

Den centrala organisationen av hälso- och socialvården¹⁾

Genom Kungl. brev av den 9 september 1964 anbefalldes de båda statliga utredningarna rörande socialstyrelsens och medicinalstyrelsens framtida organisation att med fullföljande av sina tidigare uppdrag komma med förslag beträffande en gemensam central organisation för socialvård och medicinalväsande.

Utredningarna utgick ifrån att följa upp de resultat man tidigare kommit fram till beträffande ämbetsverken SS och MS var för sig. Däremot berördes inte i denna del de förslag som tidigare framkommit i MCA-utredningen beträffande en statsmedicinsk anstalt och förslagen beträffande CSB:s och SJURA:s framtida organisation och arbetsuppgifter. Man har utgått ifrån att förlikningsmannaexpeditionen som ingått i socialstyrelsen inte skall förekomma inom det gemensamma verket.

Social-medicinska relationer

Den gemensamma utredningen konstaterar i ett första kapitel (S.O.U. 1965:49, kap. 21) hurusom en rad mer eller mindre betydelsefulla beröringspunkter och kontakter utvecklats mellan socialvård och medicinalväsande.

Den allmänna hälso- och sjukvården kan indelas i omgivningshygien, förebyggande vård och sjukvård, vari inbegripes också medicinsk rehabilitering.

Genom omgivningshygien skapas yttre betingelser för ett gott hälsotillstånd. Ansvar för de lokala uppgifterna ligger hos hälsovårdsnämnderna ehuru ärenden av denna art även kan handläggas av socialnämnder, nykterhetsnämnder och barnavårdsnämnder.

Den förebyggande vården, som inriktar sig på individerna, omfattar starka sociala inslag i samband med mödra- och barnavård, familjerådgivning och abortförebyggande verksamhet, dispen-

särverksamhet, psykisk barna- och ungdomsvård samt åtgärder mot könssjukdomarna.

Den förebyggande barnavården åvilar sjukvårdshuvudmännen. MS fastställer planer och normalinstruktion för barnavårdscentralerna och tillsynen åvilar medicinalstyrelsen.

MS är tillsynsmyndighet för familjerådgivningen och har ledningen av den psykiska barna- och ungdomsvården som sjukvårdshuvudmännen bedriver. MS har tillsyn över landstingens särskilda elevhem för rörelsehindrade barn och har skyldigheter som central tillsynsmyndighet i fråga om anstalterna för psykopatiska och nervösa barn.

Distriktssjuksköterskorna, vilkas verksamhet omfattar förebyggande vård, upplysning och rådgivning som avser barnavård, bostadsvård och hälsovård samt sådan sjukvård som kan utövas i hemmen, utgör ett betydelsefullt kontaktorgan mellan sjukvård och socialvård.

I den slutna sjukvården kräves ofta stora sociala insatser vid sidan om den rent medicinska vården. Tillkomsten av kuratorsväsendet dokumenterar det växande behovet av tillräcklig kontakt mellan sjukvård och övrig social service. Det framväxande rehabiliteringsväsendet visar samma behov. Effektivare behandlingsmetoder och avkortade vårdtider möjliggör en snabbare patientomsättning, om goda möjligheter för social hemhjälp och lämpligt arbete kan ombesörjas.

Barna- och ungdomsvård

Det finns ett stort behov av medicinsk medverkan inom hela barnavårdsområdet. Erforderliga utredningar i barnvårdslagens mening innebär ofta att yttrande skall inhämtas av läkare. Som exempel nämnes omhändertagande för samhällsvård, adoptions- och vårdnadsärenden samt fosterbarnsärenden. Barnavårdsnämnderna har skyldighet att bereda den som lider av sjukdom eller

¹⁾ Forts. av referat i föreg. nr.

annan kroppslig eller själslig brist eller svaghet lämplig vård och behandling. I allmän tjänst verkssamma befattningshavare liksom även i övrigt läkare, lärare, sjuksköterskor och barnmorskor har att ofördröjligen till barnavårdsnämnd anmäla iakttagelser som anses böra föranleda ingripande av barnavårdsnämnd. SS har skyldighet enligt stadgan för barnavårdsanstalter att utöva tillsyn i samråd med MS när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. Länsläkarna är också skyldiga att utöva tillsyn över anstalter för vård och uppfostran av barn. Detaljerade regler gäller för läkarvården vid anstalterna och SS har i samråd med MS utarbetat normalinstruktioner för läkare vid daghem och leksskolor.

Åldringsvård m. m.

"Åldringsvården och långtidssjukvården är starkt beroende av varandra" konstaterar utredningen. Det finns ingen klar gräns mellan sociala och sjukvårdande åtgärder. Det är ofta sjukdom som är orsak till att människor måste tas om hand inom socialvårdens ram. Behovet av slutna åldersvård och sjukvård är i hög grad beroende av om man genom hälsovård och social och medicinsk förebyggande vård kan förhjälpa åldringarna bo kvar i sina hem och därigenom begränsa behovet av slutna sjukvård. Den sociala hemhjälpssvårdens utformning och effektivitet är starkt varierande över landet. Här kräves fortsatta initiativ.

Finns det anledning anta att behovet av socialhjälp beror på sjukdom eller annan kroppslig eller själslig brist eller svaghet skall i regel yttrande inhämtas av läkare om lämpligaste formen för hjälpåtgärderna. Även i den sociala hemhjälpssvårdens verksamhet krävs medicinsk medverkan när det gäller bedömning av vårdbehov, personalens utbildning liksom för samordnande av verksamheten med läkare, distriktssköterskor, mödra- och barnavårdscentraler etc.

Nyktethetsvård

Denna vård har alltsedan 1913 års lag om behandling av alkoholister till övervägande del an-

setts som en social fråga och SS har hela tiden varit tillsynsmyndighet.

Länsnyktethetsnämnder och kommunala nyktethetsnämnder har att övervaka nyktethetstillståndet samt att i enlighet med vad gällande lag anvisar vidta de åtgärder som krävs för dess förbättrande.

Läkare skall enligt lagen medverka i de kommunala nämnderna liksom i länsnämnderna. Utredningen berör svårigheterna att få den stadgade läkarmedverkan under vissa förhållanden såväl i nyktethetsnämnd som inom anstaltsvård. Centralt har MS:s befattning med nyktethetsvården begränsats till samråd med SS då man skall utse läkarledamöter i länsnyktethetsnämnderna. Dessutom har MS haft ansvaret för Salberga-anstalten, som ingår i mentalsjukvårdsorganisationen. Men faktiskt har MS:s engagemang i fråga om nyktethetsvården under senare år ökat i och med att de alkoholskadade i allt större utsträckning frivilligt söker sjukvård, i första hand vid lasarettens psykiatriska kliniker och inom mentalsjukvården för övrigt men också i viss utsträckning vid kroppssjukvården.

Utredningens syn på sammanslagning av de båda styrelserna

Utredningen konstaterar med hänvisning till professor Gunnar Inghes studie "Fattiga i folkhemmet", 1960, att i fråga om långvarigt understödda socialhjälpssfall den första samhällskontakten som togs av klientelet, efter den förändring som medförde deras pauperisering, i över hälften av fallen gällde läkare eller sjukhus men endast i omkring en tredjedel socialvårdsorgan. Inghes framhåller att en nära samverkan mellan sjukvård och socialvård har stor betydelse och att den medicinska behandlingens resultat ofta är beroende av om den kan kombineras med effektiva socialvårdande åtgärder. I många fall kan å andra sidan den socialvårdande effekten endast nås i förening med medicinska insatser.

Uppenbart är att den allmänna utvecklingen för hän mot ett utbyggt och fördjupat samarbete. De båda utredningarna har en enig uppfattning om att en förbättrad och effektivare vård i de enskilda

fallen skulle åstadkommas, om den medicinska och socialvårdande verksamheten på fältet sammanfördes i ett gemensamt organ.

SS och MS har alltså blivit beroende av varandra i sitt praktiska handlande beträffande allt större delar av verksamhetsområdet och detta även beträffande frågor där samarbete inte är reglerat författningsmässigt. För en fusion talar att socialstyrelsen undan för undan fått sitt verksamhetsområde begränsat till sociala frågor med tyngdpunkten på personlig omvårdnad, medan MS på sjukvårdssidan undan för undan måst vidta speciella åtgärder för att tillgodose och komplettera den medicinska vården med sociala insatser.

De traditionsmässiga gränserna mellan hälso- och sjukvårdens samt å andra sidan socialvårdens administration blir under sådana förhållanden allt svårare att upprätthålla, säger utredningen. Den gamla ordningen förhindrar en rationell ledning och utveckling av hela fältet. Den ständigt fortgående utbyggnaden såväl av socialvård som sjukvård kommer i belysning av knappheten på arbetskraft och stigande kostnader att öka behovet av samplanering mellan de två områdena även centralt. Utredningen framhåller särskilt prognos- och planeringsfrågorna såsom väsentliga härvidlag. Den effektiva samordningen av socialvårdens och sjukvårdens planering försvåras av att huvudmannaskapet i princip är delat mellan primär- och sekundärkommuner, likaså att det centrala ansvaret för planeringsverksamheten är delat mellan SS och MS. Det är inte möjligt att få en rationell planering i fråga om vårdplatser, anordningar för öppen vård, personal och andra resurser utan ömsesidig hänsyn. Påtagliga risker för felinvesteringar uppstår t. ex. genom att det centrala ansvaret för primärkommunernas åldringsvård och sjukvårdshuvudmännens långtidsvård är uppdelat. När i fråga om arbetskraften ungefär samma krav kan ställas av båda vårdområdena är det angeläget att man får en riktig fördelning.

Utredningen anser alltså att det finns klara funktionella fördelar av att en enhetlig planeringsverksamhet samlas under samma myndighet.

"Behovet av en enhetlig statlig planeringsledning kommer att öka med den utveckling inom

vårdområdena och den stigande knapphet på personal som är att förutse."

Utredningen betonar såsom "ofrånkomligt" att prognoser rörande vårdplatser, personalbehov och personaltillgång, utbildningsbehov och liknande samt en på prognoserna grundad total planering i framtiden göres gemensamt för sjukvården och socialvården. Detta talar för en sammanslagning av SS och MS. Därigenom skapas förutsättningar för en helhetssyn på sjukvårdens och socialvårdens behov, varav organisatoriska fördelar och även arbetsmässiga förenklingar kan uppnås.

Ytterligare fördelar av en fusion

Om det gäller att utforma olika vårdformer och behandlingsmetoder eller att ge föreskrifter, råd och anvisningar i enskilda fall väntar utredningen att reformen skall leda till en konsekvent samordning av de sociala och medicinska inslagen. Medicinska och sociala intressen, integrerade inom samma verk, kommer att medföra för båda sidor ett givande dagligt samarbete. Härigenom kan man förvänta en förbättrad kvalitet på vården som direkt kan tillgodogöras de enskilda vårdfallen.

Utredningen anser att ett gemensamt ämbetsverk kommer att medföra en naturlig sammanföring även på länsplanet av länsläkarorganisationen och socialvårdsorganen. Samarbetet mellan verksamma nämnder inom socialvården och sjukvården kommer att underlättas regionalt och lokalt. Sannolikt skulle också svårigheterna att få läkarkrafter till socialvården underlättas.

Utredningen hoppas också att man genom att sammanföra vissa arbetsrutiner från de båda centrala verken och genom en decentralisering kan åstadkomma personalbesparingar, men väsentligast är den förväntade ökningen av effektiviteten och tillgång på kvalificerad sakkunskap inom alla berörda områden.

Vissa svårigheter och nackdelar

En viss betänksamhet har rätt i fråga om det nya stora verkets förmåga att omhänderha den sociala problematiken, då hälso- och sjukvården ändå måste komma att bli det största arbetsfältet. Utredningarna anser emellertid, att de sociala syn-

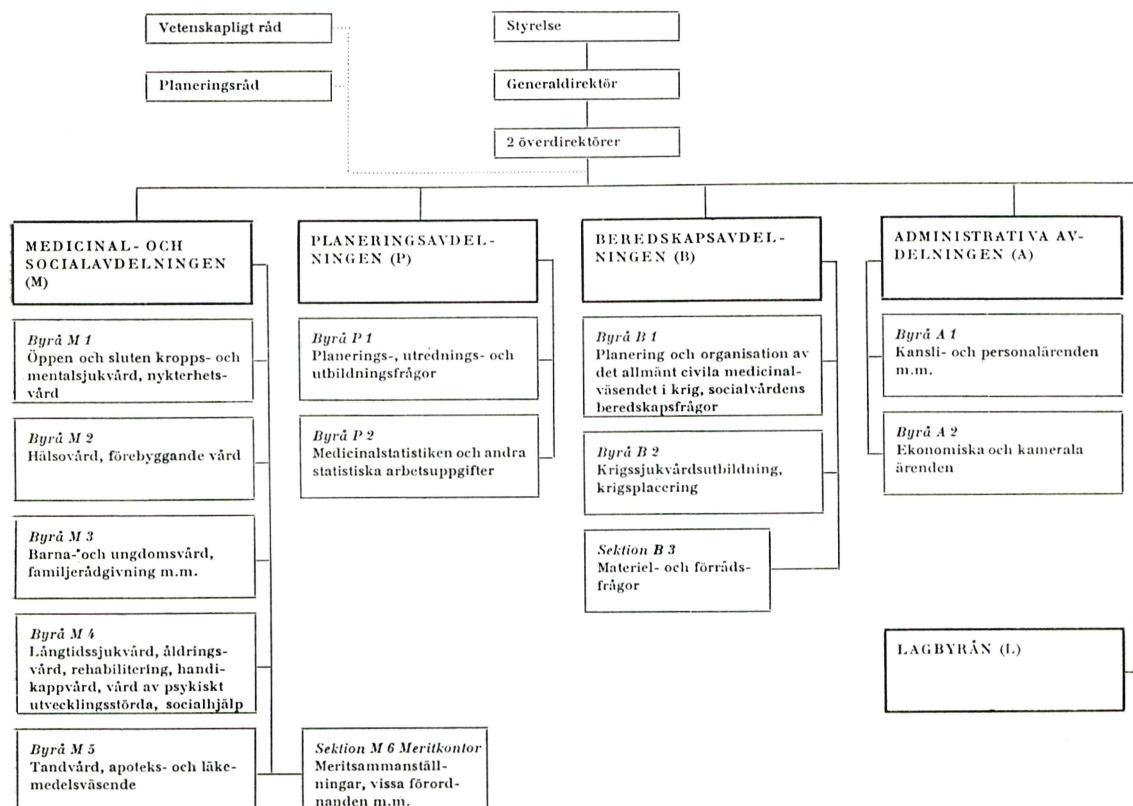
punkterna kommer att bli tillräckligt beaktade genom lekmanastyrelsen för verket. Den ger garanti mot ensidighet vid utformningen av verkets policy. Likaså innebär förslaget i sin helhet att ett nära samarbete kommer att skapas mellan social- och sjukvårdssidorna inom verket. Socialvårdsgrenarna kommer att representeras genom befattningshavare med speciella insikter inom socialvårdsområdet. En växelverkan åsyftas här mellan socialvårdens specialister och läkarna. Detta kommer att medföra ökad ömsesidig förståelse och att sociala och medicinska synpunkter tillsammans beaktas på ett för den enskilda människans hjälpbehov fördelaktigt sätt.

Utredningarna hyser inga farhågor för att det föreslagna ämbetsverket skall bli för stort. Sammanlagt kommer enligt förslaget 470 tjänstemän

att vara anställda där. Inte heller verksamhetsområdets "spännvidd" anses lägga hinder i vägen för en sammanslagning. Men de risker som finns är beroende av organisationens allmänna uppbyggnad och särskilt chefspersonalens dimensionering och kapacitet. Genom att uppdelna verket på avdelningar under chefer med stort och omfattande ansvar för olika delområden och genom att övergå till administrativa byråchefer anses det sammanlagda verkets ledningsorganisation vara tillräcklig.

I en kort sammanfattning framhåller utredningarna att fördelarna av ett gemensamt verk vida överväger de nackdelar som kan befaras. Som namn på det nya ämbetsverket har utredningarna under arbetet använt uttrycket "Statens hälso- och socialvårdsstyrelse" (SHS) men insisterar inte att detta namn skulle vara det enda tänkbara.

Översiktsplan för statens hälso- och socialvårdsstyrelse



Organisationen av statens hälso- och socialvårdsstyrelse

Verksledning

Tidigare har varje utredning för sig ansett sig böra föreslå lekmannastyrelser för resp. ämbetsverk. Samma överväganden föranleder dem nu uttala att även SHS bör ha sådan styrelse, utsedd av Kungl. Maj:t. Utredningarna förutsätter att verksamheten skall vara ordförande och att styrelsen i övrigt skall bestå av 8 ledamöter. Av dessa bör 2 utses efter förslag av Svenska landstingsförbundet, 1 efter förslag av Svenska kommunförbundet och 1 efter förslag av Svenska stadsförbundet. Av detta följer att Kungl. Maj:t utser övriga 4 utan förslag. Ersättare för ledamöter bör utses i samma ordning.

I fråga om styrelsens beslutsområde har de båda utredningarna förenat sig om att förorda MCA-utredningens förslag i fråga om MS.

Vetenskapligt råd planeringsråd

Behovet av vetenskapligt råd föreligger alltså men det behöver kompletteras och erhålla benämningen "hälso- och socialvårdsstyrelsens vetenskapliga råd".

I MCA-utredningen föreslås att ett planeringsråd inrättas som rådgivande organ vid MS:s sida. Detta råd blir vid ett sammanförande av vårdområdena ännu mera behövligt. I fråga om arbetsområde, uppgifter och sammansättning m. m. förelås gälla vad MCA-utredningen anfört men med tillägget att dess verksamhet skall omfatta också socialvård.

Beslutande nämnder

Tidigare har MCA-utredningen utgått ifrån att vissa nämnder med egen beslutanderätt inom sina respektive områden skall kvarstå inom MS utan förändring av ställning och uppgifter. Förhållandet blir detsamma efter en sammanslagning. Följande nämnder kommer alltså att fungera som förut: disciplinnämnden

socialpsykiatriska nämnden
nämnden för utländska läkare
nämnden för utländska tandläkare
nämnden för läkares specialistbehörighet
nämnden för tandläkares specialistbehörighet.

Utredningarna föreslår att SHS under generaldirektören får två överdirektörer. En av dessa bör vara läkare. Företrädare för social sakkunskap skall också finnas på detta plan men förslag om kompetensföreskrifter meddelas icke.

Administrativa chefer

Det blivande SHS-verket skall enligt utredningarna i princip erhålla samma administrativa uppbyggnad och fördelning av ansvaret mellan fackmän och administrativa chefer som angetts i MCA-utredningen. För att tillgodose behovet av kvalificerad socialfackkunskap föreslås att tre särskilda socialrådstjänster inrättas, en för barn- och ungdomsvård, en för nykterhetsvård samt en för "socialvård i övrigt". Det sistnämnda rådet får tyngdpunkten av sin verksamhet inom åldringsvården, uttalar utredningarna. Antalet medicinalråd har för MS:s del föreslagits till 14. Sammanläggningen föranleder ingen ändring.

Vid uppdelning av SHS på avdelningar har utredningarna bestämt avrått från att skilja hälso- och sjukvård från varandra. Ett av de avgörande skälen för en sammanslagning är att man kan åstadkomma en integrering i vårdverksamheten av de medicinska och de sociala intressena. För den skull krävs att en sammanläggning av SS och MS medför en integrering även inom avdelnings- och byrånivåerna.

Sådana ärenden som inte är att hänföra till planerings- eller beredskapsfrågor bör alltså oavsett om de är enbart av socialvårds- eller av medicinalkaraktär eller omfattar bådadera, sammanhållas inom en avdelning.

Medicinal- och socialavdelningen

Medicinal- och socialavdelningen kommer att ha en stor och rikt förgrenad verksamhet. Man

har övervägt att klyva avdelningen i två, men det kan inte göras utan att man då förlorar de nära kontakter mellan olika vårdområden som är nödvändiga för att säkerställa samarbetet. Avdelningen skall ledas av en avdelningschef och en biträdande avdelningschef.

Nykterhetsvården har ansetts ha så nära samband med kropps- och mentalsjukvården att de samordnats i en och samma byrå. Även narkomanvården hänvisas till denna byrå M 1.

Till byrå M4 sammanförs långtidssjukvård vari innefattas geriatrik, åldringsvård, i övrigt rehabilitering, handikappvård, vård av psykiskt utvecklingsstörda samt socialhjälp.

Planeringsavdelningen

Avdelningen uppbygges i enlighet med MCA-utredningens förslag men med det tillägget att även socialvården skall ingå i uppgifterna. Trots denna utökning anser man sig tills vidare inte böra rekommendera ett ytterligare antal tjänster för planerings- och utredningsarbetet än vad som framkommit i MCA-utredningen.

För närvarande ligger praktiskt taget all socialvårdsstatistik hos Statistiska centralbyrån. Nu föreslår utredningarna av flera skäl att denna statistik eller åtminstone delar av den kommer att bli en uppgift för det blivande verket.

MCA:s förslag beträffande beredskapsavdelningen kvarstår tills vidare oförändrat.

Administrativ avd. och information

Den administrativa avdelningens verksamhet bör uppdelas på två byråer, den ena för kansli- och personalärenden m.m. och den andra för ekonomiska och kamerala ärenden. Personalbehovet vid den administrativa avdelningen har grundats på en allmän uppskattning i jämförelse med nuläget. Den sammanslagna avdelningen har sex tjänster mindre än vad som framkommit i de separata förslagen men man räknar därutöver med ytterligare besparingar. Inom denna byrå föreslås att en informationssektion skall överta de separata verkens

uppgifter. En redaktör beräknas direkt placerad under verksledningen. För den interna informationen räknar man med att erhålla en särskild tidning om verkets policy, prognoser, utredningsresultat, översiktsartiklar m. m. Däremot anses inte behov föreligga för någon facktidsskrift i trängre bemärkelse med hänsyn till att det förekommer en så stor mängd med tidskrifter i landet som behandlar medicinalväsande och socialvård.

Den regionala organisationen

Det betonas, att en sammanslagning på det centrala planet av de statliga verken gör det nödvändigt att få tillgång till både fackmässigt och administrativt väl utbyggda regionala organ. Utredningarna anser därför att socialkonsulentkontoren som föreslagits av särskild utredning (SOU 1963:30) och länsläkarorganisationen bör samordnas. Det är på längre sikt en förutsättning för att det centrala verkets arbetsuppgifter skall kunna genomföras, att man har en regional organisation som är mäktig att själv handha även kvalificerade frågor och ta de initiativ som lokala förhållanden påkallar. De regionala organen skall också självständigt kunna ge råd och upplysningar i enskilda fall och utöva fortlöpande tillsynsverksamhet. Men frågan om den mera definitiva utformningen av de regionala statliga organen inom socialvård och medicinalväsande bör bli föremål för särskild utredning.

De båda utredningarnas gemensamma betänkande slutar med en genomgång av lokal- och utrustningsfrågor samt en redogörelse för kostnadsberäkningarna. De i betänkandet framlagda förslagen rörande SHS, SMA, CSB och SJURA har beräknats medföra en sammanlagd årlig utgiftsökning med 4,78 milj. kronor. Av samhällets kostnader, beräknade för år 1965 till minst 5 miljarder kronor för hela vårdområdet, utgör den centrala administrationskostnaden sammanlagt 20 milj. kronor, eller cirka 4 promille. "Detta måste anses vara en låg kostnad för de centrala planerande och allmänt ledande organens verksamhet", konstaterar utredningen.

E. Husmark