

Motion till riksdagen

1988/89: Ub625

av Gösta Bohman m. fl. (m)

Forskningsinsatser mot Alzheimers sjukdom

Enligt statistiska centralbyråns beräkningar av antalet äldre personer kommer de som är 65 år och äldre att öka med i runt tal 150 000 till år 2010. Gruppen över 80 år ökar snabbast med inte mindre än nära 130 000 personer. Detta kommer att ställa ökade och delvis nya krav på svensk vårdpolitik.

Vid bedömningen av vilka åtgärder som därvid kommer i fråga och vilka grupper som måste särskilt beaktas, måste hänsyn tas till att begreppet äldre inte är enhetligt. Det omfattar dels "normalt" åldrande människor, dels sådana vilkas åldersförändringar har sin orsak i mer eller mindre klart definierade sjukliga förändringar. Begreppet "senil demens" har emellertid tidigare på ett oklart sätt använts som beteckning för försämringar i psykiskt och i viss mån fysiskt hänsende som uppkommer med tilltagande ålder. Vid avvägningen av vilka anspråk det växande antalet åldringar kommer att resa på vår vårdpolitik har de olikheter som numera kan påvisas inom äldregruppen hittills inte eller i blott begränsad omfattning beaktats.

Alzheimers sjukdom

Sjukliga vävnadsrubbingar som upptäcktes och analyserades i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet av Alois Alzheimer och som rörde förändringar i nervcellerna och deras utskott har lett till att vetenskapen nu anser sig kunna konstatera att det är fråga om en ny sjukdom kännetecknad av tilltagande intellektuell avtrubning och vars sjukdomssymptom kan inträda före 65-årsåldern, ja redan i 40-årsåldern och undantagsvis ännu tidigare. Begreppet "presenil demens" har präglats som beteckning på denna nya form av åldersförändringar. Sedermera har andra liknande sjukdomar tillhörande kategorin "presenil" kunnat konstateras.

Begreppet demenssjukdom är det medicinskt vedertagna och kommer därför att användas här trots att det för lekmän ofta anses ha en mer nedsättande innebörd än ordet "ålderssjukdom". Den vanligaste av dessa sjukdomar är utan gensägelse Alzheimers sjukdom. Den drabbar mellan fem och tio procent av äldre över 65 år. Antalet Alzheimersjuka i Sverige uppskattas i dag till 40 000. Till en början ansågs nämnda sjukdom omfatta uteslutande åldrar under 65 år men under 1970-talet bedömdes samma sjukdomsbild känneteckna äldre även över 65-årsgränsen. Därefter – och främst på 1980-talet framför allt till följd av den biokemiska forskningens landvinningar – har vissa forskare åter velat betrakta den tidiga och den

sena formen av Alzheimerssjukan som olika sjukdomar, ehuru med många gemensamma drag. Man brukar tala om "demens av alzheimertyp". Numera föreligger dock allmän enighet om att det råder klara gränser mellan det "normala" åldrandets psykiska och fysiska personförändringar och de som har sin grund i Alzheimers sjukdom och andra ålderssjukdomar.

Mot. 1988/89
Ub625

Behov av kunskaper och forskning

En stor del av Sveriges befolkning över 65 år har en demenssjukdom med svåra handikapp. Till detta kommer ett okänt antal med lätta – medelsvåra demenstillstånd. Antalet sjuka stiger kontinuerligt under den närmaste 20-årsperioden, huvudsakligen beroende på den ökade medellivslängden.

I den av Forskningsrådsnämnden utgivna skriftserien "Källa 32" redovisades år 1988 korta debattinlägg om Alzheimer och andra demenssjukdomar under titeln "Försummad folksjukdom". Samma år utgav ett antal forskare i Umeå och Stockholm en "lärobok" – "Demenssjukdomar och äldrepsykiatri" avsedd att sprida kunskap om demenssjukdomarna och de nya vårdbehov dessa aktualiserat. Även andra under 1988 utkomna skrifter har belyst detta ämnesområde. Trots detta är okunnigheten och fördomarna rörande demenssjukdomarna fortfarande stora, både hos allmänheten och inom sjukvården. Detta har lett till en negativ och resursknapp inställning till medicinsk utredning och behandling trots att dessa sjukdomar utgör ett av sjukvårdens stora diagnostiska och vårdkrävande problem. Felaktig och fördröjd diagnostik kan ge förödande konsekvenser. Alla patienter med demenssymptom bör bli föremål för undersökning.

Det finns många skäl att satsa ökade utredningsresurser på demenssjukdomarna. Vid en noggrann medicinsk utredning kan ofta kroppsliga och psykiska sjukdomar påvisas som förklaring till patientens demensliknande sjukdomsbild. Dessutom kan vissa av dessa sjukdomar behandlas med gott resultat. Genom utredningen kan dessutom den sjuke och anhöriga få en tillförlitlig information om sjukdomen, och om de möjligheter som finns att få behandling och ekonomisk och praktisk hjälp.

Dagsläget

Kunskap om ålderssjukdomar finns i första hand inom psykiatrin, neurologin och geriatriken. Det finns ingen medicinsk disciplin som officiellt har ett samlat ansvar, utan ansvaret för utredning och vård av dementa har på lösa grunder på många håll flyttats från psykiatrin till geriatriken, d.v.s. till en resurssvag specialitet och med få undantag (bl.a. Västerbotten) har resurserna inte följt med patienten. De nuvarande specialiteterna behöver i stället ökade resurser. Utredning om vård av dementa är krävande och förutsätter kvalificerad personal. Det är nödvändigt att i varje län ha tillgång till en särskilt ansvarig utredningsavdelning med resurser inom röntgen- och neurofysiologiområdet. På vissa håll i landet ligger utredningsansvaret kvar inom psykiatrin (bl.a. Lund). Genom att primärvården får ett allt större ansvar för sjukhemsvården ligger även där ett stort vårdansvar.

Det säger sig självt att den allvarliga situation som vi här beskrivit måste få konsekvenser för såväl den medicinska forskningens inriktning som för utformningen av det allmännas vårdinsatser samt också för den information och det stöd som det allmänna måste vara berett att ge anhöriga till närstående som drabbas av demenssjukdomar.

I en moderat motion till förra årets riksdag (1987/88:So 477) redovisades en del av det forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs i vårt land rörande ifrågakvarande sjukdomar bl. a. i Lund, Göteborg och Umeå. Sedan dess har forskningen ytterligare intensifierats inom ramen för de resurser som stått till förfogande. Dessa är dock klart otillräckliga och mycket återstår, innan forskningen har de möjligheter som sjukdomarnas omfattning och svårighetsgrad kräver. I förhållande till annan medicinsk forskning är detta område klart åsidosatt. Det är desto mera angeläget att en ändring snarast kommer till stånd som vissa nya forskningsrön tyder på framsteg både i diagnostiskt hänseende och i fråga om möjligheterna att finna adekvata botemedel. Vissa forskare vågar rent av göra gällande att det inom ett tiotal år bör vara möjligt att nå sådana framsteg att ålderssjukdomarnas problem står inför sin lösning.

Erfarenheter från bl. a. USA och Italien visar att framgångsrik forskning kräver dels ett tillräckligt stort underlag av ålderssjuka, dels brett upplagda forskningsresurser. I dag finns i Sverige sådana resurser blott inom speciella "Alzheimercentra" där såväl klinisk som preklinisk forskning kan bedrivas. I bl. a. Lund har den psykiatriska sjukvården under ledning av docent Lars Gustafsson avdelat betydande resurser för diagnostik och akutsjukvård för äldre. En metod för mätning av hjärnans regionala blodflöde (rCBF) har förbättrat diagnostiken av demenssjukdomar och gjort det möjligt att skilja dessa från falsk demens orsakad av t.ex. depressionstillstånd hos äldre.

Den Psykiatriska kliniken i Lund har ett övergripande ansvar för diagnostik, behandling och vårdutveckling avseende demenssjukdomar. Särskilda öppenvårds-team bestående av läkare, skjuksköterska, psykolog och kurator samarbetar med distriktssjukvård och socialtjänst. En professur i geriatrisk psykiatri har inrättats. De nuvarande resurserna behöver emellertid kompletteras med en professur i neuropsykologi med inriktning på neuropsykologiska och neurofysiologiska metoder för tidigdiagnostik av demenssjukdomar.

Karolinska Institutet har genom en nysatsning mot neurogeriatrisk forskning inrättat Institutionen för Geriatrik, placerad vid Huddinge sjukhus. Institutionen har tilldelats två professurer dels en klinisk tjänst i långvårdsmedicin/-geriatrik (innehavare Bengt Winblad), dels en professur riktad mot basal geriatrisk forskning (innehavare Åke Seiger). Den senare är en donationsprofessur från Stockholms Sjukhem.

Den geriatriska kliniken har fått resurser för ett regionalt utredningsansvar rörande åldersdementa. Ett antal disputerade forskare har knutits till institutionen genom tidsbegränsade forskningsanslag. Till forskningsgruppen har också knutits vårdforskare samt personal från olika kategorier för att i praktisk sjukvård omsätta den ökade kunskap som vinnes kring den åldringssjuka. Ett hinder för verksamheten utgör i dag den stora bristen på

erforderliga lokaler för de snabbt växande uppgifterna. Permanenta högre forskartjänster behövs för att leda utvecklingen inom Alzheimerforskningen inom molekylärbiologi, neuropsykologi och omvårdnad. Dessa tjänster måste integreras med den övriga kliniska, patologiska och neurokemiska verksamheten vid geriatriska institutionen, Huddinge sjukhus.

Institutionen för geriatrik vid Huddinge sjukhus syftar till att utgöra ett regionalt centrum som åtminstone har ett regionalt ledningsansvar för forskning och behandlingsutveckling inom neurogeriatriken. Genom resurskoncentration både inom grundforskningen och inom den kliniska forskningen kan verksamheten både effektiviseras och dess kvalitet höjas markant. Det neurogeriatriska forskningscentret anser sig ha unika möjligheter att utvecklas till ett nationellt såväl som internationellt framstående forskningsinitiativ.

Krav på ökade forskningsresurser

Enligt vår mening bör vid varje regionsjukhus finnas regionala centra för diagnostik, behandling, vårdutveckling, forskning och undervisning med inriktning på demenssjukdomar. Dessa centra skall tillförsäkras resurser inom psykiatri, neurologi, geriatrik och neuropsykologi samt diagnostiska resurser inom röntgen och neurofysiologi (t. ex. rCBF-mätning och EEG).

Samtliga universitetssjukhus måste dessutom ges resurser för undervisning och forskning rörande demenssjukdomar och psykiska sjukdomar hos äldre. Befolkningsutvecklingen motiverar särskilda professurer i geriatrisk psykiatri vid dessa sjukhus.

Vårdens anpassning till de demenssjuka

Då det gäller vården av de sjuka måste en kedja skapas av differentierade möjligheter anpassade till sjukdomarnas förlopp samt de anhörigas och sjukas villkor och förutsättningar. När den medicinska vetenskapen nu anser sig vara på det klara med att det verkligen är fråga om sjukdomstillstånd och inte om "normala" åldersförändringar, då kan ett välfärdssamhälle värt namnet inte rimligen slå sig till ro. Då kan av humanitära och sociala skäl med fog resas anspråk på att nödvändiga ytterligare inte bara forsknings- utan också vårdresurser tillskapas.

Detta har inte bara medmänskliga och självklara etiska aspekter. Även av privat- och samhällsekonomiska skäl är det betydelsefullt att inte blott hejda ett sjukdomsförlopp som innebär att människor i förtid tvingas bryta kontakten med sitt aktiva liv utan också att ge dem som drabbas bästa möjliga livsuppehållande vård.

Mot bakgrunden härav och den växande insikten om de demenssjukas helt otillräckliga möjligheter att få hjälp och vård – bl.a. genom TT:s i slutet av 1988 redovisade kartläggning – är det minst sagt anmärkningsvärt att årets budgetproposition under femte huvudtiteln inte har ett ord att säga om demenssjukdomarna och om de insatser i olika hänseenden som dessa kräver. I huvudtitelns avsnitt om "Hälso- och sjukvård m. m." och "Omsorg om äldre och handikappade" görs ingen distinktion mellan

normalt åldrande och sådant som beror på demenssjukdomar. Tystnaden kan ha sin grund i bristande intresse eller obefintliga kunskaper om de olikheter som föreligger mellan sjuka människor och äldre människor och om de krav som just dessa olikheter ställer på det allmänna. I socialdepartementets huvudtitel behandlas de äldre som en enhetlig grupp – som ett kollektiv – med i stort sätt samma behov.

Inte heller i socialstyrelsens redovisning av sitt fögderi eller i dess petita finns en enda rad som tyder på intresse för den materia som det här är fråga om. Sover socialstyrelsen? – har vi rätt att fråga oss i en tid då den amerikanske presidenten utnämnt Alzheimers sjukdom till "århundradets sjukdom"?

Socialstyrelsen har visserligen under senare år utgivit vissa korta informerande skrifter, men av regeringen och ansvariga myndigheter borde långt större handlingskraft än så kunna krävas, inte minst med tanke på de stora påfrestningar som generellt sett väntar svensk vårdpolitik under år då antalet äldre drastiskt ökar och i allt större omfattning tar vårt lands vårdtillgångar i anspråk.

I avvaktan på att nyss berörda insatser på forskningens område förverkligas och leder till resultat måste därför – med tanke på de sjuka och deras anhöriga – kraftfulla åtgärder vidtagas för att angripa dagens överhängande vårdproblem.

Som redan sagts kännetecknas främst Alzheimers sjukdom av ett fortlöpande och alltmer svårartat förlopp från de första knappt märkbara tecknen på försvagning av den mänskliga personligheten till nedbrytning och total hjälplöshet. Just denna, än så länge i stort sett självverkande, medicinskt svårpåverkbara process måste styra vårdpolitikens uppbyggnad och inriktning.

Under sjukdomens första stadier är vård av den sjuke i hemmet och helst av egna anhöriga den bästa och för den sjuke och dennes familj den självklara vårdformen. Just den normala vardagliga kontakten mellan den sjuke och dennes närmaste samt att vanliga rutiner kan upprätthållas så länge som möjligt utgör en psykisk stimulans för den sjuke som kan vara ägnad att fördröja sjukdomens utveckling. Den invanda miljön underlättar den sjukas orientering och ökar dennes trygghet.

Om anhöriga saknas eller inte orkar med sitt vårdarbete, bör hemsjukvård i första hand utnyttjas och de sjukvårdande uppgifterna utföras av sjukvårdsutbildad personal. Den sjuke bör dessutom ges hjälp genom hemtjänst – kommunal eller enskild – med mat, hygien och städning.

Nästa steg i vårdkedjan kan vara avlastnings- och växelvårdplatser på geriatriska eller psykiogeriatriska vårdavdelningar eller lokala sjukhem. Den sjuke kan vistas några veckor i sitt hem och några veckor på vårdavdelning. Sådan vård kan ge både stimulans åt den sjuke och behövlig avkoppling åt anhöriga. Det är viktigt att den berörda personalen får en adekvat utbildning och att vårdavdelningen är liten och kan erbjuda en hemliknande miljö.

Institutionsanknuten hemsjukvård utgör en utveckling av växelvården och innebär att personalen vid en geriatrisk avdelning ansvarar för den sjuke även när denne befinner sig i sitt hem. Detta kan vidareutvecklas

med särskilda öppenvårdsteam som besöker patienterna i hemmet eller på vårdinrättningen och ger stöd och råd till anhöriga och sjuka.

För lindrigt sjuka — det vill säga i början av ett sjukdomsförlopp — utgör ålderdomshem eller servicehus med helinackordering en mellanvårdsform som buffert till senare institutionsvård.

Dagsjukvård för demenssjuka i sjukvårdens, kommunens eller enskildas regi är ett angeläget vårdalternativ. Härigenom kan även relativt svårt demenssjuka individer bo kvar hemma där omständigheterna i övrigt så tillåter. Dagsjukvården erbjuder aktivering och social gemenskap samt avlastning och stöd till anhöriga samt möjlighet för dem att sköta egna angelägenheter. Vårdalternativet kräver självfallet lämplig och välutbildad personal.

Tyvärr har i debatten institutionsvårdens intresserade, välutbildade men ofta slitna personal alltför litet uppmärksammats och uppskattats. En förändring av institutionsvården genom övergång till mindre vårdenheter och hemliknande miljö är nödvändig för att behålla och nyrekrytera personal till denna vårdsektor. Ett bättre alternativ är gruppboende för demenssjuka. Det innebär att en mindre grupp sjuka (sex till tio patienter) vårdas under hemlika former i ett slags boendekollektiv. De får möjlighet att själva delta i arbetet och får därmed, samt genom samvaron med andra, stimulans och uppmuntran.

Eftersom något effektivt botemedel ännu icke torde stå till förfogande för patienter med åldersdemens går sjukdomsförloppet — som redan sagts — nära nog obevekligt mot en försämring. Som vi också påvisat bör dock alla stimulansmöjligheter och trygghetsaspekter i det längsta beaktas samt vården steg för steg anpassas därtill. Först i det allra sista helt hjälplösa skedet måste något slags institutionsvård i egentlig bemärkelse komma till stånd.

Behovet av information

Vad här sagts understryker vikten av att de anhöriga i ett tidigt skede kan få allsidig information och råd om sjukdomen och om de vårdmöjligheter som står till förfogande och vad som är bäst för den sjuke. Såvitt vi kan finna är bristerna i just detta hänseende på sina håll obestridliga. De anhöriga står rådvilla och hjälplösa och deras redan förut bekymmersamma situation blir lätt förtvivlad. På många håll tycks till och med läkare och vårdpersonal vara mindre väl orienterade om vilka möjligheter som står till buds och vilka råd som skall ges den sjukas anhöriga. Dagens svenska sjukvård är med andra ord inte anpassad till de svårigheter och behov som möter den växande skaran av demenssjuka. I det hänseendet har socialstyrelsen och socialministern ett ansvar som de icke tycks vara medvetna om.

Huvudmannskapet

Den bild av dagsläget och av de speciella vårdbehov som vi här redovisat rör i hög grad den nuvarande ansvarsfördelningen på vårdområdet och

därmed frågan om huvudmannaskapet. Det säger sig självt att det nuvarande "dubbelkommandot" mellan landsting och kommuner inte underlättar en effektiv och ändamålsenlig lösning av de problem som demenssjukdomarna aktualiserar. Behovet av en smidig lokal anpassning av vårdformerna till de sjukas behov talar starkt för ett enhetligt ledningssystem som lägger det yttersta ansvaret för både vård, information av läkare och vårdpersonal samt stöd och upplysning av de anhöriga på en primärkommunal samhällsinstitans.

Ett ytterligare skäl härför torde vara att de vårdformer som demenssjukdomarna kräver i betydande grad borde lämpa sig för enskilda ideellt inriktade initiativ och privatinsatser – varför inte av försäkringsbolag – i fråga om ålderdomshem, vårdhem, servicehus, gruppboende eller hem-sjukhjälp av olika slag. Det borde också framstå som naturligt för kyrkliga eller andra ideella samfund och organisationer att engagera sig på detta område. Ja, i själva verket torde aktiv medverkan från utanför "det allmänna" befintliga initiativ och resurser utgöra en förutsättning för att inom rimlig tid åstadkomma de vårdresurser som här erfordras. Detta kräver närhet mellan vårdhuvudmännen och den öppna fria marknaden. För närallgande enhetligt övergripande ansvar talar dessutom inte bara behovet av utbildning och information av vårdpersonalen utan också – och i ännu högre grad ur rent mänsklig synvinkel – anhörigas önskemål om fortlöpande upplysning och stöd i val av vårdalternativ. Det borde med andra ord ges möjlighet för anhöriga att redan då de första symptomen på demenssjukdom ger sig till känna få tillgång till något slag av "personliga kuratorer" som kan följa den sjukas utveckling och ge de anhöriga de råd och det stöd som dessa fortlöpande behöver.

Det kan naturligtvis göras gällande att de synpunkter vi tagit upp i denna motion i grunden berör svensk äldrevård – ja i vissa hänseenden också svensk sjukvård över huvud taget. Härvidlag kan vi hänvisa till den omfattande moderata motionen av Sten Svensson m. fl. angående vård och omsorg om de äldre (1988/89:So233). Genom hälso- och sjukvårdspolitikens samt äldreomsorgens kollektivistiska utformning, dess avsaknad av valfrihet, dess bristande flexibilitet samt dess byråkratiska struktur generellt sett har det blivit svårare – rent av omöjligt – att anpassa vården till enskilda patienters och speciella gruppers särskilda behov och önskemål. Vårdpolitiken har blivit opersonlig. Dess innehåll och inriktning har mera bestämts av professionella vårdpolitikens veta-bättre-tyckande än patienternas eget bästa. Detta bekräftas av jämförelser med hur andra demokratiska välfärdsstater löst motsvarande problem. Ett närliggande exempel utgör Danmark.

”Et gammelt menneske skal ha ett hjem”

Den svenska forskaren Torgerd Jansson har medverkat vid tillkomsten av två studier inom statskontoret – "Äldreomsorg i Norden" samt "Äldre i 43 svenska kommuner". Av dessa utredningar och Torgerd Janssons egna kommentarer framgår att den danska åldringsvården har betydligt mindre samlade resurser än den svenska – pengar, personal och lokalytor, samt

hälften så många timmar i hemtjänst per åldring. Men den är populär, omtyckt och trygg. Danmark sägs ligga 10–15 år före oss. Flera äldre nås till lägre kostnader och med bättre vårdkvalitet. Danmark har färre gamla på sjukhus och mindre demensproblem samt få medicinskt färdigbehandlade åldringar som väntar på annan omsorg.

Den danska öppenvården och hemsjukvårdens styrka sägs ligga i förmågan att snabbt ingripa och tillgodose aktuella behov. 21 procent av de äldre kan ges hemsjukvård under ett år i Danmark mot bara 5 procent i Sverige. Äldre och deras anhöriga tycks vara förvissade om att kunna stanna hemma längre tid och att annan vård står till förfogande den dag då så krävs. De äldre vet att de inte i förtid behöver söka sig till sjukhus och institutioner. I Danmark tillgodoser s. k. "plejehjem" – vårdhem – vad vår långvård och våra sjukhem svarar för. De förfogar över mindre pengar, har mindre lokalyta per gäst och mindre av färdiglagad mat. 98 procent har eget rum mot bara 33 procent i Sverige. Plejehjemmen är till 20 procent privata. De sägs ha en mycket mänskligare atmosfär och möjliggör en högre grad av aktivitet än vad som är möjligt inom den svenska vårdhierarkin.

I Danmark har kommunerna ett samlat ansvar för åldringsvården och betalar vårdkostnaderna för de äldre när de befinner sig på sjukhus.

Även ansvariga i det svenska Kommunförbundet tycks under senare år ha kommit till insikt om att vår svenska vårdmodell inte är bra. "Lösningen ligger inte i mer personal, lokaler och pengar; resurser finns ... vi behöver mer av alternativ och mångfald ... svenska kommuner måste tända till nu" heter det.

Öppen utskottsutfrågning

Som understryks i denna motion har den sedan bara några få år tillbaka vunna insikten om demenssjukdomarnas ökande krav på vårdpolitiken skärpt behovet av forskningsresurser och en omläggning av svensk vårdpolitik och äldreomsorg. Okunnigheten härom är trots detta betydande. Enligt vår mening bör demenssjukdomarnas behov av specialbehandling utgöra ett starkt motiv för socialutskottet att anordna en öppen utskottsutfrågning av forskare, läkare, vårdpersonal och vårdansvariga. Vi är övertygade om att den bild vi här tecknat därvid kommer att ytterligare belysas och angelägenheten av snara åtgärder vinna allmän förståelse.

Hemställan

Med stöd av det anförda hemställs

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av länsvisa, för diagnostik och utredning av ålderssjukdomar och demensliknande tillstånd ansvariga utredningsavdelningar,¹]

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en professur i Lund i neuropsykologi med inriktning på tidig diagnostik av ålderssjukdomar och

utveckling av neurofysiologiska metoder.

Mot. 1988/89

Ub625

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av regionala centra för forskning och behandlingsutveckling inom neurogeriatriken,¹]

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen i övrigt anförts om behovet av ökade forskningsinsatser i fråga om demenssjukdomar och demensliknande tillstånd,

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om nödvändigheten av att den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken bättre anpassas till de ålderssjukas behov¹].

Stockholm den 24 januari 1989

Gösta Bohman (m)

Sten Svensson (m)

Görel Bohlin (m)

Hans Dau (m)

Karin Falkmer (m)

Ann-Cathrine Haglund (m)

Bertil Persson (m)

Mona Saint Cyr (m)

Karl-Gösta Svenson (m)

Göran Åstrand (m)

Allan Ekström (m)

Gullan Lindblad (m)

Charlotte Cederschiöld (m)

Ingvar Eriksson (m)

Margit Gennser (m)

Ingrid Hemmingsson (m)

Inger René (m)

Per Stenmarck (m)

Ingegerd Troedsson (m)

Rune Rydén (m)

Elisabeth Fleetwood (m)

¹ 1988/89: So480.