



Hälso- och sjukvårdsfrågor samt tandvårdsfrågor

Sammanfattning

I betänkandet behandlas 127 motionsyrkanden på hälso- och sjukvårdsområdet samt tandvårdsområdet från den allmänna motionstiden 2011. Vissa motioner tar upp samma eller i huvudsak samma frågor som riksdagen har behandlat tidigare under valperioden, och dessa behandlas därför i förenklad ordning i ett särskilt avsnitt.

Motionsyrkanden om assisterad befruktning, surrogatmoderskap m.m. behandlas av utskottet i ett separat betänkande, SoU26 Assisterad befruktning.

Utskottet avstyrker samtliga motionsyrkanden, främst med hänvisning till pågående arbete på olika områden.

I betänkandet finns 16 reservationer och 6 särskilda yttranden.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	4
Redogörelse för ärendet	7
Ärendet och dess beredning	7
Utskottets överväganden	8
Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering	8
Prioriteringar inom vården	32
Kompetens och kunskap i vården	38
Livets slutskede	41
Abort	45
Omskärelse	50
Blodgivning	52
Tandvård	53
Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling	58
Reservationer	59
1. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (S)	59
2. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (MP)	60
3. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (SD)	62
4. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (V)	63
5. Patienträttigheter, punkt 2 (S)	64
6. Patienträttigheter, punkt 2 (MP, V)	65
7. Patientsäkerhet, punkt 3 (S, MP, V)	66
8. Patientsäkerhet, punkt 3 (SD)	67
9. Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården, punkt 4 (MP)	67
10. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, punkt 5 (SD)	68
11. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, punkt 5 (V)	69
12. Kompetens och kunskap i vården, punkt 6 (MP)	70
13. Kompetens och kunskap i vården, punkt 6 (V)	71
14. Abort och abortförebyggande arbete, punkt 8 (SD)	71
15. Abort för utländska kvinnor, punkt 9 (MP, V)	72
16. Omskärelse, punkt 10 (SD)	73
Särskilt yttrande	74
1. Kompetens och kunskap i vården, punkt 6 (S)	74
2. Omskärelse, punkt 10 (V)	75
3. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (S)	75
4. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (MP)	75
5. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (SD)	76
6. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (V)	76

Bilaga 1

Förteckning över behandlade förslag 77

Motioner från allmänna motionstiden hösten 2011 77

Bilaga 2

Motionsyrkanden som avstyrks av utskottet i förslagspunkt 13 91

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So268 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2,
2011/12:So311 av Lars Elinderson (M),
2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 8,
2011/12:So358 av Penilla Gunther (KD),
2011/12:So359 av Penilla Gunther (KD),
2011/12:So426 av Penilla Gunther (KD) yrkandena 1 och 2,
2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkandena 6, 7, 10, 13
och 15,
2011/12:So570 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1, 3 och 5,
2011/12:So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M),
2011/12:So582 av Finn Bengtsson (M),
2011/12:So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M),
2011/12:So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP) yrkande 15 och
2011/12:N303 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 10 i denna del.

Reservation 1 (S)

Reservation 2 (MP)

Reservation 3 (SD)

Reservation 4 (V)

2. Patienträttigheter

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So288 av Marta Obminska (M),
2011/12:So386 av Anna Steele (FP),
2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 5 och
2011/12:MJ382 av Matilda Ernkrans m.fl. (S) yrkande 25.

Reservation 5 (S)

Reservation 6 (MP, V)

3. Patientsäkerhet

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 9,
2011/12:So544 av Eva-Lena Jansson (S),
2011/12:So610 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD) och
2011/12:So632 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD).

Reservation 7 (S, MP, V)

Reservation 8 (SD)

4. Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So292 av Maria Lundqvist-Brömster (FP) och

2011/12:So348 av Gunilla Svantorp m.fl. (S).

Reservation 9 (MP)

5. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:Sf325 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 15,

2011/12:So388 av Magdalena Andersson (M),

2011/12:So433 av Christer Winbäck (FP),

2011/12:So474 av Thomas Strand m.fl. (S),

2011/12:So476 av Suzanne Svensson m.fl. (S),

2011/12:So495 av Eva Olofsson (V),

2011/12:So540 av Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (båda S),

2011/12:So579 av Finn Bengtsson och Lars-Arne Staxäng (båda M)

och

2011/12:So636 av Per Ramhorn och Julia Kronlid (båda SD).

Reservation 10 (SD)

Reservation 11 (V)

6. Kompetens och kunskap i vården

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:Sf325 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 14,

2011/12:So205 av Hans Hoff (S),

2011/12:So275 av Eliza Roszkowska Öberg (M) och

2011/12:So470 av Per Svedberg och Elin Lundgren (båda S).

Reservation 12 (MP)

Reservation 13 (V)

7. Livets slutskede

Riksdagen avslår motion

2011/12:So532 av Eva Flyborg m.fl. (FP, MP, C).

8. Abort och abortförebyggande arbete

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So428 av Annelie Enochson och Mikael Oscarsson (båda KD) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So437 av Mikael Oscarsson (KD),

2011/12:So557 av Tuve Skånberg (KD),

2011/12:So559 av Tuve Skånberg (KD) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So643 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkandena 1–3,

2011/12:So644 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkandena 1–3 och

2011/12:So647 av Julia Kronlid m.fl. (SD).

Reservation 14 (SD)

9. Abort för utländska kvinnor

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So415 av Gunvor G Ericson och Jan Lindholm (båda MP)
yrkande 2 och

2011/12:So418 av Annika Carlsson och Solveig Zander (båda C).

Reservation 15 (MP, V)

10. Omskärelse

Riksdagen avslår motion

2011/12:So291 av Björn Söder och Per Ramhorn (båda SD) yrkande
2.

Reservation 16 (SD)

11. Blodgivning

Riksdagen avslår motion

2011/12:So404 av Inger Fredriksson (C).

12. Tandvård

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So302 av Robert Halef (KD),

2011/12:So315 av Gustav Nilsson (M),

2011/12:So547 av Agneta Gille och Pyry Niemi (båda S) yrkande 1,

2011/12:So586 av Solveig Zander och Karin Nilsson (båda C) och

2011/12:So591 av Peter Johnsson m.fl. (S).

13. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling

Riksdagen avslår de motionsyrkanden som finns upptagna under denna punkt i utskottets förteckning över avstyrkta motionsyrkanden.

Stockholm den 13 mars 2012

På socialutskottets vägnar

Kenneth Johansson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Kenneth Johansson (C), Lena Hallengren (S), Mats Gerdau (M), Margareta B Kjellin (M), Christer Engelhardt (S), Helena Bouveng (M), Isabella Jernbeck (M), Lennart Axelsson (S), Barbro Westerholm (FP), Gunnar Sandberg (S), Anders W Jonsson (C), Agneta Luttröpp (MP), Anders Andersson (KD), Per Ramhorn (SD), Eva Olofsson (V), Teres Lindberg (S) och Christin Hagberg (S).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

Utskottet behandlar i betänkandet 127 motionsyrkanden från den allmänna motionstiden 2011, varav 11 yrkanden rör tandvård och resterande yrkanden hälso- och sjukvård. 62 motionsyrkanden bereds förenklat eftersom de rör frågor som tidigare behandlats av utskottet under valperioden.

Vid utskottets sammanträde den 25 oktober 2011 informerade särskilde utredaren Stefan Carlsson, Statens vård- och omsorgsutredning (S 2011:01), om utredningens delbetänkande Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem (SOU 2011:65).

Vid utskottets sammanträde den 22 november 2011 informerade myndighetschefen Fredrik Lennartsson, Myndigheten för vårdanalys, om myndighetens arbete.

Utskottets överväganden

Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, patienträttigheter, patientsäkerhet och behörighetsfrågor.

Jämför reservationerna 1 (S), 2 (MP), 3 (SD), 4 (V), 5 (S), 6 (MP, V), 7 (S, MP, V), 8 (SD) och 9 (MP).

Motioner

Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården

I motion So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om nationell kvalitetscertifiering. För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet föreslår motionärerna att ett system med nationell kvalitetscertifiering införs.

I yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om att vården ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet också när det gäller att fördela vårdresurser. Den som besöker den allmänna sjukvården ska enligt motionärerna vara tryggt förvissad om att behandlingsmetoderna vilar säkert på vetenskap och beprövad erfarenhet, och att tillförsäkra detta borde vara en självklar del av de nationella riktlinjerna.

I yrkande 10 begärs ett tillkännagivande om handlingsprogrammet Tid för vård. Motionärerna föreslår att staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt utarbetar ett handlingsprogram för att minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt uppgifter som inte är till direkt nytta för patienterna.

I yrkande 13 begärs ett tillkännagivande om ersättningssystemen i vården. Motionärerna föreslår att hälso- och sjukvårdslagen förtydligas så att ersättningssystemen i vården utformas så att de premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, med ett jämlikhetsperspektiv.

I yrkande 15 begärs ett tillkännagivande om att inte tillåta fri etablering i specialistsjukvården. Motionärerna anför att fri etablering i specialistsjukvården slår sönder fungerande vårdkedjor och gör det helt omöjligt för landstingen att planera, lokalisera och bygga upp en effektiv specialistsjukvård.

I motion N303 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 10 delvis begärs ett tillkännagivande om att regeringen skyndsamt bör ta fram förslag för att garantera hela landets befolkning tillgång till vård. Motionärerna anför att

kommunernas roll inom hälso- och sjukvården måste stärkas och att hela hemsjukvården, även den i ordinärt boende, bör vara ett obligatorisk kommunalt ansvar.

I motion So570 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att en utredning bör tillsättas för att se över dels hur skattemedlen ska stanna inom hälso- och sjukvården, dels vilka icke vinstdrivande driftsformer som passar hälso- och sjukvården.

I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att hälso- och sjukvårdslagen bör kompletteras med en ny paragraf med följande lydelse: "Landstinget ansvarar för att all hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds på lika villkor i fråga om tillgänglighet och kvalitet."

I yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om att en ny hälso- och sjukvårdslag bör tas fram. En sådan lag skulle enligt motionärerna tydliggöra att hälso- och sjukvårdspolitiska mål och lagar är överordnade kommersiella mål och lagar inom den offentligt finansierade vården.

I motion So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 8 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med förslag på hur landstingen kan tillhandahålla ett antal akutplatser för dementa för att ta emot patienter i akuta kriser.

I motion So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP) yrkande 15 begärs ett tillkännagivande om avgifter för barn inom landstingen. Motionärerna föreslår att Socialstyrelsen eller någon annan lämplig aktör får i uppdrag att se över hur avgiftssystemen inom sjukvården för barn skiftar mellan landstingen.

I motion So311 av Lars Elinderson (M) begärs ett tillkännagivande om patientgodkännande vid debitering av ersättning från landsting eller försäkringskassa för lämnad undersökning, vård och behandling. Motionären anför att ett sådant godkännande skulle fylla en viktig funktion för dels att öka patienternas kostnadsmedvetande, dels kontrollen av att den debiterade ersättningen är korrekt.

I motion So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M) begärs ett tillkännagivande om utvidgade rättigheter för patienter och vårdgivare. Motionärerna föreslår att det fria vårdvalet för patienter utvidgas till att också gälla specialistsjukvård och att etableringsfrihet införs även för utbildade specialister inom vården (läkare, sjuksköterskor m.fl. kategorier där specialisering på viss typ av vård förekommer).

I motion So582 av Finn Bengtsson (M) begärs ett tillkännagivande om den framtida organisationen och finansieringen av hälso- och sjukvården.

I motion So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M) begärs ett tillkännagivande om en politik för en hållbar solidarisk sjukdomsbekämpning. Motionärerna anför att de av regeringen tillsatta utredningarna, Statens vård- och omsorgsutredning samt Socialförsäkringsutredningen, bör kompletteras med en analys av hur den sjukdomsbekämpande politiken kan samordnas bättre.

I motion So268 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om inrättande av barnhospis.

I motion So358 av Penilla Gunther (KD) begärs ett tillkännagivande om att förbättra övergången från barn- till vuxenvård.

I motion So359 av Penilla Gunther (KD) begärs ett tillkännagivande om att införa hälsopass för personer som har eller har haft svåra sjukdomar med särskilda behov av medicinering eller behandling.

I motion So426 av Penilla Gunther (KD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en uppföljning av tillämpningen av den paragraf i hälso- och sjukvårdslagen som talar om barns rätt till information och stöd vid förälders sjukdom. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att utöka den paragraf i hälso- och sjukvårdslagen som talar om barns rätt till information och stöd vid förälders sjukdom till att tydligt omfatta svåra sjukdomstillstånd generellt.

Patienträttigheter

I motion So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om patientkontrakt som ska omfatta alla delar i hälso- och sjukvården: besök, undersökningar, röntgen och remisser. I kontraktet ska det finnas en tidsplan för remisser och eventuella behandlingar, och det ska framgå vem som ska utföra behandlingarna. När vården och patienten har kommit överens om vad som ska göras och när, ska kontraktet fungera som en vårdgaranti som säkerställer att patientens sammanlagda tid för undersökning och behandling blir kort.

I motion MJ382 av Matilda Ernkrans m.fl. (S) yrkande 25 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör uppdra åt Socialstyrelsen att särskilt beakta de nya rönen kring de hormonstörande kemikaliernas effekt på foster när rådgivning för gravida kvinnor utformas.

I motion So288 av Marta Obminska (M) begärs ett tillkännagivande om en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att trygga kvinnors situation vid förlossningar och stärka deras, eller närståendes, rätt till information och samtycke i samband med förlossningar.

I motion So386 av Anna SteeleKarlström (FP) begärs ett tillkännagivande om en statlig funktion för lotsning och kvalitetssäkring av vård i syfte att en vårdtagare ska få de vårdinsatser och den information som han eller hon har rätt till från vårdinstanser och tjänstemän.

Patientsäkerhet

I motion So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 9 begärs ett tillkännagivande om patientsäkerhet och föreslås att det genomförs regelbundna vårdskadeundersökningar med åtföljande särskilda åtgärdsprogram inom hälso- och sjukvården samt att regeringen noga följer frågan om klagomålshanteringen vid Socialstyrelsen och vid behov vidtar ytterligare åtgärder.

I motion So632 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (SD) begärs ett tillkännagivande om att införa en nordisk lista över läkare som frångåtits sin läkarlegitimation.

I motion So544 av Eva-Lena Jansson (S) begärs ett tillkännagivande om registerkontroll för anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, äldreomsorg, psykiatri och särskilt boende för funktionshindrade.

I motion So610 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (SD) begärs ett tillkännagivande om att ta initiativ till en förstärkning av lagstiftningen som gäller utdrag ur belastningsregistret.

Behörighetsfrågor

I motion So348 av Gunilla Svantorp m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården.

Ett liknande yrkande finns i motion So292 av Maria Lundqvist-Brömster (FP).

Gällande rätt

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, är en målinriktad ramlag som lägger ansvar på landsting och landstingsfria kommuner att erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget eller kommunen. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 §). Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget (3 §). HSL ger huvudmannen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Den 1 juli 2007 upphävdes inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker och övriga sjukhus till någon annan. Det innebär att landstingen kan sluta avtal om driften av sjukhus utan krav på att avtalen innehåller villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägaren eller motsvarande intressent. Avtalen behöver inte innehålla villkor om att vården ska bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare kan landstingen överlämna driften av regionsjukhus och regionkliniker till någon annan (3 §).

Den nationella vårdgarantin regleras i 3 g §. Enligt denna bestämmelse ska landstinget erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti, som ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

- kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti)
- besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti)
- besöka den specialiserade vården (besöksgaranti)

- planerad vård (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin gäller vid kontakt med och vid läkarbesök i primärvården samt vid första besök och behandling i all planerad specialiserad vård på ett sjukhus eller en mottagning oavsett om det är hos en läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, specialistsjuksköterska, logoped eller psykolog. Vårdgarantin gäller inte bl.a. återbesök, medicinsk service (exempelvis laboratorie- och röntgenundersökning), utredningar, undersökningar eller hjälpmedelsförsörjning. Respektive landstingsstyrelse eller landstingsfullmäktige beslutar om lokala vårdgarantier. Det finns inte något som hindrar landstingen att besluta om kortare tidsgränser än vad som följer av den nationella vårdgarantin.

Patienten ska ges individuellt anpassad information om vårdgarantin och dess innehåll, men även om sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården (2 b §).

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (2 c §). Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Av 2 g § framgår att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller
3. är missbrukare av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel.

Landstinget ska enligt 5 § organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, tillämpas.

Enligt 26 § får bl.a. vårdavgifter tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när vården ges. Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Lagar om registerkontroll

Lagen (2007:171) om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård eller boende som tar emot barn och lagen (2010:479) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder innehåll-

ler regler om att den som bedriver en sådan verksamhet som avses i lagarna inte får anställa någon utan att först kontrollera uppgifter om vederbörande i belastningsregistret.

Bakgrund och pågående arbete

Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården

Enligt vad som framgår av budgetpropositionen för 2012 fortsätter regeringen arbetet med att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov och önskemål (prop. 2011/12: 1 utg. omr. 9 s. 59 f.). Regeringens insatser syftar till att verka för bibehållanden samt ökad hälsa och livskvalitet för patienten och för medborgaren i allmänhet. Regeringen anser att särskild vikt ska fästas vid att förbättra tillgängligheten och säkerheten för patienten samt att öka patientens valmöjligheter i vården. Patienten ska vara delaktig i beslutsfattandet och ha god tillgång till information om vården och dess resultat.

Landstingen är i dag skyldiga att införa vårdval inom primärvården genom LOV. När det gäller vårdval framgår följande av budgetpropositionen för 2012 (s. 60):

Vårdval har skapat goda förutsättningar för entreprenörskap i vården. Ett ökat nyföretagande inom vården är önskvärt av flera skäl men främst för att nya vårdgivare stärker medborgarnas möjlighet att välja och välja bort. Det är viktigt att reglerna utformas så att de skapar konkurrensneutralitet och inte missgynnar småföretagande. Genom vårdval flyttas makt till patienterna. Avgörande för att det ska lyckas är att patienten får en reell valmöjlighet.

Det framgår vidare av budgetpropositionen (s. 60) att regeringens ambition är att alla landsting ska erbjuda en utökad valfrihet för den enskilde även i den specialiserade vården enligt LOV. Ett tidsbegränsat bidrag om 360 000 000 kronor för att stimulera en fortsatt utveckling har därför införts för 2012–2014. En nationell vårdvalssamordnare har enligt uppgift regeringens uppdrag att stödja detta. Får inte patienterna via denna satsning utökade valmöjligheter inom den specialiserade vården kommer regeringen att överväga behovet av lagstiftning, för att uppnå samma situation som i dag råder när det gäller LOV och primärvården. Utöver en ökad mångfald av vårdgivare ska det skapas ökat utrymme för innovation av nya tjänster inom ramen för valfrihetssystemen. Det kan t.ex. handla om att innovationen inriktas mot att öppenvården blir mer sammanhållen i syfte att skapa kontinuitet för den enskilde. En annan vinst av ett innovationsdrivet system kan vara en öppenvård som i ökad utsträckning fokuserar på de hälsofrämjande insatserna.

I april 2011 fick Konkurrensverket ett förnyat uppdrag att under 2011 och 2012 fortsätta att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt (S2009/5070/FS, delvis). I uppdraget har det ingått att kartlägga landstingens användning av valfrihetssystem enligt LOV inom den specialiserade öppenvården. I den kartläggning som

myndigheten gjort för denna del av uppdraget framgår att omkring hälften av landstingen har infört eller utreder möjligheten att införa vårdval inom fler områden än inom sådan allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller liknande där vårdvalet sedan januari 2010 är obligatoriskt. Hur många och vilka områden som omfattas varierar mellan landstingen, och i flera fall avses verksamheter som inom andra landsting ingår i uppdraget för det obligatoriska vårdvalet inom primärvården. Flest vårdvalssystem finns i Stockholms läns landsting där vårdval har införts inom 15 områden och beslut om vårdval har fattats om ytterligare 8 områden. Konkurrensverket lämnade sin slutrapport Val av vårdcentral – Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen till regeringen den 22 februari 2012. Myndigheten konstaterar bl.a. i rapporten att allt fler kan välja vårdcentral och att tre av fyra patienter använder denna möjlighet.

Ett led i regeringens satsningar på en starkt mångfald i hälso- och sjukvården är de lagändringar som trädde i kraft 2009 och som ger möjlighet till ersättningsetablering när det gäller sjukgymnaster och läkare inom specialiserad öppenvård, som har en etablering med ersättning enligt den s.k. nationella taxan (prop. 2008/09:64, bet. 2008/09:SoU6, rskr. 2008/09:168). De nämnda yrkesgrupperna kan överlåta verksamheten och därmed skapa en möjlighet för etableringarna att finnas kvar, vilket även bidrar till tillgodose patienternas behov av kontinuitet i vården. Regeringen kommer även att analysera, utreda och bereda de förslag som lämnats i Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84). Betänkandet har varit ute på remiss.

Den 23 december 2010 gav regeringen Tillväxtverket i uppdrag att utarbeta och genomföra en pilotsatsning med utvecklingscheckar för att främja tillkomsten av innovationer inom vård och omsorg (S2010/9050/HS). Det kan röra sig om att skapa nya, eller utveckla befintliga, tjänster, processer, produkter m.m. inom den nämnda sektorn. Utvecklingscheckarna ska kunna användas av mottagaren för finansiering av externa kostnader för utveckling, rådgivning eller kommersialisering av innovativa idéer eller lösningar. Uppdraget ska stimulera innovationskraften hos individer eller företag inom vård och omsorg och bidra till att öka andelen innovativa entreprenörer inom vård och omsorg. Mottagaren ska själva kunna välja vilken utförare han eller hon vill använda sig av.

En delrapport ska lämnas till Näringsdepartementet och Socialdepartementet senast den 15 augusti 2012, och en slutrapport med redovisning av hur medlen använts ska lämnas senast den 30 augusti 2013.

Regeringen beslutade 2009 om en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strategin är en del av regeringens arbete med att skapa en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Syftet är att genom jämförelser stimulera utvecklingen av en jämlik, säker och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Visionen för strategin lyder: aktuell kunskap när du vill ha den och som du vill ha den. För att nå visionen anger strategin fyra

utvecklingsområden: fånga jämförbara och aktuella data, genomföra öppna jämförelser, stimulera nationella och lokala analyser samt stärka det lokala förbättringsarbetet baserat på analyser och tillgänglig kunskap. Genom strategin befästs även att öppna jämförelser i hälso- och sjukvården ska genomföras återkommande och att åtagandet är långsiktigt.

Av budgetpropositionen för 2012 (utg. omr. 9 s. 48) framgår det att det under 2011 har utarbetats en handlingsplan för det fortsatta genomförandet av strategin. ”Handlingsplanen sätter fokus på behovet av att förstärka insatser avseende underlag för patienters val, nationellt koordinerat stöd till strukturer för regionala analyser och förbättring, förbättrad tillgång och aktualitet på data samt en process för att tydliggöra vilka öppna jämförelser som regeringen står bakom.”

Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2012 (prop. 2011/12:1 Förslag till statsbudget för 2012, finansplan och skattefrågor m.m., s. 588 och 596) en utökad satsning på nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Registren spelar enligt regeringen en viktig roll för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling och är ett ovärderligt verktyg för forskningen. Satsningen avsåg en utökad basfinansiering och utveckling av kvalitetsregistren.

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tecknat en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av de nationella kvalitetsregistren för vård och omsorg under åren 2012–2016 (S2011/8471/FS). Överenskommelsen inbegriper dels nationell finansiering av kvalitetsregistren, dels organisation och ansvarsfördelning för registren på nationell nivå.

I januari 2011 tillsatte regeringen en särskild utredare som bl.a. ska se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som berörda myndigheter bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området (dir. 2011:4). Utredningen, som antagit namnet Statens vård- och omsorgsutredning (S 2011:01), lämnade i oktober 2011 delbetänkandet Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning (SOU 2011:65) till regeringen. Fokus i delbetänkandet är de frågor som vården och omsorgen behöver kunna hantera på 10–15 års sikt och vilken roll staten bör ta i dessa frågor. Sammantaget innebär utredningens bedömningar att man ser ett behov av en genomgripande översyn av statens sätt att styra och stödja vård- och omsorgssystemet, bl.a. att myndighetsstrukturen behöver omprövas, ansvarsfördelningen förtydligas, arbetssätten moderniseras och ledar- och medarbetarskapet vidareutvecklas.

Utredningen ska lämna en slutrapport till regeringen senast den 15 april 2012.

Vårdavgiftsutredningen (S 2011:08) lämnade i januari 2012 sitt betänkande Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2) till regeringen. I enlighet med direktiven (dir. 2011:61) har utredningen gjort en översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och

handikappomsorg m.m. Utredningen anser att det finns starka principiella skäl som talar för ett gemensamt högkostnadsskydd. Mot bakgrund av att det finns en rad praktiska problem med en sådan lösning, föreslår utredningen emellertid att de nu gällande separata högkostnadsskydden för öppenvård respektive läkemedel tills vidare behålls.

Av utredningens betänkande framgår bl.a. när det gäller öppenvård av barn och ungdomar upp till 18–20 års ålder att denna vård i de flesta landsting är avgiftsbefriad (bet. s. 30). Inom Region Skåne tillämpas patientavgifter fr.o.m. 12 års ålder med undantag av besök inom barn- och ungdomspsykiatri och barnhabiliteringen som är avgiftsfritt. Gotland tillämpar halv avgift för barn under 18 år. Uppsala tar ut halv avgift för barn och ungdom under 20 år med undantag av besök inom primärvården där avgiften är 0 kronor. I Norrbotten betalade barn t.o.m. 19 år, liksom vuxna, 250 kronor för besök på jourtid och helger 2011. Utöver detta är akutbesöken i vissa landsting avgiftsbelagda även för barn. När det gäller slutenvård är denna avgiftsfri för barn och ungdomar inom alla landsting. Åldersgränsen för avgiftsfrihet varierar dock från 18 år till 20 år (s. 33).

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd antog den 9 mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet).

Bakgrunden till direktivet var ett antal domar i EU-domstolen som slagit fast att sjukvård, oavsett hur den är finansierad och organiserad, träffas av fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) regler om fri rörlighet för tjänster. Patienter har därför rätt till ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet. EU-domstolens rättspraxis har dock skapat behov av en rättslig reglering inom unionen. Syftet med direktivet är därför att åstadkomma en mer allmän och effektiv tillämpning av de principer som EU-domstolen har utarbetat och på så sätt utveckla den inre marknaden.

Enligt direktivets bestämmelser ska medlemsstaterna senast den 25 oktober 2013 genomföra nödvändiga ändringar i nationell lagstiftning i överensstämmelse med vad som föreskrivs i direktivet.

Direktivet medför en översyn av de svenska myndigheternas och landstingens hantering av den gränsöverskridande vården.

Inom ramen för arbetet med att genomföra direktivet arbetar man inom Regeringskansliet med att ta fram en departementspromemoria.

Patienträttigheter

När det gäller förbättrad tillgänglighet för patienten anför regeringen bl.a. följande i budgetpropositionen för 2012 (utg. omr. 9 s. 60):

Som patient ska man få vård snabbt och få information om vilka tidsramar vården är skyldig att erbjuda vid besök och behandling. Regeringens insatser för att öka tillgängligheten för patienten har bidragit till att nio av tio får vård inom angiven tid. Regeringen har för avsikt att under nuvarande mandatperiod utöka satsningarna på förbättrad tillgänglighet för patienten. Mot bakgrund av att nästan alla landsting uppnår

vårdgarantins lagstadgade tidsgränser finns behov av att ta ytterligare steg och skärpa dessa gränser. Regeringens ambition är att vårdgarantin även ska omfatta en ökad andel av patientens kontakter med vården. Som ett led i arbetet har regeringen initierat ett samverkansprojekt med SKL som syftar till att följa patientens väg i vården. Målet är att ha ett nationellt mätsystem på plats under 2013. I arbetet ingår även att analysera möjligheterna att systematiskt följa återbesöksfrekvensen för olika patientgrupper.

Genom att sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas kan vårdens samlade kvalitet och resultat förbättras. Socialstyrelsen kommer på uppdrag av regeringen att utreda hur myndigheten kan inrätta ett system för att följa väntetider på sjukhusbundna akuttagningar på nationell nivå. I uppdraget ingår dels att fastställa vilken väntetidsstatistik som ska samlas in, dels att påbörja insamlandet av sådan statistik. I uppdraget ingår vidare att föreslå kompletterande kvalitetsindikatorer för akutsjukvården utöver de väntetidsdata som myndigheten ska arbeta fram.

För att stimulera landstingen i arbetet med att uppfylla vårdgarantin slöt staten och SKL i december 2008, för första gången, en överenskommelse som bygger på en prestationsbaserad ersättningsmodell för att minska vårdköerna. En miljard kronor (kömiljarden) avsattes i statens budget för detta ändamål. Sedan införandet av kömiljarden 2008 har regeringen och SKL slutit ytterligare två separata överenskommelser. I överenskommelserna har kraven för att få ta del av medlen stegvis höjts. En tydlig skillnad mellan de tre överenskommelserna är att det under 2009 enbart genomfördes en avstämning som låg till grund för fördelningen av medlen. Under 2010 hade antalet avstämningar utökats till sju (januari till mars och september till december), och i 2011 års överenskommelse räknas resultaten för varje månad. Avsikten med att mäta resultaten varje månad är att förtydliga att sjukvårdshuvudmännen kontinuerligt under året måste bedriva ett arbete för att upprätthålla eller korta väntetiderna. Landstingen måste under 2011 således presterar goda resultat under årets alla månader för att få ta del av medlen.

Av budgetpropositionen för 2012 (utg. omr. 9 s. 33) framgår att regeringen har för avsikt att löpande utveckla kömiljarden för att på så sätt stimulera tillgänglighetsarbetet. För 2009–2010 fördelades medlen inom ramen för kömiljarden till landsting där mellan 80 och 90 procent klarade av att ge vård (besök eller behandling) inom vårdgarantins gräns på 90 dagar. För att få pengar från kömiljarden 2011 måste landstingen kunna visa att minst 70 procent av patienterna fått vård inom de tidsramar som fastslagits i överenskommelsen. För 2011 års kömiljard har landstingen varit tvungna att klara av att erbjuda patienterna besök i den specialiserade vården inom 60 dagar och behandling inom 60 dagar. Klarar landstingen att ge vård i rätt tid till mer än 80 procent av patienterna får de ta del av ytterligare medel.

Av ett pressmeddelande från Socialdepartementet den 2 februari 2012 framgår att samtliga landsting under 2011 klarat att uppfylla något av kriterierna och därmed får del av 2011 års kömiljard.

I december 2011 enades regeringen och SKL om kriterierna för 2012 års kömiljard (S2011/11007/FS). Mot bakgrund av att vårdgarantin numera är författningsreglerad ska den nationella tillgänglighetsstrategin, som omfattar sammanlagt 1 000 000 000 kronor, och överenskommelsen för 2012 främst ses som en stimulansåtgärd för att få landstingen att uppnå en ytterligare förbättrad tillgänglighet. För att få ta del av medlen ska landstingen uppfylla vissa grundläggande krav.

Regeringen har i propositionen Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning (prop. 2009/10:67) framhållit att man ser det som viktigt att följa upp den lagreglerade vårdgarantins effekter. En fråga som enligt regeringen är särskilt relevant att följa berör eventuell förekomst av undanträngningseffekter, dvs. situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov). Socialstyrelsen fick ett tilläggsuppdrag inom ramen för myndighetens pågående uppdrag att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin och för att få del av kömiljarden. Tilläggsuppdraget behandlar frågan om undanträngning.

Socialstyrelsen ska lämna en slutredovisning av uppdraget i april 2012.

I sin ambition att fortsätta genomföra åtgärder i syfte att stärka patientens ställning tillsatte regeringen under början av 2011 en utredning som ska lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården ytterligare kan stärkas (S 2011:03, dir. 2011:25). Utredningen, som antagit namnet Patientmaktsutredningen, ska ta ställning till hur en samlad patientlagstiftning bör utformas och vilka bestämmelser med betydelse för patientens ställning som den bör innehålla.

När det gäller frågan om hur patientens valmöjligheter i vården ytterligare kan stärkas ska utredaren enligt direktiven bl.a.

- föreslå en reglering av ett fritt vårdval över hela Sverige
- föreslå en reglering som underlättar möjligheten att utnyttja privata vårdgivare i ett annat landsting än patientens hemlandsting
- föreslå hur information kring bestämmelser om bl.a. vårdgarantin ska kunna göras mer tillgänglig för patienten
- föreslå hur kännedomen kan öka om skillnaderna mellan vårdgarantin och det fria vårdvalet
- ta ställning till om landstingens informationsansvar ska utökas till att även omfatta information om vård inom EU/EES-området.

När det gäller frågan om hur berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning ska utredningen enligt direktiven (s. 8)

- föreslå hur berörda myndigheter kan tillhandahålla information och vägledning i frågor kopplade till patientens ställning på ett enkelt och lättillgängligt sätt, anpassat till olika kategorier av patienter, t.ex. barn, äldre kvinnor och män, personer med funktionshinder och personer som talar ett annat språk

- föreslå hur berörda myndigheter ska återrapportera till regeringen om de åtgärder som vidtagits för att stärka patientens ställning.

Utredaren ska även föreslå hur regionala skillnader i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet. För att kunna utveckla hälso- och sjukvården är det viktigt att patienters upplevelser och synpunkter samlas in och sammanställs. Utredaren ska föreslå en modell för systematisk insamling och bearbetning av patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden, samt föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet.

Ett delbetänkande ska lämnas sommaren 2012 och en slutredovisning i början på 2013.

Myndigheten för vårdanalys, som inrättades den 1 januari 2011, har till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp, analysera och effektivitetsgranska verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård och tandvård samt verksamheter i gränssnittet mellan vård och omsorg. En central målsättning med myndigheten är enligt budgetpropositionen för 2012 (utg. omr. 9 s. 64) att stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande. Det är enligt regeringen viktigt att stärka deras insyn i och förtroende för hälso- och sjukvårdens verksamhet, och tillgång till relevant information är en förutsättning för detta. Myndigheten har i uppdrag att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Av myndighetens granskningsplan för verksamhetsåret 2012 framgår att följande områden kommer att bli föremål för granskning:

- Hur patientfokuserad är svensk hälso- och sjukvård?
- Har patienter, brukare och medborgare tillgång till den information de behöver? Myndigheten kommer att granska i vilken utsträckning patienter, brukare och medborgare har tillgång till information som möjliggör bl.a. delaktighet och inflytande i vården och omsorgen.
- Vilka konsekvenser får valfrihetssystem för olika patient- och brukargrupper? Myndigheten kommer att granska vårdvalets effekter på bl.a. patienternas tillgång till god vård och vård på lika villkor.
- Hur skapa en patientfokuserad vård för dem som har omfattande och komplexa behov?

Patientsäkerhet

En ny patientsäkerhetslag (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011 (prop. 2009/10:210, bet. 2009/10:SoU22, rskr. 2009/10:342). Patientsäkerhetslagen innehåller bestämmelser om att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bl.a. att utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, att ge

patienter och närstående information och möjligheter att bidra till patientsäkerhetsarbetet samt att till Socialstyrelsen rapportera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten.

Av budgetpropositionen för 2012 (utg. omr. 9 s. 51) framgår att en omfattande, tidsbegränsad patientsäkerhetssatsning genomförs under 2011–2014 och att regeringen under denna period satsar 2,5 miljarder kronor. Utgångspunkten för satsningen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara vårdskador, och målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Huvuddelen av satsningen utgörs av prestationsbaserade stimulansbidrag för patientsäkerhetsarbete i landstingen, vilka regleras i en överenskommelse mellan staten och SKL.

Regeringen godkände den 15 december 2011 överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet 2012 mellan staten och SKL (regeringsbeslut S2011/11008/FS). Överenskommelsen består av en prestationsbaserad patientsäkerhetssatsning som omfattar sammanlagt 525 000 000 kronor. Satsningen handlar om att stödja genomförandet av den nya patientsäkerhetsreformen, att med patientens behov i centrum uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen samt att skapa en säkrare vård. Utgångspunkten för satsningen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara skador, s.k. vårdskador, och målet är att gradvis minska antalet sådana skador. Följande fyra grundkrav måste vara uppfyllda för att landstinget ska kunna ha möjlighet att ta del av den prestationsbaserade ersättningen:

- Samtliga vårdgivare i landstinget har upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Respektive landsting ska ha tagit följande steg för införande och användning av Nationell patientöversikt (NPÖ): har infört och använder tjänsterna Säker it i hälso- och sjukvård (SITHS), NPÖ:s säkerhetstjänster samt den nationella katalogtjänsten HSA, har anslutit sig till NPÖ samt kan visa på en bred användning av tjänsten i sin verksamhet.
- Respektive landsting ska påbörja arbetet med att införa it-stödet Infektionsverktyget genom att ha tagit väsentliga steg till en organisation för införandet på samtliga sjukhus.
- Respektive landsting ska ha arbetat systematiskt med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utforma och ansvara för den samlade uppföljningen av överenskommelsen mellan staten och SKL om patientsäkerhet 2012 (S2011/11229/VS, delvis). Uppdraget är en fortsättning på motsvarande uppdrag för 2011. Socialstyrelsen ska sammanställa en samlad bedömning av hur samtliga krav och indikatorer i överenskommelsen har uppfyllts efter landstingens genomförande. Vid behov ska Socialstyrelsen göra stickprovskontroller hos landstingen för att

säkerställa att kraven på kvalitet och innehåll är uppfyllda. Den samlade bedömningen kommer att ligga till grund för fördelningen av den prestationsbaserade ersättningen.

Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 15 november 2012.

När det gäller förbättrad kvalitet och säkerhet för patienten anför regeringen följande i budgetpropositionen för 2012 (utg. omr. 9 s. 61):

Regeringen arbetar kontinuerligt för att vårdens resultat ständigt ska förbättras. Ett av de främsta redskapen för att driva kvalitetsutvecklingen framåt är öppna jämförelser. Genom att lyfta fram hälso- och sjukvårdens resultat uppmuntras vårdenheter och landsting till kontinuerlig kvalitets- och effektivitetsutveckling.

Ett annat verktyg är de nationella riktlinjerna för god vård, som utarbetas för de stora folksjukdomarna och för patienter med andra allvarliga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna ska vara ett stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Målsättningen med det fortsatta arbetet med nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården är att få till stånd en mer jämlik och effektiv vård av bättre kvalitet.

Satsningen på ökad patientsäkerhet ska sammantaget leda till en säkrare vård för patienten och ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete, vilket i sin tur leder till minskat lidande samt färre omoperationer, vård dygn och sjukskrivningar. Regeringen har under den gångna mandatperioden initierat en genomgripande patientsäkerhetsreform. I budgetpropositionen för 2011 föreslogs en särskild satsning på patientsäkerhet. Huvuddelen av satsningen utgörs av de prestationsbaserade stimulansbidrag som regleras inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKL under 2011.

Regeringen fortsätter att nära följa implementeringen av den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft 1 januari 2011. Särskild vikt kommer att fästas vid att patienters och anhörigas klagomål på hälso- och sjukvården och dess personal hanteras på ett rättssäkert sätt och inom tydliga tidsramar. Likaså är det ur ett patientsäkerhetsperspektiv viktigt att följa hanteringen av möjligheten att ålägga en legitimerad yrkesutövare prövotid på grund av oskicklighet. En effektiv och väl fungerande tillsyn såväl av verksamhet som av personal, är ett fundament i styrningen av hälso- och sjukvården och avgörande för förtroendet för vården.

Regeringen beslutade i april 2011 att ge Statskontoret i uppdrag att följa utvecklingen och utvärdera den nya ordningen för hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården, som Socialstyrelsen ansvarar för från den 1 januari 2011 (S2011/3868/FS, delvis). En utvärdering ska göras i förhållande till den nya patientsäkerhetslagens intentioner om att uppnå en säkrare vård (prop. 2009/10:210).

En slutrapport ska lämnas till regeringen senast den 31 mars 2014.

I syfte att öka tilltron till patientsäkerhetsarbetet har regeringen tagit fram departementspromemorian Överklagande av Socialstyrelsens beslut om kritik enligt patientsäkerhetslagen (Ds 2011:36). Promemorian är föremål för beredning inom Regeringskansliet. Enligt regeringens s.k. propositionsförteckning kommer en proposition att lämnas till riksdagen i maj 2012.

Socialminister Göran Hägglund besvarade den 25 maj 2011 en skriftlig fråga om insatser för ökad patientsäkerhet. Socialministern anförde följande:

Fredrik Lundh Sammeli har frågat mig om jag är beredd att se över regelverket för att se om det skulle kunna vara möjligt att i registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om brott eller överträdelser över en viss nivå göra en tillfällig markering om att utredning pågår.

Av Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) framgår behörighetsinskränkningar för hälso- och sjukvårdspersonal. Det stämmer att det däremot inte framgår av registret om en person är under utredning för detta. Skälet är skyddet för den personliga integriteten hos dem som är under utredning. Det är ju fler som utreds än som slutligen får sin behörighet indragen.

I frågor om tillgång till personuppgifter måste man alltid noga överväga hur syftet med tillgången till uppgifterna kan uppnås med minsta möjliga intrång i den personliga integriteten.

Det är dock mycket viktigt att arbetsgivaren får information så snart ett beslut om behörighetsinskränkning har fattats som rör någon av de anställda. Det är en fråga som kan lösas på flera sätt. I dag finns Norges, Danmarks och Finlands register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgängliga på webben. För att genomföra motsvarande i Sverige krävs ändring i den förordning som reglerar registret. Socialstyrelsen har lämnat in en skrivelse till Socialdepartementet med en hemställan om en sådan ändring, bland annat av det skälet att det skulle underlätta arbetsgivarens tillgång till informationen i registret.

Socialdepartementet planerar att tillsätta en utredning under 2011 som ska få till uppdrag att utreda hur förutsättningarna för en säker informationshantering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan förbättras. Jag har för avsikt att låta den utredningen få i uppdrag att utreda om och i så fall hur Socialstyrelsens begäran kan genomföras på bästa sätt.

Socialminister Göran Hägglund besvarade den 26 oktober 2011 en skriftlig fråga från Gunilla Svantorp (S) om patientens felanmälningar inom vården (fr. 2011/12:50) och anförde följande:

Gunilla Svantorp har frågat mig hur jag avser att lösa frågan med den långa väntetiden avseende anmälningar av fel i vården.

Den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft vid årsskiftet öppnar för helt nya förutsättningar att bedriva en säker hälso- och sjukvård. Vårdgivarens ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete blir större och tydligare och det blir större fokus på förebyggande arbete. Lagen innebar också en förändring i hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården. Som ett led i detta överfördes ansvaret för klagomålshanteringen från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Hsan) till Socialstyrelsen.

Den nya reformen innebär att det är enklare för den enskilde att anmäla en skada eller felbehandling. Det är en fördel för patienten, eftersom han eller hon endast behöver anmäla en händelse utan att veta exakt vem som gjort fel. Socialstyrelsen har en skyldighet att ta emot och förutsättningslöst utreda klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal.

I samband med att Socialstyrelsen övertog ansvaret för klagomålen tillförde regeringen en årlig förstärkning om drygt 44 miljoner kronor till Socialstyrelsen. I mars i år beslutade regeringen om ytterligare en förstärkning, 4 miljoner kronor, för hantering av de balanser som överogs från Hsan vid årsskiftet.

Att brister i vården anmäls är en förutsättning för att rutiner ska kunna rättas till och att vården ska bli säkrare. En fungerande klagomålshantering är viktig för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Därför är det viktigt att Socialstyrelsen kommer till rätta med balanserna. Jag följer noga utvecklingen och kan konstatera att Socialstyrelsen nu gör en kraftsamling för att minska ärendemängden och komma till rätta med de långa handläggningstiderna. Mot bakgrund av det arbete som pågår vid Socialstyrelsen kommer jag att avvakta med att vidta några åtgärder i dagsläget.

I syfte att få vården att tillämpa evidensbaserade åtgärder har SKL tillsammans med experter tagit fram ett antal s.k. åtgärdspaket (tidigare kunskapsunderlag), baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärdspaket finns numera på områdena vårdrelaterade urinvägsinfektioner, infektioner vid centrala venösa infarter, postoperativa sårinfektioner, läkemedelsfel i vårdens övergångar, läkemedelsrelaterade problem, fall och fallskador, trycksår och undernäring (SKL:s publikation Minska vårdskadorna, 2011).

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Tillämpningsområdet för föreskrifterna är verksamhet som omfattas av bl.a. HSL och socialtjänstlagen (SoL). I föreskrifterna ingår grunderna för systematiskt kvalitetsarbete, t.ex. ledningssystemets ändamål och användning. Ett ledningssystem ska leda till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar verksamheten så att den uppfyller ställda kvalitetskrav och ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Socialstyrelsen arbetar på uppdrag av regeringen med att ta fram ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet. Strategin ska utgöra en plattform i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet och innehålla ett antal uppföljningsbara mål. Socialstyrelsen har också tagit fram en guide till en säkrare vård, som vänder sig till patienter. Guiden lanserades den 1 juli 2011 och syftar till att patienten bättre ska kunna förbereda sig inför kontakten med vården och därmed kunna medverka till att förebygga och minska risken att något blir fel. SKL håller på att ta fram modeller för bättre patientmedverkan, ett arbete som bedrivs tillsammans med såväl patientföreträdare som sjukvårdshuvudmän.

Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att öka tillgängligheten till patienthandboken Min guide till säker vård. Den ökade tillgängligheten ska enligt regeringsbeslutet åstadkommas genom att Socialstyrelsen översätter handboken till andra vanligt förekommande språk än svenska och anpassar guiden för personer med olika funktionsnedsättningar. Den ska också göras tillgänglig i olika elektroniska medier.

Uppdraget ska redovisas i sin helhet senast den 1 mars 2013 (S2009/9126/FS, delvis).

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en granskning av i hur stor utsträckning respektive landsting arbetar med att systematiskt förhindra uppkomsten av vårdskador med hjälp av strukturerade journalgranskningar (S2010/9220/FS, delvis). Uppdraget redovisades till regeringen i oktober 2011, och enligt Socialstyrelsen har flera landsting börjat använda strukturerad journalgranskning i arbetet med att systematiskt förhindra uppkomsten av vårdskador sedan metoden introducerades 2008 (dnr 5.2-39265/2010).

Det s.k. Infektionsverktyget, ett it-verktyg som beställts av Cehis (Center för eHälsa i samverkan), arbetar för att skapa ett nationellt enhetligt it-stöd som ska användas i lokalt förbättringsarbete. Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra kvaliteten i användningen av antibiotika. Vårdgivarna i Uppsala och Västra Götaland har deltagit som piloter under utvecklingsfasen av verktyget. Planen är att hela slutenvården ska använda Infektionsverktyget till sommaren 2014.

Den 9 juni 2009 antog EU:s hälsoministrar en rådsrekommendation om patientsäkerhet (KOM(2008) 837/2). Målet med rekommendationerna är bl.a. att öka patientens säkerhet i vården och att förebygga ohälsa och sjukdomar samt undanröja faror för människors hälsa. I rådsrekommendationen uppmanas medlemsstaterna bl.a. att införa vårdhygieniska åtgärder i alla vårdmiljöer. Övervakningssystem bör inrättas för att bl.a. genomföra regelbundna undersökningar av förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Det är också viktigt att främja utbildning och fortbildning för vårdpersonal och att förbättra informationen till patienterna om risken att drabbas av en vårdrelaterad infektion, vad vårdinrättningen gör för att undvika att patienterna drabbas och vad patienterna själva kan göra för att undvika detta.

Sedan rådsrekommendationerna antogs 2009 har arbetet fortsatt i arbetsgrupper.

Behörighetsfrågor

2009 års behörighetsutredning (S 2009:02) redovisade sitt betänkande Kompetens och ansvar (SOU 2010:65) i oktober 2010. I betänkandet föreslås bl.a. att inga ytterligare grupper ska regleras inom hälso- och sjukvården utöver dagens 21 legitimationsyrken och att Socialstyrelsen får i uppdrag att se över vilka somatiska sjukdomar som det bör vara förbjudet att behandla för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal.

Betänkandet, som har varit ute på remiss, bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade senast motioner om hälso- och sjukvårdens organisation dels i betänkande 2011/12:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, dels i betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag (rskr. 2011/12:97, beslut 2010/11:84).

När det gäller hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering anförde utskottet följande i sitt betänkande 2011/12:SoU1 (s. 32 f., 2 res. S, V):

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den har ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska också vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa.

Vården ska ges efter behov och den ska vara jämlik för både kvinnor och män, utrikes födda och inrikes födda oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål. Hänsyn ska tas till att barn har förutsättningar och behov som kan skilja sig från vuxnas, liksom till att flickor och pojkar kan ha delvis olika behov.

Utskottet ser positivt på att regeringen genom riktade satsningar arbetar för att säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, håller en god tillgänglighet och stärker såväl patientens delaktighet som valfriheten i vården. Det är även positivt att regeringen avser att ta fram en samlad strategi för en jämlik vård.

I flera grundläggande avseenden är tillgängligheten till sjukvård god i Sverige. Trots det finns det fortfarande problem. Utskottet välkomnar därför de åtgärder som regeringen har vidtagit för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. En tillgänglig hälso- och sjukvård handlar t.ex. om vilka personer som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet och i vilken utsträckning vården faktiskt är tillgänglig för de med störst behov av vård. Det handlar också om tillgång till information och om fysisk och geografisk tillgänglighet och väntetider till vården.

Samtidigt som det pågår en förbättring av tillgängligheten har även patientens valfrihet ökat i takt med en ökad mångfald av vårdgivare inom hälso- och sjukvårdssektorn. Utskottet ser positivt på denna utveckling. Ett stort antal nya vårdcentraler har tillkommit, vilket inte bara innebär en ökad mångfald utan också en utbyggd primärvård, vilket i sin tur är en förstärkning av den hälsofrämjande vården och en ökad tillgänglighet i allmänhet.

Under den gångna mandatperioden inleddes ett arbete med en genomgripande patientsäkerhetsreform. I budgetpropositionen för 2011 aviserade regeringen en fortsatt flerårig satsning på patientsäkerhet under hela valperioden 2011–2014. Satsningen består framför allt av ett årligt prestationsbaserat stimulansbidrag till landstingen. Utskottet välkomnar detta arbete.

— — —

Landstingen är i dag skyldiga att införa vårdval inom primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Utskottet stöder regeringens ambition att alla landsting ska erbjuda en utökad valfrihet för den enskilde även i den specialiserade vården enligt LOV. Utskottet välkomnar därför det tidsbegränsade stimulansbidrag som införs

2012–2014 med detta syfte. Utskottet välkomnar regeringens reformer för valfrihet. En ökad mångfald inom hälso- och sjukvården är en viktig förutsättning för att patientens ställning i vården ska kunna stärkas.

Motionerna avstyrktes.

I sitt betänkande 2010/11:SoU9 uttalade utskottet följande (s. 28 f. res. S, MP, V):

En väl fungerande hälso- och sjukvård är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Den som behöver vård och omsorg ska kunna vara trygg i att den finns när man behöver den. Välfärden ska vara gemensamt finansierad och fördelas efter behov. Utskottet anser det angeläget att dessa principer upprätthålls.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I 2 a § HSL anges hur hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Vården ska bl.a. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vidare anges att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Målen för hälso- och sjukvårdspolitiken utgår från att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende bland allmänheten. Arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet ska särskilt inriktas på att säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare, säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad och att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande, skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt samt tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården.

Det är av största vikt att den vård som erbjuds är jämlik. Det handlar om att vården ska hålla en bra kvalitet för alla och att tillgängligheten ska vara god för både kvinnor och män och för både utrikes födda och inrikes födda, oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Utskottet delar bedömningen att förutsättningarna för en god och jämlik vård bör förbättras. Det arbete som bedrivs inom detta område bör ges högsta prioritet.

— — —

Utskottet välkomnar regeringens reformer för valfrihet. En ökad mångfald inom hälso- och sjukvården är en viktig förutsättning för att patientens ställning i vården ska kunna stärkas.

Motionerna avstyrktes.

När det gäller patienträttigheter och vårdgaranti m.m. anförde utskottet följande i sitt betänkande 2010/11:SoU9 (s. 29, inga res.):

För patienten är det viktigt att få vård snabbt och känna till vilken skyldighet vården har att erbjuda besök och behandling inom utlovad tidsram. Att förbättra tillgängligheten för patienten är av stor vikt för att skapa förutsättningar för en god vård. Under föregående valperiod genomfördes en rad insatser för att minska väntetiderna till besök och behandling i hälso- och sjukvården samt för att stärka patientens ställning. Det gäller inte minst de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som trädde i kraft den 1 juli 2010 och som syftar till att ytterligare förstärka patientens ställning i vården vad gäller vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Den s.k. kömiljarden är en annan viktig satsning som syftar till att patienten ska få tillgång till vård inom ramen för vårdgarantin. Ytterligare ett led i arbetet med att stärka patientens ställning är skapandet av en ny myndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården. Utskottet välkomnar dessa satsningar. Utskottet erinrar om att Ansvarskommittén (dir. 2003:10) också berört frågan om patientens ställning (SOU 2007:10 och 12).

Utskottet ser mycket positivt på att Europaparlamentet nyligen godkände ett förslag till regler om patienters rättigheter vid vård i annat EU-land.

Motionerna avstyrktes.

När det gäller patientsäkerhet anförde utskottet följande i sitt betänkande 2010/11:SoU9 (s. 29, 1 res. S + MP + V):

Under den gångna valperioden har en genomgripande patientsäkerhetsreform initierats. Patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011. Syftet med den nya lagstiftningen är att få ned antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att vårdpersonalen har begått misstag. Den överenskommelse som nyligen presenterades av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen på området är enligt utskottet en välkommen och betydelsefull del av det fortsatta arbetet. Överenskommelsen innebär att de landsting som åstadkommer förbättringar enligt uppsatta kriterier får del av de pengar som avsatts för ändamålet. Den breda satsningen på ökad patientsäkerhet kommer att leda till säkrare vård för patienten och ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete, vilket i sin tur leder till minskat lidande, färre omoperationer, färre vård dygn och färre sjukskrivningar. I det pågående arbetet med patientsäkerhet ingår även satsningar på att motverka vårdrelaterade infektioner – såväl inom Sverige som inom EU.

Utskottet ser positivt på detta och anser inte att riksdagen behöver ta något initiativ med anledning av motionerna [...] .

Motionerna avstyrktes.

När det gällde ett motionsyrkande om missvisande auktorisationer och legitimationer inom hälso- och sjukvården hänvisade utskottet i sitt betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor (s. 30) till utredningsbetänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65) och att beredningen av detta inte borde föregripas.

Utskottet behandlade ett motionsyrkande om legitimation för socionomer i betänkande 2010/11:SoU10, som godkändes av riksdagen (beslut i kammaren den 28 april 2011). Utskottet avslog motionen och hänvisade i sitt ställningstagande till 2009 års behörighetsutrednings betänkande som då var föremål för beredning inom Regeringskansliet.

Finansutskottet behandlade i sitt betänkande 2011/12:FiU3 Utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner motionsyrkanden om investeringsskydd för skattefinansierad verksamhet och om vinst och konkurrens i välfärden. Finansutskottet avslag motionsyrkandena och uttalade i denna del följande (s. 14, 2 res. S, SD):

Kvaliteten inom den offentligt finansierade välfärden ska vara hög och pålitlig oavsett om välfärdstjänsterna utförs av privata eller offentliga aktörer, och det är därför viktigt att de ansvariga ställer höga krav på verksamheten. Såväl vid offentlig drift av välfärdstjänster som vid upphandling av privata sådana måste kvalitetskraven ställas högt. Uppföljning och kontroller av att kvalitetskraven efterlevs är av central betydelse.

Utskottet anser dock inte att ett förbud eller liknande mot privata företag inom välfärdssektorn att göra vinster är en framkomlig väg. Företag som inte tillåts göra vinster kommer inte att kunna agera över huvud taget på en privat marknad. En avsevärd del av verksamheterna i många kommuner, väghållning, sophantering etc., bedrivs av privata företag som upphandlats av kommuner, och det är varken önskvärt eller möjligt att privata företag som utför tjänster finansierade av skattemedel skulle förbjudas att göra vinst. Ambitionen att hålla hög kvalitet i välfärdstjänsterna uppnås enligt utskottets mening inte genom förbud mot vinster, utan snarare genom noggranna upphandlingar med tydliga och uppföljningsbara kvalitetskrav och effektiva kvalitetskontroller.

— — —

Utskottet understryker att privatiseringar av skattefinansierad verksamhet ska genomföras i enlighet med gällande lagstiftning. Något tillkännagivande med denna innebörd är inte nödvändigt.

Utskottets ställningstagande

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vidare ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, samt vårdgarantin.

Hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa, och vården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska också vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa.

Utskottet konstaterar att regeringen fortsätter arbetet med att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov och önskemål. Insatserna syftar till att verka för bibehållanden samt ökad hälsa och livskvalitet för patienten och för medborgaren i allmänhet. Särskild vikt fästs vid att förbättra tillgängligheten och säkerheten för patienten, att öka patientens valmöjligheter i vården, att patienten ska vara delaktig i beslutsfattandet och ha god tillgång till information om vården och dess resultat. Utskottet ser positivt på att regeringen avser att göra ytterligare insatser för att bl.a. öka jämlikheten i vården.

Utskottet bedömer att en ökad valfrihet i vården inte bara ökar möjligheterna för patienter att själva, utifrån behov och önskemål, välja vårdgivare utan driver även på utvecklingen inom hälso- och sjukvården genom att fler och nya utförare konkurrerar utifrån tillgänglighet och kvalitet. En sådan utveckling ökar tydligt incitamenten att ytterligare förbättra bemötandet av patienten. En ökad mångfald inom hälso- och sjukvården är också en viktig förutsättning för att patientens ställning i vården ska kunna stärkas. Mot denna bakgrund stöder utskottet regeringens ambition att alla landsting ska erbjuda en utökad valfrihet för den enskilde även i den specialiserade vården.

Motionerna So268 (FP) yrkande 2, So311 (M), So336 (MP) yrkande 8, So358 (KD), So359 (KD), So426 (KD) yrkandena 1 och 2, So521 (S) yrkandena 6, 7, 10, 13 och 15, So570 (V) yrkandena 1, 3 och 5, So577 (M), So582 (M), So583 (M) samt N303 (V) yrkande 10 (delvis) avstyrks.

Utskottet konstaterar att Vårdavgiftsutredningens betänkande Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2) innehåller vissa uppgifter om avgifter för vård av barn och ungdomar. Riksdagen bör inte föregripa beredningen av betänkandet. Motion So658 (MP) yrkande 15 får anses åtminstone delvis tillgodosedd och avstyrks.

Utskottet konstaterar att regeringen under senare år gjort ett flertal insatser för att stärka patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården. Förutom reformer för ökad valfrihet för patienten, som nämnts ovan, kan nämnas den numera lagstadgade vårdgarantin, som syftar till minskade väntetider till besök och behandling i sjukvården, skärpt tillsyn av hälso- och sjukvården samt ökade satsningar på kvalitetsregister i landsting och kommuner. Även insatser som utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning och rätt till fast vårdkontakt kan lyftas fram i detta sammanhang. Utskottet ser positivt på att regeringen har för avsikt att utveckla den s.k. kömiljarden för att ytterligare stimulera tillgänglighetsarbetet inom vården.

Myndigheten för vårdanalys, som har till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp, analysera och effektivitetsgranska verksamheter och förhållanden inom bl.a. hälso- och sjukvård, inledde sin verksamhet för drygt ett år sedan. Utskottet bedömer att myndighetens uppföljande och granskande arbete kommer att bidra till att ytterligare stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande.

Trots att åtskilliga insatser genomförts under senare år anser utskottet att det fortfarande finns en rad områden där patientens ställning bör stärkas. Mot denna bakgrund välkomnar utskottet den av regeringen tillsatta Patientmaktsutredningen (S 2011:03), som ska ta ställning till hur en samlad patientlagstiftning bör utformas och vilka bestämmelser med betydelse för patientens ställning som den bör innehålla. En utgångspunkt för utredningens arbete ska enligt direktiven vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård. Uppdraget omfattar bl.a. frågor om hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor och om hur patientens valmöjligheter i vården ytterligare kan stärkas. Utredaren ska vidare undersöka om befintliga system för hantering av patientens behov av bl.a. stöd är tillräckliga när det gäller företrädesvis vårdgarantin och det fria vårdalet, och vid behov lämna förslag på en särskild lagreglerad stödfunktion. Ett delbetänkande kommer under sommaren 2012 och slutredovisningen ska ske den 1 januari 2013.

Mot bakgrund av det arbete som pågår när det gäller patientens ställning inom vården anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motionerna MJ382 (S) yrkande 25, So288 (M), So386 (FP), och So521 (S) yrkande 5 avstyrks.

Utskottet konstaterar att en genomgripande patientsäkerhetsreform har satts igång under den gångna valperioden. En central del i reformen utgörs av patientsäkerhetslagen (2010:659), som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

Utskottet erinrar om att det genomförs en omfattande, tidsbegränsad patientsäkerhetsåtgärdsplan under 2011–2014. Utgångspunkten för åtgärdsplanen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara vårdskador, och målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Den överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet för 2012 som ingåtts mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting är enligt utskottet en betydelsefull del av det fortsatta patientsäkerhetsarbetet. Överenskommelsen innebär att de landssting som åstadkommer förbättringar enligt uppsatta kriterier får del av de pengar som avsatts för ändamålet.

För att svensk hälso- och sjukvård kontinuerligt ska kunna utvecklas och förbättras och för att stärka patienternas ställning i vården, behöver verksamheterna regelbundet följas upp och utvärderas. Utskottet konstaterar i detta sammanhang att det pågår ett flertal olika projekt för att förbättra möjligheterna att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården

på olika nivåer. Bland annat har Socialstyrelsen utöver sina årliga rapporter av situationen i hälso- och sjukvården genomfört ett antal fördjupade studier på olika områden.

Utskottet noterar att regeringen i sitt arbete med att nära följa implementeringen av den nya patientsäkerhetslagen kommer att fästa särskild vikt vid att patienter och anhörigas klagomål på hälso- och sjukvården och dess personal hanteras på ett rättssäkert sätt och inom tydliga tidsramar.

I detta sammanhang noterar utskottet att Statskontoret av regeringen fått i uppdrag att följa utvecklingen och utvärdera den nya ordningen med klagomålshantering mot hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen ansvarar för. I syfte att öka tilltron till patientsäkerhetsarbetet har regeringen dessutom tagit fram departementspromemorian Överklagande av Socialstyrelsens beslut om kritik enligt patientsäkerhetslagen (Ds 2011:36). Utskottet konstaterar att regeringen har för avsikt att lämna en proposition i ämnet till riksdagen i maj 2012.

Utskottet välkomnar dessa åtgärder och kommer att följa utvecklingen när det gäller Socialstyrelsens arbete med klagomål på brister i vården.

Av nu anförda skäl avstyrks motion So521 (S) yrkande 9.

Regeringen tillsatte i december 2011 en utredning som antagit namnet Utredningen om förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. (S 2011:13, dir. 2011:111). Enligt direktiven ska utredningen, när det gäller det s.k. HOSP-registret (ett datoriserat register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal), analysera förutsättningarna för att vissa personuppgifter som rör hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna göras tillgängliga på internet eller genom elektronisk direktåtkomst.

Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa utredningens arbete. Motionerna So544 (S) och So632 (SD) avstyrks.

Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motion So610 (SD) som avstyrks.

Frågan om legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård behandlas av 2009 års behörighetsutredning i betänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65). Betänkandet är föremål för beredning inom Regeringskansliet. Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa detta arbete. Motionerna So292 (FP) och So348 (S) avstyrks.

Prioriteringar inom vården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om rehabilitering för flyktingar, om nationella riktlinjer m.fl. åtgärder vid olika sjukdomar samt om sällsynta sjukdomar.

Jämför reservationerna 10 (SD) och 11 (V).

Motioner

Rehabilitering

I motion Sf325 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 15 begärs ett tillkännagivande om att rehabilitering ska vara en självklar del av rätten till vård för flyktingar.

Nationella riktlinjer m.fl. åtgärder vid olika sjukdomar

I motion So474 av Thomas Strand m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av nationella riktlinjer som klargör vilken behandling eller vilka läkemedel som ska sättas in i olika situationer när det gäller demensvården och om att dessa riktlinjer även bör vara obligatoriska.

I motion So476 av Suzanne Svensson m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om att alla som får en hjärtinfarkt ska behandlas lika oavsett kön, ålder, socioekonomisk position eller etnicitet.

I motion So636 av Per Ramhorn och Julia Kronlid (SD) begärs ett tillkännagivande om att införa nationella riktlinjer för livsuppehållande behandling av extremt tidigt födda barn.

I motion So495 av Eva Olofsson (V) begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga hur situationen ser ut för människor som har drabbats av sjukdomen myalgisk encefalomyelit (chronic fatigue syndrome) och lämna förslag till förbättringar inom hälso- och sjukvården.

I motion So388 av Magdalena Andersson (M) begärs ett tillkännagivande om jämlik cancervård. Motionären anser att regeringen bör överväga nödvändiga åtgärder så att bröst- och prostatacancerpatienter behandlas jämlikt.

I motion So540 av Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (S) begärs ett tillkännagivande om att i samverkan med sjukvårdens huvudmän inleda ett arbete med att stimulera och öka förekomsten av egenvårdsutbildningar för patienter med kroniska sjukdomar.

Sällsynta sjukdomar

I motion So579 av Finn Bengtsson och Lars-Arne Staxäng (M) begärs ett tillkännagivande om vad som anförs i motionen om förbättringar för dem med sällsynta sjukdomar.

I motion So433 av Christer Winbäck (FP) begärs ett tillkännagivande om sällsynta diagnoser med särskild hänsyn tagen till EU:s rådsrekommendation för sällsynta sjukdomar.

Bakgrund och pågående arbete

I april 1997 ställde sig riksdagen bakom de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som föreslagits i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Riktlinjerna är baserade på tre grundläggande principer: människovärdesprincipen, behovsolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer har kommit att kallas den etiska plattformen.

Riktlinjerna exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper:

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar.
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- Vård av svåra kroniska sjukdomar.
- Palliativ vård och vård i livets slutskede.
- Vård av människor med nedsatt autonomi.

Prioriteringsgrupp II

- Prevention.
- Habilitering/rehabilitering.

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Olika sjukdomar

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 innehåller rekommendationer för både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Riktlinjerna innehåller bl.a. rekommendationer om diagnostik, personcentrerad omvårdnad, läkemedel, dagverksamhet, boende och stöd till anhöriga.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 innehåller rekommendationer om åtgärder som hjärtsjukvården bör använda. Förebyggande åtgärder samt behandling av förmaksflimmer, hjärtinfarkt och hjärtsvikt är exempel på viktiga områden. Riktlinjerna kompletterades 2011 med ett antal nya rekommendationer, vilka finns samlade i en separat publikation.

Arbetet med att genomföra en nationell cancerstrategi har pågått sedan 2009. Strategin grundar sig på utredningen En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Det finns fem övergripande mål för arbetet inom cancerområdet:

- minska risken för insjuknande i cancer
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos
- minska skillnader i insjuknande och överlevnadstid mellan befolkningsgrupper.

Regeringen utsåg i november 2009 en nationell cancersamordnare med uppdrag att samordna processen och främja utvecklingen av regionala cancercentrum (RCC). Cancersamordnaren har även tagit fram kriterier för vad som ska utmärka ett RCC. Beslutet att utveckla RCC är det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för cancer vården i ett framtidsperspektiv, eftersom det på ett konkret sätt ska stärka kunskapsbildning och kunskaps-spridning inom cancer vården. Syftet är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten samt effektivisera utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser. Samtliga sex sjukvårdsregioner har under 2010 och 2011 utvecklat projektorganisationer för uppbyggnaden av RCC. Regeringen har bidragit med 56 miljoner kronor för stöd till uppbyggnaden av centren.

Regeringen har, enligt vad som framgår av budgetpropositionen för 2012 (2011/12:1 utg. omr. 9), fortsatt arbetet med att förbättra vården till personer som drabbas av cancer, bl.a. genom en förnyad överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen syftar till att precisera ansvar, tidsplan och resurstilldelning för genomförandet av vissa insatser på cancerområdet inom hälso- och sjukvården. Några av insatserna är försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancer-vård, åtgärder för att minska tobaksrökningen och åtgärder för tidig upptäckt av cancer genom ökat deltagande i screeningprogram.

Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer togs fram av Socialstyrelsen 2007. Ett arbete har påbörjats för att uppdatera och revidera dessa riktlinjer, och en preliminär version av de uppdaterade riktlinjerna beräknas vara klar våren 2013.

Socialstyrelsen gav under 2011 – för första gången – ut en samlad öppen jämförelse av vårdens kvalitet för tio vanligt förekommande cancer-sjukdomar i Sverige, se rapporten Öppna jämförelser av cancersjukvårdens

kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2011 (artikel nr 2011-8-1). Rapporten innehåller jämförelser mellan landstingen när det gäller medicinska resultat, patienterfarenheter, väntetider och i viss mån kostnader.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) fick i december 2011 i uppdrag av regeringen att göra en systematisk litteraturgranskning och bedöma om det utöver screening finns metoder som har vetenskapligt dokumenterat gynnsamma effekter för tidig upptäckt av cancer. En slutrapport ska lämnas senast den 1 november 2013.

Vid Epscorådets möte den 7 december 2010 antogs rådsslutsatser på temat Innovativa tillvägagångssätt avseende kroniska sjukdomar inom folkhälsan samt i hälso- och sjukvårdssystem (2011/C 74/03).

Enligt uppgift kommer det danska ordförandeskapet att ta upp frågan om kroniska sjukdomar som ett av flera prioriterade ämnen inom området hälso- och sjukvård under ordförandeskapsperioden.

Sällsynta sjukdomar

Den 8 juni 2009 antog Europeiska unionens råd en rekommendation om en satsning avseende sällsynta sjukdomar (KOM(2008) 679 och KOM(2008) 726/2)). I rekommendationen (2009/C 151/02) uppmanas medlemsstaterna att bl.a. upprätta och genomföra planer eller strategier för sällsynta sjukdomar på lämplig nivå, eller undersöka lämpliga åtgärder för sällsynta sjukdomar inom andra folkhälsostراتيجier. Till slutet av 2013 uppmanas medlemsstaterna även att inom hela sitt nationella territorium identifiera lämpliga kompetenscentrum samt överväga att inrätta sådana. Sedan rådsrekommendationerna antagits 2009 fortsätter nu arbetet i arbetsgrupper.

I juni 2010 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta en nationell funktion för samordning, koordinering och informations-spridning inom området sällsynta sjukdomar. Den nationella funktionen ska få till uppgift att bättre länka samman insatser, kunskap och information inom och mellan hälso- och sjukvården, frivilligorganisationer och andra berörda. I och med beslutet avsatte regeringen 3 miljoner kronor för detta arbete under 2010 och 2011. Av beslutet framgår att den nationella funktionen är ett viktigt steg för att bättre utnyttja de resurser som finns för dessa patientgrupper och deras anhöriga. Funktionen kan bidra till att skapa en överblick av befintliga resurser men också till att identifiera områden som kan vara särskilt angelägna att utveckla i framtiden för personer med sällsynta sjukdomar.

Funktionen har, efter offentlig upphandling, placerats vid Ågrenska stiftelsen i Göteborg. Avtalet mellan Socialstyrelsen och stiftelsen gäller fr.o.m. den 1 januari 2012.

I oktober 2011 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag för en strategi för sällsynta sjukdomar. Strategin ska tas fram i enlighet med rekommendationer från Europeiska unionens råd från den 8 juni 2009 om en satsning avseende sällsynta sjukdomar. I upp-

draget ingår att Socialstyrelsen ska upprätta arbetsgrupper och andra aktiviteter som innefattar den kompetens och de frivilligorganisationer, myndigheter och andra aktörer som kan vara lämpliga för att få fram ett underlag med så hög kvalitet som möjligt. Uppdraget ska utföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Vid samma tillfälle förlängde regeringen uppföljningsdelen i Socialstyrelsens uppdrag att inrätta en funktion för samordning, koordinering och informationsspridning inom området sällsynta sjukdomar.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2012. En delredovisning av uppdraget ska lämnas senast den 30 april 2012.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting kom i december 2011 överens om fortsatta insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård 2012 (S2011/11009/FS, delvis). Överenskommelsen omfattar ett fortsatt genomförande av Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Projektet utgör ett pilotarbete med första linjens hälso- och sjukvård för att identifiera effektiva och innovativa sätt att öka jämlikheten i vården. Arbetet ska slutredovisas 2014.

Rehabilitering

Av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Av 3 b § samma lag framgår att landstinget ska erbjuda bl.a. habilitering och rehabilitering till dem som är bosatta inom landstinget och stadigvarande vistas där.

Utredningen om vård för papperslösa m.fl. har haft i uppdrag att lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer kan göras mer ändamålsenlig än den är i dag (dir. 2010:7). Utredningen presenterade i maj 2011 sitt betänkande Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet (SOU 2011:48). Utredningen föreslår att asylsökande och papperslösa personer oavsett ålder ska erbjudas subventionerad hälso- och sjukvård av det landsting inom vars område de bor eller vistas. Vården ska erbjudas i samma omfattning och på samma villkor som den som erbjuds bosatta personer. Utredningen föreslår i denna del ett tillägg sist i 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med följande innehåll:

Vad som i denna lag sägs om bosatta gäller också dem som vistas inom landstinget utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet.

Betänkandet har ännu inte varit föremål för remissbehandling.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade senast motioner om jämställdhetsperspektiv i vården i betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor (beslut 2010/11:83), som godkändes av riksdagen. Utskottet avlog motionerna och uttalade följande (s. 49 f., 2 res. S, MP, V):

Målet för hälso- och sjukvården är att alla ska ha tillgång till en god hälso- och sjukvård på lika villkor och efter behov. Tillgängligheten ska vara god för både kvinnor och män, och för både utrikes födda och inrikes födda, oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar.

En tillgänglig och behovsanpassad vård förutsätter ökat fokus på kvinnors och mäns skilda behov och villkor. Genom Socialstyrelsens redovisning och analys av könsskillnader inom hälso- och sjukvården har förutsättningarna förbättrats för att kunna vidta de åtgärder som behövs för att ett jämställdhetsperspektiv verkligen ska genomsyra hälso- och sjukvården. Ett bättre kunskapsunderlag och fortsatt uppmärksamhet är viktigt för att nå ännu bättre resultat.

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har lyft fram jämställdhet och jämlikhet som den största utmaningen för vården samt har regeringens mandat att intensifiera arbetet med uppföljning av jämställdhet och jämlikhet inom ramen för God Vård-konceptet. Vidare ser utskottet positivt på det arbete som pågår inom Sveriges Kommuner och Lands-ting för att integrera ett jämställdhetsperspektiv i allt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården.

Skillnader kvarstår vad gäller bl.a. behandlingsmetoder, läkemedel, diagnostik och forskning. Utskottet välkomnar därför de insatser som pågår för att förbättra jämställdheten på vårdens område och förutsätter att alla berörda aktivt arbetar vidare med dessa frågor.

Utskottets ställningstagande

Utskottet har vid ett flertal tillfällen behandlat motioner om insatser mot olika sjukdomar. Utskottet vidhåller den bedömning som tidigare gjorts, nämligen att utskottet inte ställer sig bakom motionskrav om att satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller om att vården av patienter med dessa sjukdomar bör organiseras på ett särskilt sätt.

Utskottet konstaterar att regeringen arbetar för att vårdens resultat ständigt ska förbättras. Ett av de främsta redskapen för att driva kvalitetsutvecklingen framåt är öppna jämförelser. Genom att lyfta fram hälso- och sjukvårdens resultat uppmuntras vårdenheter och landsting till kontinuerlig kvalitets- och effektivitetsutveckling.

Ett annat verktyg är de nationella riktlinjerna för god vård, som utarbetas för de stora folksjukdomarna och för patienter med andra allvarliga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna ska vara ett stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Utskottet stöder regeringens målsättning med det fortsatta arbetet med nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården, att få till stånd en mer jämlik och effektiv vård av bättre kvalitet.

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har intensifierat sitt arbete med att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. Under 2010 har Socialstyrelsen publicerat riktlinjer inom ytterligare ett antal områden, t.ex. om demens. Sedan tidigare finns bl.a. riktlinjer om hjärtsjukvård. Det är utskottets mening att Socialstyrelsen har en viktig roll i arbetet med prioriteringar inom vården och att detta fortlöpande utvecklas och förbättras.

Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motionerna So474 (S), So476 (S), So495 (V), So540 (S) och So636 (SD) avstyrks.

Utskottet erinrar om att regeringen under den gångna mandatperioden påbörjat en rad insatser för att förbättra svensk cancervård, vilka tillsammans formar en nationell cancerstrategi. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för bl.a. bröst- och prostatacancer. Mot bakgrund av det arbete som pågår på cancerområdet anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motion So388 (M) avstyrks.

En nationell funktion för samordning, koordinering och informations-spridning inom området sällsynta sjukdomar finns sedan den 1 januari 2012 placerad vid Ågrenska stiftelsen i Göteborg. Härutöver noterar utskottet att Socialstyrelsen har i uppdrag att i enlighet med rekommendationer från Europeiska unionens råd från 2009 ta fram ett underlag för en strategi för sällsynta sjukdomar. Utskottet ser positivt på och välkomnar dessa åtgärder för patienter med sällsynta sjukdomar. Motionerna So433 (FP) och So579 (M) får därmed åtminstone delvis anses tillgodosedda. Motionerna avstyrks.

När det gäller ett motionsyrkande om rehabilitering som en del av rätten till vård för flyktingar konstaterar utskottet att Utredningen om vård för papperslösa m.fl. lämnat sitt betänkande Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet (SOU 2011:48) till regeringen. Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa arbetet med betänkandet. Motion Sf325 (V) yrkande 15 avstyrks.

Kompetens och kunskap i vården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om kompetens hos personal inom hälso- och sjukvården, återkallande av läkarlegitimation samt forskning inom mödrahälsovården.

Jämför reservationerna 12 (MP) och 13 (V) samt särskilt yttrande 1 (S).

Motioner

I motion So470 av Per Svedberg och Elin Lundgren (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av att stärka kompetensen inom primärvården när det gäller behandling av alkoholberoende.

I motion Sf325 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 14 begärs ett tillkännagivande om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att sprida den kunskap som finns i fråga om tortyr- och traumaskador till primärvård, socialtjänst, barnavård och psykiatri.

I motion So205 av Hans Hoff (S) begärs ett tillkännagivande om att se över möjligheten att dra in läkarlegitimationen för läkare som missbrukar sin förskrivningsrätt.

I motion So275 av Eliza Roszkowska Öberg (M) begärs ett tillkännagivande om mer forskning inom mödrahälsovården. Motionären anför att det bör göras en översyn av möjligheten att inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag öka resurserna till forskning och utbildning om foster som dör kort tid före födseln.

Bakgrund, gällande rätt och pågående arbete

Missbruksutredningen (S 2008:4) överlämnade i april 2011 sitt betänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) till regeringen. Utredningens förslag till en reformerad och utvecklad svensk missbruks- och beroendevård omfattar åtta reformområden. Ett av dessa är bättre kvalitet, kunskap och kompetens. Genom utvecklade system för kvalitets-säkring, forskning och kunskapsspridning samt kompetensutveckling anser utredningen att grunden läggs för en mer kunskapsbaserad vård.

Betänkandet har varit ute på remiss. Inom Regeringskansliet pågår beredning av betänkandet.

Socialstyrelsen publicerade under 2007 nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Riktlinjerna är en vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter för personer med missbruksproblem.

Sedan riktlinjerna publicerades har nya behandlingsmetoder introducerats och nya metoder för upptäckt och prevention tillkommit i vården och omsorgen. Socialstyrelsen anser därför att det finns behov av en revidering av de nuvarande riktlinjerna för att bättre vägleda hälso- och sjukvården och socialtjänsten i användandet av dessa metoder (se www.socialstyrelsen.se). Fokus för detta arbete kommer att ligga på att ta fram relevant vetenskapligt underlag som kan ligga till grund för rekommendationer och prioriteringar i riktlinjerna. Inom flera områden har det publicerats nya studier som stärker det vetenskapliga faktamaterialet avseende missbruks- och beroendevård. I en reviderad version av riktlinjerna kommer dessa studier att utgöra ett underlag för rekommendationer om hur hälso- och sjukvården och omsorgen kan arbeta inom missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna kommer enligt Socialstyrelsen att öka möjligheterna att sprida kunskapen. Då blir det tydligare för vård- och omsorgsgivarna att vissa behandlingar bör införas eller få utökade resurser medan andra bör minska eller avvecklas helt.

Socialstyrelsen beräknar att en preliminär version av de reviderade riktlinjerna bör vara klar hösten 2013.

Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. I riktlinjerna finns bl.a. rekommenderade åtgärder när det gäller vuxna, ungdomar och barn med posttraumatiska stressyndrom.

Socialstyrelsen har gett en expertgrupp i uppdrag att sammanställa ett kunskapsunderlag om psykisk ohälsa hos asylsökande, nyanlända flyktingar och andra migranter (Vägledning för hälso- och sjukvård och social omsorg för asylsökande m.fl.). Gruppen ska även föreslå behandlingsmetoder. Socialstyrelsen beräknar kunna komplettera vägledningen inom detta område under våren 2012.

Bestämmelser om legitimation för läkare finns i patientsäkerhetslagen (2010:659). Enligt 4 kap. 1 § ska den som har avlagt läkarexamen efter ansökan få legitimation för yrket. Enligt samma kapitel 10 § ska ansökan om läkarlegitimation prövas av Socialstyrelsen.

En legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården ska enligt huvudregeln i 8 kap. 3 § återkallas om den legitimerade har varit grovt oskicklig vid utövningen av sitt yrke, i eller utanför yrkesutövningen har gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne, eller på annat sätt har visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket. Enligt samma kapitel 4 § ska legitimationen även återkallas om den legitimerade på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande, har meddelats prövotid enligt 1 § första stycket och under prövotiden på nytt visat sig olämplig att utöva sitt yrke, har meddelats prövotid med en prövotidsplan och underlåtit att följa planen, eller begär att legitimationen ska återkallas och det inte finns hinder mot återkallelse från allmän synpunkt.

I 8 kap. finns också bestämmelser om begränsning av förskrivningsrätten (10 §). Om en läkare missbrukar sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, ska denna behörighet dras in eller begränsas. Behörigheten ska också dras in eller begränsas om läkaren själv begär det. Av 11 § framgår att om det finns sannolika skäl för misstanke om sådant missbruk av förskrivningsrätt som avses i 10 § ska behörigheten dras in eller begränsas fram till dess frågan om indragningen eller begränsningen av behörigheten har prövats slutligt. Detta gäller dock endast om det behövs för att trygga patientsäkerheten eller det annars är nödvändigt från allmän synpunkt. Ett beslut enligt första stycket gäller i högst sex månader. Om det finns särskilda skäl får beslutets giltighet förlängas en gång med ytterligare högst sex månader.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd prövar frågor om återkallelse av legitimation samt indragning eller begränsning av förskrivningsrätten.

Tidigare behandling

I betänkande 2010/11:SoU8 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken, som godkänts av riksdagen, ställde sig utskottet bakom regeringens förslag i proposition 2010/11:47 med samma namn (rskr. 2010/11:203). Ett av de långsiktiga målen i propositionen slog fast att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet

till vård och stöd av god kvalitet. Regeringen uttalade i denna del att en fortsatt satsning på kunskaps- och metodutveckling bör prioriteras under strategiperioden samt att kompetenskraven för personal inom missbruks- och beroendevården bör preciseras (prop. s. 47).

Utskottets ställningstagande

I en motion förespråkas en förstärkning av kompetensen inom primärvården när det gäller behandling av alkoholberoende. Utskottet konstaterar att Missbruksutredningens betänkande är föremål för beredning samt att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård är föremål för revidering. Även när det gäller kunskap om psykisk ohälsa hos bl.a. asylsökande pågår ett arbete inom Socialstyrelsen. Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa de arbeten som pågår på dessa områden. Motionerna So470 (S) och Sf325 (V) yrkande 14 avstyrks.

Utskottet anser att det är allvarligt när läkare missbrukar sin förskrivningsrätt, men bedömer att den reglering om läkarlegitimation och begränsning av förskrivningsrätt som finns i patientsäkerhetslagen får anses tillräcklig. Motion So205 (S) avstyrks.

Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motion So275 (M), som avstyrks.

Livets slutskede

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår en motion om livets slutskede.

Motion

I motion So532 av Eva Flyborg m.fl. (FP, MP, C) begärs ett tillkännagivande om människors självbestämmande vid livets slut. Motionärerna anser att det även i Sverige måste finnas utrymme för en lagstiftning som ger dödligt sjuka människor med mycket stora plågor rätt att avsluta sina liv i lugn och värdighet med hjälp av samhället i en rättssäker process. Motionärerna uppmanar regeringen att utan ytterligare fördröjning se till att en sådan process kan komma igång.

Bakgrund, gällande rätt och pågående arbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7 [M]) trädde i kraft i augusti 2011. Föreskrifterna ska enligt 1 kap. 1 § tillämpas vid vård av patienter med livshotande tillstånd i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Verksamhetschefen ska ansvara för att det för en patient med ett livshotande

tillstånd ska utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt (2 kap. 3 §). Både frågan om när det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling och frågan om när en patient inte vill ha livsuppehållande behandling behandlas i föreskrifterna. Om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten förstår informationen, kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter, har haft tillräckligt med tid för sina överväganden och står fast vid sin inställning (4 kap. 1 §). Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare (4 kap. 2 §).

Med handboken Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling vill Socialstyrelsen ge en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som är aktuella att tillämpa i samband med planering och genomförande av behandling av patienter med livshotande tillstånd. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och andra som ansvarar för och arbetar med vård av patienter med livshotande sjukdomar och skador. Handboken ska ge stöd för såväl ledningens styrning, planering och uppföljning som hälso- och sjukvårdspersonalens dagliga arbete.

Socialstyrelsen har också publicerat meddelandebladet Tydliggörande om palliativ sedering (10/2010). Enligt det ska hälso- och sjukvården i samråd med patienten och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet välja de palliativa insatser som motsvarar sakkunnig och omsorgsfull vård. Om palliativ sedering är nödvändig för att lindra patientens symtom ska den behandlingsformen väljas. Det finns inga legala hinder mot att välja kontinuerlig sedering som behandlingsform så länge behandlingen uppfyller kraven på god vård.

Delegationen för medicinsk etik vid Svenska Läkaresällskapet utkom 2007 med Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. I riktlinjerna anges bl.a. att om en patient är beslutskapabel, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ ska läkaren respektera patientens önskan om att livsuppehållande behandling inte inleds och att redan inledd behandling avslutas. Detta gäller även i situationer då patienten inte befinner sig i livets slutskede och där behandling medicinskt sett skulle kunna gagna patienten. Läkare ska alltid erbjuda adekvat palliativ behandling (p. 1).

Delegationen för medicinsk etik vid Svenska Läkaresällskapet utkom 2010 även med Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. I dessa anges bl.a. att det i livets slutskede förekommer att patienter har plågsamma symtom som inte kan lindras på annat sätt än genom palliativ sedering. Om möjligheterna till symtomlindring på annat sätt är uttömda ska patienten erbjudas palliativ sedering i betydelsen symtomlindrande behandling som påverkar vakenhetsgraden (p. 1). Sederingen ska stå i proportion till patientens symtomnivå och effekten av behandlingen (p. 2). Palliativ sedering förutsätter, i likhet med all annan sjukvård, en medicinsk indikation och patientens informerade samtycke (p. 3).

Läkarförbundets etiska regler innehåller grundläggande värderingar inom den medicinska etiken. Den nuvarande versionen antogs vid Läkarförbundets fullmäktigemöte 2009. I de etiska reglerna anges bl.a. att läkaren ska besinna vikten av att skydda och bevara människoliv och aldrig får medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden (p. 2).

Den 26 november 2009 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. I uppdraget ingår bl.a. att uppdatera och ta fram nationella riktlinjer och annan vägledning för den palliativa vården, att utforma nationella indikatorer och definiera och främja användningen av gemensamma termer och begrepp inom området samt att stödja utvecklingen av register för palliativ vård även fortsättningsvis (regeringsbeslut den 26 november 2009). De nationella riktlinjerna för palliativ vård är under utarbetande på Socialstyrelsen och en preliminär version beräknas vara klar sommaren 2012.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) avlämnade i november 2008 yttrandet Avgöranden i livets slutskede (dnr 14/08) till regeringen. Av detta framgår bl.a.:

SMER har tagit del av Socialstyrelsens rapport från december 2006 som visar att den lindrande eller palliativa vården i Sverige har utvecklats och förbättrats under senare år. Det framgår emellertid också att det finns fortsatt behov av kompetensutveckling för personal som arbetar med palliativ vård, att tillgången till personal med kompetens i palliativ vård är otillräcklig, att likvärdig palliativ vård inte kan erbjudas i hela landet och att en bättre uppföljning är önskvärd.

Av slutordet i yttrandet framgår följande:

Det är angeläget att den oklarhet som råder om de rättsliga betingelserna för beslut i olika livsslutssituationer snarast skingras. Det behöver således utredas i vilken mån man kan öka patienters inflytande över beslut i livets slutskede. Detta gäller särskilt patientens möjlighet att begära palliativ sedering. En majoritet i Rådet anser dessutom att läkares möjligheter att i speciella fall förskriva läkemedel vid ett självalt livsslut bör utredas.

Yttrandet har nyligen lagts till handlingarna i Regeringskansliet.

Frågan om s.k. livsslutsdirektiv ingår som en del i betänkandet Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112). Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

Centrala etikprövningsnämnden, Handikappförbunden, Läkemiddelsverket, Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, Socialstyrelsen, Statens medicinsk-etiska råd, Svenska Läkaresällskapet, Svenskt Demenscentrum och Sveriges Kommuner och Landsting lämnade i juni 2011 skrivelsen En sammanhållen reglering avseende ställföreträdare för patienter med bristande beslutsförmåga till regeringen. I skrivelsen anges att det inom vården ofta krävs avgöranden avseende vuxna personer med bristande beslutsförmåga. Ansvar för sådana beslut är dock inte rättsligt reglerat i Sverige, vilket skapar allvarliga problem inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och forskningen. Avsändarna anser att det är angeläget att samordning av denna fråga kommer till stånd och anhåller därför om tillfälle till överläggning med berörda statssekreterare. Statssekreterare från Justitiedepartementet, Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet har därefter under hösten 2011 bjudit in till ett möte för att diskutera denna fråga.

Den 17 februari 2012 besvarade socialminister Göran Hägglund en interpellation om hjärtstopp (ip. 2011/12:201, prot. 2011/12:72). Socialministern anförde bl.a. följande:

När det gäller kravet på samtycke för att delta i medicinsk forskning, är utgångspunkten i dag att forskning och sjukvård kräver samtycke av patienten. Med kravet på samtycke följer emellertid olika svårigheter och utmaningar kring personer som av olika skäl inte kan lämna sådant samtycke. Min avsikt är därför att under året tillsätta en utredning som ska se över olika frågor om beslutsförmögna och ställföreträdare inom bland annat den medicinska forskningen och vården.

Utskottets ställningstagande

Utskottet välkomnar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling som trädde i kraft i augusti 2011.

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har i uppdrag att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård och att en preliminär version av de nationella riktlinjerna för palliativ vård beräknas vara klar sommaren 2012.

Utskottet noterar att socialministern nyligen har aviserat sin avsikt att under året tillsätta en utredning som ska se över olika frågor om beslutsförmögna och ställföreträdare inom bl.a. vården.

Mot denna bakgrund anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionen So532 (FP, MP, C). Motionen avstyrks.

Abort

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motioner om abort och abortförebyggande arbete samt abort för utländska kvinnor.

Jämför reservationerna 14 (SD) och 15 (MP, V).

Motioner

Abort och abortförebyggande arbete

I motion So647 av Julia Kronlid m.fl. (SD) begärs ett tillkännagivande om att tillsätta en utredning om bakomliggande orsaker till det höga aborttalet i Sverige samt att utifrån detta underlag utarbeta en handlingsplan för att minska antalet aborter.

I motion So644 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med tydliga riktlinjer för stödsatser i syfte att hitta alternativa lösningar till abort i de fall kvinnan så önskar.

I motion So559 av Tuve Skånberg (KD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en livsbefrämjande grundhållning för mänskligt liv i enlighet med Genève-deklarationen. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om vikt av åtgärder i syfte att minska antalet aborter.

I motion So437 av Mikael Oscarsson (KD) begärs ett tillkännagivande om att överväga formerna för fosterdiagnostiska metoder som lämnar fostrets rätt till liv obeaktad. Motionären anför att när det visar sig att diagnostik och tester används på ett sätt som systematiskt sorterar bort foster med vissa egenskaper bör man överväga formerna för hur och när sådan diagnostik ska erbjudas.

I motion So428 av Annelie Enochson och Mikael Oscarsson (KD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att prenatal könsdiskriminering inte ska förekomma i Sverige. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att myndigheter och riktlinjer tydliggör att vårdpersonal bör avråda från prenatal könsselektion.

I motion So557 av Tuve Skånberg (KD) begärs ett tillkännagivande om att en opererbar åkomma som läpp- och gomspalt aldrig ensam ska kunna vara ett tillräckligt skäl för att bevilja en abort.

I motion So644 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en sänkning av tidsgränsen för fri abort från vecka 18 till vecka 12. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att det efter graviditetsvecka 12 ska finnas synnerliga skäl för en abort.

I motion So643 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att livsduglighetskriteriet ska anpassas efter den medicinska utvecklingen, genom att det alltid ska finnas minst två veckors marginal

från det tidigast födda överlevande barnet till den senast godkända tidpunkten för abort. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att dagens praxis för godkännande av sena aborter ska ändras så att inga aborter godkänns efter graviditetsvecka 19 annat än om fostret är så allvarligt skadat att det inte bedöms kunna överleva utanför livmodern. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att om en graviditet måste avbrytas efter graviditetsvecka 19 på grund av att mammans liv är i fara, ska målsättningen vara att rädda livet på både barn och moder enligt de riktlinjer som gäller för livsuppehållande behandling vid spontan förlösning vid samma tidpunkt.

Abort för utländska kvinnor

I motion So415 av Gunvor G Ericson och Jan Lindholm (MP) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att utreda möjligheterna till subvention eller annan form av täckning av hälso- och sjukvårdskostnader i Sverige för att ge utländska kvinnor som kommer från länder där abort är förbjudet i lag reella möjligheter till abort.

I motion So418 av Annika Qarlsso och Solveig Zander (C) begärs ett tillkännagivande om att öka tillgängligheten till säker abort för utländska kvinnor.

Gällande rätt

Förutom de allmänna reglerna om hälso- och sjukvård som finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns det bestämmelser om abort i abortlagen (1974:595) och i Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15 [M]).

I abortlagen anges att om en kvinna begär att hennes havandeskap ska avbrytas får en abort utföras om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (1 §). Efter utgången av artonde havandeskapsveckan får aborter utföras endast om Socialstyrelsen ger kvinnan tillstånd till åtgärden. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl föreligger för aborten. Tillstånd får inte lämnas om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt (3 §).

Kan det antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit (6 §).

Om en kvinna begärt abort eller om det uppkommit en fråga om avbrytande av havandeskapet enligt 6 § ska hon erbjudas stödsamtal innan åtgärden utförs (2 §). Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra aborter eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska ske på ett allmänt sjukhus eller på någon

annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner (5 §). Efter en abort eller ett avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska kvinnan erbjudas stödsamtal (8 §).

En ändring i abortlagen, som trädde i kraft den 1 januari 2008, möjliggör för kvinnor som inte är svenska medborgare eller bosatta i Sverige att få abort utförd i landet utan särskilt tillstånd (prop. 2006/07:124, bet. 2007/08:SoU4, rskr. 2007/08:29). Genom ändringen tog man bort kravet att kvinnan ska vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige för att genomgå abort eller avbrytande av havandeskap.

I Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15 [M]) anges att varje vårdgivare ska ansvara för att det ledningssystem som ska inrättas kompletteras med rutiner för information och stödsamtal samt för genomförande av abort och efterkontroll (2 kap. 1 §). Vårdgivaren ska bl.a. ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnan erbjuds stödsamtal före och efter en abort (3 kap. 2 §).

Bakgrund och pågående arbete

En interdepartemental arbetsgrupp inom Regeringskansliet överlämnade 2009 en promemoria med förslag på åtgärder för att förbättra det förebyggande arbetet när det gäller oönskade graviditeter. Huvudinriktningen på arbetet var att förstärka det förebyggande arbetet så att antalet oönskade graviditeter minskar. Promemorian är under beredning i Regeringskansliet.

Konferensen När alla barn är välkomna genomfördes i Stockholm i november 2010. Konferensen genomfördes i samverkan av Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet utifrån ett uppdrag från Socialdepartementet. Genom att samla erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige ville departementet fördjupa kunskapen om hur man kan arbeta med att minska förekomsten av oönskade graviditeter. Konferensen hade fokus på hur de olika länderna strukturerar sitt arbete, vilka inslag arbetet innehåller samt vilka resultat man uppnår.

Under sommaren 2011 inkom Socialstyrelsen med två rapporter till Socialdepartementet: När alla barn är välkomna – Nordisk konferens om prevention av oönskade graviditeter och om sexuell och reproduktiv hälsa samt Förebyggande arbete mot oönskade graviditeter – Förslag till åtgärder i ett SRHR-perspektiv (S2011/5840/FS). Enligt uppgift bereds rapporterna i Regeringskansliet, och det förs för närvarande diskussioner med Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut om möjligheten att ta fram ett nationellt samlingsprogram för sexuell och reproduktiv hälsa.

I Socialstyrelsens rapport Aborter i Sverige 2011 januari–juni – Preliminär sammanställning anges att aborttalet (antalet aborter per 1 000 kvinnor) för januari till juni 2011 minskade något jämfört med samma tidsperiod 2010; till 21,0 för 2011 jämfört med 21,1 för 2010. Aborttalet bland tonåringar minskade med 8 procent jämfört med samma period 2010

och med 14 procent jämfört med 2009. Under första halvåret 2011 utfördes 2 951 tonårsaborter i Sverige, vilket kan jämföras med 3 305 tonårsaborter under samma period föregående år. Vanligast var aborter i åldersgruppen 20–24 år. Malmö kommun hade det högsta aborttalet, och Kronobergs län hade det lägsta.

Den 10 juni 2011 besvarade socialminister Göran Hägglund en interpellation om foster som lever efter abort (ip. 2010/11:432, prot. 2010/11:113). Socialministern anförde bl.a. följande:

Fru talman! Julia Kronlid har frågat mig vilka åtgärder jag avser att vidta kring hanterandet av foster vid abort där både kvinnan, fostret och vårdpersonalen utsätts för ett djupt obehag.

Abortlagen (1974:595) ger kvinnan rätt att bestämma om hon vill avbryta graviditeten under förutsättning att detta sker före utgången av den 18:e graviditetsveckan. Om aborten ska utföras efter den 18:e graviditetsveckan krävs tillstånd från Socialstyrelsens rättsliga råd. För att få en abort beviljad så sent i graviditeten krävs synnerliga skäl. I lagen finns ingen tidsgräns angiven för hur sent i graviditeten som abort får göras. I stället får enligt lagens 3 § tillstånd inte ges om det "finns anledning antaga att fostret är livsdugligt".

Enligt rättsliga rådets praxis tillåts abort i princip inte efter den 22:a graviditetsveckan annat än om havandeskapet kan antas medföra allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa eller om fostret är så svårt skadat att det inte bedöms kunna överleva. Hur starka de synnerliga skälen än är, tillåts alltså inte abort om det finns anledning att anta att fostret bedöms kunna överleva.

Det är djupt olyckligt att det uppstår situationer som de som beskrivs i interpellationen och i medierna. Det berör oss alla, och det är naturligtvis obehagligt för de inblandade. Socialstyrelsen har ansvar att följa och arbeta med frågor som rör abortverksamheten. Socialstyrelsen ska mot denna bakgrund, i samråd med myndighetens rådgivande organ för etiska frågor, se över vilka rutiner som bör finnas och vilka lämpliga medicinska metoder som finns att tillgå för att undvika att dessa situationer uppstår.

— — —

Fru talman! Vi har i Sverige haft en abortlagstiftning sedan mitten av 70-talet, och den gäller i stort än i dag. Den utformades som så att under de första 18 veckorna bestämmer kvinnan själv. Det behöver inte anges något skäl över huvud taget för abort inom den tidsramen. Efter vecka 18 sker en prövning. Det tycker jag är en rimlig och klok ordning.

Vi har haft en förändrad medicinsk-teknisk utveckling, precis som beskrevs här, som har lett till att allt tidigare födda barn kan räddas till livet, och det är någonting fantastiskt. Det här har ställt abortlagstiftningen inför en rad svåra avvägningar, där det handlar om, såsom lagstiftningen är utformad, att säkerställa att ingen som kan antas ha en möjlighet att överleva och klara sig själv ska kunna aborteras. Där är gränsen tänkt att gå.

Den övre gränsen har justerats allteftersom medicinska landvinningar har gjorts, och det tycker jag är en klok väg att gå. Den modell som vi har valt tycker jag är den rätta, nämligen att vecka 22 inte är fastslagen i lagen, utan det sker praxisförändringar som diskuteras i Socialstyrelsens etiska och rättsliga råd för att göra de justeringar som

kan krävas i takt med att nya landvinningar görs som gör att vi klarar av att rädda allt tidigare födda barn. Det handlar alltså inte om en lagändring. Man kan naturligtvis yrka på en sådan.

Jag tror att vi till följd av den medicinska utvecklingen så småningom kommer att få skäl att justera den övre gränsen. Men det är viktigt att det görs grundligt, genomtänkt och utifrån alla de medicinska fakta man kan ha i sammanhanget. Annars hamnar vi i ett knepigt etiskt dilemma som ju ändå finns i det här stora frågekomplexet.

Tidigare behandling

Motionsyrkanden om övriga frågor om abort behandlades av utskottet i betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Utskottet uttalade då bl.a. följande (s. 81, ingen reservation):

Utskottet vill framhålla att det är angeläget att antalet aborter, särskilt tonårsaborter, minskar och vill därför betona betydelsen av abortförebyggande arbete. Utskottet noterar att en interdepartemental arbetsgrupp inom Regeringskansliet i juni 2009 lämnade en promemoria med förslag till åtgärder för att förbättra det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter. Utskottet ser positivt på detta arbete och utgår från att regeringen även fortsättningsvis noga följer utvecklingen på området och vid behov vidtar ytterligare åtgärder.

— — —

Utskottet, som ställer sig bakom de svar som tidigare getts av ministerrnarna vid olika tillfällen, anser inte heller att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna [...], vilka därmed avstyrks.

Utskottets ställningstagande

Utskottet anser att det är angeläget att antalet aborter, särskilt tonårsaborter, minskar och vill därför betona betydelsen av abortförebyggande arbete. Utskottet konstaterar att Regeringskansliet för en diskussion med Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut om möjligheten att ta fram ett nationellt samlingsprogram för sexuell och reproduktiv hälsa. Utskottet ser positivt på detta arbete och utgår från att regeringen även fortsättningsvis noga följer utvecklingen på området och vid behov vidtar ytterligare åtgärder.

Socialstyrelsen ansvarar för att följa och arbeta med frågor som rör abortverksamheten. Utskottet anser inte att abortlagen (1974:595) bör ändras.

Riksdagen bör inte ta något initiativ på området.

Motionerna So428 (KD) yrkandena 1 och 2, So437 (KD), So557 (KD), So559 (KD) yrkandena 1 och 2, So643 (SD) yrkandena 1–3, So644 (SD) yrkandena 1–3 och So647 (SD) avstyrks.

Regeringen uttalade i proposition 2006/07:124 Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter att i likhet med vad som gäller för övrig hälso- och sjukvård som ges till utländska personer kommer landstingens kostnader för vården i samband med abort för kvinnor som inte är svenska medborgare eller bosatta i Sverige att ersättas antingen av kvinnans sjukvårdsförsäkring i hemlandet via Försäkringskas-

san eller av kvinnan själv, beroende på vilka regler som gäller i det enskilda fallet (prop. s. 15). Utskottet delade bedömningen då och finner inte anledning att nu göra någon annan bedömning.

Motionerna So415 (MP) yrkande 2 och So418 (C) avstyrks.

Omskärelse

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om omskärelse.

Jämför reservation 16 (SD) och särskilt yttrande 2 (V).

Motion

I motion So291 av Björn Söder och Per Ramhorn (SD) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att könsneutralisera lagen om könsstympning.

Gällande rätt

Av 1 § lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor framgår att ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) inte får utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte.

Lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar tillämpas på omskärelse av pojkar upp till 18 års ålder (1 §). Omskärelse får utföras på begäran av eller efter medgivande av pojkens vårdnadshavare och efter det att vårdnadshavaren har informerats om vad ingreppet innebär. Står pojken under vårdnad av två vårdnadshavare, ska vad som nu sagts gälla båda. Sådan information ska också ges till pojken, om han har uppnått den ålder och mognad som krävs för att förstå informationen. Pojkens inställning till ingreppet ska så långt det är möjligt klarläggas. Ett ingrepp får inte utföras mot en pojkes vilja (3 §). Omskärelse får utföras endast av legitimerad läkare eller av den som har särskilt tillstånd att utföra omskärelse av pojkar. Annan person än legitimerad läkare får inte utföra omskärelse på pojkar som är äldre än två månader (5 §).

Bakgrund

I Socialstyrelsens rapport Omskärelse av pojkar från 2007 föreslår Socialstyrelsen att det, med hänsyn till barnets bästa, införs en lagstadgad rätt för pojkar att få omskärelse på icke-medicinska grunder utförd inom hälso- och sjukvården och att landstingen får en motsvarande skyldighet att ge pojkarna den möjligheten. Socialdepartementet inledde därefter samtal med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som mynnade ut i nedanstående förbundsrekommendation. Statsrådet Maria Larsson bjöd

även i januari 2011 in företrädare för muslimska organisationer för att samtala om vad som kan göras för att pojkar ska omskäras på ett korrekt sätt utan att ta skada. Rapporten bereds i Regeringskansliet.

I syfte att förhindra att pojkar omskärs av obehöriga beslutade förbundsstyrelsen i SKL den 17 april 2009 att godkänna en rekommendation om att varje landsting, senast fr.o.m. den 1 oktober 2009, ska erbjuda omskärelse på icke-medicinska grunder till de pojkar som är bosatta inom landstinget samt att i en skrivelse till landstingen, regionerna och Gotland rekommendera dem att godkänna och tillämpa rekommendationen. Av samma beslut framgår att SKL kommer att följa landstingens tillämpning av rekommendationen och att en del i uppföljningen är att landstingen och regionerna inkommer till förbundet med sina beslut om att godkänna och tillämpa rekommendationen. Det framgår vidare att förbundet närmare kommer att följa hur de enskilda landstingen tillhandahåller omskärelse på icke-medicinska grunder till pojkar och vilka avgifter som tillämpas.

Av en sammanställning från SKL som presenterades för SKL:s sjukvårdsdelegation i juni 2010 framgår att 16 av 21 landsting erbjuder omskärelse på icke-medicinska grunder och att de 5 landsting som inte ger ett sådant erbjudande är Örebro, Värmland, Västernorrland, Västerbotten och Jämtland. Det framgår vidare att avgifterna för ingreppet varierar, från 0 kronor i Dalarna till 7 000 kronor i Gävleborg. SKL har därefter inte funnit anledning att ta ytterligare initiativ.

Delegationen för medicinsk etik vid Svenska Läkaresällskapet lämnade 2010 uttalandet Icke-medicinskt motiverad omskärelse av pojkar. Av uttalandet framgår att ingreppet endast bör utföras om den som berörs kan ge sitt samtycke till åtgärden. Eftersom det oftast rör sig om barn, kan man inte förvänta sig att barnet kan ta till sig och förstå den givna informationen om ingreppet förrän i senare delen av tonåren. Det är därför etiskt tvivelaktigt att på icke-medicinska grunder utföra omskärelse på ett barn som inte själv har haft möjlighet att delta i beslutet. Delegationen anser således att beslut om icke-medicinskt motiverad omskärelse av pojkar är svårförenligt med respekt för barnets rätt till integritet och självbestämmande samt med hänsyn till barnets bästa enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Det finns därför skäl att avvakta med ett sådant ingrepp till dess att barnet självt kan samtycka till åtgärden.

Tidigare behandling

Motionsyrkanden om omskärelse av pojkar behandlades av utskottet i betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Utskottet uttalade då bl.a. följande (s. 87, 1 reservation SD):

Syftet med lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar är att förebygga att ingrepp sker på ett sätt som skadar pojkarnas hälsa. I samma syfte beslutade Sveriges Kommuner och Landsting våren 2009 att rekommendera att alla landsting ska erbjuda omskärelse, även om det inte är medicinskt motiverat. Utskottet anser att det är viktigt att förhindra att

barn far illa och välkomnar åtgärder som förhindrar att så sker. Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ på området. Motionerna [...] avstyrks.

Utskottets ställningstagande

Syftet med lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar är att förebygga att ingrepp sker på ett sätt som skadar pojkarnas hälsa. Utskottet vidhåller sitt tidigare ställningstagande.

Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ på området. Motion So291 (SD) yrkande 2 avstyrks.

Blodgivning

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om en översyn av språkkravet i reglerna om blodgivning.

Motion

I motion So404 av Inger Fredriksson (C) begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör se över språkkravet i reglerna för blodgivning.

Bakgrund, gällande rätt och pågående arbete

Enligt 2 § förordningen (2006:497) om blodsäkerhet beslutar Socialstyrelsen om tillstånd till verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av blod och blodkomponenter avsedda att användas vid transfusion.

Den 1 december 2009 beslutade Socialstyrelsen om nya föreskrifter om blodverksamhet (SOSFS 2009:28). Enligt 6 kap. 4 § ska blodgivaren underteckna sin hälsodeklaration och bl.a. intyga att han eller hon har läst och förstått informationen om smitta och sjukdom som kan överföras via blod, och har getts möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar på frågorna. Enligt 11 § samma kapitel ska blodgivaren inför varje blodtappning informeras om kraven för att få ge blod och fylla i en hälsodeklaration. Som regel ska de uppgifter som blodgivaren lämnar följas upp med kontrollfrågor vid en personlig intervju.

Vid en frågestund i riksdagen den 20 oktober 2011 anförde socialminister Göran Hägglund bl.a. följande på en fråga från Inger Fredriksson (C) om huruvida information om blodgivning kommer att finnas på fler språk (prot. 2011/12:20 anf. 47 och 49):

Här finns en väl fungerande informationsverksamhet. Det finns också många nya sätt på vilket man arbetar för att nå så många som möjligt, till exempel genom blodbussar här i Stockholmsområdet. Men det är,

tror jag, precis som i den tidigare frågan om organdonation, så att väldigt många vet att detta är rätt och är beredda att göra det, men man kommer inte riktigt till skott.

Jag tror att informationskampanjer spelar en roll, men vi behöver tänka ytterligare på vad vi kan göra för att få fler att gå från tanke till handling.

Fru talman! Jag får ge ett ovanligt svar: Jag vet inte. Jag tycker för min del att det är viktigt att information finns på många olika språk, eftersom vi ska kunna nå så många som möjligt för att få så många blodgivare som möjligt. Jag lovar att jag ska ta med mig detta till departementet och titta på det.

Utskottets ställningstagande

Utskottet anser att det är viktigt att det finns information om blodgivning för att få så många personer som möjligt att bli blodgivare. Utskottet anser emellertid inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motion So404 (C), som avstyrks.

Tandvård

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motioner om tandvård.

Motioner

I motion So591 av Peter Johnsson m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om tandvården. Motionärerna anför att tänderna är en del av kroppen och att det är rimligt att tandvård på sikt jämföras med övrig hälso- och sjukvård och ingår i samma ersättningssystem. Regeringen bör se över möjligheten att stödja landstingen i strävandena att förlänga den fria tandvården.

I motion So547 av Agneta Gille och Pyry Niemi (båda S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att se över möjligheten att avskaffa det lägre karensbeloppet i den nuvarande försäkringen.

I motion So315 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om att en översyn bör göras och eventuella åtgärder vidtas för att säkerställa att Sverige lever upp till målet om god tandhälsa för alla barn och ungdomar.

I motion So586 av Solveig Zander och Karin Nilsson (båda C) begärs ett tillkännagivande om att följa upp tandvårdsstödet. Motionärerna anför att en utökad efterhandskontroll skulle kunna ha en betydande preventiv verkan, att de försäkringsodontologiska rådgivarna bör nyttjas bättre i arbetet med uppföljning och utvärdering och att man bör undersöka förutsättningarna för förhandsprövning i samband med arbetsskador på tänder.

I motion So302 av Robert Halef (KD) begärs ett tillkännagivande om att kvalitetssäkra och validera tandteknikernas arbete. Motionären anför att det skulle vara bra för såväl tandvården som patienterna om svenska tandtekniker hade en tydligare kvalitetsstämpel i form av legitimation eller liknande.

Bakgrund, gällande rätt och pågående arbete

Sedan den 1 juli 2008 finns ett nytt generellt tandvårdsstöd för vuxna patienter. Stödet, som regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, består av två delar.

Den första delen består av det allmänna tandvårdsbidraget som syftar till att stimulera till förebyggande tandvård. Det allmänna tandvårdsbidraget är för närvarande 150 kronor per år för personer mellan 30 och 74 år och 300 kronor per år för övriga personer som fyllt 20 år och får användas under en tidsperiod om två år. Bidraget kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist, eller som delbetalning vid s.k. abonnemangstandvård.

Den andra delen i det generella stödet är ett skydd mot höga kostnader. Grundtanken är att patienten alltid betalar en viss andel av kostnaden, men för dem som drabbas av höga kostnader utgår en subvention. Fri prissättning gäller för vårdgivarna, men för att beräkna storleken på högkostnads-skyddet används en referensprislista över alla tandvårdsåtgärder, vilken fastställs av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Ersättning lämnas med 50 procent för tandvårdsåtgärder där summan av referenspriserna uppgår till mellan 3 000 och 15 000 kronor. Om summan överstiger 15 000 kronor blir den statliga ersättningen för den överskjutande delen 85 procent.

Regeringens proposition 2011/12:7 Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar behandlades nyligen av utskottet i betänkande 2011/12:SoU5 Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar (prop. 2011/12:7, rskr. 2011/12:47). Därmed införs ett nytt stöd i form av ett särskilt tandvårdsbidrag den 1 januari 2013. Bidraget ska kunna lämnas för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa och ska få användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder och abonnemangstandvård. Av propositionen framgår följande (s. 66):

Regeringen bedömer att de nya stöden bör utvärderas efter tre år. De särskilda stöden bör tillsammans med övriga stöd för vuxentandvård utvärderas i ett samlat utvärderingsprogram. Det är viktigt att analysera hur olika former av tandvård och tandvårdsstöd hänger ihop och om målen för dem uppnås.

På webbplatsen 1177.se kan man dels jämföra tandvårdsmottagningar i hela landet, dels jämföra kostnadsförslag på behandling från en tandläkare eller tandhygienist med vad samma behandling kostar hos andra.

Socialstyrelsen ansvarar sedan 2008 för uppbyggnad och drift av tandhälsoregistret som kommer att fylla en viktig funktion när det gäller att följa tandhälsan över tid i Sverige. Registret är ett hälsodataregister som på sikt kommer att kunna svara på frågor som vilka samband som finns mellan oral hälsa och sjukdomar som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar, hur läkemedel påverkar muntorrhet och karies samt om det finns regionala, socioekonomiska och demografiska skillnader i tandhälsa.

Socialstyrelsen presenterade 2010 Övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Indikatorerna kommer att användas i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljning och utvärdering av tandvården i syfte att bl.a. öka kunskapen om tandvårdens processer, resultat och kostnader. I maj 2011 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning, inklusive indikatorer för utveckling och uppföljning av de olika områden som lyfts fram i riktlinjerna. Socialstyrelsen ger rekommendationer inom totalt sju områden, varav hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande metoder i tandvården, karies och tandlöshet är några. Socialstyrelsen har nyligen presenterat en patientversion av de nationella riktlinjerna för vuxentandvård i skriften Vuxentandvård – stöd för dig som besöker tandvården.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) publicerade i december 2011 rapporten Kontrollen av tandvårdsstödet (ISF Rapport 2011:18). Granskningen visar att kontrollen brister i flera avseenden och att risken för överutnyttjande sammantaget måste bedömas som hög. Försäkringskassan har i ett yttrande till Socialdepartementet i januari 2012 svarat på ISF:s rapport. Ärendet bereds i Regeringskansliet (S2011/10791/FS).

Regeringen gav 2008 Försäkringskassan i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram avseende reformeringen av det statliga tandvårdsstödet. Utvärderingen ska i ett första steg avse prisutveckling, besöksfrekvens, effekterna av skyddet mot höga kostnader samt en särskild utvärdering av implantatbehandlingar. I ett andra steg ska en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården genomföras. Försäkringskassan lämnade i december 2009 en delrapport i vilken det bl.a. konstateras att en majoritet av patienterna med låg tandvårdskonsumtion har fått lägre kostnader än tidigare. För åldersgruppen 65–74 år har dock kostnaderna stigit. Patienter med hög eller mycket hög konsumtion har däremot fått lägre kostnader än tidigare och detta gäller samtliga ålderskategorier. En andra delrapport lämnades i maj 2010 i vilken Försäkringskassan analyserat såväl besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader. Bland annat visar rapporten att ca 67 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett besök som innehållit minst en förebyggande åtgärd mellan den 1 juli 2008 och den 30 april 2010. En uppskattning av besöksfrekvenser i det tidigare gällande tandvårdsstödet visar att det har skett en viss ökning av konsumtion av förebyggande tandvård. Försäkringskassan överlämnade en rapport i maj 2011 i vilken det presenteras

en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården. På Försäkringskassan arbetar man med den särskilda utvärderingen av implantatbehandlingar.

Riksrevisionen har inlett en granskning av tandvårdsreformen, med utgångspunkt i en genomförd förstudie. I förstudien har Riksrevisionen sett indikationer på problem med de statliga insatserna. Problemen handlar bl.a. om en lägre besöksfrekvens än förväntat i vissa åldersgrupper, prisökningar i stället för utlovade prisminskningar på tandvård, ingen eller felaktig inrapportering av prisuppgifter till prisjämförelsetjänsten och låg kännedom om tandvårdsstödet hos många. Syftet med granskningen är att undersöka om statens insatser varit effektiva för att nå reformens mål om en ökad besöksfrekvens och en rimlig kostnad för patienterna samt förklara orsaker till eventuella brister. Resultatet av granskningen kommer att presenteras i en rapport, med planerad publicering i maj 2012.

Av Försäkringskassans skrivelse Plan för efterhandskontroller gällande det statliga tandvårdsstödet för år 2012 framgår att syftet med efterhandskontrollerna bl.a. är att utreda om de rapporterade tandvårdsåtgärderna uppfyller de villkor som ställs för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande. Efterhandskontrollerna har under åren gjorts dels för att kontrollera att omedvetna misstag hos vårdgivarna inte leder till felaktiga utbetalningar av ersättning från tandvårdsstödet, dels för att kontrollera att vårdgivarna inte medvetet utnyttjar tandvårdsstödet felaktigt. Under 2012 kommer Försäkringskassan att genomföra kontroller av ca 1,5 procent av alla rapporterade patientbesök där ersättning har lämnats (dnr 054683-2011).

Vid frågestunden den 14 april 2011 besvarade socialminister Göran Hägglund en fråga om tandvårdsreformen (prot. 2010/11:88). Socialministern anförde bl.a. följande:

Anf. 86

Herr talman! Jag tror att jag kan skriva under på allt det som Gustav Nilsson tar upp. Vi genomförde en tandvårdsreform som innehåller två delar. Det ena är ett checksystem vilket syftar till att vi ska gå lite oftare till tandläkaren för att underhålla vår tandhälsa. Det andra är ett högkostnadsskydd som är progressivt i meningen att subventionerna ökar i takt med att kostnaderna blir större. De människor som har riktigt stora tandvårdsbehov ska också kunna få större subventioner.

Det är också riktigt att vi hade problem med genomförandet när det gällde att få datasystemen att fungera på bästa möjliga sätt. Många, inte minst privattandläkare, var oerhört upprörda under en tid. Min upplevelse är nu att TLV, den myndighet som hanterar mycket av detta, tillsammans med Försäkringskassan har kommit en bra bit på väg och att situationen ser väldigt mycket annorlunda ut i dag.

Anf. 88

Herr talman! Genom reformen förstärkte vi subventionerna till tandvården, som hade varit eftersatt och som tidigare regeringar hade pekat ut som ett viktigt område men inte lyckades prioritera resurser för. Detta har inneburit att vi har ett betydligt bättre skydd för dem som har riktigt stora kostnader.

Det har som sagt varit problem med genomförandet, men det arbetas målmedvetet med att undanröja de bekymmer som kvarstår.

2009 års Behörighetsutredning överlämnade slutbetänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65) i oktober 2010. Vad avser tandtekniker gör utredningen följande överväganden (s. 191):

Sedan 1993 finns en högskoleutbildning för tandtekniker och utbildningen leder fram till en yrkesexamen. Tandtekniker utför kvalificerade arbetsuppgifter som har betydelse för patientsäkerheten och det intryck vi fått är att tandtekniker i allt större omfattning har patientkontakt. Tandtekniker är också reglerade i flera nordiska länder och en legitimation skulle underlätta rörligheten för yrkesgruppen inom dessa länder.

Enligt vår mening är det emellertid tandläkaren som har ansvaret för behandlingen som helhet, även om t.ex. en krona som sätts in i patientens mun tillverkas av en tandtekniker. Det är också tandläkaren som ställer diagnos samt bestämmer om behandling. Vårt intryck är vidare att tandtekniker i första hand arbetar med materialet och att arbetet som innefattar patientkontakt främst avser estetiska aspekter som färgval m.m. Tandteknikernas tillverkade ersättningar omfattas också av lagstiftningen för medicintekniska produkter. Vid en sammanvägning anser vi att legitimation eller någon annan behörighetsreglering inte bör införas för tandtekniker.

Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet (dnr S2010/7337/FS).

Tidigare behandling

Motionsyrkanden om det statliga tandvårdsstödet behandlades av utskottet i betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Utskottet uttalade då följande (s. 94, 1 reservation S, MP):

Den tandvårdsreform som regeringen genomförde 2008 har inneburit att tandvården dels blivit mer tillgänglig för personer med stora tandvårdsbehov, dels mer jämlik. Syftet med det nya skyddet mot höga kostnader är att personer med stora behov inte ska avstå från tandvård av ekonomiska skäl. Det allmänna tandvårdsbidraget kompletterar skyddet mot höga kostnader och ska stimulera vuxna att regelbundet besöka tandvården i syfte att förebygga sjukdomar och skador i munhålan.

Utskottet noterar att en arbetsgrupp inom Socialdepartementet nyligen har presenterat ett förslag till kompletterande tandvårdsstöd för patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård. Utskottet välkomnar detta förslag och avser att följa arbetet med detta.

Enligt utskottet är även arbetet med utveckling av nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet, samt den förbättrade uppföljningen av tandvårdsområdet som tandvårdsreformen möjliggör, betydelsefulla instrument för fortsatt utveckling av kvalitet och patientsäkerhet inom tandvården. Det är av stor vikt att följa utvecklingen av tandvårdens resultat och vilka effekter det nya tandvårdsstödet får.

Mot bakgrund av pågående arbete avstyrker utskottet motionerna [...]

Utskottets ställningstagande

Syftet med tandvårdsreformen som trädde i kraft den 1 juli 2008 är att via det allmänna tandvårdsbidraget bibehålla en god tandhälsa hos individer med små tandvårdsbehov och via högkostnadsskyddet möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att erhålla tandvård till en rimlig kostnad. Det nya stödet i form av ett särskilt tandvårdsbidrag som införs den 1 januari 2013 ska kunna lämnas för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa och ska få användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder och abonnemangstandvård.

Utskottet konstaterar att uppföljning och utvärdering av tandvårdsreformen pågår på flera håll och välkomnar regeringens avisering av ett samlat utvärderingsprogram av de särskilda stöden tillsammans med övriga stöd för vuxentandvård.

Frågan om legitimation för tandtekniker behandlas av 2009 års behörighetsutredning i slutbetänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65). Betänkandet bereds i Regeringskansliet och utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa detta arbete.

Mot denna bakgrund avstyrker utskottet motionerna So302 (KD), So315 (M), So547 (S) yrkande 1, So586 (C) och So591 (S).

Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling

De motionsförslag som tas upp i bilaga 2 rör samma eller i huvudsak samma frågor som utskottet har behandlat tidigare under valperioden. Detta har gjorts i betänkandena 2011/12:SoU1 och 2010/11:SoU1 båda med namnet Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor, 2010/11:SoU10 Socialtjänstfrågor och 2010/11:SoU15 Läkemedelsfrågor.

Riksdagen avslög i enlighet med utskottets förslag motionsyrkandena. Utskottet ser ingen anledning att nu göra en annan bedömning.

Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

1. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Teres Lindberg (S) och Christin Hagberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkandena 6, 7, 10, 13 och 15 samt

avslår motionerna

2011/12:So268 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2,

2011/12:So311 av Lars Elinderson (M),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 8,

2011/12:So358 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So359 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So426 av Penilla Gunther (KD) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So570 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1, 3 och 5,

2011/12:So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2011/12:So582 av Finn Bengtsson (M),

2011/12:So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2011/12:So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP) yrkande 15 och

2011/12:N303 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 10 i denna del.

Ställningstagande

Vi anser att alla har rätt till en god sjukvård. Den som blir sjuk ska veta att han eller hon får hjälp av personal som har den bästa utbildningen och tillräckligt med tid och som arbetar med de mest moderna metoderna och den senaste medicinska tekniken. Vi vill satsa för att modernisera, utveckla och förstärka sjukvården.

För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet föreslår vi att ett system med nationell kvalitetscertifiering införs. Den nationella certifieringen ska gälla alla offentligt finansi-

erade vårdgivare, offentliga såväl som privata. För att få certifiering ska vårdgivare visa att vården har hög kvalitet och är evidensbaserad, håller god tillgänglighet, uppfyller krav på patientsäkerhet m.m. Certifieringen innebär att alla vårdgivare måste följa nationella riktlinjer och ingå i samma nationella system för kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Den som besöker den allmänna sjukvården ska vara tryggt förvissad om att behandlingsmetoderna säkert vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Att tillförsäkra detta borde vara en självklar del av de nationella riktlinjerna.

Vi föreslår att staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt utarbetar ett handlingsprogram för att minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt uppgifter som inte är till direkt nytta för patienterna. En målsättning skulle kunna vara att minst hälften av arbetstiden ska kunna ägnas åt direkt patientarbete inom fem år. Det är av central betydelse att utvecklingsarbetet inte resulterar i minskade resurser till sjukvården. Den tid som frigörs ska användas till att förbättra vården och arbetsmiljön.

Vi anser att regeringen bör ta fram ett förslag till förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen om att ersättningsystemen i vården ska utformas så att de utifrån ett jämlikhetsperspektiv premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Vi tror inte på idén om fri etablering i specialistsjukvården. Vi anser att det slår sönder fungerande vårdkedjor och gör det helt omöjligt för landstingen att planera, lokalisera och bygga upp en effektiv specialistsjukvård. Det är snarare så att det behövs en samordning över nuvarande landstingsgränser för att hushålla med de resurser som finns. Privata vårdgivare kan spela en roll i specialistsjukvården, men detta anser vi bör regleras genom vårdavtal mellan båda parter.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

2. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 8,

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkandena 6, 10 och 13 samt

2011/12:So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP) yrkande 15 och avslår motionerna

2011/12:So268 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2,

2011/12:So311 av Lars Elinderson (M),

2011/12:So358 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So359 av Penilla Gunther (KD),
2011/12:So426 av Penilla Gunther (KD) yrkandena 1 och 2,
2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkandena 7 och 15,
2011/12:So570 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1, 3 och 5,
2011/12:So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M),
2011/12:So582 av Finn Bengtsson (M),
2011/12:So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M) och
2011/12:N303 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 10 i denna del.

Ställningstagande

För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet föreslår jag att ett system med nationell kvalitetscertifiering införs. Oavsett var jag som patient bor och oavsett om vårdgivaren jag väljer är offentlig, kooperativ, ideellt driven eller privat ska jag vara garanterad en vård av hög kvalitet. Den nationella certifieringen ska därför gälla alla offentligt finansierade vårdgivare, offentliga såväl som privata. För att få certifiering ska vårdgivare visa att vården har hög kvalitet och är evidensbaserad, håller god tillgänglighet, uppfyller krav på patientsäkerhet m.m. Certifieringen innebär också att alla vårdgivare måste följa nationella riktlinjer och ingå i samma nationella system för kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Jag föreslår att staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt utarbetar ett handlingsprogram för att minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt uppgifter som inte är till direkt nytta för patienterna. En målsättning skulle kunna vara att minst hälften av arbetstiden ska kunna ägnas åt direkt patientarbete inom fem år. Det är av central betydelse att utvecklingsarbetet inte resulterar i minskade resurser till sjukvården. Den tid som frigörs ska användas till att förbättra vården och arbetsmiljön.

Regeringen bör ta fram ett förslag till förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen om att ersättningssystemen i vården ska utformas så att de utifrån ett jämlikhetsperspektiv premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

För demensvården anser jag att varje landsting behöver ha ett visst antal akutplatser för dementa så att de kan ta emot patienter i akuta kriser. Detta gäller särskilt personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, men kan också handla om personer som plötsligt blir utåtagerande eller våldsamma och som anhöriga inte längre klarar av att vårda hemma.

Jag konstaterar att patientavgifter regleras i respektive landsting och att dessa ser mycket olika ut mellan landstingen, så även avgifterna för barn. Mot denna bakgrund anser jag att Socialstyrelsen eller någon annan lämplig aktör får i uppdrag att se över hur avgiftssystemen inom sjukvården för barn skiftar mellan landstingen och vilka konsekvenser det eventuellt kan få för barnen.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

3. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So268 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2 och avslår motionerna

2011/12:So311 av Lars Elinderson (M),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 8,

2011/12:So358 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So359 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So426 av Penilla Gunther (KD) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkandena 6, 7, 10, 13 och 15,

2011/12:So570 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1, 3 och 5,

2011/12:So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2011/12:So582 av Finn Bengtsson (M),

2011/12:So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2011/12:So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP) yrkande 15 och

2011/12:N303 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 10 i denna del.

Ställningstagande

För barn erbjuds ofta palliativ vård i hemmet. Många föräldrar vårdar det sjuka barnet hemma till livets slut med hjälp av sjukvårdspersonal medan andra väljer att stanna kvar på sjukhuset när döden är nära.

Barnhospis är ytterligare ett alternativ dit de flesta barn kommer från sjukhusens vårdavdelningar. Familjer som vårdar sina svårt sjuka barn i hemmet kan också få avlastning för en kort tid på barnhospis. Förutom att ge avancerad medicinsk vård finns personalen till hands som ett stöd för hela familjen, både den sjuke, föräldrarna och eventuella syskon. Det underlättar för de anhöriga om barnhospis inte finns på alltför långt avstånd från bostadsorten. Regeringen bör ge t.ex. Socialstyrelsen i uppdrag att utreda frågan om tillgång till barnhospis.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4. Allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvården, punkt 1 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 15,

2011/12:So570 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1, 3 och 5 samt

2011/12:N303 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 10 i denna del och avslår motionerna

2011/12:So268 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2,

2011/12:So311 av Lars Elinderson (M),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 8,

2011/12:So358 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So359 av Penilla Gunther (KD),

2011/12:So426 av Penilla Gunther (KD) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkandena 6, 7, 10 och 13,

2011/12:So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2011/12:So582 av Finn Bengtsson (M),

2011/12:So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M) och

2011/12:So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP) yrkande 15.

Ställningstagande

Tillgången till vård ska ske utifrån behov och inte vara beroende av plånbokens storlek. Jag anser att samhället måste stå som garant för en likvärdig vård och omsorg. För att säkra tillgången på vård och omsorg också i befolkningssvaga områden krävs att man solidariskt via skattesystemet tillför nödvändiga resurser.

Jag anser att kommunernas roll inom hälso- och sjukvården måste stärkas. Hela hemsjukvården, även den i ordinärt boende, bör vara ett obligatoriskt kommunalt ansvar, och det är viktigt att det även finns distriktsköterskemottagningar på landsbygden.

Jag anser att det är direkt olämpligt att inom vården tillåta driftsformer som är anpassade till affärsverksamhet på en kommersiell marknad och vilkas främsta syfte är att generera vinst till ägarna. En utredning bör därför tillsättas med uppgift att se över hur de offentliga skattedederna till hälso- och sjukvården ska komma patienterna till del i stället för vårdföretagens ägare. Dessutom bör utredningen se över vilka icke vinstdrivande driftsformer som kan vara lämpliga när det gäller att driva hälso- och sjukvård.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården, och arbete med förebyggande hälsovård är viktigt. Dessa målformuleringar anser jag har varit otillräckliga när det gäller att förhindra ojämlikhet och sociala skillnader inom vården. Kommersiella mål och principer överordnas enligt min mening hälso- och sjukvårdspolitiska mål utan att det leder till några legala påföljder. Det är mot denna bakgrund nödvändigt att nuvarande hälso- och sjukvårdslag snart kompletteras med en ny paragraf med följande lydelse: "Landstinget ansvarar för att all hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds på lika villkor i fråga om tillgänglighet och kvalitet." I ett något längre tidsperspektiv anser jag att en helt ny hälso- och sjukvårdslag bör tas fram. En lag som tydliggör att hälso- och sjukvårdspolitiska mål och lagar är överordnade kommersiella mål och lagar inom den offentligt finansierade vården.

Jag tror inte på idén om fri etablering i specialistsjukvården. Jag anser att det slår sönder fungerande vårdkedjor och gör det helt omöjligt för landstingen att planera, lokalisera och bygga upp en effektiv specialistsjukvård. Det är snarare så att det behövs en samordning över nuvarande landstingsgränser för att hushålla med de resurser som finns. Privata vårdgivare kan spela en roll i specialistsjukvården men detta bör regleras genom vårdavtal mellan båda parter.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

5. Patienträttigheter, punkt 2 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Teres Lindberg (S) och Christin Hagberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 5 och

2011/12:MJ382 av Matilda Ernkrans m.fl. (S) yrkande 25 och

avslår motionerna

2011/12:So288 av Marta Obminska (M) och

2011/12:So386 av Anna Steele (FP).

Ställningstagande

Vi föreslår att det införs ett system med patientkontrakt som omfattar alla delar i hälso- och sjukvården: besök, undersökningar, röntgen och remisser. I kontraktet ska det finnas en tidsplan för remisser och eventuella behandlingar, och det ska framgå vem som ska utföra behandlingarna. När

vården och patienten har kommit överens om vad som ska göras och när, ska kontraktet fungera som en vårdgaranti som säkerställer att patientens sammanlagda tid för undersökning och behandling blir kort.

Ett sådant kontrakt skulle enligt vår mening modernisera sjukvården, strukturera kvalitetsarbetet och höja kvaliteten i vården. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

Vi noterar att hormonstörande ämnen under senare tid har uppmärksamats sedan dessa har ökat kraftigt hos människor de senaste decennierna. Hormonstörande kemikalier finns i t.ex. bekämpningsmedel, plaster, textilier och läkemedel. De har den egenskapen gemensamt att de "liknar" det kvinnliga könshormonet östrogen. Exempel är nonylfenol, bisfenol-A och ftalater. De kan alla orsaka störningar i människans fortplantning: förskjuten pubertet, försämrad spermieproduktion m.m. Särskilt fosterutvecklingen är känslig för dessa ämnen. Vi anser mot denna bakgrund att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att särskilt beakta de nya rönen kring de hormonstörande kemikaliernas effekt på foster när rådgivning för gravida kvinnor utformas.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

6. Patienträttigheter, punkt 2 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 5 och avslår motionerna

2011/12:So288 av Marta Obminska (M),

2011/12:So386 av Anna Steele (FP) och

2011/12:MJ382 av Matilda Ernkrans m.fl. (S) yrkande 25.

Ställningstagande

Jag föreslår att det införs ett system med patientkontrakt som omfattar alla delar i hälso- och sjukvården: besök, undersökningar, röntgen och remisser. I kontraktet ska det finnas en tidsplan för remisser och eventuella behandlingar och det ska framgå vem som ska utföra behandlingarna. När vården och patienten har kommit överens om vad som ska göras och när, ska kontraktet fungera som en vårdgaranti som säkerställer att patientens sammanlagda tid för undersökning och behandling blir kort. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

7. Patientsäkerhet, punkt 3 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V), Teres Lindberg (S) och Christin Hagberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 9 och avslår motionerna

2011/12:So544 av Eva-Lena Jansson (S),

2011/12:So610 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD) och

2011/12:So632 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD).

Ställningstagande

Alla patienter ska kunna veta att de får en säker vård av god kvalitet oavsett var i landet de bor eller vilken sjukdom de söker för. Säker vård av hög kvalitet anser vi vara grundläggande för den svenska vården.

Vi anser att statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet i alltför hög grad varit fokuserad på tillsyn när något händer. Hälso- och sjukvården måste enligt vår mening hela tiden dels arbeta systematiskt med patientsäkerhet, dels lära av sina misstag för att förbättra och utveckla kvaliteten och bekämpa ojämlikheter i vården. För att all personal ska känna sig trygg med att rapportera in avvikelser är det viktigt att misstag och tillbud används i lärande och förebyggande syfte och inte för att peka ut syndabockar, även om självklart alltid felbehandlingar ska utredas och leda till konsekvenser för den som brister i ansvar. Det bör genomföras regelbundna vårdskadeundersökningar inom hälso- och sjukvården, och dessa ska åtföljas av särskilda åtgärdsprogram. Arbetet kräver naturligtvis flera insatser och bygger på att det bedrivs ett aktivt arbete över hela landet och i alla delar av vården. Det arbete som bedrivs i dag med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är ett bra första steg.

Den nya patientsäkerhetslagen är ett steg i riktning mot att titta på system och styrning snarare än att bara fokusera på enskilda mänskliga misstag. Den nya lagen infördes emellertid på ett alltför snabbt och oegentänkt sätt. Socialstyrelsen, som tog över merparten av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds uppgifter, fick inte tillräckliga resurser för att sköta den viktiga klagomålshanteringen. Detta har gjort att tusentals ärenden ligger på hög och inte har behandlats. Vi anser att det är av största vikt att Socialstyrelsen får de resurser som krävs för att hantera klagomålshanteringen, att regeringen noga måste följa denna fråga och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Samhället måste kunna erbjuda tydliga kommuni-

kationsvägar för patienter som blivit felbehandlade eller skadade av vården. Dessa patienter måste känna trygghet i att veta att deras fall verkligen prövas. Det handlar om förtroende för hela sjukvårdssystemet.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

8. Patientsäkerhet, punkt 3 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So610 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD) och

2011/12:So632 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD) samt

avslår motionerna

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 9 och

2011/12:So544 av Eva-Lena Jansson (S).

Ställningstagande

Jag anser att den som uppsöker vård alltid ska kunna känna sig trygg i att bli bemött av personal som i sin gärning har patientens bästa som främsta mål och som skyddar och bevarar människoliv. I en utsatt situation som vårdtagare eller anhörig till en vårdtagare är det viktigt att de berörda känner sig trygg med den vård som ges och med vårdgivaren.

Med hänsyn till patientsäkerheten bör det därför finnas möjlighet för arbetsgivare att begära utdrag ur belastningsregistret för att så långt möjligt förhindra att den som gjort sig skyldig till grova brott kan utbilda sig eller arbeta inom vården. Vidare bör det tas fram riktlinjer för begäran om utdrag ur belastningsregistret vid all nyanställning inom hälso- och sjukvården samt inom äldre- och handikappsomsorgen.

Av patientsäkerhetsskäl borde det även införas en gemensam nordisk lista över läkare som fråntagits sin läkarlegitimation.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9. Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården, punkt 4 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 4 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna
2011/12:So292 av Maria Lundqvist-Brömster (FP) och
2011/12:So348 av Gunilla Svantorp m.fl. (S).

Ställningstagande

Jag anser att införande av en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården skulle skapa ökad kvalitet och trygghet för en svagare och mer utsatt patientgrupp.

Det är viktigt att vi förstår att det går att bota psykisk ohälsa och att det för att lyckas krävs många olika yrkesgrupper som arbetar efter effektiva och vetenskapligt beprövade metoder inom den psykosociala behandlingen. Kuratorerna har ett självständigt arbete, de har ett direkt patientansvar, de arbetar med utredningar, bedömningar och behandling. Skillnaden mot kuratorerna och övriga yrkesgrupper som kan komma att samarbeta kring en patient med psykisk ohälsa är att det endast är kuratorn som saknar legitimation. Och saknas det legitimation saknas det också behörighetskrav för vem som får arbeta som kurator, något som kan äventyra patientsäkerheten. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

10. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, punkt 5 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So636 av Per Ramhorn och Julia Kronlid (båda SD) och
avslår motionerna

2011/12:Sf325 av Christina Hög Larsen m.fl. (V) yrkande 15,

2011/12:So388 av Magdalena Andersson (M),

2011/12:So433 av Christer Winbäck (FP),

2011/12:So474 av Thomas Strand m.fl. (S),

2011/12:So476 av Suzanne Svensson m.fl. (S),

2011/12:So495 av Eva Olofsson (V),

2011/12:So540 av Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (båda S) och

2011/12:So579 av Finn Bengtsson och Lars-Arne Staxäng (båda M).

Ställningstagande

Jag konstaterar att barn som föds extremt tidigt i Sverige allt oftare överlever, vilket är glädjande. Men jag konstaterar samtidigt att reglerna för när livsuppehållande behandling ska sättas in på dessa barn skiljer sig åt på de sju universitetssjukhusen i landet.

Mot denna bakgrund anser jag att det ska införas nationella riktlinjer som garanterar likvärdig vård för extremt tidigt födda barn. Regeringen bör ge t.ex. Socialstyrelsen ett sådant uppdrag.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

11. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, punkt 5 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:Sf325 av Christina Høj Larsen m.fl. (V) yrkande 15 och

2011/12:So495 av Eva Olofsson (V) samt

avslår motionerna

2011/12:So388 av Magdalena Andersson (M),

2011/12:So433 av Christer Winbäck (FP),

2011/12:So474 av Thomas Strand m.fl. (S),

2011/12:So476 av Suzanne Svensson m.fl. (S),

2011/12:So540 av Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (båda S),

2011/12:So579 av Finn Bengtsson och Lars-Arne Staxäng (båda M) och

2011/12:So636 av Per Ramhorn och Julia Kronlid (båda SD).

Ställningstagande

Många av dem som kommer till Sverige som asylsökande har flytt från sina hemländer undan krig, fängelse och tortyr samt politisk, etnisk och religiös förföljelse. Många av dem behöver kvalificerad psykosocial och psykiatrisk vård. De brister som i dag finns vad gäller dessa människors möjlighet till nödvändig rehabilitering anser jag sätter upp allvarliga hinder för det fortsatta livet i Sverige. Jag anser därför att rehabilitering bör vara en självklar del i rätten till vård.

Myalgisk encefalomyelit (chronic fatigue syndrome, ME) är en kronisk neurologisk sjukdom. Forskare världen över är numera eniga om att ME är en neuroimmun sjukdom som skapar dysfunktioner i nervsystemet, endokrina system och immunsystemet.

Personer som lider av ME eller kroniskt trötthetssyndrom har i årtionden fått kämpa med läkare, arbetsgivare och närstående som tror att deras svåra funktionsnedsättande symtom är inbillade. Men i takt med att fors-

karna upptäcker olika störningar i de drabbades nerv-, hormon- och immunsystem, börjar omvärlden ta syndromet på allvar. I dag finns specialiserad kunskap endast på två ställen i landet.

Jag anser inte att det är rimligt att den svenska hälso- och sjukvården ska fungera så illa för de ca 40 000 barn, kvinnor och män som insjuknat i ME. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att kartlägga hur situationen ser ut för dessa personer och komma med förslag på vilka förbättringar som behövs.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

12. Kompetens och kunskap i vården, punkt 6 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So205 av Hans Hoff (S) och

avslår motionerna

2011/12:Sf325 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 14,

2011/12:So275 av Eliza Roszkowska Öberg (M) och

2011/12:So470 av Per Svedberg och Elin Lundgren (båda S).

Ställningstagande

Det har uppmärksammats att ett antal läkare säljer stora mängder narkotika genom att använda sina receptblock. Allt oftare lägger polisen i Stockholm beslag på narkotikaklassade läkemedel utskrivna av svenska läkare.

Enligt polisen dominerades marknaden tidigare av smugglade droger, medan det numera är de receptförskrivna läkemedlen som är överrepresenterade. Enligt uppgift kan så mycket som 70 procent av tabletterna som säljs på Sergels torg vara receptbelagda narkotikaklassade läkemedel.

Jag anser inte att det är acceptabelt att läkare på det här sättet missbrukar sin yrkesroll. Därför anser jag att man borde se över möjligheten att dra in läkarlegitimationen för de läkare som missbrukar sin förskrivningsrätt.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

13. Kompetens och kunskap i vården, punkt 6 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:Sf325 av Christina Høj Larsen m.fl. (V) yrkande 14 och avslår motionerna

2011/12:So205 av Hans Hoff (S),

2011/12:So275 av Eliza Roszkowska Öberg (M) och

2011/12:So470 av Per Svedberg och Elin Lundgren (båda S).

Ställningstagande

Många av dem som kommer till Sverige som asylsökande har flytt från sina hemländer undan krig, fängelse och tortyr samt politisk, etnisk och religiös förföljelse. Många av dem behöver kvalificerad psykosocial och psykiatrisk vård. Att få en noggrann bedömning av tortyr- och traumaskador är viktigt för att den som drabbats av övergrepp ska få upprättelse.

Jag anser att det är av avgörande vikt att kunskapen om tortyr- och traumaskador kommer de personalgrupper till del som står för det direkta bemötandet av flyktingar som söker vård. Därför bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att sprida den kunskap som finns i fråga om tortyr- och traumaskador till primärvård, socialtjänst, barnavård och psykiatri.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14. Abort och abortförebyggande arbete, punkt 8 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So643 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkandena 1–3,

2011/12:So644 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkandena 1–3 och

2011/12:So647 av Julia Kronlid m.fl. (SD) samt

avslår motionerna

2011/12:So428 av Annelie Enochson och Mikael Oscarsson (båda KD) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So437 av Mikael Oscarsson (KD),

2011/12:So557 av Tuve Skånberg (KD) och

2011/12:So559 av Tuve Skånberg (KD) yrkandena 1 och 2.

Ställningstagande

Jag anser att det bör tillsättas en utredning om bakomliggande orsaker till det höga aborttalet i Sverige samt att utifrån detta underlag utarbeta en handlingsplan för att minska antalet aborter. Regeringen bör återkomma med tydliga riktlinjer för stödinsatser i syfte att hitta alternativa lösningar till abort i de fall kvinnan så önskar.

Tidsgränsen för fri abort bör sänkas från graviditetsvecka 18 till graviditetsvecka 12 och efter graviditetsvecka 12 ska det finnas synnerliga skäl för en abort.

Jag anser även att livsduglighetskriteriet ska anpassas efter den medicinska utvecklingen genom att det alltid ska finnas minst två veckors marginal från det tidigast födda överlevande barnet till den senast godkända tidpunkten för abort. Dagens praxis för godkännande av sena aborter ska ändras så att inga aborter godkänns efter graviditetsvecka 19 annat än om fostret är så allvarligt skadat att det inte bedöms kunna överleva utanför livmodern. Om en graviditet måste avbrytas efter graviditetsvecka 19 på grund av att mammans liv är i fara, ska målsättningen vara att rädda livet på både barn och moder enligt de riktlinjer som gäller för livsuppehållande behandling vid spontan förlossning vid samma tidpunkt.

Regeringen bör återkomma med lagförslag.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

15. Abort för utländska kvinnor, punkt 9 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 9 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So415 av Gunvor G Ericson och Jan Lindholm (båda MP) yrkande 2 och

bifaller delvis motion

2011/12:So418 av Annika Qarlsson och Solveig Zander (båda C).

Ställningstagande

Vi anser att regeringen bör ges i uppdrag att utreda möjligheterna till subvention eller annan form av täckning av hälso- och sjukvårdskostnader i Sverige för att ge utländska kvinnor som kommer från länder där abort är förbjudet i lag reella möjligheter till abort. Flera möjligheter skulle kunna vara tänkbara, t.ex. inrättandet av någon form av statlig fond som

utländska kvinnor kan söka ersättning från, införandet av liknande regler som för asylsökande eller att landstingen tecknar en försäkring för dessa kvinnor.

Även möjligheten att låta utländska kvinnor göra abort i Sverige och att därefter få hemlandets egna sjukvårdssystem att stå för kostnaden bör ses över.

Regeringen måste även se till att abortlagstiftningen som möjliggör för utländska kvinnor att söka sig till Sverige för att göra abort blir tillgänglig på regeringens webbplats på flera språk.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

16. Omskärelse, punkt 10 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 10 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2011/12:So291 av Björn Söder och Per Ramhorn (båda SD) yrkande 2.

Ställningstagande

Att samhället ser allvarligt på kvinnlig könsstympning är positivt, och allt förebyggande arbete är bra. Jag anser att pojkar bör ha samma rätt att slippa dels komplikationer som nedsatt känslighet i könsorganen, smärt-samma erektioner, ökade risker för njurskador och psykisk påfrestning genom att för all framtid sakna en kroppsdel, dels den oerhörda kränkning av integriteten som omskärelse faktiskt innebär.

I och med att Sverige står bakom barnkonventionen har man också förbundit sig att ”vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa”. Alla barn bör ha rätt till sina egna kroppar, och det bör vara likhet inför lagen. Jag anser därför att lagen om könsstympning snarast bör könsneutraliseras.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Särskilt yttrande

1. **Kompetens och kunskap i vården, punkt 6 (S)**

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Teres Lindberg (S) och Christin Hagberg (S) anför:

Missbruksutredningen, som presenterades våren 2011, visar på flera utmaningar för den svenska missbruksvården, inte minst på alkoholområdet. 300 000 personer bedöms befinna sig i missbruk, men av dem är det ytterst få – en av fem – som får behandling.

Utredningen framhåller dels den höga tröskel som hindrar många att söka sig till den kommunala socialtjänsten, dels bristen på kompetens för att diagnostisera och behandla alkoholberoende. Det saknas specialistutbildad personal i den utsträckning som skulle vara nödvändig, och det råder brist på flera utredande och behandlande specialiteter inom missbruksvården. Detta gäller läkare, psykoterapeuter, psykologer och socionomer. Andra yrkesgrupper behöver också kompetensförstärkning för att svara mot behandlingsbehoven.

Vi anser att det är viktigt att snabbt bidra till att fylla de luckor som finns i utbildningen av personal som kan hantera missbruksproblematik. Det tunga alkohol- och narkotikamissbruket har ökat med 20 procent på tio år.

Inom primärvården har man på många ställen infört särskilda resurser för att minska tobaksbruket. Vi anser att samma omsorg borde visas gentemot de stora grupper som brottas med riskbruk av alkohol. Med rätt utbildningsinsatser skulle primärvården kunna erbjuda stöd i form av ”slutakröka-syror” som klarar av att bemöta frågor om alkohol på samma sätt som patienter ofta får stöd i frågor om kost, rökning och motion.

Utbildningarna för sjukvårdspersonal som rör grundutbildning av sjuksköterskor, socionomer, psykologer och läkare bör därför stimuleras till att utöka och fördjupa inslagen om missbruk och beroende i utbildningsprogrammets obligatoriska delar.

Sammanfattningsvis delar vi de synpunkter som framförs i motion So470 (S), men har valt att inte avlämna en reservation eftersom Missbruksutredningens betänkande är föremål för beredning och Socialstyrelsen arbetar med en revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Vi kommer att följa utvecklingen.

2. Omskärelse, punkt 10 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

Mitt parti ser den nuvarande lagregleringen som ett första steg i en process som ska innebära att sedvänjan diskuteras öppet i samhället och så småningom mönstras ut och förbjuds. Vänsterpartiet samverkade aktivt med regeringen i framtagandet av den nuvarande lagen om omskärelse av pojkar.

Barnens rätt har i ett modernt upplyst samhälle klart företräde framför kulturella och religiösa traditioner. Vi slår vakt om individens självklara rätt att slippa omotiverade medicinska ingrepp. Vänsterpartiet anser att omskärelse av pojkar enbart bör göras på personer som själva har gett sitt samtycke och att en person måste ha nått vuxen ålder för att ett sådant samtycke ska vara tillräckligt. Spädbarn har ingen möjlighet att själva samtycka till ett ingrepp som omskärelse. Äldre pojkars möjligheter att säga nej får ses som ytterst begränsade, då trycket från familj och traditioner kan vara hårt. Min inställning är att en åldersgräns därför på sikt bör införas så att omskärelse som inte är medicinskt motiverad endast får utföras på personer över 18 år. Jag avser, som jag sade inledningsvis, att följa utvecklingen.

3. Hälsa- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (S)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Teres Lindberg (S) och Christin Hagberg (S) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. Då det gäller motionsförslagen hänvisar vi till tidigare ställningstaganden av de socialdemokratiska företrädarna i motsvarande frågor i betänkandena 2010/11:SoU1 och 2011/12:SoU1 båda med namnet Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg samt 2010/11:SoU9 Hälsa- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Vi vidhåller de synpunkter som framförts i det sammanhanget men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

4. Hälsa- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (MP)

Agnetta Luttröpp (MP) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. Då det gäller motionsförslagen hänvisar jag till tidigare ställningstaganden i motsvarande frågor i betänkandena 2010/11:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg samt 2010/11:SoU9 Hälsa- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Jag vidhåller de synpunkter som framförts i det sammanhanget men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

5. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (SD)

Per Ramhorn (SD) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. Då det gäller motionsförslagen hänvisar jag till tidigare ställningstagande i motsvarande fråga i betänkandet 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Jag vidhåller de synpunkter som framförts i det sammanhanget men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattning i en reservation.

6. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling, punkt 13 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. Då det gäller motionsförslagen hänvisar jag till tidigare ställningstaganden i motsvarande frågor i betänkandena 2010/11:SoU1 och 2011/12:SoU1 båda med namnet Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg samt 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Jag vidhåller de synpunkter som framförts i det sammanhanget men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Motioner från allmänna motionstiden hösten 2011

2011/12:Ju359 av Morgan Johansson m.fl. (S):

32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en handbok och ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av barn som fallit offer för sexuella övergrepp.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om särskild kompetens på akutsjukhusen för dem som utsatts för sexuella övergrepp.

2011/12:Sf325 av Christina Höj Larsen m.fl. (V):

14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att sprida den kunskap som finns i fråga om tortyr- och traumaskador till primärvård, socialtjänst, barnavård och psykiatri.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att rehabilitering ska vara en självklar del av rätten till vård.

2011/12:So205 av Hans Hoff (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att dra in läkarlegitimationen för läkare som missbrukar sin förskrivningsrätt.

2011/12:So210 av Hans Hoff (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nollvision vad gäller skador och dödsfall som beror på brister i sjukvården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett nationellt system för inrapportering av avvikelser och kunskaper om dessa ska spridas till alla sjukhus i Sverige.

2011/12:So211 av Hans Hoff (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om sjukvårdens helhetsansvar tills en patient är färdigbehandlad.

2011/12:So217 av Anita Brodén (FP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillförsäkra patienter med amalgamfyllningsproblem lika behandling i hela landet.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att undanröja de låsningar som förhindrar möjligheten att utnyttja högkostnadsskydd vid amalgamsanering.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om angelägenheten av att sambandet ohälsa–kviksilverexponering för tandvårdspersonal utreds för att de som drabbats ska kunna återopa arbetsskada.

2011/12:So219 av Christina Oskarsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrad bröstcancervård.

2011/12:So229 av Eva Flyborg (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om vårdens bemötande av våldutsatta kvinnor.

2011/12:So246 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att läkarnas arbetstider och arbetssituation bör bli föremål för översyn med syfte att bättre reglera deras arbetsförhållanden så att utbrändhet förebyggs och vården blir säkrare och bättre för patienterna.

2011/12:So249 av Hillevi Larsson och Åsa Lindestam (båda S):

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om likvärdig cancerbehandling för äldre kvinnor.

2011/12:So252 av Anders Andersson (KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av ökad utbildning i palliativ vård.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en påbyggnadsspecialitet i palliativ medicin.

2011/12:So268 av Anita Brodén m.fl. (FP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utöka den palliativa vården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om barnhospis.

2011/12:So275 av Eliza Roszkowska Öberg (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om mer forskning inom mödrahälsovården.

2011/12:So288 av Marta Obminska (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen vad gäller information och samtycke vid förlossningar.

2011/12:So291 av Björn Söder och Per Ramhorn (båda SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förbjuda icke medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att könsneutralisera lagen om könsstympning.

2011/12:So292 av Maria Lundqvist-Brömster (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården.

2011/12:So302 av Robert Halef (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kvalitetssäkra och validera tandteknikernas arbete.

2011/12:So311 av Lars Elinderson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientgodkännande vid debitering av ersättning från lands- eller försäkringskassa för lämnad undersökning, vård och behandling.

2011/12:So315 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en översyn bör göras och eventuella åtgärder vidtas för att säkerställa att Sverige lever upp till målet om god tandhälsa för alla barn och ungdomar.

2011/12:So316 av Gustav Nilsson (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga att göra det möjligt att få ett livstestamente infört i sin journal.

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga att inom nationella it-strategiprojekt verka för att livstestamentet görs åtkomligt för vårdgivare även utanför det egna landstinget.

2011/12:So318 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en jämställd vård.

2011/12:So320 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en europeisk vårdgaranti.

2011/12:So321 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om stort behov av geriatriker.

2011/12:So329 av Gustav Nilsson och Marianne Kierkemann (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av utvecklingsmöjligheter för vårdpersonal.

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP):

8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag på hur landstingen kan tillhandahålla ett antal akutplatser för dementa för att ta emot patienter i akuta kriser.

2011/12:So342 av Olof Lavesson och Margareta Cederfelt (båda M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om reglerna för blodgivning.

2011/12:So346 av Gunilla Svantorp (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om kraven på könsuppdelad statistik inom hälso- och sjukvården.

2011/12:So348 av Gunilla Svantorp m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården.

2011/12:So350 av Thomas Strand m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av att utveckla den palliativa vården.

2011/12:So358 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förbättra övergången från barn- till vuxenvård.

2011/12:So359 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa hälsopass för personer som har eller har haft svåra sjukdomar med särskilda behov av medicinering eller behandling.

2011/12:So361 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att likartade rutiner behöver införas inom sjukvården för patienter med bröstcancer.

2011/12:So366 av Lars-Axel Nordell (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa värdighetsgaranti också inom hälso- och sjukvården.

2011/12:So380 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga kultur på recept inom sjukvården i fler län.

2011/12:So382 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vård på lika villkor.

2011/12:So386 av Anna Steele (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en statlig funktion för lotsning och kvalitetssäkring av vård.

2011/12:So387 av Ulf Nilsson m.fl. (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alla prostatacancerpatienters rätt till kvalificerad livsförlängande behandling.

2011/12:So388 av Magdalena Andersson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om jämlik cancervård.

2011/12:So389 av Per Bill (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om användning av PKU-registret enbart för forskning.

2011/12:So401 av Jessica Polfjärd och Ulf Berg (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att sexuell läggning eller preferens inte borde ha någon inverkan på en individs möjlighet att lämna blod.

2011/12:So404 av Inger Fredriksson (C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör se över reglerna för blodgivning.

2011/12:So412 av Pia Hallström (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dyslexiutredningar.

2011/12:So415 av Gunvor G Ericson och Jan Lindholm (båda MP):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda möjligheterna till subvention eller annan form av täckning av hälso- och sjukvårdskostnader i Sverige för att ge utländska kvinnor som kommer från länder där abort är förbjudet i lag reella möjligheter till abort.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ändra abortlagen så att även barnmorskor ges rätt att utföra medicinsk abort och rekvirera eller förskriva abortpiller.

2011/12:So418 av Annika Carlsson och Solveig Zander (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att öka tillgängligheten till säker abort för utländska kvinnor.

2011/12:So426 av Penilla Gunther (KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en uppföljning av tillämpningen av den paragraf i hälso- och sjukvårdslagen som talar om barns rätt till information och stöd vid förälders sjukdom.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utöka den paragraf i hälso- och sjukvårdslagen som talar om barns rätt till information och stöd vid förälders sjukdom till att tydligt omfatta svåra sjukdomstillstånd generellt.

2011/12:So428 av Annelie Enochson och Mikael Oscarsson (båda KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att prenatal könsdiskriminering inte ska förekomma i Sverige.

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att myndigheter och riktlinjer tydliggör att vårdpersonal bör avråda från prenatal könsselektion.

2011/12:So433 av Christer Winbäck (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om sällsynta diagnoser med särskild hänsyn tagen till EU:s rådsrekommendation för sällsynta sjukdomar.

2011/12:So434 av Christer Winbäck (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hur hbt-kunskap inom våra vårdinrättningar kan förbättras.

2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att palliativ medicin bör bli en egen specialitet inom läkarutbildningen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att varje sjukhus ska ha palliativ kompetens.

2011/12:So437 av Mikael Oscarsson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga formerna för fosterdiagnostiska metoder som lämnar fostrets rätt till liv obeaktad.

2011/12:So448 av Marta Obminska (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att verka för att studenter på vårdutbildningar och vårdpersonal upplyses om endometriosis med sikte på tidiga och korrekta diagnoser och adekvat behandling.

2011/12:So464 av Hillevi Larsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om endometriosis, utökad forskning om sjukdomen och framtagande av effektiva behandlingsmetoder.

2011/12:So466 av Hillevi Larsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tandernas betydelse för hälsan.

2011/12:So470 av Per Svedberg och Elin Lundgren (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att stärka kompetensen inom primärvården när det gäller behandling av alkoholberoende.

2011/12:So474 av Thomas Strand m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av nationella riktlinjer som klargör vilken behandling eller vilka läkemedel som ska sättas in i olika situationer och om att dessa riktlinjer även bör vara obligatoriska.

2011/12:So476 av Suzanne Svensson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla som får en hjärtinfarkt ska behandlas lika oavsett kön, ålder, socioekonomisk position eller etnicitet.

2011/12:So495 av Eva Olofsson (V):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga hur situationen ser ut för människor som har drabbats av sjukdomen myalgisk encefalomyelit (chronic fatigue syndrome) och lämna förslag till förbättringar inom hälso- och sjukvården.

2011/12:So499 av Ann-Christin Ahlberg m.fl. (S):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om samma likvärdiga och fullgoda behandling oberoende av bostadsort.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om skriftlig information om diagnosen samt om en skriftlig behandlingsplan och rehabiliteringsplan.

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S):

5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientkontrakt.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationell kvalitetscertifiering.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att vården ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet också när det gäller att fördela vårdresurser.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella riktlinjer.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientsäkerhet.

10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om handlingsprogrammet Tid för vård.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningssystemen i vården.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inte tillåta fri etablering i specialistsjukvården.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell genomförandeplan för jämställd hälso- och sjukvård.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet med förtur (gräddfiler) för privatbetalande patienter i den offentligt finansierade vården.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för hbt-personers hälsa.
Hbt-personers bemötande i vården
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tandvårdsförsäkringen.

2011/12:So524 av Emma Carlsson Löfdahl (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av utbildning för tandvårdspersonal för att förebygga och uppmärksamma bristande omsorg om och övergrepp mot barn.

2011/12:So532 av Eva Flyborg m.fl. (FP, MP, C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om människors självbestämmande vid livets slut.

2011/12:So535 av Marietta de Pourbaix-Lundin (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att införa en åldersgräns för manlig omskärelse när den inte är medicinskt motiverad.

2011/12:So540 av Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att i samverkan med sjukvårdens huvudmän inleda ett arbete med att stimulera och öka förekomsten av egenvårdsutbildningar för patienter med kroniska sjukdomar.

2011/12:So544 av Eva-Lena Jansson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om registerkontroll för anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, äldreomsorg och psykiatri och inom särskilt boende för funktionshindrade.

2011/12:So547 av Agneta Gille och Pyy Niemi (båda S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att avskaffa det lägre karensbeloppet i den nuvarande försäkringen.

2011/12:So557 av Tuve Skånberg (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en opererbar åkomma som läpp- och gomspalt aldrig ensam ska kunna vara ett tillräckligt skäl för att bevilja en abort.

2011/12:So559 av Tuve Skånberg (KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en livsbefrämjande grundhållning för mänskligt liv i enlighet med Genève-deklarationen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av åtgärder i syfte att minska antalet aborter.

2011/12:So570 av Eva Olofsson m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas för att se över dels hur skattemedlen ska stanna inom hälso- och sjukvården, dels vilka icke vinstdrivande driftsformer som passar hälso- och sjukvården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen bör utvärderas dels ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv, dels ur ett socioekonomiskt perspektiv och ett jämställdhetsperspektiv.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att hälso- och sjukvårdslagen bör kompletteras med en ny paragraf.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att reglerna i hälso- och sjukvårdslagen om privat finansiering av vård vid offentligt finansierade sjukhus bör tas bort.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en ny hälso- och sjukvårdslag bör tas fram.

7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör tas fram.

2011/12:So577 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om utvidgade rättigheter för patienter och vårdgivare.

2011/12:So579 av Finn Bengtsson och Lars-Arne Staxäng (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättringar för dem som har sällsynta sjukdomar.

2011/12:So581 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om icke legitimerade personers utövning av psykiatrisk vård.

2011/12:So582 av Finn Bengtsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om den framtida organisationen och finansieringen av hälso- och sjukvården.

2011/12:So583 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en politik för en hållbar solidarisk sjukdomsbekämpning.

2011/12:So586 av Solveig Zander och Karin Nilsson (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att följa upp tandvårdsstödet.

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V):

19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga de äldre hbt-personernas situation i mötet med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Del av yrkandet avseende hbt-personernas situation i möten med hälso- och sjukvården

2011/12:So591 av Peter Johnsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tandvården.

2011/12:So600 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att skydda PKU-biobanken.

2011/12:So610 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ta initiativ till en förstärkning av lagstiftningen som gäller utdrag ur belastningsregistret.

2011/12:So612 av Edward Riedl (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att få myndigheter att tydligare upplysa den enskilde om möjligheten till samtycke.

2011/12:So615 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svantesson (båda M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att vårdutbildningar och vårdgivare upplyses om endometriosis och dess symtom och effekter.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av adekvat behandling av sjukdomen genom tidig diagnos.

2011/12:So626 av Kenneth G Forslund m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om sjukvårdens utveckling.

2011/12:So628 av Kenneth G Forslund och Jan-Olof Larsson (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att värnandet om enskildas integritet ska beaktas vid användandet av PKU-registret.

2011/12:So632 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa en nordisk lista över läkare som fråntagits sin läkarlegitimation.

2011/12:So636 av Per Ramhorn och Julia Kronlid (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa nationella riktlinjer för livsuppehållande behandling av extremt tidigt födda barn.

2011/12:So643 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att livsduglighetskriteriet ska anpassas efter den medicinska utvecklingen genom att det alltid ska finnas minst två veckors marginal från det tidigast födda överlevande barnet till den senast godkända tidpunkten för abort.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att dagens praxis för godkännande av sena aborter ska ändras så att inga aborter godkänns efter graviditetsvecka 19 annat än om fostret är så allvarligt skadat att det inte bedöms kunna överleva utanför livmodern.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att om en graviditet måste avbrytas efter graviditetsvecka 19 på grund av att mammans liv är i fara, ska målsättningen vara att rädda livet på både barn och moder enligt de riktlinjer som gäller för livsuppehållande behandling vid spontan förlossning vid samma tidpunkt.

2011/12:So644 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en sänkning av tidsgränsen för fri abort från vecka 18 till vecka 12.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det efter graviditetsvecka 12 ska finnas synnerliga skäl för en abort.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med tydliga riktlinjer för stödinsatser i syfte att hitta alternativa lösningar till abort i de fall kvinnan så önskar.

2011/12:So647 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om bakomliggande orsaker till det höga aborttalet i Sverige samt att utifrån detta underlag utarbeta en handlingsplan för att minska antalet aborter.

2011/12:So658 av Magnus Ehrencrona m.fl. (MP):

15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om avgifter för barn inom landstingen.

2011/12:MJ382 av Matilda Ernkrans m.fl. (S):

25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör uppdra åt Socialstyrelsen att särskilt beakta de nya rönen kring de hormonstörande kemikalernas effekt på foster när rådgivning för gravida kvinnor utformas.

2011/12:N303 av Lars Ohly m.fl. (V):

10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör ta fram förslag för att garantera hela landets befolkning tillgång till vård och läkemedel.
Hälso- och sjukvård

BILAGA 2

Motionsyrkanden som avstyrks av utskottet i förslagspunkt 13

Motion	Motionärer	Yrkanden
13. Hälso- och sjukvård samt tandvård – förenklad behandling		
2011/12:Ju359	Morgan Johansson m.fl. (S)	32 och 36
2011/12:So210	Hans Hoff (S)	1 och 2
2011/12:So211	Hans Hoff (S)	
2011/12:So217	Anita Brodén (FP)	1–3
2011/12:So219	Christina Oskarsson (S)	
2011/12:So229	Eva Flyborg (FP)	
2011/12:So246	Hillevi Larsson (S)	
2011/12:So249	Hillevi Larsson och Åsa Lindestam (båda S)	4
2011/12:So252	Anders Andersson (KD)	1 och 3
2011/12:So268	Anita Brodén m.fl. (FP)	1
2011/12:So291	Björn Söder och Per Ramhorn (båda SD)	1
2011/12:So316	Gustav Nilsson (M)	1 och 2
2011/12:So318	Gustav Nilsson (M)	
2011/12:So320	Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M)	
2011/12:So321	Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M)	
2011/12:So329	Gustav Nilsson och Marianne Kierkemann (båda M)	
2011/12:So342	Olof Lavesson och Margareta Cederfelt (båda M)	1
2011/12:So346	Gunilla Svantorp (S)	
2011/12:So350	Thomas Strand m.fl. (S)	
2011/12:So361	Penilla Gunther (KD)	
2011/12:So366	Lars-Axel Nordell (KD)	
2011/12:So380	Anne Marie Brodén (M)	
2011/12:So382	Anne Marie Brodén (M)	
2011/12:So387	Ulf Nilsson m.fl. (FP)	
2011/12:So389	Per Bill (M)	
2011/12:So401	Jessica Polfjärd och Ulf Berg (båda M)	
2011/12:So412	Pia Hallström (M)	
2011/12:So415	Gunvor G Ericson och Jan Lindholm (båda MP)	3
2011/12:So434	Christer Winbäck (FP)	
2011/12:So436	Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD)	1 och 2
2011/12:So448	Marta Obminska (M)	
2011/12:So464	Hillevi Larsson m.fl. (S)	
2011/12:So466	Hillevi Larsson m.fl. (S)	
2011/12:So499	Ann-Christin Ahlberg m.fl. (S)	2 och 3
2011/12:So521	Lena Hallengren m.fl. (S)	8, 16, 18, 19, 22 i denna del och 30
2011/12:So524	Emma Carlsson Löfdahl (FP)	
2011/12:So535	Marietta de Pourbaix-Lundin (M)	
2011/12:So570	Eva Olofsson m.fl. (V)	2, 4 och 7

Motion	Motionärer	Yrkanden
2011/12:So581	Finn Bengtsson m.fl. (M)	
2011/12:So590	Lars Ohly m.fl. (V)	19 i denna del
2011/12:So600	Ulrika Karlsson i Uppsala (M)	
2011/12:So612	Edward Riedl (M)	
2011/12:So615	Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svantesson (båda M)	1 och 2
2011/12:So626	Kenneth G Forslund m.fl. (S)	
2011/12:So628	Kenneth G Forslund och Jan-Olof Larsson (båda S)	