avveckling av de nuvarande riksplatserna vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Förslaget har tillstyrkts av *medicinalstyrelsen, centrala sjukvårdsberedningen, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, Svenska internförbundet* och *Svenska oftalmologförbundet*. *Svenska internförbundet* tillstyrker även, att vårdavgiften vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet höjs till samma belopp som gäller enligt det s. k. utomlänsvtalet.

Medicinalstyrelsen erinrar om att några medlemmar av dess vetenskapliga råd framhållit, att riksplatssystemet från forsknings- och undervisningssynpunkt visat sig så värdefullt, att det borde införas vid landets samtliga undervisningssjukhus.

Ett införande av riksplatssystemet vid samtliga undervisningssjukhus skulle dock, såvitt styrelsen kan finna, medföra, att dessa platser finge regional karaktär, varigenom resultatet i stort sett skulle bli detsamma som utredningen avsett. Med hänsyn härtill och då styrelsen för sin del anser utredningens förslag om intagnings- och remissrätten väl avvägt, finner styrelsen skäl ej föreligga att frågå detsamma.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket understryker, att det för undervisningen och forskningen i Stockholm givetvis är en olägenhet, att Stockholm mister sina riksplatser, men med hänsyn till människornas behov och även till forskningens och undervisningens behov vid andra medicinska centra, som blir bättre ställda genom regionvårdsreformen, får dock enligt kommitténs mening denna konsekvens tagas.

Svenska oftalmologförbundet betonar, att ögonavdelningarna i regionstäderna måste göras så stora, att de utom platser för det egna sjukvårdsområdet jämväl inrymmer remissplatser för regionen i dess helhet (regionplatser). Därigenom skulle nuvarande riksplatser på karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet kunna tillföras Stockholmsregionen.

Pensionsstyrelsen ställer sig, med hänsyn till icke blott de sjuka utan även undervisning och forskning, synnerligen tveksam mot förslaget att slopa nu förefintliga riksplatser vid undervisningssjukhusen.

Svenska stadsförbundet uttalar, att olika meningar framförts inom förbundsstyrelsen i fråga om den föreslagna avvecklingen av systemet med riksplatser vid undervisningssjukhusen i Stockholm. Från landsortshåll har härvid hävdats, att detta system alltjämt borde bibehållas.

Övriga remissorgan, som yttrat sig i denna del anser sig icke kunna biträda förslaget om avveckling av riksplatserna. Hit hör *karolinska institutets lärarkollegium*, *direktionen för karolinska sjukhuset*, *Västernorrlands*, *Jämtlands* och *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott* samt *Svenska landstingsförbundet*.

Karolinska institutets lärarkollegium anser, att ett slopande av riksplatserna måste betecknas som en bestämd försämring av institutets kliniska undervisnings- och forskningsmöjligheter. Riksplatssystemet bedömes vara så värdefullt för undervisningen och forskningen, att det icke blott bör bibehållas vid de statliga undervisningssjukhus, där det hittills tillämpats, utan även införas vid landets övriga undervisningssjukhus, inklusive karolinska institutets nu icke i systemet inbegripna undervisningskliniker.

Direktionen för karolinska sjukhuset anför, att riksplatsmaterialet är av mycket stort värde, i vissa fall till och med oundgängligt för den undervisnings- och forskningsverksamhet som bedrivs vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. *Direktionen* fortsätter.

Undervisnings- och forskningsmaterialet på ett undervisningssjukhus bestämmes icke blott av folkmängd och folktäthet inom upptagningsområdet utan även av specialiseringen på andra sjukhus inom regionen. Med särskild styrka gör sig detta gällande i huvudstaden. Större sjukhus i Stockholm och Stockholms län, som ej utnyttjas för läkarutbildningen, mottager en väsentlig del av det patientmaterial som under andra förhållanden skulle komma undervisning och forskning till godo. Till följd härav uppkommer ej sällan svårigheter för undervisningsklinikernas chefer att disponera behövt kliniskt material. Här har riksplatserna både nu och framdeles sin givna betydelse. Det av utredningen framlagda förslaget om en viss begränsad fri intagningsrätt för klinikcheferna utgör icke en godtagbar kompensation för avvecklandet av riksplatssystemet. *Direktionen* påyrkar därför bestämt, att det nuvarande riksplatssystemet bibehålles.

Västernorrlands, *Jämtlands* och *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott* samt *Svenska landstingsförbundet* anser, att i varje fall en del av riksplatserna vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet, som tillhör länsspecialiteterna, främst å kirurgiska och medicinska avdelningar, liksom hittills bör stå öppna för landet i dess helhet.

Kanslern för rikets universitet förklarar sig icke vara beredd att förorda lärarkollegiets förslag om införande av riksplatser vid samtliga undervisningssjukhus. *Kanslern* erinrar vidare om att riksplatser finns vid karolinska sjukhusets och serafimerlasarettets avdelningar för såväl länsspecialiteter som regionspecialiteter. Utredningens förslag synes innebära, att riksplatserna vid båda dessa typer av sjukhusavdelningar skall avvecklas.

Med anledning härav ifrågasätter kanslern, huruvida det kommer att bli möjligt att avveckla riksplatserna vid sjukvårdsavdelningar för läns-specialiteter på sätt utredningen tänkt sig. En första förutsättning härför torde vara, att de i Stockholmsregionen ingående sjukvårdshuvudmännen har behov av motsvarande antal sjukvårdsplatser för länspecialiteter och lämpligen kan och vill kontraktera dessa platser vid ifrågavarande sjukhus.

Departementschefen

Med rikssjukhus eller riksplatser bör enligt regionvårdsutredningen förstås sjukhus respektive vårdplatser, på vilka patienterna lämnas vård mot samma avgift, oavsett deras hemort inom landet, och vars huvudman icke är enskilt företag. Från denna utgångspunkt har utredningen övervägt, om ett system med rikssjukhus och riksplatser över huvud taget är förenligt med en regionindelning av specialsjukvården. Innan jag går in på utredningens övervägande i denna del, vill jag till den av utredningen använda definitionen foga en erinran om att konstitutivt för begreppet rikssjukhus respektive riksplatser givetvis måste vara att de tillgodoser ett sjukvårdsbehov, som icke anses tillfredsställande tillgodosett vid de för särskilda sjukvårdsområden eller andra geografiskt begränsade områden inrättade sjukhusen. Den fråga utredningen uppställt kan även uttryckas så, att det bör övervägas om det med hänsyn till undervisningens och forskningens intressen eller av andra särskilda skäl finns anledning att vid dimensionering av klinikerna för de olika läns- och regionspecialiteterna inom landets sjukvårdsområden begränsa vårdplatsantalet till förmån för riksplatser vid ett eller flera regionsjukhus. Ställes frågan på detta sätt, saknas anledning att i detta sammanhang närmare beröra vad utredningen anfört om pensionsstyrelsens anstalter och av pensionsstyrelsen disponerade lasarettavdelningar, vanföreanstalterna, Eugeniahemmet samt de s. k. kust- och folksanatorierna. Dessa sjukhus och sjukhusavdelningar har tillkommit uteslutande för att möta ett sjukvårdsbehov, då det vid tiden för deras tillkomst ansågs nödvändigt att komplettera den av sjukvårdshuvudmännen anordnade vården inom de berörda specialiteterna med rixanstalter. Av den redogörelse, som utredningen lämnat för dessa rixanstalters användning, framgår även att de avvecklats eller avses att avvecklas, så snart föreliggande vårdbehov tillfredsställande tillgodoses av sjukvårdshuvudmännen.

Av väsentligt intresse i förevarande sammanhang är däremot den typ av riksplatser som finns på karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet samt på de psykiatriska och barnpsykiatriska klinikerna i Uppsala och Lund. Riksplatser av denna art har såsom utredningen framhållit tillkommit i första hand för att tillgodose behovet av specialistvård och av behövt patientunderlag för undervisning och forskning. Bortsett från den psykiatriska kliniken i Lund, vilken drives av Malmöhus läns landsting men vars

driftkostnader i princip bestrides helt av staten, är samtliga ifrågavarande riksplatser inrättade vid av staten ägda och drivna sjukhus. Av denna anledning vill jag här något beröra frågan om statens huvudmannaskap för kroppssjukhus.

Utredningen har med åberopande av ett av riksdagsrevisorerna i deras berättelse år 1956 angående pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet gjort uttalande framhållit, att utomordentligt starka skäl talar för att vårt nutida svenska samhälles viktigaste organ med sjukvårdande uppgifter, landstingen och städerna utanför landsting, övertar största möjliga del av sjukvården. Vad utredningen sålunda anfört får ytterligare tyngd mot bakgrunden av de aktuella övervägandena angående huvudmannaskapet för mentalsjukvården och den öppna vården. Skulle dessa överväganden leda till att landstingen och de landstingsfria städerna övertar huvudmannaskapet för dessa vårdområden, kommer — förutom vissa specialsjukhus — endast karolinska sjukhuset och akademiska sjukhuset i Uppsala att kvarstå under statlig ledning. Till serafimerlasarettets ställning återkommer jag i det följande. Med anledning härav och med hänsyn till de organisatoriska fördelar, som skulle vara förknippade med ett enhetligt huvudmannaskap, kan starka skäl åberopas för att till övervägande taga upp frågan om staten för framtiden icke bör avhända sig huvudmannaskapet även för ifrågavarande båda undervisningssjukhus. Frågan om riksplatsernas berättigande kan dock prövas fristående från nyssnämnda problem, eftersom det i och för sig torde vara möjligt att anordna riksplatser på sjukhus, som äges och drives av kommunala huvudmän.

Utredningens överväganden av frågan om och i vad mån det nuvarande systemet med s. k. riksplatser kan vara förenligt med en regionindelning av specialsjukvården utmynnar i ett förslag om att de nuvarande riksplatserna vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet skall avvecklas. Avvecklingen föreslås ske i samma takt som den förutsedda utbyggnaden av den specialiserade kroppssjukvården regionvis kommer till stånd.

Till en början vill jag erinra om att enligt det mellan staten och Stockholms stad år 1947 träffade avtalet angående försäljning till staden av stiftelsen serafimerlasarettets fastigheter med däri år 1958 överenskomna ändringar och tillägg staden skall övertaga driften av detta sjukhus från budgetårsskiftet närmast efter den tidpunkt, då de nya nervklinikerna å karolinska sjukhuset tagits i bruk. Då nervklinikerna nu är under uppförande och beräknas bli färdigställda under budgetåret 1962/63, kommer staden att övertaga serafimerlasarettet fr. o. m. den 1 juli 1963. Staden kommer därmed att disponera samtliga vårdplatser vid detta sjukhus. Jag kommer därför i fortsättningen att i första hand uppehålla mig vid riksplatserna å karolinska sjukhuset.

Utredningen erinrar om att vid karolinska sjukhusets tillkomst tre särskilda skäl nämndes för skapandet av ett rikssjukhus, nämligen dels intres-

set av sjukhusvård till skälig avgift i Stockholm för person från annat sjukvårdsområde, vilken insjuknat under vistelse därstädes, dels tillgodoseende av behovet av specialistvård samt dels undervisningens och forskningens intressen.

Frågan om sjukhusvård till skälig avgift för patient, som vårdas vid sjukhus utanför det egna sjukvårdsområdet, har numera genom olika åtgärder av statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen lösts på ett allmängiltigt sätt för landet i dess helhet. Avgiftsfrågan torde därför ej längre kunna åberopas som motiv för ett bibehållande av riksplatserna.

Om vidare, såsom jag har anledning antaga, specialistsjukvården utbygges i huvudsaklig överensstämmelse med vad jag i det föregående förordat, kommer varje patient att vara tillförsäkrad tillgång till erforderlig specialistvård i sådan omfattning, att särskilda riksplatser normalt icke blir behövligen för detta syfte. Givetvis kan även i framtiden, exempelvis i samband med utvecklandet av en ny specialitet, fullt adekvata vårdmöjligheter för en viss sjukdom komma att finnas endast utanför det egna sjukvårdsområdet eller den egna regionen, men detta motsäger icke uppfattningen, att i den mån läns- och regionspecialiteterna byggs ut i tillräcklig omfattning underlag saknas för riksplatser inom dessa specialiteter.

Vad angår undervisningens och forskningens behov av tillgång till riksplatser har utredningen bl. a. framhållit, att riksplatserna endast är en väg att tillförsäkra klinikerna ett tillräckligt och allsidigt patientunderlag, och att vad som åstadkommit inom såväl undervisning som forskning vid de undervisningssjukhus, som saknar riksplatser, jävar varje påstående om riksplatsernas avgörande betydelse i berörda avseende.

Utredningens förslag att riksplatserna vid karolinska sjukhuset skall avvecklas har mött gensaga i vissa remissyttranden. Karolinska institutets lärarkollegium har sålunda bedömt riksplatssystemet vara så värdefullt för undervisningen och forskningen, att det icke blott bör bibehållas vid karolinska sjukhuset utan även bör införas vid landets övriga undervisningssjukhus. Även direktionen för karolinska sjukhuset har motsatt sig riksplatsernas avskaffande vid sjukhuset och därvid bl. a. gjort gällande, att större sjukhus i Stockholm och Stockholms län, som ej utnyttjas för läkarutbildningen, mottager en väsentlig del av det patientmaterial, som under andra förhållanden skulle komma undervisning och forskning till godo. Svenska landstingsförbundet har uttalat, att i varje fall en del av riksplatserna vid karolinska sjukhuset, som tillhör länsspecialiteterna, främst å kirurgiska och medicinska avdelningar, liksom hittills bör stå öppna för landet i dess helhet.

Med anledning av vad sålunda anförts vill jag för egen del framhålla, att en avveckling av riksplatserna icke utesluter, att även i fortsättningen särskilt komplicerade fall inom länsspecialiteter remitteras till vederbörande regionsjukhus med dess bättre utbyggda diagnos- och behandlingsmöjligheter. Undantagsvis torde för övrigt medicinska skäl komma att föranleda

remisser inom såväl läns- som regionspecialiteter över regiongränserna. Här avsedda remisser lär emellertid icke kunna få sådan omfattning, att de påverkar avvägningen av vårdplatsantalet inom specialiteten i det »egna» sjukvårdsområdet respektive den »egna» regionen. Däremot synes såsom jag i annat sammanhang antytt ett system med riksplatser vid ett eller flera av undervisningssjukhusen svårigen låta förena sig med en regionalisering av sjukvården inom vissa specialiteter. Ett sådant system skulle undanrycka grundvalen för en rationell utbyggnad av regionspecialiteterna.

De av vissa remissmyndigheter anförda skälen för att med hänsyn till undervisning och forskning bibehålla riksplatssystemet är enligt min mening icke tillräckligt bärande för att motivera ett avstående från de sjukvårdsorganisatoriska fördelar som ligger i en regionalisering av viss sjukvård. Det förhållandet att remisserna från sjukhusen inom en region regelmässigt går till regionsjukhuset inom samma region innebär, att fortlöpande kontakter knytes mellan läkarna på dessa sjukhus. Detta är icke endast till fördel för sjukvården, utan enligt mitt förmenande bör sådana kontakter mellan undervisningssjukhuset och övriga sjukhus inom regionen vara av stor betydelse även för att säkerställa erforderligt och lämpligt patientmaterial för undervisning och forskning. Vidare vill jag framhålla, att min strävan vid regionaliseringen varit att tillse, att de föreslagna regionerna för undervisningssjukhusen skall utgöra tillräckligt underlag för undervisningen. Till frågan om rätt för klinikchef å regionsjukhus, som tillika är undervisningssjukhus, att undantagsvis huvudsakligen för att tillgodose ett forskningsintresse intaga patient från annan region återkommer jag i det följande.

Den av utredningen väckta frågan om riksplatsernas avveckling å karolinska sjukhuset har föranlett överläggningar med Stockholms stad och län om sjukhusets framtida ställning. Dessa överläggningar har ägt rum inom en av Stockholms stads och läns sjukvårdsförhandlingsdelegerade tillsatt expertdelegation, i vilken även staten är representerad. Såsom ett resultat av överläggningarna har sjukvårdsförhandlingsdelegerade förklarat sig beredda att under vissa förutsättningar låta karolinska sjukhuset ingå i Storstockholms sjukhusorganisation med ansvar för en del av detta områdes sjukvård. För länspecialiteternas del innebär detta att huvuddelen av vårdplatserna kommer att förbehållas patienter från staden och länet. Beträffande regionspecialiteterna kommer en väsentlig del av Stockholmsregionens sjukvård att förläggas till karolinska sjukhuset. Detta gäller såväl patienter från Södermanlands och Gotlands län som, i växlande omfattning inom olika specialiteter, patienter från Stockholms stad och län. Därutöver kommer, såsom jag tidigare nämnt, vissa regionspecialiteter tills vidare att icke utbyggas eller att något underdimensioneras i de omgivande regionerna i syfte att säkerställa ett tillfredsställande underlag för undervisning och forskning samt ett rationellt utnyttjande av vissa specialkliniker å karolinska sjukhuset. Angivna förhållanden kommer icke att medföra,

att samtliga sjukhusets vårdplatser genom avtal förbehålles patienter från Stockholms stad och län eller vissa andra sjukvårdsområden. De speciella förpliktelser som åvilar staten exempelvis beträffande vissa vid försvarsmakten anställda gör det nödvändigt att undantaga ett antal platser. Karolinska sjukhuset måste vidare på motsvarande sätt som andra sjukhus kunna ta emot personer från andra sjukvårdsområden, som akut insjuknat under vistelse i Stockholm eller Stockholms län. Slutligen bör inom läns-specialiteterna platser stå till förfogande för remisspatienter från andra delar av Stockholmsregionen. Behovet av platser för här angivna ändamål kan givetvis förete betydande skiljaktigheter de olika specialiteterna emellan. Det är min avsikt att göra denna fråga till föremål för ytterligare utredning i samband med de fortsatta överläggningarna angående formerna och villkoren för karolinska sjukhusets inordnande i Storstockholms sjukhusorganisation. Slutligen må i detta sammanhang nämnas, att en sådan klinik som alkoholkliniken, vilken under lång tid torde komma att sakna motsvarighet inom andra regioner, tills vidare bör stå öppen för landet i dess helhet. Vad jag här anfört beträffande riksplatserna vid karolinska sjukhuset äger motsvarande tillämpning på de vårdplatser vid akademiska sjukhuset i Uppsala, som ej genom avtal förbehållits visst landsting.

Jag anser sålunda, att riksplatserna vid karolinska sjukhuset bör avvecklas. Avvecklingen bör ske successivt i takt med att vårdplatser för motsvarande specialiteter tillskapas inom andra sjukvårdsområden eller regioner. Enär regionsjukvården borde kunna vara till större delen utbyggd år 1970 och huvudmännen då även haft erforderligt rådrum för att avhjälpa eventuell brist på vårdplatser inom länspecialiteterna, bör man enligt min mening sikta till att riksplatserna skall vara helt avvecklade nämnda år.

Innan jag lämnar frågan om riksplatsernas avveckling, vill jag understryka, att en sådan åtgärd förutsätter att samtliga sjukvårdshuvudmän i landet anpassar sin utbyggnad av olika specialiteter, så att de ej undandrar de statliga och kommunala undervisningssjukhusen erforderligt patientmaterial eller eljest försvårar verksamheten vid nämnda sjukhus. Det torde i sista hand få ankomma på det samordningsorgan, som jag i det följande avser att förordna, att biträda sjukvårdshuvudmännen vid lösningen av de avväggningsproblem som här kan uppkomma.

Utredningen har även berört de vårdbidrag, som enligt 1937 års bidragsförordning uttages av vederbörande sjukvårdshuvudman vid vård av s. k. utomlänspatienter å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Detta vårdbidrag är f. n. så avvägt, att det tillsammans med legosängsavgiften å 5 kronor motsvarar den vårdavgift som enligt utomlänsavtalet utgår vid vård av akutfall. Utredningen finner det önskvärt — bl. a. för att motverka en icke önskvärd snedvridning av patientströmmen — att vårdavgiften vid nämnda båda sjukhus sättes till samma belopp som enligt utomlänsavtalet utgår vid vård av akut- respektive remissfall.

Enligt min mening saknas numera anledning att vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet tillämpa andra vårdavgifter för utomlänspatienter vid vård å allmänt rum än som utgår enligt det s. k. utomlänsavtalet. Jag har därför för avsikt att underställa 1961 års riksdag förslag om sådan ändring av 1937 års bidragsförordning, att det blir möjligt att åstadkomma full anslutning mellan dessa vårdavgifter och avgifterna enligt utomlänsavtalet.

Vid akademiska sjukhuset i Uppsala, där f. n. avgiften vid vård å allmänt rum av utomlänspatient är avvägd på samma sätt som vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet, bör enligt min mening motsvarande ändring vidtagas.

De psykiatriska klinikerna vid karolinska sjukhuset, akademiska sjukhuset i Uppsala och Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund liksom den barnpsykiatriska kliniken i Uppsala intager såtillvida en särställning som avgifterna för sjuka å allmänt rum utgår enligt de grunder, som gäller för motsvarande sjuka å statens mentalsjukhus. Kliniken å karolinska sjukhuset bör i framtiden inta samma ställning som övriga kliniker å sjukhuset. Detta betyder, att huvuddelen av dess vårdplatser skall genom avtal förbehållas Stockholms stad och län samt att avgift skall uttagas enligt avtalet för patienter från nämnda sjukvårdsområden och enligt utomlänsavtalet för patienter från andra sjukvårdsområden.

Även de psykiatriska och barnpsykiatriska klinikerna i Uppsala och Lund bör inordnas i sjukhusorganisationen inom respektive sjukvårdsområden. Denna fråga torde få upptagas till förhandlingar med vederbörande landsting.

VII. Intagnings- och remissrätt

Regionvårdsutredningen

Utredningen framhåller, att riktpunkten för dess överväganden i fråga om intagnings- och remissrätten naturligen varit ett ur sjukvårdssynpunkt adekvat och för den vårdbehövande allmänheten smidigt intagnings- och remissystem. Utredningen har samtidigt strävat efter att tillgodose både huvudmannas- och läkarintressena, och den har funnit det angeläget att beakta såväl samhällsekonomiska hänsyn som den medicinska undervisningens och forskningens krav. Enligt utredningens mening bör de förslag, som framlägges i fråga om intagnings- och remissrätten ej endast ha avseende på de s. k. regionspecialiteterna utan alla vårdgrenar och serviceorgan. Det synes nämligen utredningen ur skilda synpunkter — bl. a. av det skälet att de s. k. länspecialiteterna är ojämnt företrädda inom sjukvårdsområdena — olämpligt att härvidlag göra en åtskillnad mellan dylika specialiteter och regionspecialiteterna.

Intagningsrätten

Utredningen erinrar om att enligt nuvarande ordning rätten för läkare att intaga patient på sjukhus på hemlandstingets bekostnad är begränsad till att omfatta

1) personer — s. k. inomlänspatienter — som är bosatta inom det sjukvårdsområde intagningsjukhuset betjänar,

2) personer — s. k. utomlänspatienter — som under vistelse inom det främmande sjukvårdsområdet drabbats av sjukdom eller skada och på grund därav blivit i behov av omedelbar vård på sjukhus eller intagits, emedan patientens tillstånd påkallat omedelbar behandling eller undersökning och hänvisning till något hemlandstingets sjukhus därför icke kunnat ske, och

3) personer — s. k. utomlänspatienter — försedda med vederbörlig remiss.

Såsom undantag från förenämnda intagningsregler nämner utredningen den fria intagningsrätten för överläkarna vid jubileumskliniken i Stockholm. Vidare skall vid psykiatriska klinikerna i Uppsala och Lund mottagas sjuka från hela riket oberoende av hemorten.

Även om psykologiska skäl i viss utsträckning talar för en helt fri intagningsrätt, innebärande att vederbörliga läkare kan utan remiss från hemlandstinget men på dettas bekostnad lägga in en patient — han må vara hemmahörande var som helst i landet — som på eget initiativ konsulterat läkaren ifråga, finner utredningen dock den fria intagningsrätten icke rationell med hänsyn till den i vårt land f. n. rådande knappa tillgången på vårdplatser, läkare och övrig sjukvårdspersonal samt med den nuvarande fördelningen av ansvaret för den slutna vården på över 30-talet statliga och kommunala huvudmän och den lokalplanering detta medför.

Utredningen konstaterar också, att ett dylikt system knappast skulle lända den vårdsökande allmänheten eller sjukvårdshuvudmännen till fördel. Patienter i verkligt behov av specialistvård skulle riskera att nödgas vänta längre tid på behandling, därigenom att vårdplatserna på de största sjukhusen — dit allmänheten finge antagas komma att i särskilt stor omfattning hänvända sig — komme att vara delvis belagda med sådana observations- och behandlingsfall, som utan olägenhet kunde ha varit inlagda på hemortens sjukhus. Vidare skulle åtskilliga av de på eget initiativ vårdsökande sannolikt komma att få företaga en resa till det främmande sjukhuset förgäves. Någon observations- eller vårdplats skulle nämligen vid det första besöket många gånger ej finnas disponibel.

Sett ur sjukvårdshuvudmännens synpunkt, framhåller utredningen, måste systemet med den helt fria intagningsrätten te sig betänkligt och har heller aldrig av dem accepterats som princip. En sjukvårdshuvudman, som praktiskt taget avgiftsfritt erbjuder sina länsbor möjlighet till slutna vård inom

olika specialiteter, torde ställa sig avvisande till tanken, att han skulle bestrida kostnaderna för den som föredrager att på en främmande huvudmans sjukhus söka vård, som lika väl kunnat lämnas på hemortssjukhuset. Allmänhetens benägenhet att söka sig till de större sjukhusen innebär också en risk för snedvridning av patientströmmen. En sådan utveckling skulle vara oförenlig med sund driftsekonomi samt motverka en planmässig utbyggnad inom sjukvården.

Utredningen erinrar i detta sammanhang om att enligt nuvarande bestämmelser i lagen om allmän sjukförsäkring sjukkasseersättning icke kan utgå — med mindre särskilt sjukbehov föreligger — med större belopp än som svarar mot kostnaderna för resa till och från närmaste allmänna sjukhus. Hemlandstinget torde inte heller vara villigt att stå för vårdkostnaderna för en person, som på eget initiativ beger sig till ett främmande sjukhus och där blir inlagd för vård. Den enskilde skulle därför i dylika fall själv få som privatpatient hos en viss läkare stå för huvudparten av kostnaderna.

Utredningen finner å andra sidan de nuvarande möjligheterna till intagning vid universitetssjukhusen icke vara helt i överensstämmelse med bl. a. forskningens berättigade krav. Detta gäller i synnerhet möjligheterna till återintagning. Det torde f. n. alltför ofta inträffa, att den efterundersökning av behandlade patienter, som för den kliniska forskningen är nödvändig, t. ex. då det gäller att bedöma värdet av skilda behandlingsmetoder, försvåras eller omöjliggöres till följd av remisshinder. Det synes utredningen emellertid vara ett legitimt intresse för lärarna-forskarna vid universitetssjukhusen att i begränsad omfattning kunna intaga också patienter, vilka tidigare icke varit intagna för vård på sjukhuset ifråga men som erbjuder speciellt intresse ur undervisningens och forskningens synpunkt.

Med anledning härav föreslår utredningen, att vederbörande klinikchef på de medicinska läroanstalterna skall — i begränsad omfattning — givas rätt att intaga patienter för observation och vård, oavsett var i landet dessa hör hemma, då han finner, att forskningens och undervisningens intressen så motiverar.

Enligt utredningens mening bör en viss begränsning och kontroll av en sådan intagning åvägbringas. Utredningen förordar, att intagningsrätten icke fixeras till någon bestämd kvotdel utan att vederbörande klinikchef skall, med iakttagande av viss restriktivitet, äga intaga varje patient han bedömer vara ur forskningssynpunkt särskilt värdefull. Det skulle sedan åligga klinikchefen att i skriftligt intyg till hemlandstinget angiva, att forskningens intresse föranlett intagningen.

Även om skäl kan anföras för att statsverket i sådana fall borde erlagga vårdkostnaden, finner utredningen, att detta skulle leda till betydande administrativa besvärligheter och icke heller alltid vara motiverat. Det torde få förutsättas, att i princip alla nya patienter och flertalet återintagna är i behov av sjukhusvård. Med hänsyn härtill förordar utredningen, att hem-

landstinget betalar vårdkostnaderna för de patienter, som på undervisningsklinik intages i undervisningens och forskningens intressen.

Remissrätten

Remissrätten är, enligt vad utredningen framhåller, förbehållen vissa i utomlänsavtalet uppräknade kategorier läkare, vilka har en i princip obegränsad dylik rätt. Dessa är fr. o. m. den 1 januari 1960 överläkare vid lasarett, sanatorium eller epidemisjukhus och centraldispensärläkare vid fristående centraldispensär. Utredningen erinrar också om den i 1 § 1937 års bidragsförordning inskrivna rätten för »sjukstugu-, sanatorie- eller tuberkulossjukstuguläkare vid sjukstuga, sanatorium eller tuberkulossjukstuga, som drives av landstinget, så ock — — — vederbörande tjänsteläkare» att efter samråd med vederbörande lasarettsläkare på hemlandstingets lasarett hänvisa patient för vård på karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Vidare påpekas, att tjänsteläkare i enlighet med ett år 1956 träffat avtal mellan sjukvårdshuvudmännen och vanförestalterna äger remittera patient till vanförestalts ortopediska klinik utanför patientens eget sjukvårdsområde, försåvitt detta saknar ortopedisk lasarettssavdelning.

Utredningen erinrar om att det i olika sammanhang ifrågasatts, om icke en utvidgning av den remitterande läkarkretsen kunde vara motiverad, så att även sjukstugu- och tjänsteläkare — provinsialläkare och stadsläkare — eventuellt också privatpraktiserande läkare gäves remissrätt av samma obegränsade slag som sjukhusläkarna f. n. har. Utredningen säger sig biträda den uppfattningen, att vissa sjukdomstillstånd, vilka kräver exklusiv specialistvård, stundom låter sig diagnostiskt och terapeutiskt tillräckligt säkert bedömas, för att också läkaren på fältet — utan tillgång till ett lasarett utrustning — på goda grunder skulle kunna remittera patienten direkt till regionsjukhusets specialavdelning.

Utredningen föreslår för sin del följande beträffande remissförfarandet.

Den normala remissordningen bör vara, att läkare, som finner patient i behov av sjukhusvård, remitterar denne till hemortslasarettet. Därrest vederbörande ansvarige läkare på detta sjukhus finner skäl till att patienten överföres till sjukhus utanför sjukvårdsområdet, har denne att utfärda remiss för patienten.

Dessutom rekommenderar utredningen, att envar läkare gives rätt att med kostnadsansvarighet för vederbörande huvudman remittera en patient till det regionsjukhus inom vars upptagningsområde denne är bosatt, under förutsättning, att samråd ägt rum med den lasarettsläkare på huvudmannens lasarett, som närmast representerar den vårdgren, till vilken fallet hör. Anteckning härom med angivande av lasarettsläkarens namn och datum för samrådet skall göras å remisshandlingen. Remissrätten bör vidare gälla en-

dast de specialiteter, som icke är företrädde inom vederbörande sjukvårdshuvudmans område.

Frågorna om läkares rätt att hänvisa patient till regionklinik i den region, inom vilken patienten är bosatt, torde bli reglerade genom respektive regionavtal såvitt gäller regionspecialiteterna. I fråga om övriga kliniker å region-sjukhus kommer remissrätten som hittills att bli beroende av utomlänsavtalet.

Beträffande 1937 års förordning anför utredningen, att i 1 § givna bestämmelser om remiss till karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet gäller endast om den intagne icke är boende inom Stockholms stad eller Stockholms län. Sedan nämnda sjukhus anknutits till regionvårdsorganisationen på sätt utredningen föreslagit, torde det bli naturligt att begränsa dessa reglers tillämpning så, att de icke skall gälla patienter från Stockholmsregionen. Regleringen av rätten att hänvisa patient från Stockholmsregionen till dessa sjukhus torde lämpligen kunna ske i avtalet rörande sjukhusvården inom denna region, oavsett om klinikerna har karaktär av egentliga regionspecialiteter. Utredningen rekommenderar, att därvid öppnas möjlighet till samrådsremiss för envar läkare under samma villkor, som i det föregående angivits. Vad återigen gäller motsvarande frågor inom förordningens framtida tillämpningsområde, d. v. s. remiss av patienter från andra delar av landet än Stockholmsregionen, har utredningen icke funnit tillräckliga skäl att föreslå en dylik utvidgning av remissrätten. Bibehållandet av nuvarande remissbestämmelser i de fall, som fortfarande skulle regleras av förordningen, är enligt utredningens uppfattning väl förenligt med den speciella ställning, som karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet i egen-skap av statliga sjukhus otvivelaktigt kommer att inneha även sedan de inlemmats i regionvårdsorganisationen.

Vad gäller ordningen för patienters intagning å respektive hänvisning till radiumhemmet och övriga jubileumskliniker förordar utredningen en anknytning till de föreslagna remissreglerna, så att en remissrätt efter samråd skapas för envar läkare beträffande den egna regionens radioterapeutiska klinik. Någon särskild intagningsrätt för överläkare vid radioterapeutiska kliniker, utöver den som enligt utredningens förslag tillkommer överläkare vid regionsjukhus för undervisnings- och forskningsändamål, bedömes icke behövlig vid en regionmässigt utbyggd vård. I fråga om vård vid radiumhemmet av patienter från annan sjukvårdsregion än Stockholmsregionen bör dessa frågor regleras enligt 1937 års bidragsförordning på samma sätt som vid karolinska sjukhuset i övrigt. Den särskilda bestämmelsen i 1 § andra stycket förordningen, enligt vilken radiumhemmet undantages från tillämpningen av de i förordningen uppställda villkoren för att vårdbidrag skall utgivas, kan således enligt utredningens mening utgå.

Den nu enligt utredningens förslag utvidgade remissrätten för öppnåvårdsläkarna anses emellertid icke vara tillräcklig i alla situationer. Utred-

ningen tänker på uppenbara och verkligt brådskande behov av specialistvård, där remiss via hemortslasarettet och även tvånget att samråda med vederbörande lasarettsläkare skulle kunna innebära ett farligt dröjsmål — ett neurokirurgiskt fall efter en trafikolycka, en svår brännskada etc. Utredningen finner sig därför böra föreslå en rätt för varje läkare att utan föregående samråd med vederbörande lasarettsläkare remittera trängande vårdfall till det närmaste sjukhus, som han med hänsyn till omständigheterna bedömer lämpligt, sålunda också direkt till ett regionsjukhus. Med en dylik föreslagen remissrätt (nödfallsremiss) — vilken emellertid sällan torde behöva tillämpas och då företrädesvis vid olycksfall — skulle enligt utredningens mening ett praktiskt sjukvårdskrav tillgodoses.

Utredningen erinrar i detta sammanhang om att ett förverkligande av dess förslag till utvidgad remissrätt kan medföra vissa ändringar av och tillägg till det s. k. utomlänsavtalet.

Vad härefter angår frågan om en eventuell begränsning av kretsen av remissjukhus, kan det enligt utredningen icke förnekas, att ett helt konsekvent genomförande av rikets indelning i regioner, vilka var och en är avsedd att utgöra en självförsörjande enhet på sjukvårdsplanet, borde föranleda, att läkaren skulle vara hänvisad till att för specialistvård remittera en patient till det regionsjukhus, inom vars upptagningsområde han är verksam. Då emellertid intet sakligt underlag finns för att landets sjukhusläkarkår skall betagas de remissmöjligheter, som f. n. står dem till buds, finner utredningen övervägande skäl tala för ett bibehållande av den nuvarande remissordningen enligt utomlänsavtalet, vilken innebär, att en patient skall kunna för specialistvård remitteras till det sjukhus i landet, som den remitterande sjukhusläkaren med hänsyn till omständigheterna finner lämpligast. Det förutsattes härvid som självklart, att endast där så bedömes av medicinska eller andra objektiva skäl nödvändigt, läkare utfärdar remiss till annat regionsjukhus än det, som avtalsenligt skall betjäna den sjukvårdshuvudmans område, hos vilken läkaren är anställd. Å remissen bör lämpligen intagas en förklaring, att vården ej kunnat lämnas på det egna centrallasarettet eller på hemregionens regionsjukhus.

Enligt utredningens mening skulle slutligen särskilt forskningens intressen gagnas, om vissa vetenskapligt intressanta fall bleve föremål för vidareremiss till specialintresserade kolleger vid annat regionsjukhus i större omfattning än f. n. Även med en utbyggd regionvård torde det alltid inträffa, att en specialitet utvecklas snabbare på ett håll genom speciella personliga, forsknings- eller metodmässiga insatser eller genom administrativa åtgärder. En regionvårdsplan får ej uppställa hinder för en viss rörlighet mellan regionerna, där så är av medicinska skäl sakligt betingat. Med anledning härav anser utredningen en fri remissrätt (rätt till vidareremiss) för överläkarna vid regionsjukhusen erforderlig.

I fråga om privatläkares rätt att utfärda s. k. samrådsremiss anför utredningens expert, *byråchefen Bunne*, i särskilt yttrande bl. a.

I fråga om vilka läkare som skall ha remissrätt med kostnadsansvarighet för hemlandstinget kan jag icke dela utredningens mening, att envar läkare gives rätt att med kostnadsansvarighet för hemlandstinget remittera en patient till det regionsjukhus, inom vars upptagningsområde denne är bosatt, även om villkor om samråd med vederbörande lasarettsläkare uppställas.

Om varje läkare får remittera patienter till specialkliniker av regionvårdskaraktär på ett regionens storsjukhus, kan man befara en ökad tillströmning till klinikerna. Läkarna ute på fältet kan icke i allmänhet anses ha samma förutsättningar som läkarna på ett sjukhus att avgöra behovet av specialistvård, varför fall torde komma att remitteras, som kunde ha behandlats på hemortens lasarett. Detta kan stundom medföra, att verkligt vårdbehövande patienter utestänges från specialistvård på regionsjukhuset. En annan konsekvens kan bli, att specialklinikerna måste få större kapacitet både för sluten och öppen vård än som eljest hade erfordrats. Ur kommunal huvudmannasynpunkt kan det ej vara tillfredsställande, att en hos sjukvårdshuvudmannen icke anställd läkare medelst en remiss förbinder huvudmannen att betala vårdkostnaden på ett regionsjukhus specialkliniker, vilken kostnad som regel blir betydligt högre än om patienten kunnat vårdas på hemlandstingets allmänna sjukhus.

I och med att regionsjukvården blir fullt utbyggd med sex eller sju regionsjukhus med var sin territoriella region, synes något skäl icke längre föreligga att bibehålla den nu befintliga rätten för tjänsteläkare att remittera direkt till de statliga rikssjukhusen i Stockholm. Dessa kommer att bli avsedda för en viss region av landet. Än mindre anledning finns att utvidga denna remissrätt till privatpraktiserande läkare. Detta gäller även om villkor om samråd med sjukhusläkare införes.

Bunne förordar därför, att endast någon hos hemlandstinget (hemstaden) anställd lasarettsläkare, sanatorieläkare eller centraldispensärläkare vid fristående centraldispensär, epidemisjukhusläkare eller sjukstuguläkare, utnämnd av Kungl. Maj:t, utfärdar remiss till regionsjukhus för specialistvård. Undantag bör dock ske såtillvida, att tjänsteläkare må till centralanstalt för radioterapi direkt remittera misstänkta cancerfall eller cancerfall, som behöver omedelbar vård. Vidare bör s. k. nödfallsremiss kunna av varje läkare göras till specialklirik på regionsjukhus.

Remissyttrandena

I fråga om i n t a g n i n g s r ä t t e n har praktiskt taget samtliga remissmyndigheter i princip tillstyrkt utredningens förslag om rätt för klinikchef på medicinsk läroanstalt att — i begränsad omfattning — intaga patienter för observation och vård, oavsett var i landet dessa hör hemma, då han finner forskningens och undervisningens intressen så motivera.

Medicinska fakulteterna i Uppsala och Göteborg, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande samt Svenska gynekologförbundet understryker bety-

delsen av förslaget med hänsyn till undervisningens och forskningens intressen. *Medicinska fakulteten i Göteborg* anser vidare, att det i vissa fall vore önskvärt, att överläkaren vid specialistklinik på regionsjukhus direkt kunde lägga in patienter, som endast kan effektivt behandlas vid sådan klinik, därest ett snabbt omhändertagande är av nöden. Detta skulle gälla särskilt fall med radioterapeutiskt tillgänglig cancer, sannolikt eller säker expansiv process intrakraniellt eller intraspinalt eller vissa operabla hjärtsjukdomar. Det skulle således gälla problem analoga med dem, som enligt utredningen föreslås kunna regleras genom s. k. nödfallsremiss. *Svenska gynekologförbundet* tror icke att den föreslagna intagningsrätten kommer att innebära risk för en snedvridning av patientströmmen till undervisningsklinikerna, och förbundet anser därför, att klinikchefens intagningsrätt ej bör inskränkas genom konstlade bestämmelser.

Även *karolinska institutets lärarkollegium* uttalar sig för en utvidgad rätt att inlägga patienter med hänsyn till undervisningens och forskningens behov.

Direktionen för karolinska sjukhuset, som uttalat sig för ett bibehållande av nuvarande riksplatssystem, framhåller, att en komplettering av detta system med den föreslagna begränsade fria intagningsrätten skulle medföra betydelsefulla fördelar för undervisningssjukhusen.

Flertalet remissorgan, särskilt på landstingssidan, förordar dock en begränsning av den föreslagna fria intagningsrätten. *Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse* anser sålunda, att ifrågavarande intagningsrätt bör ges en mera preciserad och begränsad utformning.

Stadsfullmäktige i Malmö uttalar, att den föreslagna intagningsrätten för klinikcheferna vid undervisningssjukhusen bör regleras så, att den egentliga sjukvårdens intressen icke sätts tillbaka.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott anser, att i varje fall en stark begränsning och kontroll av den särskilda intagningsrätten för klinikcheferna bör ske. Enligt utskottets mening skulle det vara att föredraga, att en viss mindre kvotdel av vårdplatsantalet finge disponeras av klinikchefen för dessa ändamål.

Svenska landstingsförbundet anför.

I likhet med utredningen anser styrelsen, att helt fri intagningsrätt vid regionsjukhusen ej kan komma i fråga. Utredningen föreslår, att undervisningssjukhusens klinikchefer främst i den medicinska forskningens intresse bör medges viss begränsad intagningsrätt. Särskilt skulle detta gälla återintagning av patienter, som på grund av remiss tidigare vårdats å sjukhusen. Häremot har styrelsen intet att invända, och saken synes kunna tillgodoses genom en lämplig formulering av remissen. Att utsträcka den fria intagningsrätten härutöver anser styrelsen knappast befogat. Överhuvud taget torde man kunna ifrågasätta, om på denna väg något värdefullt material tillföres forskningen, då det måste anses som en lycklig slump att en person, som självmant utan remiss uppsökt en klinikchef, skall visa sig vara ett för forskningen värdefullt fall. Större garantier att erhålla dylika fall

synes föreligga, om läkare tidigare haft möjlighet bedöma fallet. För att tillgodose forskningens behov av lämpligt material synes i första hand ett intimt samarbete mellan läkarna vid undervisningssjukhusen och övriga sjukhus erforderligt.

Svenska internförbundet kan icke tillstyrka det av utredningen föreslagna förfaringssättet, att vederbörande klinikchef skall utfärda intyg till patientens hemlandsting om att intagningen skett i forskningens intresse. Ett sådant system skulle alltför lätt fresta till missbruk. Enligt förbundets mening löses frågan bäst genom överenskommelse mellan klinikchefen och vederbörande lasarettsläkare i hemorten. Ej heller *Svenska lasarettsläkarförbundet* och *Svenska barnläkarförbundet* godtar det föreslagna intygsförfarandet. Enligt lasarettsläkarförbundet torde det ligga i huvudmännens intresse att i förevarande fall helt kunna utesluta den mänskliga faktorns godtycke.

Särskilt från huvudmannahåll har hävdats, att staten bör betala kostnaderna för patienter, som intagits för undervisningens och forskningens behov. *Södermanlands och Örebro läns landstings förvaltningsutskott* förklarar sig sålunda kunna tillstyrka förslaget om rätt för klinikchef vid de medicinska läroanstalterna att intaga för forskningen särskilt värdefulla patienter endast under förutsättning, att statsverket, som har att svara för undervisning och forskning, också helt svarar för kostnaderna.

Drätselkammaren i Gävle är av samma mening och tillägger, att utredningens motivering, att betydande administrativa besvärligheter skulle förhindra den rättsliga anordningen att statsverket skulle betala för dessa patienter, icke är hållbar. Möjligheter måste finnas att till länsstyrelserna i hemortslänen översända vård- och reseräkningar för dylika patienter.

Länsstyrelsen i Gävleborgs län, Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott och *Svenska barnläkarförbundet* finner det naturligt, att statsverket svarar för kostnaderna för ifrågasvarande patienter.

Svenska oftalmologförbundet, som ansluter sig till förslaget om en särskild intagningsrätt för klinikcheferna, framhåller, att kostnaderna för dylik intagning borde åtminstone delvis stanna på statsverket.

Riksförsäkringsanstalten berör frågan, huruvida den föreslagna särskilda intagningsrätten för klinikchefer på medicinsk läroanstalt är förenlig med sjukförsäkringslagens ersättningsbestämmelser, och anför härutinnan bl. a.

I utlåtande den 8 december 1956 över sjukhuslagstiftningskommitténs betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) framhöll riksförsäkringsanstalten nödvändigheten av att en enhetlig bedömning av bösättningsbegreppet vid tillämpning av lagen om allmän sjukförsäkring och sjukhuslagen komme till stånd. Anstalten ifrågasatte samtidigt, huruvida icke tiden vore mogen för ett lagfästade av de principer rörande ersättning för vård av vissa utomlänspatienter, som kommit till uttryck i utomlänsavtalet. Anstalten finner i anledning av betänkandet om regionsjukvården anledning att understryka, vad anstalten i dessa båda frågor anfört i sitt nämnda utlåtande.

Regionvårdsutredningen har vid sin behandling av frågan om intagningsrätten förordat, att klinikchef på medicinsk läroanstalt skall — i begränsad omfattning — givas rätt att intaga patienter för observation och vård, oavsett var i landet dessa höra hemma, då han finner, att forskningens och undervisningens intressen så motiverar. Vad beträffar vårdkostnaderna i dylikt fall finner utredningen det naturligt, att hemlandstinget betalar dessa såsom för en i vederbörlig ordning remitterad patient. Riksförsäkringsanstalten vill i avseende på den allmänna sjukförsäkringens utgifter för sålunda intagen patient framhålla, att ersättning icke kan utgå från försäkringen — vare sig för sjukhusvård eller för resor — om icke vården varit erforderlig på grund av sjukdom; det är således uppenbart, att ersättning icke kan utgå, därest patienten utan att vårdbehov föreligger intages i forskningens och undervisningens intresse. Vad beträffar ersättning för resekostnader gäller därjämte, att, även om vårdbehov förelegat, försäkringen icke utgiver ersättning för kostnader för intagningsresa i vidare mån än som medgives i 17 § andra stycket sjukförsäkringslagen. Intagning på undervisningssjukhus kan således för patienten komma att medföra extra kostnader. Då det icke kan anses rimligt, att dessa merkostnader stannar på patienten, synes liksom i fråga om vårdavgiften hemlandstinget böra ersätta ifrågavarande kostnader. Enär administrativa skäl talar mot en uppdelning av ersättningen mellan sjukförsäkringen och landstinget, synes ersättningen böra i sin helhet åvila landstinget. Bestämmelser härom bör införas i sjukhuslagen.

Utredningens förslag beträffande *s a m r å d s r e m i s s*, innebärande rätt för envar läkare att — efter samråd med vederbörande lasarettsläkare på huvudmannens lasarett — med kostnadsansvarighet för vederbörande huvudman remittera en patient till det regionsjukhus, inom vars upptagningsområde patienten är bosatt, har tillstyrkts av endast ett fåtal remissmyndigheter, nämligen *medicinalstyrelsen, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande, medicinska fakulteten i Uppsala, överläkarföreningen vid Lunds lasarett samt Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott.*

Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala och kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande framhåller, att kravet för privatläkare att konsultera lasarettsläkare torde vara tillräckligt för att förhindra missbruk av rätten att remittera till vederbörande regionsjukhus.

Majoriteten bland remissmyndigheterna motsätter sig utredningens förslag i denna del och förordar i stället allmänt en remissordning i enlighet med bestämmelserna i gällande utomlänsavtal, d. v. s. på sätt som föreslagits av byråchefen Bunne i dennes särskilda yttrande. Uttalanden i denna riktning har gjorts av *Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet, stadsfullmäktige i Göteborg och Hälsingborg, drätselkammaren i Gävle, flertalet landstings förvaltningsutskott, Svenska internförbundet, Svenska gynekologförbundet, Svenska otolaryngologförbundet, Svenska lasarettsläkarföreningen och Svenska kirurgförbundet.*

Stadsfullmäktige i Hälsingborg är sålunda i princip av samma mening

som byråchefen Bunne men anser, att remissfrågan bör bli föremål för överväganden i samband med upprättandet av avtal mellan de olika sjukvårdshuvudmännen.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse menar, att remissrätten endast bör omfatta lasarets- och sjukstugeläkare. I fråga om den yrkesmedicinska specialiteten bör dock enligt styrelsens mening remissrätt även tillkomma tjänsteläkare och möjligen även industriläkare.

Svenska kirurgförbundet hävdar, att remiss till specialavdelning vid regionsjukhus endast bör få utfärdas av lasaretsläkaren inom ifrågavarande verksamhetsgren på hemortslasarettet. Samrådsremiss bör enligt förbundet utfärdas av lasaretsläkaren på förslag av »annan» läkare.

Samma synpunkter framför *Svenska gynekologförbundet*, som även påpekar, att man på grund av den snabba utvecklingen inom medicinen icke kan begära eller vänta av läkaren på fältet, att han — i motsats till specialisten på lasarettet — skall vara förtrogen med de senaste undersökningsmetoderna etc.

Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott betonar, att remissrätten redan nu är ganska invecklad och vid en fortgående utbyggnad av regionsjukvården kan bli ytterligare komplicerad. I de fall det gäller exklusiva sjukdomsfall inom en specialitet, som är företrädd även på länsplanet, måste remissrätten förbehållas klinikchefen på länssjukhuset. I andra fall torde remissrätten böra förbehållas lasarets- och sanatorieläkare samt i vissa fall läkare vid fristående centraldispensär. Remissrätten bör dock enligt utskottets mening icke under varje förhållande begränsas till det egna regionsjukhuset utan kan för vissa fall behöva utsträckas att gälla även andra sjukhus. Utskottet finner vidare, att en grundlig utredning i dessa hänseenden bör verkställas genom de ekonomiskt ansvariga huvudmännens försorg.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott är av den uppfattningen, att remissrätten till regionsjukhuset bör vara förbehållen i landstingets tjänst anställd läkare i lasaretsläkarställning och sålunda icke tilldelas å lasareten ofta tillfälligt tjänstgörande underläkare. Såväl hänsynen till de betydande kostnader, som är förknippade med exklusiv specialistvård, som önskvärldheten av att vederbörande regionspecialitet ej i onödan belastas med fall, som knappast hör dit, talar enligt utskottets mening för att remissrätten i görligaste mån begränsas. Utskottet erinrar vidare om att skilda regler f. n. gäller enligt utomlänsavtalet och vissa författningsbestämmelser för remissrätt ifråga om patient, som skall vårdas å s. k. främmande sjukhus. Det vore enligt utskottets uppfattning önskvärt med en översyn av dessa bestämmelser för ernående av större enhetlighet.

Svenska landstingsförbundet konstaterar, att stor splittring f. n. råder i fråga om remissbestämmelsernas innehåll. Enligt utomlänsavtalet gäller sålunda vissa bestämmelser, som i sin tur uppmjukats i vissa hänseenden

när det gäller vård å kustsanatorier, vanförestalter m. fl. Enligt bidragsförordningen beträffande karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet gäller åter andra bestämmelser. Förbundsstyrelsen anser det synnerligen önskvärdt, att man kommer fram till mera enhetliga bestämmelser i detta hänseende. Man bör därvid söka finna ett system, som smidigt tillgodoser allmänhetens krav på lättillgänglig sjukhusvård och huvudmännens intresse av att den egna sjukhusorganisationen utnyttjas i de fall så är möjligt med hänsyn till sjukdomens natur och tillgängliga behandlingsresurser. Mot bakgrunden härav hyser styrelsen vissa betänkligheter att i väsentligare mån uppmjuka det nuvarande utomlänsavtalets remissbestämmelser. Förslaget att alla läkare — efter samråd med vederbörande lasarettsläkare — skall äga utfärda remiss till regionsjukhus kan styrelsen ej biträda.

Svenska stadsförbundet framhåller, att endast en hos sjukvårdshuvudmannen anställd läkare bör kunna medelst remiss förbinda huvudmannen att betala vårdkostnaderna för vård å regionsjukhusets specialkliniker.

Liknande synpunkter anlägger *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län*. Länsstyrelsen, som ställer sig tveksam till utredningens förslag i denna del, uttalar att, om huvudmannaskapet för tjänsteläkare framdeles skulle överföras till landstingen, denna fråga i någon mån skulle komma i ett annat läge.

Överståthållarämbetet föreslår, att den obligatoriska kontakten med vederbörande lasarettsläkare skall ha formen av ett samtycke från den senares sida och att samråd, som resulterat i ett avstyrkande från lasarettsläkaren, icke skall berättiga till remiss.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, varnar mot alltför fria regler. Kommittén anför.

Det kan nämligen befaras, att allmänheten betraktar regionsjukhuset som »det stora och fina sjukhuset», dit man nödvändigtvis vill komma, oavsett om man verkligen är i behov av de speciella resurser, som detta sjukhus kan ge eller ej. Det är dock meningen, att den vida övervägande delen av specialistvården fortfarande skall äga rum på läns- och lokalsjukhus. Vi finner sålunda att åtminstone vissa av de synpunkter, som anförts av byråchefen Bunne, är förtjänta att nogga övervägas.

Utredningens uttalande till förmån för ett bibehållande av rätten för tjänsteläkare att remittera patienter från andra delar av landet än Stockholmsregionen direkt till karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet kritiseras av flera remissmyndigheter. Sålunda avstyrker *direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala* och *kommittén för akademiska sjukhusets i Uppsala utbyggande* förslaget under framhållande, att om det skall skapas en Stockholmsregion, så bör givetvis samma remissregler gälla för den som för övriga regioner. Det logiska alternativet skulle vara, att tjänsteläkare i hela landet hade rätt att remittera till alla regionsjukhus.

Överståthållarämbetet finner ifrågavarande remissrätt strida mot regionreformens hela idé.

Svenska stadsförbundet gör gällande, att behov av särskilda remissbestämmelser för de statliga sjukhusen i Stockholm, som ju är avsedda för Stockholmsregionen, icke föreligger. En föreslagen särställning för dessa två sjukhus måste anses stå i strid med principen om en rationellt uppbyggd organisation av regionvården.

Liknande uppfattning har *medicinska fakulteten i Uppsala* och *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott*.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket uttalar helt allmänt, att möjligheten av remiss från andra regioner till särskilt framstående specialist i Stockholm bör, om ock i starkt begränsad utsträckning, fortfarande finnas kvar.

Utredningens förslag till nödfallsremiss, innebärande rätt för alla läkare att utan föregående samråd med vederbörande lasarettsläkare remittera trängande vårdfall till det närmaste sjukhus, som med hänsyn till omständigheterna befinnes lämpligt, har fått ett övervägande positivt mottagande. Förslaget har uttryckligen tillstyrkts av bl. a. *organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå*, *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska stadsförbundet*, *Västernorrlands*, *Jämtlands* och *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott*, *Svenska otolaryngologförbundet*, *Svenska gynekologförbundet* och *Svenska lasarettsläkarföreningen*.

Några remissmyndigheter ställer sig dock tveksamma till förslaget.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott yttrar.

I fråga om den s. k. nödfallsremissen (från läkare i öppen vård) vid olycksfall (trafikolyckor, brännskador) föreligger betydande risk för att densamma kommer att leda till att till regionsjukhusets specialavdelningar direkt inremitteras relativt talrika patienter av angiven kategori, vilka lika väl kunde ha vårdats å hemortslandstingets lasarett. Då dessa patienter sedan de omhändertagits å regionsjukhuset under relativt lång tid icke kommer att vara transportabla medför detta, att platserna på detsamma onödigtvis belägges till förfång för hela regionens högkvalificerade specialsjukvård. Förvaltningsutskottet är beträffande detta spörsmål dock medvetet om att s. k. nödfallsremiss vid vissa speciella undantagstillfällen kan vara motiverad, speciellt i norrlandslänen med dess större avstånd. Det bör med hänsyn härtill få finnas frihet för huvudmännen att själva bestämma beträffande denna fråga och träffa de särskilda avtal, som kan bli erforderliga.

Drätselkammaren i Gävle hyser stor tveksamhet beträffande nödvändigheten av den s. k. nödfallsremissrätten för envar läkare men vill ej direkt motsätta sig den under villkor av »uppenbart och brådskande behov, där remiss via hemortssjukhuset skulle innebära ett farligt dröjsmål».

Även *Svenska kirurgförbundet* ställer sig tvivlande till behovet av nödfallsremiss. Förbundet anser, att de exempel, som lämnas i betänkandet, ingalunda motiverar nödfallsremissförfarande. Förbundet har svårt att

finna exempel på sådana säkerligen ytterst sällsynta fall, där nödfallsremiss skulle behövas. Denna remissform torde därför få mycket liten praktisk betydelse men skulle i stället kunna leda till onödigt missbruk och tvistigheter.

Den av utredningen föreslagna rätten för lasarettsläkare att remittera patienter även till annat regionsjukhus samt den föreslagna fria remissrätten för överläkare vid regionsjukhus har föranlett invändningar endast från *drätselkammaren i Gävle*, som yttrar.

Den tidigare rätten för lasarettsläkare att till det sjukhus i landet, som denne finner med hänsyn till omständigheterna lämpligast, remittera patient för specialistvård bör efter regionindelningens genomförande begränsas till att i regel endast omfatta remiss till vederbörande regionsjukhus. Remiss till annat regionsjukhus bör endast få ske efter samråd med vederbörande chefsläkare å det egna regionsjukhuset, varom anteckning i så fall skall göras å remissen.

Mot den fria remissrätten för överläkarna vid regionsjukhusen dessa emellan finns intet att erinra under förutsättning, att det icke sker huvudsakligen eller endast i forskningens och undervisningens intresse, då statsverket bör svara för kostnaderna.

Länsstyrelsen i Gävleborgs län deklarerar helt allmänt, att en alltför fri remissrätt över regiongränserna knappast synes rimma med den så långt som möjligt genomförda regionsjukvårdens idé.

Direktionen för karolinska sjukhuset förutsätter, att rätten för läkare att utfärda remiss till annat regionsjukhus än den egna regionens endast kommer att utnyttjas vid sällan förekommande sjukdomar, vilkas diagnostisering och behandling behärskas av ett fåtal därpå specialiserade läkare, och därför får stor betydelse för specialistutbildning och forskning.

Svenska kirurgförbundet föreslår, att lasarettsläkare för undvikande av onödig omgång skall efter samråd med vederbörande läkare på sitt regionsjukhus få sända fall till annat regionsjukhus. Detta skulle innebära en samrådsremiss även på högre plan än vad utredningen föreslagit.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå är i princip av den uppfattningen, att chefläkaren vid regionsjukhuset bör ha såväl intagningsrätt för patienter från hela den egna regionen som rätt att verkställa remiss av fall till annat regionsjukhus.

Överläkarföreningen vid Lunds lasarett finner det överhuvudtaget önskvärt, att utbyte av patienter över läns- och regiongränserna så mycket som möjligt underlättas, där medicinska, psykologiska och humanitära skäl motiverar ett sådant utbyte. Diskretionssynpunkten bör härvid icke förbigås.

Sveriges läkarförbund framhåller, att det för undervisningssjukhusets funktion är nödvändigt att tillgång finnes till allt material, som erbjudes inom den slutna sjukvården och ej blott till det speciella regionklientelet. Undervisningssjukhuset måste självklart ha tillgång till icke enbart säll-

synta utan även mera allmänt förekommande fall. Förbundet understryker vidare, att det icke finns något skäl för att vid remissrättens utformning göra åtskillnad mellan enskilt praktiserande läkare och tjänsteläkare.

Medicinska fakulteten i Lund tar slutligen upp frågan om remiss av patient till utländsk klinik. Fakulteten anför.

I enstaka fall torde behov uppstå att remittera en patient till utländsk klinik, där en speciell undersöknings- eller behandlingsform finns tillgänglig, medan dylik möjlighet saknas inom landet. Remissförfarande i dylika fall torde böra regleras och även omfatta bestämmelser om ersättning för resekostnader, eventuellt även för anhörig som av medicinska skäl kan behöva medfölja. Det sista torde ibland gälla även för anhöriga vid remiss inom landet mellan avlägsna regioner.

Det av byråchefen Bunne framförda förslaget, att tjänsteläkare skulle kunna remittera misstänkta cancerfall eller cancerfall, som behöver omedelbar vård, direkt till centralanstalt för radioterapi, avstyrkes bestämt av *Svenska kirurgförbundet*, som uttalar, att det ej finns något bärande skäl för att just dessa fall skall kunna remitteras av tjänsteläkare direkt till region-sjukhus. Risken för missbruk av denna rätt vore enligt förbundets mening uppenbar.

Svenska internförbundet anser, att för cancerfall i sjukvårdsområden med radioterapeutisk klinik, ansluten till centrallasarett, det sedvanliga remissförfarandet bör gälla.

Departementschefen

Intagnings- och remissrätten beträffande patienter från främmande sjukvårdsområden — s. k. utomlänspatienter — regleras för de kommunala sjukhusen av det s. k. utomlänsavtalet. Detta tillämpas även vid akademiska sjukhuset i Uppsala. Vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet regleras däremot intagnings- och remissrätten av bestämmelser i 1937 års bidragsförordning.

Såsom framhållits i vissa remissyttranden över utredningens förslag synes det önskvärt, att intagnings- och remissbestämmelserna så långt det är möjligt blir desamma vid såväl statens som övriga huvudmäns kroppssjukhus. Detta framstår också som en naturlig följd av vad jag i det föregående förordat beträffande karolinska sjukhusets framtida ställning.

Liksom hittills bör det i fortsättningen i första hand ankomma på sjukvårdshuvudmännen själva att utforma intagnings- och remissbestämmelserna. Om man emellertid skall försöka nå fram till enhetliga bestämmelser, kommer utformningen av dessa att få stor betydelse för de statliga undervisningssjukhusen, och jag kan därför icke underlåta att här framhålla vissa synpunkter på frågan med särskilt beaktande av undervisningssjuk-

husens intressen. Vad jag sålunda anför äger avseende på såväl läns- som regionspecialiteterna.

Vad först intagningsrätten beträffar måste jag i likhet med utredningen ställa mig avvisande till en helt fri intagningsrätt för klinikcheferna. En sådan rätt skulle medföra betydande komplikationer för en rationell sjukhusorganisation utan att innebära några egentliga fördelar för den vårdsökande allmänheten. Denna måste nämligen såsom regionvårdsutredningen framhållit i det långa loppet bli lidande på det felaktiga utnyttjande av ett högkvalificerat sjukhus som en fri intagningsrätt möjliggör.

Den fria intagningsrätten bör liksom hittills vara begränsad till att omfatta personer som är bosatta inom det sjukvårdsområde intagningsjukhuset betjänar, s. k. inomlänspatienter. För karolinska sjukhusets del blir det sålunda i och med att sjukhuset inordnas i Storstockholms sjukhusorganisation endast fråga om patienter från Stockholms stad och län. Vid ett sådant inordnande bör nämligen för patienter från detta område samma intagningsbestämmelser tillämpas som på stadens och länets sjukhus. Den nuvarande fria intagningsrätten för överläkarna vid jubileumskliniken i Stockholm synes dock böra bibehållas, i varje fall till dess canceranstalterna utbyggs inom samtliga regioner. Därefter torde frågan böra upptagas till förnyat övervägande i samråd med övriga sjukvårdshuvudmän.

Även om utredningen i princip avvisat tanken på en helt fri intagningsrätt, har utredningen likväl för att tillgodose forskningens intressen förordat en fri intagningsrätt för klinikcheferna å undervisningssjukhusen och därvid förutsatt, att en sådan rätt skulle tillämpas med viss restriktivitet. Kostnaderna för patient, som intagits med begagnande av denna fria intagningsrätt, skulle bestridas av vederbörandes hemlandsting. Detta förslag har i princip tillstyrkts av flertalet remissmyndigheter, varvid dock sjukvårdshuvudmännen framhållit att kostnaderna borde bestridas av staten såsom ansvarig för undervisning och forskning. För egen del finner jag starka skäl tala för att klinikchef vid undervisningssjukhus ges möjlighet att i forskningens intresse intaga patienter även i fall då sjukvårdsintresset icke är så framträdande att en remiss till sjukhuset av denna anledning påkallas. Formerna för en sådan anordning synes emellertid behöva ytterligare utredas. Härvid bör bl. a. undersökas om icke en lämplig begränsning av den fria intagningsrätten kan vinnas genom att denna fastställs att avse ett visst antal vård dagar per år för varje klinikchef. Det måste jämväl beaktas att en intagning å sjukhus som icke är föranlett av ett vårdbehov föranleder komplikationer i fråga om ersättning från den allmänna sjukförsäkringen.

I fråga om remissreglerna har utredningen föreslagit, att rätten att remittera patient till sjukhus inom annat sjukvårdsområde skall till skillnad från gällande utomlänsavtal utsträckas till att omfatta envar läkare.

Remissrätten skulle dock gälla endast de specialiteter, som icke är företrädda inom vederbörande sjukvårdshuvudmans område. Sådan remiss föreslås skola ske i samråd med den överläkare på det egna sjukvårdsområdets lasarett, som närmast representerar den vårdgren till vilken fallet hör. Detta förslag har avstyrkts av flertalet remissmyndigheter, däribland Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet.

För egen del ställer jag mig tveksam till behovet av en utvidgad remissrätt i enlighet med utredningens förslag. Den normala remissordningen bör såsom utredningen själv framhållit vara, att läkare, som finner patient vara i behov av sjukhusvård, remitterar denne till hemortslasarett. Därest vederbörande läkare på detta sjukhus finner skäl till att patienten överföres till sjukhus utanför sjukvårdsområdet, bör det ankomma på denne läkare att utfärda erforderlig remiss. I fråga om utomlänspatient synes därför beträffande länsspecialiteter å de statliga undervisningssjukhusen i viss anslutning till gällande utomlänsavtal remissrätten böra begränsas till överläkare vid lasarett, sanatorium eller epidemisjukhus eller centraldispensärläkare vid fristående centraldispensär inom regionen. Detta innebär för karolinska sjukhusets vidkommande, att nuvarande remissrätt för tjänsteläkare och sjukstuguläkare skulle bortfalla. Enligt vad jag under hand inhämtat från sjukhuset synes remisser av detta slag endast representera några få procent av totalantalet remisser till sjukhuset.

För intagning på kliniker för regionspecialiteter bör i allmänhet remiss ske av lasarettsläkare vid centrallasarett. Remiss bör dock kunna utfärdas även av överläkare vid annat sjukhus inom sjukvårdsområdet. Gäller det härvid ett fall inom vårdgren, som finnes representerad vid lasarett inom området, bör enligt min mening remiss få ske endast i samråd med den överläkare, som förestår denna vårdgren.

Remiss till regionsjukhus i annan region bör enligt min mening kunna utfärdas av överläkare vid regionsjukhus eller av annan lasarett-, sanatorie- eller epidemisjukhusläkare i förekommande fall i samråd med överläkare, som vid det egna regionsjukhuset representerar den vårdgren, till vilken fallet närmast hör.

Vad utredningen anfört och föreslagit beträffande nödfallsremiss föranleder ingen erinran från min sida .

Såsom utredningen förutsett torde intagnings- och remissfrågorna beträffande regionspecialiteter bli föremål för överläggningar inom de olika regionerna. Även på detta område bör emellertid i enlighet med vad jag förut uttalat såvitt möjligt enhetliga regler gälla. Den samordning mellan de kommunala och statliga bestämmelserna, som sålunda bör eftersträvas, bör enligt min mening upptagas till övervägande i det samordningsorgan för regionsjukvårdsfrågor som jag i det följande förordar.

Vad angår intagnings- och remissrätten för länsspecialiteter förutsätter

jag att den såsom hittills regleras i ett särskilt utomlänsavtal. Bestämmelserna i detta avtal bör därefter ges giltighet även vid de statliga undervisningssjukhusen. Det är min avsikt att om möjligt förelägga 1961 års riksdag förslag till härför erforderliga ändringar i 1937 års bidragsförordning. Beträffande akademiska sjukhuset i Uppsala torde det få ankomma på sjukhusets direktion att meddela erforderliga beslut.

VIII. Finansieringsfrågor

Regionvårdsutredningen

En mera ingående behandling av finansieringen av uppförandet och driften av kliniker för regionspecialiteter och den därmed sammanhängande frågan, om och i vad mån statliga anläggnings- och driftbidrag bör utgå anser utredningen ligga utom ramen för dess direktiv. Den finner sig därför icke böra lämna några konkreta förslag till denna frågas lösning men anser sig dock böra belysa problemställningen rent principiellt och angiva de olika vägar, som kan erbjuda sig för att finansiera den föreslagna utbyggnaden av sjukhusvården.

De av utredningen i första etappen föreslagna regionsjukhusen blir — med undantag för Linköpings lasarett — identiska med landets undervisningssjukhus. Statsbidragsfrågan synes utredningen därför böra bedömas mot bakgrunden av gällande regler om statens bidrag till anläggnings- och driftkostnader vid de kommunala undervisningssjukhusen.

Den av utredningen ifrågasatta utbyggnaden av regionsjukhusen avser cirka 1 900 nya platser. Med en trolig genomsnittlig platskostnad av 75 000 kronor för byggnaderna och 15 000 kronor för inventarierna eller sammanlagt 90 000 kronor per vårdplats skulle den ungefärliga kostnaden i 1958 års prisläge bli omkring 170 miljoner kronor, varav 28 miljoner kronor för utrustning. Kostnaderna skulle fördela sig på de olika regionerna på följande sätt.

Region	Befintligt antal vårdplatser	Av utredningen föreslaget antal vårdplatser	Ökning	Beräknad kostnad i milj. kronor (1958 års prisläge)		
				Anläggningskostnad	Utrustningskostnad	Summa
Stockholm	1 170	1 441 à 1 461	271 à 291	21	4	25
Uppsala	100	500 à 515	400 à 415	30	6	36
Linköping	25	415 à 420	390 à 395	29	6	35
Lund—Malmö	404	668 à 678	264 à 274	20	4	24
Göteborg	435 à 440	724 à 734	284 à 299 ¹	22	4	26
Umeå	30	280 à 315	250 à 285	20	4	24
			Summa	142	28	170

¹ En stor del av dessa vårdplatser inrättade i samband med att det nya centralkomplexet vid Sahlgrenska sjukhuset färdigställdes under år 1958.

De i sammanställningen angivna beloppen utgör de beräknade kostnaderna för regionsjukhusens utbyggnad exklusive vissa serviceorgan, såsom fysiologiskt och virologiskt laboratorium, hormon-, koagulations-, allergi- och isotoplaboratorier, njurcentral och käkcentral.

Utredningen framhåller, att en fortsatt tillämpning av de regler, enligt vilka staten bidrager till anläggnings- och utrustningskostnader vid de kommunala undervisningssjukhusen, skulle medföra, att en del av de av utredningen framräknade kostnaderna skulle komma att åvila staten. Med undantag för akademiska sjukhuset i Uppsala, där enligt praxis anläggningskostnaderna delas lika mellan staten och landstinget, kan emellertid statens andel i regionsjukhusens utbyggande icke på förhand beräknas med någon grad av tillförlitlighet. Det kan nämligen icke i nuvarande läge förutses, i vilken omfattning nytillkommande byggnader och därtill hörande utrustning kan anses erforderliga för undervisning och forskning. Det torde därför bli nödvändigt att invänta konkreta utbyggnadsförslag, varvid förhandlingar måste upptagas rörande till vilka delar av nyanläggningarna staten bör lämna bidrag. Beträffande regionsjukhuset i Linköping, där undervisningssjukhus icke finns, anför utredningen, att något överförande av kostnaderna till staten ej skulle ske av här diskuterad anledning.

Utredningen finner sig av naturliga skäl ur stånd att ingå på ett närmare bedömande av frågan, i vad mån de olika sjukvårdshuvudmännen under den tänkta uppbyggnadsperioden — som säkerligen kan komma att sträcka sig åtskilliga år framåt i tiden — har möjligheter att själva utan ekonomiskt stöd genomföra den föreslagna uppbyggnaden av regionsjukvården. Utredningen konstaterar endast, att även om anläggningskostnaderna utslås på exempelvis en tioårsperiod, den årliga kostnaden för respektive huvudmän skulle bli betungande.

Mot bakgrunden härav anser sig utredningen kunna uttala, att — i vart fall för vissa landstings del — den föreslagna utbyggnaden, om den finansieras av den byggande huvudmannen ensam, icke kan genomföras, med mindre en icke oväsentlig höjning av den kommunala utdebiteringen kommer till stånd.

Därest det vid tidpunkten för de olika byggnadsföretagens igångsättande bedömes antagligt, att en självfinansiering av uppbyggnaden skulle för vederbörande huvudman medföra en ekonomisk påfrestning, som vore ägnad att mer än obetydligt påverka utdebiteringen eller som kunde ogynnsamt påverka finansieringen av andra för sjukvårdsområdet vitala uppgifter, är det enligt utredningens mening skäligt, att ekonomiskt stöd i någon form lämnas av staten.

Utredningen är icke övertygad om att statliga anläggningsbidrag av gängse typ — bortsett från statsbidrag som utgår för undervisning och forskning — skulle vara den lämpligaste formen av ekonomiskt bistånd för den ifrågasatta uppbyggnaden. Principiellt bör enligt utredningens uppfattning landets sjukvårdshuvudmän sörja för en tillfredsställande sjukhusvård och

själva bekosta densamma. Den riktigaste vägen anser utredningen vara, att staten, efter prövning från fall till fall, lämnar behövliga lånemedel till den huvudman, i vars regi en klinik för någon regionspecialitet avses skola inrättas eller utbyggas. Med hänsyn till att klinikerna avses skola betjäna delar av riket, som omfattar långt mer än den byggande huvudmannens område och ibland kan komma att få karaktär av rikskliniker, finner utredningen det rimligt, att lånen lämnas på förmånliga villkor eller helst räntefritt. Däremot finnes enligt utredningens mening intet skäl till att de skulle göras amorteringsfria. Med hänsyn till den tid ett sjukhus kan beräknas tjäna sitt ändamål på ett effektivt sätt, kan utredningen för sin del tänka sig en amorteringstid av högst 30 år. Härigenom skulle vinnas det enligt utredningens mening huvudsakliga syftet med statens ekonomiska medverkan till utbyggnaden av regionsjukhusen, till den del icke avses undervisnings- och forskningsändamål, nämligen att bidra till en jämnare fördelning på ett större antal år av det omedelbara medelsbehovet.

Enligt utredningens uppfattning finns intet skäl till att kostnader för utrustning av klinikerna för regionspecialiteter skall ur finansieringssynpunkt bedömas annorlunda än anläggningskostnader. Detta innebär, att möjligheter skall finnas för vederbörande huvudman att även för utrustningen av klinikerna erhålla statliga förmånliga, helst räntefria men icke amorteringsfria lån. Utredningen förutsätter härvid — liksom i fråga om anläggningskostnaderna — att statsbidrag liksom hittills utgår för den del av utrustningskostnaderna, som bedömes falla på undervisning och forskning.

I fråga om radioterapi motiverar dock enligt utredningens mening särskilda omständigheter en annan finansieringsmetod än den skisserade. Utredningen anser nämligen, att huvudmännen för de föreslagna radioterapeutiska klinikerna i Uppsala, Linköping och Umeå om möjligt icke skall behöva inrätta dessa under ogynnsammare ekonomiska betingelser, än som gällde för huvudmännen för centralanstalterna för radioterapi, då dessa på sin tid uppfördes. Utredningen ifrågasätter därför, om icke uppförande och utrustning av radioterapeutiska kliniker vid de föreslagna regionsjukhusen i Uppsala, Linköping och Umeå skäligen bör bekostas till förslagsvis 50 procent av statsmedel inklusive eventuella donationsmedel.

I likhet med det övervägande flertalet huvudmannarepresentanter, med vilka samråd tagits, anser utredningen, att kostnader för avlöning av läkarpersonal och annan sjukvårdspersonal ävensom övriga driftkostnader skall bestridas av huvudmännen själva, i den mån kostnaderna icke belöper sig på undervisning och forskning.

Utredningen erinrar i detta sammanhang om att statliga driftbidrag f. n. utgår i viss omfattning till jubileumsklinikerna i Göteborg och Lund samt till den neurokirurgiska kliniken i Lund. Vad gäller den neurokirurgiska kliniken synes enligt utredningens mening icke föreligga tillräckliga skäl för bibehållande av driftkostnadsbidraget. Driftbidraget till jubileumsklini-

kerna i Göteborg och Lund återigen representerar, enligt vad utredningen påvisat, en icke obetydlig del av vårdkostnaderna. Utredningen anser ifrågavarande bidrag böra utgå även efter regionplanens genomförande. Då emellertid anledning saknas till att just dessa båda kliniker skall gynnas framför övriga radioterapeutiska vårdinrättningar, föreslås sådant bidrag utgå även till övriga kliniker inom denna regionspecialitet.

Remissyttrandena

Utredningens förslag beträffande finansieringen av uppförandet och driften av regionkliniker har tillstyrkts av flertalet remissorgan, som yttrat sig härutinnan.

Malmö stads drätselkammare understryker, att genomförandet av de framlagda förslagen förutsätter att staten lämnar lån till den huvudman, i vars regi en klinik för någon regionspecialitet avses skola inrättas eller utbyggas, och att lånen lämnas på förmånliga villkor eller helst räntefritt.

Norrköpings stads hälso- och sjukvårdsstyrelse anser, att de ekonomiska möjligheterna att förverkliga redan utstakade utbyggnadsplaner i fråga om sjukvården för de närmaste åren måste betecknas som små. Ett åstadkommande av specialistsjukvård i Linköping skulle säkerligen stjälpå Norrköpings utbyggnadsplaner eller i varje fall låta dem komma i andra hand, vilket icke skulle vara i stadens intresse. Styrelsen förklarar sig ha berört denna fråga, enär styrelsen icke vågar räkna med den av utredningen omnämnda utvägen att kunna få billiga eller räntefria statslån, även om det vore berättigat med statsbidrag i någon form för likställighet med universitetssjukhusen.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott framhåller angelägenheten av att utredningens förslag om statens medverkan till regionsjukvårdens utbyggnad i full utsträckning infrias. Sjukhushuvudmännen kan eljest finna omkostnaderna för vårdens anordnande alltför höga för att träffa överenskommelse med den huvudman, som förklarat sig vilja åtaga sig ansvaret för regionsjukhusets anordnande. Förvaltningsutskottet anför vidare, att statliga lån bör utgå även till serviceavdelningarnas anordnande och utrustning på samma sätt som till klinikerna, även om detta icke uttryckligen nämnts i utredningen.

Länsstyrelsen i Gävleborgs län betonar önskvärdheten av att det statliga understödet blir av sådan omfattning och håller sådan jämn takt med kostnadsutvecklingen, att det blir av verklig betydelse och icke blott leder till en administrativ belastning, som förminskar effekten av den statliga hjälpen.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott hävdar, att de föreslagna statliga lånen bör lämnas generellt utan prövning av vederbörande huvudmans ekonomiska ställning. Dessa lån bör vidare enligt förvaltningsutskottets mening ur rättvisesynpunkt ej lämnas räntefritt, då huvudmännen inom

vissa regioner redan vidtagit investeringsåtgärder beträffande regionsjukvården.

Även *Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott* förordar generella lån. Förvaltningsutskottet anför.

Räntefria amorteringslån till hela anläggnings- och utrustningskostnaden synes innebära en god lösning. Självfallet måste ansökningar om sådana lån prövas med utgångspunkt från att lån endast skall utgå för ökning av regionsjukvårdens resurser. I övrigt bör prövningsförfarandet kunna göras betydligt mindre invecklat än utredningens korta men innehållsrika formuleringer anledning befara. Med hänsyn till huvudsyftet — att stimulera till samarbete — bör ekonomisk behovsprövning icke ifrågakomma. Driftsbidrag, som icke står i rimlig proportion till därav betingade statliga kontrollföreskrifter och administrativt merarbete, kan utan olägenhet undvaras.

Organisationskommittén för medicinska högskolan i Umeå finner det skäligt, att även andra former av statligt stöd överväges åt sådana landsting, där den ekonomiska belastningen blir särskilt betungande. Av samma uppfattning är *länsstyrelsen i Västerbottens län* samt *Uppsala, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott*, vilka finner det nödvändigt, att finansieringsfrågorna blir föremål för ytterligare överväganden.

Uppsala läns landstings förvaltningsutskott påpekar, att landstinget i annat sammanhang framhållit angelägenheten av en omprövning av fördelningen av kostnaderna för akademiska sjukhusets utbyggande mellan staten och landstinget, och understryker nödvändigheten av att dessa och nu berörda finansieringsfrågor blir föremål för särskilda överläggningar.

Länsstyrelsen i Västerbottens län anför i fråga om kostnaderna för utbyggnaden av regionsjukvården inom Umeåregionen följande.

Tillkomsten av medicinska högskolan i Umeå medför högst avsevärda kostnader för landstinget. Tillkomsten av högskolan gör också, att uppbyggnaden av regionsjukvården i denna region måste genomföras snart och inom relativt kort tidrymd. Beroende på redan anförda och andra omständigheter, bl. a. höga byggnadskostnader, lär utbyggnaden bli mycket dyrbar. Driftkostnaderna kommer att bli höga. Länet har ett jämförelsevis lågt och konjunkturkänsligt skatteunderlag.

På grund härav kommer uppbyggnaden av regionsjukvården utan tvekan att här medföra en betydande ekonomisk belastning. Länet har med tacksamhet sett, att medicinsk undervisning förlagts hit och påtagit sig kostnader därför. Länsstyrelsen måste dock här framhålla, att den ekonomiska belastningen motiverar en betydande statlig hjälp. 1946 års statsbidrags-sakkunniga hade i liknande hänseende föreslagit amorteringsfrihet å statliga lån.

Den nämnda snara utbyggnaden av regionsjukvården inom Umeåregionen och övriga nu anförda omständigheter gör det angeläget, att statsbidragsfrågan snarast upptages till övervägande. Det är länsstyrelsens förhoppning, att de angivna ekonomiska förhållandena för Västerbottens län därvid beaktas.

Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott finner bl. a., att någon ingående behandling av finansieringsfrågan icke skett i betänkandet, men utskottet anser dock utredningens förslag innebära, att ett i många avseenden värdefullt bidrag från det allmänna skulle utgå för den regionala hälso- och sjukvårdens ordnande. Utskottet erinrar fortsättningsvis om att Västerbottens läns landsting utan vederlag ställt till förfogande för den medicinska högskolan i Umeå befintliga byggnader och utrustning, varjämte landstinget iklätt sig hälften av vissa kommande prestationer. Förvaltningsutskottet bestyrker, att landstinget gärna och med tacksamhet sett denna lösning, för vilken dock den ekonomiska prestationen varit betydande. Utredningens förslag innebär så tyngande utgifter för Umeåregionen, att finansieringsfrågan enligt förvaltningsutskottets uppfattning snarast bör tagas upp till närmare utredning.

Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott erinrar om att Norrlandskommittén (SOU 1947:70) föreslog, att den centraliserade vården för de fyra nordligaste länens vidkommande skulle ordnas genom uppförande av ett rikssjukhus i Umeå samt att staten skulle påtaga sig finansieringen i fråga om såväl engångs- som driftutgifter med vissa bidrag från landstingen inom upptagningsområdet. Utskottet anför vidare.

Vad utredningen föreslagit angående finansieringen av regionsjukhusen innebär, att ett i många avseenden värdefullt bidrag från det allmänna skulle utgå för den regionala hälso- och sjukvårdens ordnande. Utredningen har emellertid endast behandlat finansieringsfrågorna från principiella och generella utgångspunkter. Detta har lett till att någon närmare analys av den relativa belastningen på de olika regionerna icke ägt rum. Det är emellertid tydligt, att den nytillkommande Linköpingsregionens huvudmän på sätt utredningen visat får en relativt sett stor ekonomisk belastning för uppbyggnaden av regionsjukhuset. Men samma blir förhållandet ehuru i ännu högre grad för Umeåregionen med dess ringa befolkningsunderlag. Utslagna per invånare i regionen blir sålunda de av utredningen beräknade investeringskostnaderna cirka 40 kronor för Linköpings-sjukhuset och nära 44 kronor för Umeå-sjukhuset, medan motsvarande kostnader stannar vid cirka 27 kronor för Uppsala-sjukhuset och 15—20 kronor för de övriga regionsjukhusen. Detta hänger samman med att de »gamla» undervisnings-sjukhusen redan fått en avsevärd utbyggnad med väsentliga statliga insatser och har betydande befolkningsunderlag, medan de nya regionsjukhusen nu skall byggas ut kraftigt och har mera blygsamt befolkningsunderlag. I all synnerhet gäller detta Umeå-sjukhuset med dess alltför ringa befolkningsunderlag, som för övrigt redan tyngs av stora kostnader för hälso- och sjukvård m. m. och högt skattetryck. Till skillnad från Linköpings-sjukhuset är ju Umeå-sjukhuset vidare universitetssjukhus, och det kan icke anses rimligt att belasta regionens tvenne huvudmän med större delen av kostnaden för uppbyggnaden av detta sjukhus, utan här måste man förutsätta särskild statlig hjälp i åtminstone samma utsträckning som lämnats vid uppbyggnaden av undervisningssjukhusen i Stockholm, Lund och Uppsala. Om frågan skall lösas lånevägen enligt utredningens rekommendation, bör lånen vara räntefria samt jämväl amorteringsfria för i vart fall mycket lång

tid. Utredningens tanke att finansiera investeringskostnaden genom att inräkna densamma i vårdavgifterna förefaller närmast utopisk, eftersom man näppeligen torde kunna belasta enskilda, svårt sjuka människor med högre vårdavgifter för denna specialistvård än för annan sjukhusvård. En sådan avgiftspolitik skulle strida mot hittills vedertagna regler.

I finansieringsfrågan har utredningen räknat med att statens ekonomiska insatser skulle prövas från fall till fall med hänsyn till skälighetssynpunkter. När det gäller Umeå-regionen, talar starka skälighetssynpunkter enligt vad nu anförs för en avsevärd statlig insats därvidlag. Förvaltningsutskottet vill enträget hemställa, att dessa synpunkter beaktas vid de överläggningar, som utskottet förutsätter skall komma till stånd snarast möjligt med statens företrädare i dessa frågor.

Några remissmyndigheter har ställt sig kritiska eller tveksamma till den av utredningen skisserade lösningen av finansieringsfrågan. *Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket*, anför sålunda, att speciella statsbidragsregler för regionsjukvården snart skulle komma att framstå såsom föga rationella, eftersom gränsen mellan region- och länspecialiteter alltid kommer att vara flytande. Samma uppfattning har *Örebro läns landstings förvaltningsutskott*, som yttrar.

Det är uppenbart, att finansieringen av uppförande och utrustning av regionsjukhus i vissa fall kan bli betungande för sjukhushuvudmannen. Emellertid kan även erforderliga byggnader och utrustning för sjukvården på länsplanet understundom bli lika betungande för en sjukvårdshuvudman. Rent principiellt kan utskottet icke anse, att det föreligger någon skillnad mellan utbyggnaden av olika sjukvårdsspecialiteter. Utskottet är därför mycket tveksamt, om regionspecialiteterna bör ställas i någon särställning beträffande finansieringen av investeringarna. En specialitet, som i dag betraktas som en regionspecialitet, kan inom en begränsad tidrymd komma att hänföras till länspecialiteterna. Om staten skall lämna sin medverkan i form av räntefria lån, kan utskottet i varje fall icke tillstyrka, att den av utredningen föreslagna omfattande prövningen av låntagarens behov skall förekomma.

Även *Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott* ifrågasätter, om det ur principiell synpunkt kan vara motiverat att sätta regionsjukvården i någon särställning i finansieringshänseende. Förvaltningsutskottet förutsätter, att dessa frågor ej kommer att avgöras utan ytterligare kontakter med sjukvårdshuvudmännen.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott befarar, att den föreslagna lånefinansieringen skulle förknippas med en sådan prövning av låntagarens behov, som skulle framstå som en väsentlig inskränkning i den kommunala självbestämmanderätten, något som utskottet för sin del icke kan tillstyrka.

Stockholms stads kammarkontor uttalar att, om man från statens sida önskar främja utvecklingen av den kommunala sjukvården, den väsentliga åtgärden synes vara att bereda utrymme på kapitalmarknaden för huvudmännens investeringsbehov. Däremot torde enligt kammarkontorets mening

räntefrihet för lånen knappast inverka på huvudmännens förmåga att fullgöra sina åtaganden för sjukvårdens behov. Kammarkontoret fortsätter.

Räntekostnaderna inkluderas i de vårdavgifter, som regionhuvudmannen har att debitera för vård av patienter från andra sjukvårdsområden. Den byggande huvudmannen får alltså på denna väg ersättning för sina kapitalkostnader. Eftersom patienterna endast erlägger en ringa del av den verkliga vårdkostnaden, saknar räntefrihet betydelse även för dem. Även om utredningens idé ur snäv kommunalekonomisk synpunkt innebär någon fördel, synes detta knappast vara tillräckligt för att förorda en i sig för det avsedda ändamålet föga verkningsfull och tämligen egendomlig konstruktion. Mot förslaget talar, att det skulle vara ägnat att ge en oriktig bild av de faktiska kapitalkostnaderna, vilket i sin tur kan medföra att en anledning till sparsamhet i anläggningsverksamheten försvinner.

Att statsbidrag liksom hittills bör utgå till anläggning, utrustning och drift av radioterapeutiska kliniker, har allmänt tillstyrkts av de remissorgan, som yttrat sig härutinnan.

Förslaget om slopande av det statliga driftbidraget till den neurokirurgiska kliniken i Lund har föranlett invändningar från *Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott* ävensom från *Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott*, som hemställer om höjning av nuvarande driftbidrag.

Flera remissinstanser har i detta sammanhang framhållit angelägenheten av att nu utgående statliga driftbidrag till vissa speciella sjukvårdsgrenar omlägges till ett enhetligt bidrag till landstingens sjukvårdande verksamhet. Yrkanden härom framföres av bl. a. *kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, Svenska landstingsförbundet samt Södermanlands, Blekinge, Skaraborgs och Örebro läns landstings förvaltningsutskott*.

Departementschefen

Som jag tidigare nämnt kan en utbyggnad av regionsjukvården i enlighet med de riktlinjer jag förordat beräknas kräva i runt tal 1 700 nya vårdplatser vid regionsjukhusen. Vid beredningen inom inrikesdepartementet har gjorts ett försök att uppskatta kostnaderna för de för regionsjukvårdens utbyggande erforderliga investeringarna i byggnader och utrustning. De totala investeringskostnaderna per vårdplats har härvid beräknats till 125 000 kronor vid undervisningssjukhusen och 100 000 kronor vid övriga regionssjukhus, inklusive kostnaderna för de för regionsjukvården erforderliga speciella serviceavdelningarna, t. ex. isotoplaboratorium, radiofysiskt laboratorium, käkcentral samt fysiologiska, virologiska och bakteriologiska laboratorier. Siffrorna, som givetvis är approximativa, ligger något över regionvårdsutredningens beräkningar, vilka emellertid ej omfattade vissa serviceorgan. På grund härav och med hänsyn till vunna erfarenheter, bl. a. i samband med den av sjukvårdshuvudmännen påbörjade regionvårdspla-

11 — Bihang till riksdagens protokoll 1960. 1 saml. Nr 159

neringen, torde de använda kostnadssiffrorna kunna anses realistiska. Enligt beräkningen skulle utbyggnaden av regionklinikerna draga en investeringskostnad av totalt cirka 200 miljoner kronor. Vidare är att märka att utbyggnaden av regionsjukhusen på vissa håll torde komma att nödvändiggöra utökning av sjukhusens gemensamma anläggningar, såsom värmecentraler, ekonomiavdelningar m. m. De härmed förenade kostnaderna kan icke f. n. uppskattas. Säkerligen kommer emellertid härigenom de totala utbyggnadskostnaderna att högst betydligt överskrida nyssnämnda belopp.

Med hänsyn till de betydande kostnader, som är förknippade med utbyggnaden av regionsjukvården, har utredningen övervägt olika vägar för finansieringen av denna. Utredningen har härvid icke ansett skäl föreligga till generella bestämmelser om statsbidrag till anordnandet av regionkliniker utan i stället förordat, att staten, efter prövning från fall till fall, lämnar behövliga lånemedel till den huvudman, i vars regi en klinik för någon regionspecialitet avses skola inrättas eller utbyggas. Utredningens förslag i denna del har tillstyrkts främst av ett flertal sjukvårdshuvudmän.

I likhet med bl. a. Örebro läns landstings förvaltningsutskott kan jag för egen del icke anse, att det föreligger någon skillnad mellan utbyggnaden av olika sjukvårdsspecialiteter. Huvudmännens vårdskyldighet enligt sjukhuslagen omfattar i princip all sluten sjukvård utom vård på mentalsjukhus, oavsett graden av vårdens exklusivitet. Regionaliseringen åsyftar bl. a. att skapa förutsättningar för ett rationellt utnyttjande av personella och materiella resurser i samband med utbyggnaden av vårdmöjligheterna inom den högspecialiserade sjukhusvården. För de enskilda sjukvårdshuvudmännen måste samarbetet på regionplanet i ekonomiskt avseende antagas leda till lägre sjukvårdskostnader än om huvudmännen var för sig skulle sörjt för vården. Om staten skulle lämna stöd till den regionaliserade sjukvårdens utbyggande, skulle detta därför enligt min mening framstå som en motsägelse. Vidare vill jag i detta sammanhang peka på det förhållandet, att en specialitet, som i dag betraktas som en regionspecialitet, inom en relativt nära framtid kan komma att hänföras till länsspecialiteterna. Jag anser på grund av vad jag sålunda anfört, att några statsbidrag för uppförande och utrustning av regionkliniker i princip icke bör utgå. Vidare delar jag utredningens mening, att driftkostnaderna i regel skall bestridas helt av huvudmännen själva.

Det må här erinras om att staten enligt hävd eller avtal med de särskilda huvudmännen bidrager till såväl anläggnings- som driftkostnader vid de kommunala undervisningssjukhusen för att täcka de merkostnader, som betingas av undervisningen och forskningen vid dessa sjukhus. Frågan om statliga bidrag för sådana ändamål till de blivande regionklinikerna vid de regionsjukhus, som samtidigt är undervisningssjukhus, bör i sedvanlig ordning regleras genom avtal mellan staten och vederbörande sjukhushuvudmän.

Vad särskilt angår radioterapin har utredningen erinrat om att vid anordnandet av de befintliga tre jubileumsklinikerna i Stockholm, Lund och Göteborg utgått anläggningsbidrag dels av statsmedel och dels av donationsmedel, främst ur jubileumsfonden. Med hänsyn härtill och till de synnerligen höga anläggnings- och utrustningskostnaderna för radioterapeutiska kliniker har utredningen ansett det skäligt, att huvudmännen för de föreslagna nya radioterapeutiska klinikerna icke skall behöva inrätta dessa under ogynnsammare ekonomiska betingelser än som gällde för huvudmännen för de befintliga klinikerna, då dessa uppfördes. Utredningen föreslår därför, att uppförande och utrustning av de nya klinikerna skall bekostas till 50 procent av statsmedel inklusive eventuella donationsmedel.

I likhet med utredningen finner jag för egen del särskilda skäl motivera ett statligt stöd till anordnandet av de nytillkommande radioterapeutiska klinikerna vid regionsjukhusen. Såväl den omständigheten att staten bidragit till täckande av anläggningskostnaderna för de befintliga tre klinikerna som angelägenheten av att en snabb utbyggnad av cancervårdens f. n. klart otillräckliga resurser kommer till stånd, utgör enligt min mening starka skäl för att göra ett avsteg från principen att statsbidrag ej bör utgå till anordnande av regionkliniker. Då statens bidrag till jubileumsklinikerna icke i något fall överstigit 25 procent, förordar jag emellertid, att statsbidraget till uppförande och utrustning av de radioterapeutiska klinikerna i Linköping, Örebro och Umeå begränsas till nämnda procenttal. Hänsyn till ifrågavarande bidrag torde få tagas även vid kostnadsfördelningen mellan staten och övriga intressenter beträffande motsvarande klinik vid akademiska sjukhuset i Uppsala. Frågan om särskilt bidrag till kliniken i Umeå för undervisning och forskning får i överensstämmelse med vad jag förut anfört avgöras genom förhandlingar.

Som jag tidigare sagt bör driftkostnaderna i princip bestridas av huvudmännen själva. I konsekvens härmed föreslår jag, att förhandlingar upptages med de berörda huvudmännen om slopande av de nuvarande driftbidragen till jubileumsklinikerna i Göteborg och Lund. I likhet med utredningen anser jag vidare, att det särskilda bidrag, som nu utgår till den neurokirurgiska kliniken i Lund, bör slopas.

Av det föregående framgår att jag i princip icke anser mig kunna förorda bidrag för vare sig drift- eller kapitalutgifter. Frågan om finansieringen av anordnandet av regionkliniker torde erfordra förhandlingar mellan de i respektive regioner ingående sjukvårdshuvudmännen. Härvid torde kunna förutsättas, att huvudmännen kommer att gemensamt i en eller annan form bidra till utbyggnaden av regionsjukvården. Även frågan om driftkostnadernas fördelning på de olika huvudmännen torde bli föremål för förhandlingar mellan berörda parter bl. a. med hänsyn till de mycket höga driftkostnaderna för flertalet av regionspecialiteterna.

IX. Samarbetsformer vid en regionindelning

Regionvårdsutredningen

Ett samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen finner utredningen kunna grundas på kommunalförbund eller på civilrättsligt avtal. Ett *kommunalförbund* karakteriserar utredningen såsom »en i lag reglerad form för avtalsmässig samverkan med förvaltningen uppdragen åt ett särskilt rättssubjekt».

Samarbete genom avtal innebär enligt utredningen, att vederbörande huvudmän träffar en överenskommelse av civilrättslig karaktär. Kommunrättsligt behåller landstingskommunen sin beslutanderätt ifråga om den uppgift som avtalet avser; civilrättsligt däremot blir kommunen bunden av avtalets innehåll. Tvist om avtalets rätta innehåll kan därför avgöras av allmän domstol eller, om avtalet innehåller skiljedomsklausul, av skiljemän. Som exempel på ett dylikt civilrättsligt avtal anför utredningen det s. k. utomlänsavtalet, som också innehåller en skiljedomsklausul.

Därest avtalslinjen väljes ifråga om specialistsjukvårdens ordnande, anser utredningen tre avtalstyper i och för sig tänkbara.

Den första typen, innebär att *uppgiften ombesörjes av de berörda huvudmännen gemensamt*. Den gemensamma förvaltningsuppgiften kan handhas på olika sätt, antingen genom ett särskilt tillsatt förvaltningsorgan eller genom att ett särskilt rättssubjekt tillskapas, t. ex. ett bolag eller en stiftelse. Exempel på dylik samförvaltning är Gävle lasarett, som drives av Gävle stad och Gävleborgs läns landsting gemensamt.

Enligt den andra avtalstypen *ombesörjer en huvudman angelägenheten ensam men för samtliga berörda huvudmäns räkning* mot det vederlag som må ha överenskommit. Åtskilliga sådana privaträttsliga avtal för landstingskommunal samverkan finns bl. a. avseende den specialiserade kroppsjukvården.

Enligt den tredje avtalstypen inskränker sig samarbetet på specialistsjukvårdens område till en *tillämpning av det s. k. utomlänsavtalets allmänna bestämmelser*, en ordning som motsvarar vad som f. n. vanligen gäller i avseende på lämnande av specialistvård utanför patientens eget sjukvårdsområde. Vederbörande huvudman remitterar sålunda en patient, som är i behov av specialistvård, till det sjukhus, som med hänsyn till medicinska indikationer, geografiska förhållanden etc. bedömes möjligt och lämpligt för det särskilda fallet.

Utredningen finner, att avtalsformen är att föredraga framför kommunalförbund, bl. a. emedan avtalet i allmänhet utgör en smidigare och billigare samarbetsform än kommunalförbundsinstitutet. En sådan ordning torde också i princip innebära ett större utrymme för den kommunala självbestämmanderätten än kommunalförbund. Om kommunalförbundsinstitutet väljes, skulle vidare den situationen inträda, att ett och samma sjukhus skulle drivas av två huvudmän, dels kommunalförbund i fråga om klini-

kerna för regionspecialiteterna, dels den legale huvudmannen för det sjukvårdsområde, inom vilket sjukhuset är beläget, i fråga om sjukhuset i övrigt. Detta skulle innebära avsevärda risker för administrativ otymplighet och för övrigt ej vara tillämpligt på karolinska sjukhuset och Uppsala akademiska sjukhus, där staten är en av parterna. Utredningen finner det mest ändamålsenligt att redan från början välja avtalslinjen.

Ett skäl, som skulle tala för den först berörda avtalstypen, är enligt utredningen att samtliga berörda huvudmän får insyn i verksamheten och kan på jämställd fot driva densamma. 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 skäligen ersättning få för länsbornas räkning disponera tillräckligt antal vårdplatser på vissa kliniker inom ett främmande sjukvårdsområde. Denna omständighet synes utredningen tala för att någon av de två övriga samarbetsformerna i stället bör väljas. Mot den ifrågakommande avtalsformen kan även liksom mot kommunalförbund åberopas de olägenheter, som är förknippade med delat huvudmannaskap.

Den andra avtalstypen — som innebär, att en huvudman driver sjukvårdsinrättningen med kliniker för olika specialiteter och att övriga huvudmän enligt ett privaträttsligt avtal har rätt att disponera ett visst antal vårdplatser vid ifrågakommande kliniker mot den ersättning, varom må ha överenskommit — har enligt utredningens uppfattning visat sig vara en ändamålsenlig form för samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen på specialistsjukvårdens område. Denna typ av avtal, som även kan innefatta byggnads- och utrustningskostnader, anser utredningen visa direkt hän mot en indelning av riket i regioner. Behovet att inrätta nya eller att utbygga förefintliga specialiteter av regionkaraktär synes utredningen sålunda lättast kunna överblickas och bli tillgodosett genom en huvudman, den som driver regionsjukhuset. Risken för att eljest inom samma befolkningsområde genom olika huvudmäns försorg samtidigt påbörjas uppförandet av flera kliniker för likartade ändamål, innebärande en onödigt stor vårdkapacitet för en specialitet, elimineras härigenom.

Därest den samarbetslinje väljes, som innebär, att man inskränker sig till att tillämpa utomlänsavtalets bestämmelser anser utredningen en regionindelning av riket för sjukvårdsändamål icke vara i och för sig nödvändig, och utredningen kunde inskränka sig till att blott rekommendera vissa sjukhus med resurser för specialistvård lämpligt fördelade över landet. Denna samarbetsform är dock enligt utredningens mening alltför löslikt för en planmässig utbyggnad av den specialiserade kroppssjukvården.

Utredningen förordar därför avtal, enligt vilket en huvudman driver regionsjukhus för samtliga parters räkning, som det lämpligaste av de föreslagna samarbetsalternativen för en regionalt organiserad specialistvård i utredningsuppdragets mening.

Remissyttrandena

Utredningens förslag, att samarbetet beträffande region-sjukvården lämpligast bör lösas genom avtal mellan sjukvårdshuvudmännen, varvid en huvudman driver regionsjukhus för samtliga parters räkning, har tillstyrkts av praktiskt taget samtliga remissmyndigheter. Sålunda yttrar *Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott*.

Samarbetet mellan huvudmännen torde, som utredningen framhållit, enklast lösas avtalsvägen. Huvudmännen bör äga frihet att besluta härom. Av erfarenheterna att döma torde större svårigheter härvid icke behöva befaras. Med hänsyn till att platsfördelningen å specialklinikerna under tidernas lopp kan behöva ändras och inför möjligheten, att en deltagande huvudman i framtiden kan behöva ordna egen eller egna kliniker, torde det vara lämpligt, att kostnaderna för anordnande av klinikerna bestrides av vederbörande regionsjukhusägare, som givetvis av de anslutna huvudmännen bör ersättas för sina kostnader, t. ex. genom platsavgifter per år eller vård dag. Att driftkostnaderna skall ersättas torde vara självklart.

Liknande synpunkter anföres av *Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott*, som finner det riktigast, att den huvudman, som äger och driver regionsjukhus, svarar för såväl investerings- som driftkostnader för regionsjukvården och att övriga i regionen ingående landsting deltagar i kostnaderna i förhållande till ianspråktaga vårdplatser genom uttagande av en med hänsyn till självkostnaderna år från år fastställd vårdavgift. För uttagande av vårdavgift bör enligt utskottet nuvarande utomlänsavtal kunna tjäna som förebild.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott understryker, att planeringen av nya eller utbyggnaden av förefintliga specialiteter bör ske gemensamt av i regionen ingående sjukvårdshuvudmän.

Några remissmyndigheter ifrågasätter lämpligheten av att helt lita till frivilliga överenskommelser. Så ifrågasätter *länsstyrelsen i Malmöhus län*, om icke utredningens förslag bör kompletteras med lagstiftning. Förslagets genomförande kommer att medföra en stor ekonomisk belastning för de olika sjukvårdshuvudmännen. Denna omständighet i förening med det förhållandet, att huvudmännen förutsättes skola sinsemellan reglera samarbetet på ifrågavarande område helt genom civilrättsliga avtal, kan enligt länsstyrelsen i praktiken komma att vålla svårigheter vid regionplaneringens genomförande.

Hälsingborgs stads hälso- och sjukvårdsstyrelse uttalar.

Särskilt med hänsyn till att staden redan har avtal med Malmöhus läns landsting beträffande neurokirurgi, neurologi, thoraxkirurgi och radioterapi av ungefär samma innehåll, som utredningen föreslår ifråga om regionspecialiteterna, anser styrelsen sig icke böra rikta någon erinran mot förslaget om civilrättsliga avtal. Möjligen kunde sägas att, eftersom sjukvårdshuvudmännen förutsättes skola ha helt fria händer vid regionplane-

ringens genomförande, svårigheter i det speciella fallet kan uppkomma, som omöjliggör genomförandet. Huruvida denna synpunkt bör medföra att någon form av lagstiftning bör komma till stånd för att genomdriva indelningen är styrelsen tveksam om. Frågan synes emellertid böra uppmärksammas i samband med bearbetningen av det föreliggande förslaget.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott anför.

Samarbetet bör grundas på civilrättsligt avtal, enligt vilket en huvudman driver regionsjukhus för samtliga parter räkning. Att helt lita till att sådant samarbete kan komma till stånd på frivillighetens väg torde dock knappast vara tillrådligt. Frivilligt samarbete förutsätter ju intresse från alla berörda parter, och det är icke utan vidare klart, att en huvudman, som anser sig ha tillräckligt underlag för viss specialitet själv, är beredd till samverkan om en större enhet, med mindre denna samverkan ger påtagliga fördelar. Den smidigaste formen att åstadkomma önskvärd samverkan är utan tvivel att ge regionsjukvården ekonomiskt stöd av väsentlig storlek från statens sida.

Slutligen har *Värmlands och Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott* förordat ett samarbete i enlighet med utomlänssavtalets allmänna bestämmelser. *Värmlands läns landstings förvaltningsutskott* menar, att patienterna därigenom skulle utan särskilda administrativa åtgärder kunna remitteras till det sjukhus, som av ett eller annat skäl vore det mest lämpade i varje särskilt fall, vilket vore en avgjord fördel.

Departementschefen

De förslag angående regionsjukvården, som jag framlagt i det föregående, grundar sig på förutsättningen av frivilligt samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen. I skilda sammanhang har jag också understrukit, att det bör ankomma på huvudmännen att själva besluta i fråga om planläggningen och utbyggnaden av regionvården. Endast i fråga om rikets indelning i regioner och utbyggnaden av vissa regionspecialiteter i Uppsala-, Linköpings- och Örebroregionen har jag ställt vissa mera bestämda krav, som jag förutsatt kommer att iakttagas.

Samarbetet inom en region kräver givetvis någon form av avtalsmässig reglering av de deltagande huvudmännens rättigheter och förpliktelser. Regionvårdsutredningen har pekat på de olika samarbetsformer som härvidlag står till buds och för sin del som den lämpligaste samarbetsformen rekommenderat avtal, enligt vilket en huvudman driver regionsjukhus för samtliga parter räkning. Detta alternativ för samarbetet har också förordats av praktiskt taget samtliga remissmyndigheter.

Samma skäl, som föranlett mig att avvisa tanken på en lagstiftning för att reglera regionsjukvårdens genomförande, talar för att statsmakterna icke söker binda sjukvårdshuvudmännens val av samarbetsformer för regionsjukvårdens utbyggande. Den omständigheten att staten står som

huvudman för två sjukhus, vilka skall tjänstgöra såsom regionsjukhus, ger mig dock anledning uttala, att den av utredningen förordade samarbetsformen synes mig väl lämpad även för dessa sjukhus. Jag förutsätter, att det skall få ankomma på Kungl. Maj:t att för statens del godkänna de avtal, som kan komma att upprättas för Stockholms- och Uppsalaregionerna i den mån dessa avtal icke innebär sådana ekonomiska åtaganden för statsverket, som bör underställas riksdagens prövning. Det må tilläggas att så vitt möjligt enhetliga samarbetsformer bör väljas för samtliga regioner.

Av vad jag i det föregående i skilda sammanhang anfört torde tydligt framgå, att planläggningen av regionsjukvården och planernas förverkligande kommer att kräva samverkan och anpassning även över regiongränserna. Först och främst är att märka, att utbyggnaden av regionsjukvården under alla förhållanden kommer att ställa avsevärda krav på kapitalinvesteringar och tillgång på läkare och annan sjukvårdspersonal, varför det är ett vitalt samhällsintresse, att utbyggnaden planlägges och genomföres på ett sätt och i en takt, som ligger inom ramen för vad de materiella och personella resurserna tillåter.

I fråga om kapitalanskaffningen blir det i första hand sjukvårdshuvudmännens sak att av avsatta medel, genom utdebitering eller i konkurrens på lånemarknaden skapa förutsättningar för att finansiera utbyggnaden. Staten har ekonomiska intressen att bevaka i detta sammanhang dels som huvudman för de statliga undervisningssjukhusen, dels på grund av sitt ansvar för undervisning och forskning vid övriga undervisningssjukhus, till vilkas anordnande och drift staten enligt avtal med huvudmännen bidrager ekonomiskt.

Det är uppenbart, att ett investeringsprogram av den omfattning som regionsjukvårdens utbyggande nödvändiggör redan av ekonomiska skäl måste genomföras successivt. I sjukvårdens intresse är det härvid angeläget, att utbyggnaden sker planmässigt och att utbyggnadsprojekten prioriteras så att tillkomsten av nya vårdplatser de olika specialiteterna sinsemellan fördelas någorlunda jämnt i förhållande till det totala platsbehovet inom landet och under hänsynstagande även till behoven på länsplanet.

Än mera ofrånkomligt framstår kravet på planmässighet och prioritering vid utbyggandet av regionsjukvården, om frågan ses mot bakgrunden av tillgången på sjukvårdspersonal. Det är notoriskt, att vi f. n. har en svår läkarbrist i landet, vilken yttrar sig i att ett stort antal redan inrättade läkartjänster inom olika vårdområden ej kan besättas. Förutom de ökade krav på tillgång till läkare, som följer av den allmänna efterfrågestegringen på sjukvård, pågår på åtskilliga håll en successiv utbyggnad av den befintligt sjukvårdsorganisationen, som kräver nya läkare. Härtill kommer så reformplanerna inom en rad olika vårdområden. Regionsjukvården kan som förut nämnts beräknas kräva mer än 200 nya läkare. Vidare har kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (SOU 1958: 15) före-

slagit en förstärkning av tjänsteläkarorganisationen med cirka 300 tjänster, vilken förutsatts skola genomföras under 1960-talet. Enligt mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande (SOU 1958:38) skulle år 1970 behovet av läkare i psykiatrisk vård uppgå till i runt tal 1 900, vilket skulle innebära en ökning med bortåt 1 500 läkare i förhållande till nuläget. Enbart för att täcka behovet av läkare för utbyggnad av regionsjukvården, tjänsteläkarväsendet och mentalsjukvården skulle sålunda krävas ett nettotillskott av cirka 2 000 nya läkare.

Det torde vara helt orealistiskt att påräkna, att de läkarresurser, som kommer att stå till förfogande under 1960-talet — även om hänsyn tages till den ökning av utbildningskapaciteten som beslutats av 1959 års riksdag och som ytterligare må komma till stånd samt till de ytterligare utländska läkare som kan komma att slå sig ner i vårt land — skulle räcka till för att både häva den nuvarande bristsituationen och fylla de betydande nytillskott av läkare, som de föreliggande reformplanerna kräver. Utbyggnaden av regionsjukvården med dess krav på över 200 nya läkartjänster måste därför ske under strikt hänsynstagande till utbyggnadsbehoven på övriga vårdområden och till vad den totala läkartillgången i landet medger.

Liknande synpunkter gör sig också gällande beträffande sjukskötersketillgången. I det föregående har jag beräknat, att den utbyggda regionsjukvården kommer att fordra omkring 500 nya sjukskötersketjänster. Då stor brist på sjuksköterskor f. n. råder i landet och även utbyggnaden av andra vårdgrenar kommer att stegra efterfrågan på sådan personal, är det uppenbart, att tillgången på sjuksköterskor är ytterligare en faktor, som måste beaktas vid bestämmandet av utbyggnadstakten för regionsjukvården.

Även vid en såvitt möjligt objektiv bedömning av regionvårdsfrågorna från nyssnämnda utgångspunkter är det ofrånkomligt, att intressekonflikter och meningsmotsättningar måste uppkomma beträffande sättet och takten för planernas förverkligande. Redan den omständigheten, att ett 30-tal olika intressenter direkt beröres av regionsjukvårdsplanläggningen torde göra detta oundvikligt. Härtill kommer att ett och samma problem, sett från de skilda utgångspunkter som motiverar en regionalisering, långt ifrån alltid pekar hän mot en entydig lösning. Självfallet måste det vara för samtliga berörda parter angeläget, att förekommande intressemotsättningar såvitt möjligt löses i samförstånd under hänsynstagande till de för sjukvården som helhet väsentliga faktorerna.

Mot bakgrunden av det anförda finner jag det synnerligen angeläget, att ett särskilt samordningsorgan tillskapas, där representanter för staten och övriga regionvårdshuvudmän kan överlägga om gemensamma regionvårdsproblem och besluta om hur dessa skall lösas. Frågor, som lämpligen bör handläggas av ett sådant samordningsorgan, avser framför allt takten för utbyggnaden av de olika regionspecialiteterna, varvid mot varandra måste vägas sjukvårdens och undervisningens behov, de ekonomiska

förutsättningarna samt tillgången på läkare och annan sjukvårdspersonal, dimensioneringen av de särskilda klinikerna 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 bör samordningsorganet verka för att på länsplanet ej realiserats utbyggnadsplaner, som skulle kollidera med eller försvåra en rationell utbyggnad av klinikerna på regionplanet.

För att kunna handla med auktoritet bör samordningsorganet givas en så allsidig och representativ sammansättning som möjligt. Å andra sidan synes det ogörligt att, om organet skall bli arbetsdugligt, samtliga parter, som omfattas av regionplaneringen, blir representerade i detta. Förslagsvis bör organet bestå av en ordförande, en representant för medicinalstyrelsen och en företrädare för medicinsk undervisning och forskning, samtliga utsedda av Kungl. Maj:t, samt tre representanter för de kommunala sjukvårdshuvudmännen, varav två utsedda av Svenska landstingsförbundet och en utsedd av Svenska stadsförbundet.

Till organets sammanträden bör härutöver företrädare för den eller de huvudmän, som mera direkt beröres av förekommande ärenden, kallas att delta.

Jag har för avsikt att inom den närmaste tiden taga initiativ till att ett samordningsorgan för de angivna uppgifterna kommer till stånd. Härvid förutsätter jag, att det får ankomma på Kungl. Maj:t att, såvitt på staten ankommer, meddela de föreskrifter för verksamheten som må erfordras.

X. Hemställan

Under åberopande av vad jag sålunda i olika hänseenden anfört får jag under förmälan, att intet torde vara att erinra mot att propositionen av riksdagen behandlas senare än under dess vårsession, hemställa, att Kungl. Maj:t måtte föreslå riksdagen

att godkänna de riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m., som jag i det föregående förordat.

Med bifall till denna av statsrådets övriga ledamöter biträdda hemställan förordnar Hans Maj:t Konungen, att till riksdagen skall avlåtas proposition av den lydelse, bilaga till detta protokoll utvisar.

Ur protokollet:

Bo Stenfors

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
I. Inledning	3
II. Allmänna synpunkter på en regionindelning för specialiserad kroppssjukvård	6
Regionvårdsutredningen	6
Remissyttrandena	10
Departementschefen	16
III. Regionspecialiteterna	21
Regionvårdsutredningen	21
Allmänna synpunkter på specialiseringen	21
Neurokirurgi	22
Neurologi	23
Thoraxkirurgi	24
Kardiologi	25
Plastikkirurgi	25
Barnkirurgi	26
Urologi	26
Radioterapi	27
Dermatologi	29
Käkcentraler	30
Övriga specialiteter och serviceavdelningar	31
Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verk- samhet	39
Remissyttrandena	41
Yttranden över regionvårdsutredningen	41
Yttranden över utredningen rörande pensionsstyrelsens sjuk- vårdande verksamhet	62
Departementschefen	68
IV. Indelning av riket i sjukvårdsregioner	81
Regionvårdsutredningen	81
Remissyttrandena	89
Departementschefen	99
V. Regionsjukhusen. Resurser för sjukvård och utbildning	105
Regionvårdsutredningen	105
Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verk- samhet	111
Remissyttrandena	112
Yttranden över regionvårdsutredningen	112
Yttranden över utredningen rörande pensionsstyrelsens sjuk- vårdande verksamhet	120
Departementschefen	121

	Sid.
VI. Riksplatsernas ställning	127
Regionvårdsutredningen	127
Remissyttrandena	130
Departementschefen	132
VII. Intagnings- och remissrätt	137
Regionvårdsutredningen	137
Intagningsrätten	138
Remissrätten	140
Remissyttrandena	143
Departementschefen	151
VIII. Finansieringsfrågor	154
Regionvårdsutredningen	154
Remissyttrandena	157
Departementschefen	161
IX. Samarbetsformer vid en regionindelning	164
Regionvårdsutredningen	164
Remissyttrandena	166
Departementschefen	167
X. Hemställan	170