

# BEHÖVS LANDSTINGEN LÄNGRE?

Administrativ apparat som överlevt sig själv

**Landstingens uppgifter skulle med fördel kunna överföras till andra samhällsorgan som redan sysslar med liknande ting. Det skulle spara stora pengar, och onödiggöra dagens katastrofala nedskärningar inom sjukvården. En historisk resumé visar att landstingsorganisationen överlevt sig själv.**

När landstingen inrättades 1861 var motivet att skapa regionala enheter, stora nog för uppgifter som näringsstöd, yrkesundervisning i lantbruks- och folkhögskolor samt lasarettsvård – det fanns ett lasarett i varje län. Kostnaderna var begränsade och klarades de första decennierna helt med hjälp av brännvinsskatten.

På 1900-talet ökade kostnaderna bl a för den expanderande lasarettsvården. Som en följd därav började man ta ut landstingsskatt, som ständigt sköt i höjden.

När jag i mitten av 1940-talet började arbeta som läkare och några år senare engagerade mig politiskt i landstingsarbetet, hade landstingen mycket begränsade uppgifter: lasarettsvård, distriktssköterskor, en viss omsorg om psykiskt utvecklingsstörda med »idiotanstalter» som inrättades på 1880-talet, samt ovannämnda undervisning. Folkvandvården började så sakta byggas upp, och bidrag gavs till olika sociala ändamål.

## Stat och kommun

Den öppna sjukvården sköttes av de statligt anställda provinsialläkarna och i städerna av kommunalt anställda stads- läkare och privatpraktiserande läkare. För långtidssjukvård hade landstingen börjat inrätta »kronikerhem», där läkaransvaret ofta låg på en deltidsavlönad

privatpraktiker. En stor del av långtidsvården sköttes dock vid kommunernas ålderdomshem, med en kommunalt avlönad läkare som ansvarig.

Den kommunalt anställda stadsläkaren hade ansvaret för vården vid de landstingsägda epidemisjukhusen och hade tillsyn över hygien i kommunens livsmedelshandling, vatten- och avlopp m m och var obligatorisk ledamot av hälsovårdsnämnden, som i regel följde hans förslag.

Kommunerna hade alltså ansvar för en avsevärd mängd hälso- och sjukvård. Statens ansvar var också stort: all den tunga psykiatrin med de stora sinnessjukhusen, provinsialläkarevården och den regionala tillsyn som utövades av förste provinsialläkaren.

Denne fick en grundlig lokal känedom om all sjukvård i länet på ett sätt som Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter aldrig kan få. En av de dåraktiga »reformer» som vi utsattes för var när den förste provinsialläkaren, senare om döpt till länsläkare, avskaffades.

## Nya huvudmannaskap

Under 1950- och 1960-talen kom en våg av huvudmannaskapsförändringar, när regering och riksdag beslöt att all sjukvård skulle samlas till landstingen, vilket skulle förbättra vården. På vissa punkter blev det bättre, t ex ifråga om den psykiatriska vården, som lokalmänsigt enklare kunde samordnas med den somatiska.

De väsentliga förbättringarna berodde dock på att landstingen pumpade in mer pengar i psykiatrin, oaktat försäkringar från förhandlingen med staten att reformen inte skulle innebära någon kostnadsövertäckning. Men landstingsskatten var fortfarande måttlig, och få protesterade när den höjdes.

Samtidigt upplevde vi att kraven på kommunal service ökade. Grundskola, barnomsorg, äldreomsorg, och de många små kommunerna mäktade inte leva upp till statens förväntningar.

Det fanns två utvägar ur detta dilemma. Man kunde lägga ansvaret för kostnadskrävande reformer på de större och ekonomiskt starkare enheterna, landstingen, så som skedde t ex i Danmark. Man kunde annars slå ihop flera små

## DEBATT

”Gör husläkarna till egna företagare, vilket förbättrar både ekonomi och vård, som Göran Sjönell övertygande visat. Låt sjukhusen drivas av stiftelser eller bolag i effektiv konkurrens utan tvingande lokala band ...”

kommuner till bärkraftigare större enheter.

## Dyr reform

Man valde det senare alternativet och avskaffade därmed en mängd småkommuner med förtroendevalda, som på fritid skött det mesta av kommunens angelägenheter. En svällande tjänstemannakår växte upp, som fördyrade storkommunreformen mer än någon förutsett.

Samtidigt ökade avståndet mellan förtroendevalda och väljare. Där man förut kunnat vända sig till sin granne och goda vän för att lösa kommunala problem, fick man nu vända sig till en anonym instans långt borta.

Förtroendet sviktade och politikerförakt växte fram. När man märkte vad man ställt till med, försökte man på sina håll bättra på det genom att inrätta kommundelsnämnder, men det ledde bara till fler tjänstemän och mer byråkrati.

Sedan vände flodvågen och slog bort från landstingen. Under 1980- och 1990-talen överfördes en rad uppgifter från landstingen till kommunerna: äldreomsorg, hemsjukvård, psykiatrisk långvård och omsorg om psykiskt utvecklingsstörda – men man gjorde det halvhjärtat.

## Upprörande följder

Äldreomsorgen fick inte med sig läkarna av obegriplig anledning, utan man skapade en läkarfri kommunal sjukvård, som fått alltmer upprörande följder och nu tvingar fram någon sorts lösning. Några kommuner har fått till-

## Författare

NILS BRAGE NORDLANDER

med dr, f d överläkare, nu privatpraktiker; f d landstingspolitiker (fp), Uppsala.

stånd att ta över primärvård/husläkare från landstingen och har därmed kunnat avhjälpa läkarbristen i den kommunala sjukvården.

Sjukhusen har fått växande ekonomiska problem och ålagts orimliga sparbetning, sedan det blivit stopp för höjning av landstingsskatten. De har utsatts för en prestationsersatt konkurrens med »beställarnämnder» i landstingen som betalare. På några håll – S:t Görän i Stockholm t ex – har driften av sjukhusen lagts i privata händer, medan den solidariska betalningen ligger kvar hos landstingens »beställare».

Man har försökt trösta landstingen genom att dit överföra en del av sjukförsäkringens pengar, t ex ersättningen till de privata läkarna, en del rehabiliteringspengar och nu kanske också läkemedelskostnaden. Många vill också att landstingen skall överta länsstyrelsernas regionala planering och tillsynsansvar, vilket möter starkt motstånd från kommunerna, som beteckar sig för något slags landstingsförmyndarskap.

### Vad skall vi göra?

Nu sitter vi här med våra stora och dyra kommuner och våra avlödade landsting, som blivit av med en stor del av sina skatteintäkter genom skatteväxling till kommunerna. Hur skall vi på bästa och effektivaste sätt lösa de uppgifter som vi i god demokratisk ordning vill lösa gemensamt?

Gör husläkarna till egna företagare, vilket förbättrar både ekonomi och vård, som Görän Sjönell övertygande visat. Låt sjukhusen drivas av stiftelser eller bolag i effektiv konkurrens utan tvingande lokala band, som idag reser orimliga barriärer och hindrar människor att söka vård utanför sitt eget landsting.

Bäst vore att behålla den statliga sjukförsäkringen, eventuellt fördelad på flera konkurrerande försäkringsbolag, som får svara för betalningen av sjukhusvård och läkarvårdsräkningar från den öppna vårdens läkare. Då slipper vi de hänsyn till den lokala ekonomin, som idag hotar att blockera tillgången till högspecialiserad regionvård.

### Inhuman stängning

Då slipper vi också den inhumana stängningen av privatläkarmottagningar, som landstingen idag ägnar sig åt till många patienters förtvivlan. En central betalningsinstans kommer nämligen att finna att privatläkarvården är både billigare och effektivare än den hittills landstingsdrivna.

Låt försäkringen behålla ansvaret för läkemedelskostnaderna. Annars kommer vi att få orimliga regionala skillnader i både tillgång till och kostnader för läkemedel.

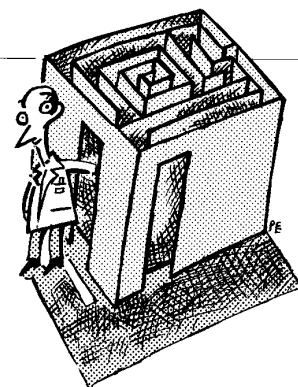
Låt de landstingsdrivna gymnasieskolorna ingå i den kommunala skolan och högskolan i den statliga universitetsorganisationen till fromma för forskningen och kompetensen. Det har offentliga utredningar föreslagit redan för länge sedan, men ingenting har blivit av.

Den regionala planeringen i ett litet land med 9 miljoner invånare bör skötas centralt och enhetligt. De europeiska regioner, som man idag frammanar som exempel inför en svensk regionalisering, har var och en mycket större befolkning än hela Sverige.

### Slipper sparkraven

Ett sådant Alexanderhugg, som att lägga ner landstingen och överföra deras uppgifter till andra samhällsorgan, som redan i dag sysslar med närliggande ting, skulle spara stora pengar och göra nuvarande katastrofala sparkrav inom vården överflödiga. Det skulle avhjälpa de regionala skillnader i vårdutbudet, som beror på olika majoriteter i landstingen.

En stor administrativ apparat med landstingsdirektörer och landstingsråd med stora staber, ett landstingsförbund med flotta lokaler och stor stab skulle kunna avvecklas. Med självstyrande sjukhus och husläkare skulle det bara behövas marginella förstärkningar i kommunernas och försäkringskassornas administrativa apparat för att ta hand om uppgifter som de redan idag delvis sköter om. •



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19