Socialutskottets betänkande

1981/82:3

om tillgodoseende av vissa service- och vårdbehov inom hälso- och sjukvården m. m.

Motionsyrkanden

I motion 1980/81:1631 av Bertil Dahlén (fp) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts angående vårdkvaliteten för diabetikerna.

I motion 1980/81:1632 av Olle Eriksson m. fl. (c, s, m, fp, vpk) hemställs att riksdagen hos regeringen begär att idrottens medicinska servicebehov blir beaktat i den fortsatta handläggningen av hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande inför en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården.

I motion 1980/81:1646 av Hans Nyhage (m) hemställs att riksdagen uttalar sig för vad i motionen anförts beträffande

1. ett system med till vissa apotek knutna apoteksköterskor,
2. distriktsfarmaceuter inom primärvårdens öppenvårdsteam/hemsjukvårdsgrupper.

Bakgrund om pågående strukturförändring inom hälso- och sjukvården m. m.

Uppdelning på tre vårdnivåer (primärvård, länssjukvård och regionsjukvård)

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen för sjukhusorganisationen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en ändrad struktur av sjukvården. Den öppna vården utanför sjukhus ställdes därvid i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare, och en rad reformer har genomförts för att förstärka denna vård.

Grundläggande för pågående utveckling inom hälso- och sjukvården är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80), som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1). I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheterna på primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och vid sjukhem. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande centrallasaretten) och vid länsdelssjukhus (motsvarande normallasaretten) – samt på regionsjukvården (vid regionsjukhus).

Med primärvård avses i HS 80 all hälsovård och all sjukvård som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Primärvården skall primärt svara för såväl det kroppsliga som det psykiska hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde och omfatta den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långtidssjukvård. Temporärt, när primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder som erfordras beträffande viss patient, skall ansvaret för patienten övergå till läns- eller regionsjukvården. Så snart man där anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Vårdresurserna skall tillhandahållas i första hand vid vårdcentraler och sjukhem. Sjukvårdsområdena skall uppdelas på ett antal primärvårdsområden av varierande storlek, vilka formellt skall motsvara sjukvårdslagens läkardistrikt.

Hälsovården föreslås bli i princip helt integrerad med sjukvården. Till primärvårdsuppgifterna avses även höra uppgifterna inom omgivningshygien, livsmedelshygien, den allmänna hälsovården samt smittskyddet. Hälsovårdsupplysning, aktiv medverkan i skyddet mot miljöfaktorer som hotar invånarnas hälsa och uppsökande verksamhet, främst i form av hälsokontroller inriktade på särskilt utsatta grupper, förutsätts vara uppgifter för primärvården.

Primärvården förutsätts skola nära samarbeta med socialvården (socialtjänsten).

Förutom läkare för allmänmedicin avses även läkare med annan specialistkompetens tjänstgöra inom primärvården.

Den s. k. distriktsvården med distriktssköterskor faller helt inom primärvården och skall utgöra en av de väsentligaste komponenterna i denna. Även sjuksköterskor med annan vidareutbildning förutsätts få uppgifter inom primärvården liksom undersköterskor samt arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster och annan personal.

Det förutsätts att personal av olika kategorier skall bilda vårdlag, bl. a. för hemsjukvård.

Förslag till ny lagstiftning för hälso- och sjukvården

Den år 1975 tillkallade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) – vilken haft i uppdrag att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården – avgav under hösten 1979 sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till en hälso- och sjukvårdslag. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet. En proposition på grundval av förslag i betänkandet beräknas komma att föreläggas riksdagen före det kommande årsskiftet.

I HSU:s förslag till hälso- och sjukvårdslag anges som mål för hälso- och sjukvården att den skall främja en god hälsa hos hela befolkningen samt erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor. En god hälso- och sjukvård skall bl. a. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet, präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden, vara nära och lätt tillgänglig samt vara organiserad så att goda kontakter mellan de vårdsökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas. Landstingskommunerna och kommunerna som inte ingår i landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården, vilket bl. a. skall innebära att varje huvudman skall bära ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom huvudmannens område och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem. Huvudmännen skall vidare vid sin medverkan i samhällsplaneringen verka för en god hälsa hos befolkningen. Angelägenheten av hälso- och sjukvårdens inriktning på förebyggande åtgärder framhålls, dvs. samhällsinriktade förebyggande åtgärder samt sjukdomsförebyggande och uppspårande individinriktade åtgärder.

Diabetikervården

Motionen

I motion 1980/81:1631 (fp) framhålls bl. a. att utbyggnaden av primärvården inte får betyda att alla typer av specialmottagningar försvinner. Det påpekas att vårdkvaliteten skulle sjunka katastrofalt om diabetesmottagningarna försvinner. I stället måste, enligt motionären, antalet vårdlag bestående av specialutbildad sjuksköterska, dietist och fotvårdare öka kraftigt. Dessa vårdlag, påpekar motionären vidare, kan dock med fördel placeras i primärvården. Motionären framhåller vidare att för att få kontinuitet och kvalitet i vården ett nära samarbete måste finnas med den slutna vården och att patienterna skall kunna ta den slutna vårdens resurser i anspråk, när så behövs.

Underlag till vårdprogram för diabetes av socialstyrelsens vårdprogramnämnd

Diabetikerna tas huvudsakligen om hand inom primärvården och inom länssjukvården. Regionsjukvårdens resurser krävs i speciella situationer.

Socialstyrelsen beslutade år 1975 starta en verksamhet med att utarbeta underlag till vårdprogram. Underlagen är avsedda att tjäna som stöd och stimulans då man lokalt inom t. ex. sjukvårdsområden utarbetar vårdprogram. Vårdprogram definieras som lokalt överenskomna handlingslinjer för den medicinska verksamheten rörande en viss sjukdom eller ett visst problem.

År 1977 presenterade socialstyrelsens vårdprogramnämnd i en skrift ett

underlag till vårdprogram för diabetes som utarbetats under ledning av professor Rolf Luft.

Huvudlinjen i det handlingsprogram som presenterats i skriften är att diabetesvården i stor utsträckning bör bedrivas i primärvården. Vårdresurserna blir därmed lättillgängliga för patienten. Omvårdnaden och den personliga kontakten bör öka patientens möjligheter och motivation att aktivt delta i skötseln av sin sjukdom och därmed bidra till vårdresultatet.

I handlingsprogrammet har utgångspunkten varit att berörd personal samverkar. Läkare, sjuksköterskor, dietister, fotvårdspersonal, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och socialarbetare bör medverka i ett grupparbete. I handlingsprogrammet presenteras en översiktlig beskrivning av arbetsuppgifter för läkare, sjuksköterskor och dietister. Regeln har varit att ett flertal av de vanligaste och mest tidskrävande åtgärderna – t. ex. kostinstruktion, sjukdomsinformation, självkontroll – till stor del delegeras till sjuksköterskor och dietister. Detta medför att läkarnas insatser koncentreras till problem som kräver deras kunskaper och erfarenheter. Dessa senare problem är mycket omfattande: bedömning av insulinbehovet, diabeteskomplikationer, andra sjukdomar hos diabetikern etc.

I skriften beskrivs generellt en modell till vårdorganisation för diabetiker så att den skall kunna anpassas till olika lokala förutsättningar. Målet för handlingsprogrammet anges vara att diabetesvården på alla nivåer skall vara medicinskt kvalificerad och lättillgänglig för patienterna. Om modellen till vårdorganisation anförs bl. a. följande.

I modellen för vårdorganisation ingår *diabetescentra* med uppgifter främst inom utbildning samt forskning och utvecklingsarbete. Deras inordnande i sjukvårdsorganisationen får avgöras mot bakgrunden av de lokala förutsättningarna – förekomst av endokrinologiska kliniker och sektioner, av redan utbyggda enheter för diabetesvården etc. Ett sådant diabetescentrum skall svara för samordning och ledning av utbildningen av personal och patienter samt bedriva klinisk diabetesforskning och i vissa fall även grundforskning. En väsentlig uppgift för diabetescentra är även att medverka i uppföljning, utvärdering och revidering av tillämpade handlingsprogram för diabetesvård. Vid diabetescentrum bör även bedrivas utvecklingsarbete beträffande metoder för undervisning och instruktion.

Verksamheten vid diabetescentrum skall grundas på ett samarbete med länssjukvården och primärvården i sjukvårdsområdena. Diabetescentrum bör stödja och stimulera personalen på sjukhus och vårdcentraler att medverka i utbildning, uppföljning och utvärdering av vårdarbetet samt i forskningen. Diabetescentrum bör dimensioneras så att utrymme också finns för sådan sjukvård som kräver regionsjukvårdens speciella resurser. Hur många diabetescentra som skulle krävas för en väl fungerande diabetesvård kan i dagens läge inte avgöras.

Enligt modellen kommer i de flesta fall personalen vid *vårdcentraler* och *distriktssköterskorna* att svara för den kontinuerliga kontakten med diabetikerna. Majoriteten av diabetikerna har en beskedlig form av sjukdomen och bör kunna tas om hand i primärvården, förutsatt att personalen bereds

tillfredsställande utbildning och att samarbetet mellan sjukhus och vårdcentraler ges en framträdande plats i organisationen. Härigenom skulle de högt kvalificerade resurserna vid sjukhus kunna utnyttjas rationellare, dvs. användas för patienter med stora resurskrav, komplikationer och andra allvarliga sjukdomar i kombination med diabetes.

En lämplig modell för primärvården är att en sjuksköterska eller distriktssköterska på vårdcentralen utbildas att svara för de fortlöpande kontakterna med diabetikerna. Denna sjuksköterska samarbetar med samtliga läkare på vårdcentralen som har hand om diabetiker, och verksamheten samordnas med länssjukvården. I de flesta fall kommer arbetsuppgifterna inom diabetesvården för en sådan specialutbildad sjuksköterska att endast utgöra en del av arbetstiden. Sannolikt skulle det krävas 30 000 till 40 000 invånare för att fylla en heltidstjänst med dessa uppgifter.

Distriktssköterskorna, som har nära och kontinuerlig kontakt med patienterna i primärvårdsområdet, kommer enligt handlingsprogrammet att ha väsentliga funktioner inom diabetesvården. Samtliga distriktssköterskor bör ges utbildning i diabeteslära.

Möjlighet att konsultera dietist bör föreligga i primärvården. På grund av de knappa resurserna kommer dietisternas insatser inom överskådlig tid huvudsakligen att koncentreras till utbildning av sjukvårdspersonal i de olika primärvårdsområdena.

Fotvårdspersonal bör anknytas till vårdcentraler och även samordnas med distriktssköterskornas verksamhet.

Länssjukvården blir enligt denna modell länken mellan primärvården och diabetescentrum. I varje sjukvårdsområde bör vid sjukhus finnas en mottagningsenhet med särskild inriktning på diabetes. Denna enhet bör innefatta läkare med specialutbildning, specialutbildad sjuksköterska, dietist, fotvårdspersonal och kurator. Diabetesenheten utgör remissinstans för primärvården och samarbetar med diabetescentrum i utformning av lokala kursprogram för utbildning av sjukvårdspersonal och patienter samt svarar – med metodologiskt stöd av diabetescentrum – för uppföljning, utvärdering och revidering av handlingsprogrammet för diabetes i sjukvårdsområdet.

Idrottsmedicinsk service inom öppenvården

Motionen

I motion 1980/81:1632 (c, s, m, fp, vpk) anförs bl. a. att ett allt bredare motionsidrottande efter hand leder till ett ökande behov av specialinriktad medicinsk service. Om vi vill ha ett fortsatt och ökat motionsidrottande i vårt land, måste vi också, anförs det vidare, arbeta för att skapa organisatoriska förutsättningar för en fungerande medicinsk forskning och service inom området.

Motionärerna erinrar om tidigare riksdagsbehandling av frågan om idrottsmedicinsk service och anför med anledning av ett yttrande av socialstyrelsen över en motion i ämnet under 1976/77 års riksmöte följande.

Socialstyrelsen såg vid den tidpunkten inte något behov av den begärda utredningen och menade att idrottens medicinska servicebehov borde kunna tillgodoses inom den framtida primärvården. Det bör i sammanhanget påpekas att andra remissinstanser såsom Läkarförbundet, Läkarsällskapet, Riksidrottsförbundet och de medicinska fakulteterna tillstyrkte den begärda utredningen, eftersom man upplevde ett trängande behov av att få de organisatoriska förutsättningarna för den idrottsmedicinska verksamheten lösta.

Under de år som gått sedan socialstyrelsen yttrade sig över motion 1976/77:1315 har avsaknaden av en organisatorisk bas för idrottens medicinska service blivit alltmer kännbar för såväl motions- och tävlingsidrotten som sjukvården. Detta framkom mycket tydligt, bl. a. vid idrottsmedicinska föreningens möte i april 1979, varvid även närvarande representant för socialstyrelsen instämde i bedömningen att nuvarande förhållanden är klart otillfredsställande. Förhållandet att idrottsmedicinska föreningen är den sektion inom Läkarsällskapet som vuxit snabbast under de senaste åren är dels ett uttryck för ett ökande intresse från läkarnas sida för idrottsmedicinska frågor, dels resultatet av en ökande efterfrågan på idrottsmedicinsk service och kompetens. Idrottens alltmer trängande behov av utbildning, forskning och service inom området har bl. a. kommit till uttryck i Riksidrottsförbundets senaste petita där en till idrottens forskningsråd knuten professur i idrottsmedicin äskas.

I motionen understryks avslutningsvis att det är väsentligt att man inför utformningen av en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården beaktar idrottsrörelsens speciella behov och strävar efter att tillgodose det idrottsmedicinska servicebehovet inom den framtida öppenvården.

Tidigare riksdagsbehandling

1977/78 års riksmöte

I *en under 1976/77 års riksmöte väckt motion*, vilken hänvisades till socialutskottet, begärdes utredning om hur och var idrottsmedicinska serviceenheter borde byggas upp samt om hur bestämmelser för medicinsk specialitet i idrottsmedicin borde utformas. Utskottet inhämtade yttranden över motionen från socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet, Sveriges riksidrottsförbund samt Sveriges läkarförbund. Härjämte inkom yttranden från gymnastik- och idrottshögskolan (GIH) i Örebro samt från styrelsen för gymnastik- och idrottshögskolorna, vilka högskolor genom den år 1977 genomförda högskolereformen uppgått i nya högskoleenheter.

Kommunförbundet, Läkaresällskapet, Riksidrottsförbundet och Läkarförbundet tillstyrkte motionsförslaget om utredning av frågan om inrättande av idrottsmedicinska serviceenheter. GIH i Örebro uttalade sig för en sådan enhet av visst slag. UHÄ, Landstingsförbundet och styrelsen för gymnastik- och idrottshögskolorna ansåg att överväganden om inrättande av idrotts-

medicinska serviceenheter ankom på hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen fann inte skäl tillstyrka förslaget om utredning. Myndigheten ansåg att behovet av idrottsmedicinsk service borde kunna tillgodoses inom ramen för den av myndigheten föreslagna vårdstrukturen för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen framhöll att större delen av den rådgivande och behandlande idrottsmedicinska insatsen borde kunna utföras inom den framtida primärvården och att länssjukvården eller regionsjukvården kunde anlitas vid behov av mera avancerad medicinsk service m. m.

Socialutskottet, som behandlade motionen i det i början av 1977/78 års riksmöte avgivna betänkandet SoU 1977/78:4. föreslog att motionen skulle avslås, vilket blev riksdagens beslut. Utskottet anförde bl. a. följande.

Utskottet anser i likhet med socialstyrelsen att behovet av idrottsmedicinsk service bör kunna tillgodoses inom ramen för den vård som kommer att kunna lämnas vid en sådan vårdstruktur för hälso- och sjukvården som styrelsen föreslagit. Då det därtill i första hand ankommer på sjukvårdshuvudmännen att pröva om särskilda resurser skall avdelas för idrottsmedicinsk verksamhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen påkallar motionärernas utredningskrav beträffande idrottsmedicinska serviceenheter inte någon åtgärd av riksdagen.

Utskottet behandlade senare under 1977/78 års riksmöte *en under 1977/78 års riksmöte väckt motion*, vari begärdes utredning om på vad sätt det idrottsmedicinska servicebehovet skulle tillgodoses inom primärvården. På förslag av utskottet i betänkande SoU 1977/78:27 avslog riksdagen motionen. Utskottet framhöll att enligt HS 80 skulle den övervägande delen av sjukvården lämnas på primärvårdsnivån vid bl. a. vårdcentraler och att hälsokontrollutredningen (en utredningsgrupp inom socialstyrelsen som utrett frågor om förebyggande hälsovård) föreslagit att hälsokontroller och annan sjukdomsförebyggande verksamhet skulle förankras inom primärvården. Någon anledning till en särskild utredning om hur det idrottsmedicinska servicebehovet skulle tillgodoses inom primärvården fanns enligt utskottets mening inte.

1980/81 års riksmöte

Utskottet behandlade i det av riksdagen godkända betänkandet SoU 1980/81:11 *en under 1979/80 års riksmöte väckt motion*, vari framfördes ett yrkande som var likartat med det yrkande som framförs i den nu aktuella motionen. Utskottet avstyrkte motionen. Utskottet erinrade om behandlingen av frågan om idrottsmedicinsk service i betänkande SoU 1977/78:4 samt påpekade *dels* att HSU föreslagit bl. a. att sjukvårdshuvudmännen skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården som bl. a. skall innebära att de skall planera hälso- och sjukvårdens utveckling och organisation med utgångspunkt i människornas samlade behov och att hälso- och sjukvardens uppgift att bl. a. förebygga sjukdomar och skador skall bli lagfäst, *dels* att

hälsoundersökningar inom sjukvårdshuvudmännens verksamhet enligt HSU bör inordnas i den lokala vårdorganisationen.

Utskottet utgick från att de idrottandes behov av medicinsk service kommer att bli tillgodosett utan att härför krävs något initiativ från riksdagens sida.

I *en under 1980/81 års riksmöte väckt motion* begärdes prövning av frågan om inrättande av en professur i idrottsmedicin.

I motionen framhölls bl. a. att en forskningsorganisation för idrottsmedicin saknas i landet och att en sådan behövs bl. a. för att läkare skall kunna få utbildning i idrottsmedicin. Det är väsentligt, menade motionärerna och hänvisade här till uttalande av Riksidrottsförbundet, att ta fram nya metoder som kan förebygga skador och sjukdomar i samband med idrott, att förbättra diagnostiken och behandlingen av redan uppkomna skador och att utforma ett sådant program för rehabilitering att den skadade blir helt återställd.

På förslag av utbildningsutskottet i betänkande UbU 1980/81:29 avslog riksdagen motionen. Utbildningsutskottet anförde bl. a. följande.

Utskottet anser att det är viktigt att behovet av forskning om förebyggande åtgärder mot skador och om rehabilitering efter inträffade skador beaktas såväl när det gäller idrott som andra verksamheter i samhället. Utskottet utgår ifrån att de forskningsplanerande myndigheterna vid avvägningen av behov av resurser för forskning inom olika områden väger in behovet av resurser också för idrottsmedicinsk forskning. Riksdagen bör därför avslå motion 1980/81:1686.

Verksamhet med apoteksköterskor och distriktsfarmaceuter

Motionen

I motion 1980/81:1646 (m) anförs som bakgrund till förslagen om verksamhet med apoteksköterskor och distriktsfarmaceuter bl. a. att utvecklingen går mot en ökad sjukvårdskonsumtion och mot ett ökat behov av sjukvårdsupplysning.

Enligt motionären borde distriktsköterska eller allmänsköterska med socialmedicinsk utbildning kunna tjänstgöra på vissa storstadsapotek och kallas t. ex. *apoteksköterska*. Härigenom skulle enligt motionären sjukvårdsinformationen till invånarna i speciellt storstadsområdena kunna förbättras och göras mer lättillgänglig och genom att apoteken skulle kunna erbjuda såväl farmakologisk som medicinsk informationsservice skulle både primärvård och akutmottagningar avlastas. En apoteksköterska skulle enligt motionären förslagsvis kunna ha följande uppgifter, nämligen att (1) ge råd och behandlingsanvisningar vid lindriga sjukdomsbesvär (egenvård), (2) vid allvarligare sjukdomstillstånd hänvisa till rätt vårdnivå, (3) vara till stöd för invandrare – motivera dem för BVC (barnavårdscentral) och MVC (mödravårdscentral), (4) sprida information om samhällsservice (broschy-

rer), (5) ge information om kostnadsfria förbrukningsartiklar, (6) ge information om andra hjälpmedel samt (7) hos allmänheten förankra betydelsen av socialstyrelsens riktlinjer för bl. a. rätt kost och motion.

Motionären påpekar bl. a. beträffande öppenvårdspatienter – särskilt de äldre – att det finns ett uppenbart behov av att få kännedom om patienternas konkreta farmakologiska problem i hemmet, så att medicineringen inom den öppna vården kan förbättras. Därför skulle enligt motionären en *distriktsfarmaceut* ingå i ett öppenvårdsteam/en hemsjukvårdsgrupp. Uppgifterna för en distriktsfarmaceut skulle enligt motionären lämpligen vara följande, nämligen att (1) etablera kontinuerlig kontakt med landsting och kommun för att fånga upp de läkemedelsproblem som finns såväl inom primärvården som vid sjukhem, pensionärshem och daghem, (2) regelbundet delta vid öppenvårdsteamets informationstillfällen – och även medverka i den psykiatriska öppna vården, (3) utveckla samarbetet mellan öppen och sluten vård så att nya läkemedelsprinciper snabbt blir kända, t. ex. inom sårvård, smärtlindring etc., (4) på remiss av distriktsläkare resp. distriktssköterska åtgärda medicineringsproblem – varigenom apoteksservicen kan förbättras t. ex. i fråga om utveckling och optimalt utnyttjande av dosdispensering, (5) verka som kunskapsförmedlare inför den fortsatta utvecklingen av egenvården, som till stor del bygger på att skapa farmakologisk medvetenhet hos allmänheten samt (6) medverka i distriktets läkemedelskommitté.

Remissyttranden

Utskottet har inhämtat yttranden över motion 1980/81:1646 (m) från socialstyrelsen, Apoteksbolaget AB samt Landstingsförbundet.

Ställningstaganden till motionsförslagen

Socialstyrelsen anser att ett utbyggt samarbete mellan apotek och sjukvård – avseende såväl sluten som öppen vård – är värdefullt men att det dock är tveksamt om detta samarbete behöver innebära att personalkategorier överförs mellan sjukvård och apotek. Socialstyrelsen framhåller att den utveckling som f. n. pågår i form av lokala samarbetsgrupper, vårdcentralsapotek m. m. och som beskrivs i yttrandet (se nedan) ger förutsättningar för en fungerande samverkan mellan sjukvård och apotek.

Apoteksbolaget redovisar hur en fortgående integrering av apoteken inom sjukvården skett genom lokalisering av apotek till sjukhus och vårdcentraler och hur man från apotekens sida sökt förbättra informationen till patienterna (se nedan). Apoteksbolaget anser att man till alla delar ännu inte kunnat registrera effekterna av denna sjukvårdsnära och sjukvårdsanpassade verksamhet och framhåller att under den nära framtid, då ytterligare erfarenheter samlas, det är för tidigt att diskutera om ytterligare en

yrkeskategori skall vara verksam inom apotekens lokaler. Det framhålls emellertid att, om sjukvårdshuvudmännen försöksvis skulle vilja placera sjuksköterska på apotek, Apoteksbolaget är villigt att utreda möjligheterna för en sådan försöksverksamhet.

När det gäller frågan om distriktsfarmaceut framhåller Apoteksbolaget att en snarlik verksamhet är under utveckling genom att befattningar som informationsapotekare inrättats inom apoteksorganisationen (se nedan).

Landstingsförbundet anser att motionärens syfte skulle kunna uppnås genom en förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvården och apoteken. Någon utökning av antalet personalkategorier i resp. organisation är enligt Landstingsförbundet därför varken nödvändig eller önskvärd.

Innehållet i övrigt i remissyttrandena

Socialstyrelsen anför bl. a. följande.

Allt sedan slutet av 1960-talet har en ökad satsning på integrering av apotek med sjukvården skett. Denna satsning har sedan Apoteksbolaget bildades 1971 accentuerats. Integreringen har inletts med en påtaglig utbyggnad av sjukhusapotek. Under senare år har Apoteksbolaget inrättat ett antal s. k. vårdcentralsapotek, vilket innebär att "sjukhusapotek" även inrättats vid vårdcentraler. Utbyggnaden av vårdcentralsapotek kommer att fortsätta.

Socialstyrelsen anser att sjukvård bäst bedrivs inom enheter som är särskilt inrättade för detta ändamål. Styrelsen finner därför inte att apoteksskötterskor behöver tillföras apoteken. Socialstyrelsen anser det vara bättre att apoteken samordnas med sjukvården på det sätt som etablering av sjukhusapotek och vårdcentralsapotek innebär. En samlokalisering av sjukvård och apotek ger en bra förutsättning för ett samarbete samtidigt som patienten på ett enkelt sätt kan utnyttja såväl vårdresurser som apoteksresurser. Patienten kan således enkelt hänvisas till den instans inom exempelvis vårdcentralen som bäst kan tillgodose patientens aktuella behov.

Beträffande distriktsfarmaceuter anser socialstyrelsen att detta sannolikt löses med integrering i form av framför allt vårdcentralsapotek. En sådan integrering är emellertid inte en förutsättning för ett utnyttjande av farmaceutisk sakkunskap i distriktsvården. Enligt socialstyrelsens uppfattning finns det redan idag förutsättningar för distriktsvården att utnyttja farmaceutisk sakkunskap när distriktsvården finner behov härav.

Socialstyrelsen har i annat sammanhang understrukit vikten av samråd exempelvis i form av lokala samarbetsgrupper vid urval av läkemedel i s. k. självval på apotek. En sådan lokal samarbetsgrupp kan dessutom utöver samarbetsfrågor diskutera riktlinjer för rådgivning i "egenvårdsfrågor" både inom såväl sjukvård som apotek. En lokal samarbetsgrupp ger dessutom förutsättningar för samverkan mellan apotek och sjukvård även om apotek och sjukvård inte är inrymda i samma lokal.

Apoteksbolaget anför bl. a. följande.

Apoteksbolaget delar motionären Nyhages uppfattning att utvecklingen går mot ökat behov av sjukvårdsupplysning för att styra patienten till rätt vårdnivå och avlasta sjukvården i de fall man själv kan vidta vårdande eller förebyggande åtgärder.

Under Apoteksbolagets 10-åriga verksamhet har man genom etablerings-, sortiments-, utbildnings- och informationspolitiken i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen försökt bereda allmänheten bästa möjliga service inom ramen för de resurser som står till bolagets förfogande – – –

Samarbetet med sjukvårdshuvudmännen och strävan att lokalt följa sjukvårdsplaneringen vid utformningen av apoteksväsendet har lett till att ett stort antal apotek etablerats vid eller omlokaliserats i anslutning till öppenvårdsmottagningar vid sjukhusen och till många enheter i det snabbt växande nätet av öppenvårdscentraler. Antalet apotek har härigenom ökat betydligt.

Antal öppenvårdsapotek 1971 och 1980:

	1971		*1980*	
På flerapoteksorter	343		426	
varav i centrala delar		198		186
i förortsområde		124		168
vid sjukhus		21		72
På ett-apoteksorter	280		306	
	623		**732**	

Vid Apoteksbolagets start 1971 fanns 3 % av totalantalet apotek vid sjukhus- och vårdcentraler. Idag är siffran 20 % och beräknas 1984 uppgå till 40 % av totala antalet enheter.

Då apoteken dessutom har organiserats i grupper som i stor utsträckning överensstämmer med sjukvårdsdistrikten torde apoteken inom en snar framtid ha nått en optimal integrering i sjukvårdssystemet.

Apotekens sortiment och information kring detta skall i största möjliga utsträckning utarbetas i samarbete med den lokala sjukvården. Strävan är här att nå ett så bra läkemedelsbeteende som möjligt hos apotekens kunder och därigenom bidra till ett gott behandlingsresultat.

Under senare år har många apotek i samarbete med sjukvårdens företrädare på platsen utarbetat råd om behandling av lindriga sjukdomstillstånd samt riktlinjer för när kunden skall hänvisas till lämplig vårdnivå inom sjukvården. Denna verksamhet har också resulterat i s. k. egenvårdshäften utformade för allmänheten. Broschyren går ut till alla hushåll i sjukvårdsdistriktet och skall förvaras i hemmen tills en ny egenvårdsbroschyr ersätter den gamla. Erfarenheterna av sådan skriftlig information kommer att systematiskt utvärderas under 1981 – – –

Som komplement till övrig skriftlig information utges under en försöksperiod en kundtidning, "Apoteket". Den utkommer varje kvartal i 250 000 exemplar och ger råd inom "egenvårdsområdet" samt informerar om apotekens varor och service.

Till stöd för apotekens upplysningsverksamhet på det s. k. "egenvårdsområdet" har i samarbete med medicinsk expertis framtagits skriftligt material i form av problemorienterade broschyrer. Dessa ger bakgrund och förklaring till akuta men oftast kortvariga sjukdomstillstånd och finns tillgängliga på samtliga apotek.

Betr. Nyhages förslag till distriktsfarmacevt så finns sedan 1980 en snarlik verksamhet under utveckling inom apoteksgruppen. Apoteksbolaget har i de 66 apoteksgrupperna inrättat en befattning som informationsapotekare (20 tim/vecka) som skall handha flera av de uppgifter som Nyhage skisserat. Dessa informationsapotekare torde utgöra grunden för en sådan verksamhet som Nyhage efterlyser. Verksamheten är avsedd att successivt utvecklas i samarbete med den lokala sjukvården. Befattningarna kan också ges olika inriktning för att utröna vilka uppgifter som ger bästa resultat sedd ur den totala sjukvårdens synpunkt.

Landstingsförbundet anför bl. a. följande.

Hälso- och sjukvårdsutredningens förslag innebär att hälsovård inklusive hälsoupplysning skall bli en obligatorisk uppgift för sjukvårdshuvudmännen. Detta ser samtliga landsting som positivt. Uppgiften ligger helt i linje med landstingens ökade satsningar på sjukdomsuppspårande och miljöinriktad verksamhet.

Landstingsförbundets styrelse anser det angeläget att apoteken och hälso- och sjukvården samverkar i informationsfrågor av olika slag. Det kan exempelvis gälla information om olika hälsovårdsfrågor, om olika verksamheter inom primärvården och var olika befattningshavare där kan nås. Hälsoupplysningsmaterial och broschyrer om landstingens verksamhet bör av landstingen kunna distribueras till apoteken inom respektive landstingsområde. Samarbete mellan apotek och sjukvård underlättas också numera genom att apoteken i stor utsträckning förläggs i anslutning till vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar.

Såvitt landstingsförbundet kan förstå innebär motionärens förslag krav på en utökning av personalstyrkan. Behov av utökad personal finns också inom många andra områden. Men med hänsyn till dagens ekonomiska läge måste alla sådana förslag noga övervägas. Det ankommer på sjukvårdshuvudmännen att göra nödvändiga prioriteringar.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp frågor om tillgodoseende av vissa service- och vårdbehov inom hälso- och sjukvården m. m., nämligen frågor om vårdkvaliteten för diabetikerna, om idrottens medicinska servicebehov samt om förbättring av den medicinska informationsservicen på vissa storstadsapotek genom att dessa tillförs apoteksskötterskor och förbättring av läkemedelshanteringen inom den öppna vården genom att denna tillförs distriktsfarmaceuter.

Som allmän bakgrund till behandlingen av motionerna vill utskottet i korthet redovisa huvuddragen i den strukturomvandling av hälso- och sjukvården som pågår. Närmare redogörelser härför har lämnats i ett föregående avsnitt i betänkandet (s. 1–3).

På grund av bl. a. kostnadsutvecklingen började i slutet av 1960-talet den sjukvårdspolitiska målsättningen inriktas på att man skulle få till stånd en ändrad struktur av sjukvården med betoning på den öppna vården utanför sjukhus. Enligt ett av socialstyrelsen utarbetat principprogram för hälso- och

sjukvården inför 1980-talet (HS 80) (Socialstyrelsen anser 1976:1) – som utgör ett underlag för omstruktureringen – skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvården vid regionsjukhus. Så snart man inom länssjukvården och regionsjukvården anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Mot bakgrund bl. a. av att gällande sjukvårdslagstiftning fått sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten tillkallades år 1975 hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) för att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården. HSU avgav under hösten 1979 sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till en hälso- och sjukvårdslag. I betänkandet – som efter remissbehandling är föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet – föreslås bl. a. att sjukvårdshuvudmännen skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården som bl. a. skall innebära att de skall planera hälso- och sjukvårdens utveckling och organisation med utgångspunkt i människornas samlade behov.

Vårdkvaliteten för diabetikerna

I motion 1980/81:1631 av Bertil Dahlén (fp) framhålls att utbyggnaden av primärvården inte får betyda att specialmottagningar såsom för diabetiker försvinner. Antalet vårdlag bestående av specialutbildad sjuksköterska, dietist och fotvårdare för diabetikervården måste enligt motionären öka och sådana vårdlag kan, påpekas det, med fördel placeras i primärvården. Motionären framhåller betydelsen av samarbete mellan primärvården och den slutna vården och av att patienterna skall kunna ta den slutna vårdens resurser i anspråk när så behövs.

Socialstyrelsens vårdprogramnämnd presenterade år 1977 i en skrift ett underlag till vårdprogram för diabetes, som skall användas när man inom t. ex. sjukvårdsområdena utarbetar vårdprogram för sjukdomen. Huvudlinjen i underlaget till vårdprogram – för vilket en närmare redogörelse finns i ett föregående avsnitt i betänkandet (s. 3–5) – är att diabetesvården i stor utsträckning bör bedrivas inom primärvården. Vidare understryks betydelsen av att läkare, sjuksköterskor, dietister, fotvårdspersonal, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och socialarbetare samverkar i grupparbete.

I skriften beskrivs generellt en modell till vårdorganisation för diabetes med diabetescentra för uppgifter främst inom utbildning, forskning och utvecklingsarbete, med en mottagningsenhet inom länssjukvården i varje

sjukvårdsområde särskilt inriktad på diabetes samt med vårdcentralerna inom primärvården och distriktssköterskorna som bas för diabetesvården. Distriktssköterskornas uppgifter inom diabetesvården understryks. Det framhålls bl. a. att möjlighet att konsultera dietist bör föreligga i primärvården samt att fotvårdspersonal bör anknytas till vårdcentraler och även samordnas med distriktssköterskornas verksamhet.

De i underlaget till vårdprogram för diabetes föreslagna riktlinjerna för diabetesvården tillgodoser enligt utskottets mening syftet med motion 1980/81:1631 (fp). Något riksdagens initiativ med anledning av motionen är därför inte påkallat. Motionen avstyrks således.

Idrottens medicinska servicebehov

I motion 1980/81:1632 av Olle Eriksson m. fl. (c, s, m, fp, vpk) anförs bl. a. att ett allt bredare motionsidrottande efter hand leder till ett ökande behov av specialinriktad medicinsk service. Motionärerna begär att man vid den fortsatta handläggningen av den av HSU föreslagna nya lagstiftningen för hälso- och sjukvården beaktar idrottsrörelsens speciella medicinska servicebehov och strävar efter att tillgodose detta behov inom den framtida öppenvården.

Utskottet har under senare år vid flera tillfällen i av riksdagen godkända betänkanden behandlat motionsyrkanden om idrottens medicinska servicebehov (se SoU 1977/78:4, SoU 1977/78:27 och SoU 1980/81:11).

Den motion som behandlades i betänkande SoU 1977/78:4 gjordes till föremål för en omfattande remissbehandling. Socialstyrelsen påpekade i sitt remissyttrande bl. a. att behovet av medicinska insatser i samband med idrott hänförde sig till dels problemet att avgöra vederbörandes lämplighet att delta i mer eller mindre ansträngande idrottsaktiviteter, dels omhändertagandet av de skador som kan uppkomma i samband med idrottsutövning. En medicinsk bedömning av hälsotillståndet inriktas, sade socialstyrelsen, främst på cirkulationsorganen, medan skador som uppkommer vid idrottsutövning i stor utsträckning är av ortopedisk-kirurgisk natur. För olika typer av idrott – tävlingsidrott, motionsidrott osv. – föreligger, påpekades det vidare i myndighetens yttrande, olika behov av rådgivning m. m. Socialstyrelsen ansåg att behovet av idrottsmedicinsk service borde kunna tillgodoses inom ramen för den av myndigheten föreslagna vårdstrukturen för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen framhöll vidare att större delen av den rådgivande och behandlande idrottsmedicinska insatsen borde kunna utföras inom den framtida primärvården och att länssjukvården eller regionsjukvården kunde anlitas vid behov av mera avancerad medicinsk service m. m.

Utskottet intog samma inställning som socialstyrelsen i frågan om hur idrottens medicinska servicebehov bör tillgodoses. Utskottet vill här vidare erinra om följande, som framhölls av utskottet förra hösten vid behandlingen av en motion som är likartad med den nu aktuella (SoU 1980/81:11).

Det ankommer i första hand på sjukvårdshuvudmännen att pröva om särskilda resurser skall avdelas för idrottsmedicinsk verksamhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. HSU har bl. a. föreslagit att hälso- och sjukvårdens uppgift att förebygga sjukdomar, ohälsa och skador skall bli lagfäst och att hälsoundersökningar inom sjukvårdshuvudmännens verksamhet skall inordnas i den lokala vårdorganisationen.

Utskottet vill här tillägga att en proposition på grundval av förslag i HSU:s slutbetänkande beräknas komma att föreläggas riksdagen före det kommande årsskiftet.

Med hänsyn till det anförda påkallar motion 1980/81:1632 (c, s, m, fp, vpk) inte någon riksdagens åtgärd. Motionen avstyrks därför.

Verksamhet med apoteksköterskor och distriktsfarmaceuter

I motion 1980/81:1646 av Hans Nyhage (m) anförs bl. a. att utvecklingen går mot en ökad sjukvårdskonsumtion och ett ökat behov av sjukvårdsupplysning. Enligt motionären bör därför distriktssköterskor eller allmänsköterskor med socialmedicinsk utbildning såsom apoteksköterskor knytas till vissa storstadsapotek så att apoteken skall kunna erbjuda såväl farmakologisk som medicinsk informationsservice. Härigenom skulle både primärvården och akutmottagningarna kunna avlastas. För att medicineringen inom den öppna vården skall förbättras – särskilt för de äldre – bör vidare enligt motionären distriktsfarmaceuter ingå i primärvårdens öppenvårdsteam/hemsjukvårdsgrupper. I motionen begärs att riksdagen skall uttala sig för den sålunda förordade verksamheten med apoteksköterskor och distriktsfarmaceuter.

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, Apoteksbolaget AB och Landstingsförbundet. En sammanställning av remissyttrandena redovisas i ett tidigare avsnitt av betänkandet (s. 9–12).

Inte någon av remissinstanserna tillstyrker att befattningar som apoteksköterska och distriktsfarmaceut tillskapas. Klart utsagt eller underförstått i yttrandena är att remissinstanserna anser att motionens syfte tillgodoses genom att den pågående utvecklingen mot ett närmare samarbete mellan apoteken och sjukvården och ökad sjukvårdsinformation för allmänheten får fortsätta. I samtliga tre remissyttranden framhålls sålunda att samarbetet mellan apoteken och sjukvården byggts ut genom att apotek förlagts i anslutning till öppenvårdsmottagningar vid sjukhus och vårdcentraler inom primärvården. Socialstyrelsen framhåller härutöver bl. a. en utveckling med lokala samarbetsgrupper, i vilka enligt socialstyrelsen – förutom samarbetsfrågor mellan apoteken och sjukvården – även riktlinjer för rådgivning till allmänheten kan diskuteras. Apoteksbolaget påpekar bl. a. att apoteken utökat sin informationsverksamhet – bl. a. genom att ta fram s. k. egenvårdshäften för allmänheten – och att tjänster som informationsapotekare inrättats inom apoteksorganisationen. Landstingsförbundet påpekar

bl. a. att HSU föreslagit att hälsovård inkl. hälsoupplysning skall bli en obligatorisk uppgift för sjukvårdshuvudmännen och att dessa ser detta som positivt.

Även enligt utskottets mening bör den utveckling som i enlighet med det sagda pågår i här aktuella avseenden få fortsätta. Utvecklingen ligger i linje med det synsätt som präglar motionen. Med hänsyn härtill och till vad remissinstanserna anfört bör motionen icke föranleda någon riksdagens åtgärd. Motion 1980/81:1646 (m) avstyrks således.

Utskottet hemställer

1. beträffande *vårdkvaliteten för diabetikerna*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1631,
2. beträffande *idrottens medicinska servicebehov*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1632,
3. beträffande *verksamhet med apoteksköterskor och distriktsfarmaceuter*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1646.

Stockholm den 13 oktober 1981

På socialutskottets vägnar
GÖRAN KARLSSON

Närvarande: Göran Karlsson (s), Gabriel Romanus (fp), Karl Leuchovius (m), Rune Gustavsson (c), Evert Svensson (s), John Johnsson (s), Erik Larsson (c), Ivar Nordberg (s), Karin Israelsson (c), Kersti Swartz (fp), Anita Bråkenhielm (m), Stig Alftin (s), Lena Öhrsvik (s), Ann-Cathrine Haglund (m) och Maria Lagergren (s).

GOTAB Stockholm 1981