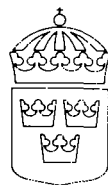


Socialutskottets betänkande

1986/87:1

om vissa hälso- och sjukvårdsfrågor



SoU
1986/87:1

Sammanfattning

I betänkandet behandlas en motion (s) om inrättande av ett kvinnomedicinskt informationscentrum, en motion (s) om utvidgad kompetens för distriktssköterskor, en motion (c, s, m) om översyn av verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt en motion (m) om ökade möjligheter till alternativ förlossningsvård.

De båda förstnämnda motionerna har remissbehandlats.

Utskottet avstyrker samtliga motioner.

Utskottets m-ledamöter reserverar sig beträffande motiveringen för avslag på motionen om ett kvinnomedicinskt informationscentrum.

Motionsyrkanden

I motion 1985/86:So435 av Maj Britt Theorin m. fl. (s) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 1), att riksdagen hos regeringen begär förslaget om inrättandet av ett kvinnomedicinskt informationscentrum.

Yrkande 2 i motionen har behandlats i utskottets betänkande SoU 1985/86:18.

I motion 1985/86:So440 av Christina Flink m. fl. (s) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om försöksverksamhet med rätt för distriktssköterskor att i viss omfattning självständigt göra en sjukdomsbedömning, skriva ut receptbelagd medicin samt sjukskriva människor.

I motion 1985/86:So441 av Karin Israelsson m. fl. (c, s, m) hemställs att riksdagen hos regeringen begär en översyn av bestämmelserna i tillsynslagen (1980:11) i vad avser verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd i enlighet med vad som i motionen anförts.

I motion 1985/86:So465 av Blenda Littmarck (m) hemställs att riksdagen hos regeringen begär en utredning som syftar till ökade möjligheter till alternativ förlossningsvård i enlighet med vad som anförts i motionen.

Motionen

Imotion 1985/86:So435 av Maj Britt Theorin m. fl. (s) hemställs, såvitt här är i fråga, att riksdagen hos regeringen begär förslag om inrättandet av ett kvinnomedicinskt informationscentrum. I motionen anføres bl. a. att det med den ökade kunskapen om könsskillnader som samhällsvetenskapen gett står alltmera klart att kvinnoförtryck existerar även inom det medicinska området. Som exempel på detta nämns den tidigare avsaknaden av smärtlindring vid förlossning och svårigheterna för kvinnliga patienter att få ett aktivt deltagande från läkare, särskilt vid utredningar av värk. Motionärerna menar att insikten om detta kvinnoförtryck kräver en utveckling av en specifik medicinsk kvinnoforskning med uppgift att bevaka kvinnors behov och intressen när det gäller hälsa och sjukdom. Ett centralt beläget kvinnomedicinskt informationscentrum skulle enligt motionärerna fylla en viktig funktion. Här skulle uppgifter om kvinnoforskning som pågått, pågår eller planeras finnas, liksom protokoll och rapporter från internationella konferenser som berör kvinnors hälsa. Kvinnor skulle där också, anføres det vidare i motionen, kunna diskutera sina hälsofrågor med medicinskt kunniga och ett referensbibliotek med svensk och utländsk kvinnomedicinsk litteratur jämte informationsblad och broschyrer om hälsofrågor skulle kunna upprättas där.

Remissyttranden

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, medicinska forskningsrådet, Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet och forumrörelsen för kvinnliga forskare. Från forumrörelsen har yttrande inkommit från Centrum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning vid Uppsala universitet. Forum för tvärvetenskapliga studier och Forum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning vid Göteborgs universitet. Forum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning i Stockholm, Linköping, Umeå och Lund. Vidare har skrivelser inkommit från Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning, Sveriges Kvinnliga Läkares Förening och Amningshjälpn.

Socialstyrelsen delar motionärernas uppfattning att det finns ett stort behov av stöd till forskning och kunskapspridning när det gäller kvinnors speciella hälsoproblem. Styrelsen vill understryka att dessa förekommer såväl inom som utom den speciella gynekologin. Även om utvecklingen under de senare decennierna medfört betydligt bättre förhållanden återstår enligt socialstyrelsens uppfattning mycket att göra för att ge medborgarna en bättre service i fråga om förebyggande och behandlande åtgärder inom det psykiatriska och psykosociala området. Socialstyrelsen stöder idén med ett kvinnomedicinskt informationscentrum men anser att det av motionen inte riktigt klart framgår vilken kompetens i fråga om kvinnoforskning som institutionen skulle tillföras. Enligt styrelsens mening skulle det vara en naturlig uppgift för ett sådant centrum att även initiera forskning och anordna tvärvetenskapliga seminarier m. m. Socialstyrelsen anser att det i

första hand gäller att skapa ökade resurser för forskning inom det aktuella fältet. Enligt modellen för "Arbetslivscentrum" skulle det snarare behövas ett "centrum för kvinnomedicinsk forskning", anför socialstyrelsen: En möjlighet att inom landet snabbt förstärka denna kompetens är att repliera på redan befintliga centra för kvinnoforskning och kvinnliga forskare i Uppsala och Lund, anför det vidare. Genom att tillföra dessa centra ökad medicinsk kompetens skulle man skapa större möjligheter för tvärvetenskaplig forskning kring kvinnofrågor där även de specifika medicinska problemen kunde tas upp. Som en följd av en ökad satsning på kvinnoforskningen kommer det också att skapas underlag för angelägen informationsspridning av det slag motionärerna föreslagit, anför socialstyrelsen.

Medicinska forskningsrådet (MFR) tar först upp frågan om den tidigare avsaknaden av smärtlindring vid förlossning. MFR anför att man i dag måste anses ha god insikt i och beredskap för obstetrisk smärtlindring inom den reguljära vården och bedömer att det inte finns någon för denna sak relevant information som inte utan svårighet kan erhållas från klinikerna för obstetrik och gynekologi. Motionärernas åsikt att läkare borde lyssna bättre på patienterna anser MFR kunna vara välgrundad, men man anser sig för egen del sakna vetenskapliga data för en verkligt hållbar bedömning på denna punkt. MFR anför att vikten av god kommunikation och sambanden mellan kroppsliga och själsliga symtom i och för sig är väl etablerade frågor inom den medicinska vetenskapen men att det likväl i vetenskapens omsättning till praktisk vård finns många, inte minst organisatoriska, problem som gör att dessa och likartade frågor med fördel borde belysas ytterligare. MFR stöder därför uppbyggnaden av en vetenskaplig kompetens inom området hälso- och sjukvårdsforskning. MFR gör bedömningen att inrättandet av ett särkvinnomedicinskt informationscentrum knappast verksamt skulle bidra till en förbättring på den punkten.

MFR frågar sig vidare allmänt hur medicinsk information kan förbättras från en könsbetingad utgångspunkt. MFR anser att förändringar härvidlag bäst tillgodoses genom en ökad andel kvinnor inom läkar- och forskarkåren samt att fler kvinnor informerar om medicinsk forskning. MFR pekar på att antalet aktiva kvinnliga forskare vid medicinsk fakultet ökat 2.5 gånger under den senaste tioårsperioden och att medicinerna är väl företrädade inom de sammanslutningar av kvinnliga forskare som bildats vid högskolorna. Nära hälften av MFR:s doktorandtjänster innehas nu av kvinnor. MFR pekar också på att sex av sju stipendiater 1985 inom den av MFR initierade försöksverksamheten med stipendier till medicinska journalister var väl meriterade kvinnor. Det anför också att en diskussion tagits upp inom forskningsrådet om eventuella åtgärder för att fortsatt främja en ökad andel kvinnor inom rådets ansvarsområde.

Landstingsförbundet anför att man i stort kan ställa sig bakom den problembeskrivning som finns i motionen. Landstingsförbundet anför vidare att den utjämning som pågår i samhället mellan mäns och kvinnors inflytande enligt förbundets mening automatiskt kommer att medföra att specifika kvinnofrågor successivt får en ökad tyngd. Man konstaterar att utvecklingen således går i rätt riktning men att detta inte utesluter att också andra åtgärder kan behöva vidtas. Ett sätt att samla kunskap och föra ut planerad och

pågående forskning kan enligt Landstingsförbundet vara att inrätta ett särskilt kvinnomedicinskt informationscentrum enligt den beskrivning som motionärerna anger. Ett annat sätt, som enligt förbundets mening vore angeläget att pröva i första hand, är att uppmärksamma de gängse statliga forskningsorganen, t. ex. MFR och Delegationen för Social Forskning, på frågan. De bör, anför det i yttrandet, kunna ge det kvinnomedicinska forskningsområdet speciell uppmärksamhet, dels genom att ekonomiska medel avsätts för ändamålet, dels genom ett intensifierat arbete i olika initiativgrupper.

Svenska Läkaresällskapet anför i sitt yttrande att man med finansiellt stöd från universitets- och högskoleämbetet på sex universitetsorter inrättat s. k. fora för kvinnliga forskare och kvinnoforskning och att dessa universitetsorganisationer redan i dag behandlar specifikt kvinnomedicinska problem. I yttrandet påpekas bl. a. att kvinnorna på området obstetrik och gynekologi nu representerar ca 40 %, i många fall i framskjutna befattningar. Det påpekas också att särskilt den ökande andelen kvinnliga forskningshandledare har givit upphov till många viktiga projekt med kvinnomedicinsk anknytning. Det framhålls också att rekryteringen av kvinnliga forskarstuderande ökat under senare år.

Svenska Läkaresällskapet hyser tveksamhet inför inrättandet av ett speciellt kvinnomedicinskt informationscentrum som kan befaras hamna vid sidan av sjukvården. I stället förordas förstärkning av psykosomatiken inom de specialiteter som handlägger speciellt kvinnliga sjukdomar samt att medicinsk kompetens tillförs redan existerande fora för kvinnoforskning vid de olika universiteten. På detta sätt skulle, anför det i yttrandet, kvinnomedicinska problem kunna handläggas mitt i sjukvården och samtidigt broar slås mellan olika discipliner. Läkaresällskapet uttalar också sitt stöd för ökade resurser för biologisk och medicinsk kvinnoforskning.

Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning bildades inför anordnandet av det andra nordiska seminarier i medicinsk kvinnoforskning 1984, där gruppen svarade för arrangemang och vetenskapligt program. Medlemmarna i gruppen är aktivt yrkesutövande läkare, verksamma inom olika specialistområden och spridda över hela landet. Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning anför att med tillgång till ett kvinnomedicinskt informationscentrum möjligheterna till fördjupning, breddning och tillgänglighet i fråga om kvinnomedicinska angelägenheter skulle öka på ett avgörande sätt. Detta skulle förhoppningsvis kunna leda till en stor genomslagskraft på sikt för kvinnosynen inom medicinen och till ökad uppmärksamhet kring kvinnors behov och intressen när det gäller hälsa och sjukdom. Arbetsgruppen ansluter sig i stort till den målsättning som angivits i motionen. Gruppen är dock tveksam till att enskilda kvinnor där skulle kunna diskutera sina hälsofrågor. Ett informationscentrum skulle snarare kunna tjäna som inspirationskälla och kunskapsbank för bildandet av lokala alternativa rådgivningscentraler för kvinnor runt om i landet. Arbetsgruppen anser att det är viktigt att ett kvinnomedicinskt centrum blir placerat i nära kontakt med övrig kvinnoforskning. En placering på medicinsk högskola anses olämplig. I stället föreslås ett informationscentrum i anslutning till befintliga kvinnoforskningscentra vid universiteten. Som ett annat tänkbart

alternativ anses en nära kontakt med delegationen för jämställdhetsforskning. Målet på sikt måste dock, anför det i yttrandet, vara att kvinnomedicinska centra skall finnas på alla medicinska högskolor.

Centrum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning vid Uppsala universitet anför att man helhjärtat ansluter sig till motionärernas argumentation och förslag och att man inte minst vill betona betydelsen av att ett informationscentrum av detta slag ges resurser och organiseras så att kvinnor där skall kunna diskutera sina hälsofrågor med medicinskt kunniga. Man anför att man är övertygad om att ett informationscentrum av detta slag kan få mycket stor betydelse både medicinskt-fackligt och socialt-mänskligt-kulturellt. I yttrandet påpekas också att det i Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning redan finns ett embryo till ett kvinnomedicinskt informationscentrum genom den sakkunskap och det engagemang som där finns samlat.

Forum för tvärvetenskapliga kvinnostudier och Forum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning vid Göteborgs universitet anför att man ansluter sig till det remissvar som Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning avgett men att man till skillnad från detta lyfter fram betydelsen av att ett informationscentrum av detta slag ges resurser och organiseras så att "kvinnor där skulle kunna diskutera sina hälsofrågor med medicinskt kunniga", detta eftersom det är ett kvinnoforskningens viktiga mål att förena praktik och teori, inlevelse och kunskapsutveckling. Även i detta yttrande framhålls att ett informationscentrum av nämnt slag kan få mycket stor betydelse både medicinskt-fackligt och socialt-mänskligt-kulturellt.

Forum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning i Stockholm, Umeå och Linköping anför i sitt remissvar att man anser starka skäl föreligga för skapandet av ett kvinnomedicinskt centrum. Man pekar på att kvinnoforskningen hittills huvudsakligen haft humanistisk och samhällsvetenskaplig inriktning och att behovet är stort av en specificerad kvinnoforskning inom såväl naturvetenskap i stort som inom den medicinska vetenskapen. Man anser det synnerligen angeläget att förslaget om inrättandet av ett kvinnomedicinskt centrum går igenom. Det medicinska ämnesområdets vidd i kombination med de specifika fackkunskaper som krävs gör det svårt att inrymma en medicinsk verksamhet inom redan befintliga kvinnoforskningscentra, anför det i yttrandet. När det gäller målsättning och tjänsteutformning hänvisar man till den beskrivning som Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning har givit.

Nämnden för Forum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning i Lund ansluter sig till Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforsknings yttrande.

Sveriges Kvinnliga Läkares Förening instämmer i huvudsak i målsättningen i motionen. Vad gäller målsättningen med ett kvinnomedicinskt informationscentrum instämmer man i det förslag som avgivits av Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning.

Amningshjälpen, som är en ideell förening som vill sprida kunskaper om amning och ge råd och stöd till kvinnor som vill amma och som har ca 1 500 medlemmar, anför i en skrivelse att man är mycket positiv till förslaget i motionen.

Motionen

I motion 1985/86:So440 av Christina Flink m. fl. (s) begärs ett tillkännagivande av vad som anförs i motionen om försöksverksamhet med rätt för distriktssköterskor att i viss omfattning självständigt göra en sjukdomsbedömning, skriva ut receptbelagd medicin och sjukskriva människor.

Motionärerna anför att den kraftiga utbyggnad av primärvården som planeras och förväntas inom hälso- och sjukvården också innebär en utökning av tjänsterna för flera personalkategorier. Motionärerna pekar i det sammanhanget på den sedan lång tid tillbaka rådande allvarliga bristen på vissa personalkategorier, framför allt färdigutbildade distriktsläkare. Motionärerna hänvisar vidare till den nyckelroll som distriktssköterskorna har inom primärvården genom att de sedan lång tid tillbaka arbetar mycket nära befolkningen med både förebyggande och sjukvårdande insatser. Det är, anför motionärerna, allmänt känt att distriktssköterskorna har mycket god befolkningssäkerhet, stor erfarenhet, goda kunskaper och är synnerligen skickade att göra bedömningar om allmäntillstånd och vissa sjukdomstillstånd hos både vuxna och barn. Mot bakgrund av den allvarliga bristen på färdigutbildade distriktsläkare, distriktssköterskornas kunskaper, erfarenhet och skicklighet samt den samhällsekonomiska situationen borde enligt motionärerna en samverkan mellan dessa personalkategorier utvecklas, så till vida att distriktssköterskorna erhåller rätten att i viss omfattning självständigt göra en sjukbedömning, skriva ut receptbelagd medicin o. d. och sjukskriva människor i sitt upptagningsområde. En försöksverksamhet med den föreslagna utökningen av distriktssköterskornas kompetens bör enligt motionärerna prövas i exempelvis de s. k. frilandstingen.

Remissyttrandet

Utskottet har inhämtat yttrande över motionen från socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Landstingsförbundet och Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.

Socialstyrelsen anför att det i dag inte anses ingå i en sjuksköterskas uppgifter att ställa diagnos men att sådana bedömningar i praktiken ändå görs av distriktssköterskor och andra sjuksköterskor i olika sammanhang. *Socialstyrelsen* anför att det finns vissa grupper av sjukdomar med en varaktighet av högst två veckor som skulle kunna vara aktuella för sjukskrivning genom en distriktssköterska.

När det gäller frågan om receptförskrivningsrätt för distriktssköterskor utreds detta, enligt vad som framgår av socialstyrelsens yttrande, för närvarande vid socialstyrelsens läkemedelsavdelning av en arbetsgrupp i vilken ingår företrädare för socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, Apoteksbolaget, distriktsläkareföreningen, Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. I arbetsgruppens uppdrag ingår såväl att välja ut en rad läkemedel för en försöksverksamhet som att ta ställning till behovet av kompletterande

utbildning för distriktssköterskor för att klara av denna nya uppgift, ansvarsfrågor m. m. (Arbetsgruppen har nyligen avlämnat sin rapport. Den refereras nedan, s. 8 f.) Socialstyrelsen anför att man med hänsyn till pågående utredningsarbete inte i nuläget är beredd att ta ställning till denna fråga.

Vad beträffar frågorna om rätten för distriktssköterskor att ställa diagnos och sjukskriva personer anser socialstyrelsen att en närmare utredning behövs. I avvaktan på detta underlag bör det enligt socialstyrelsen anstå med försöksverksamhet med föreslagen utvidgning av distriktssköterskornas arbetsuppgifter.

Svenska Läkaresällskapet anför i sitt remissvar att man är överens med motionärerna om att bristen på kompetenta läkare i många glesbygdsmråden är ett mycket svårt problem. Man anser däremot inte att en utvidgning av distriktssköterskornas befogenheter är rätt strategi för att lösa problemet. Enligt Läkaresällskapet torde den samverkan som sker i dag mellan läkare och distriktssköterskor effektivast tjäna primärvårdens syften.

När det gäller förskrivning av läkemedel anser Svenska Läkaresällskapet att distriktssköterskor liksom övriga sjuksköterskor saknar de nödvändiga kunskaperna. Läkaresällskapet förklarar att man intar den definitiva ståndpunkten att läkemedelsförskrivning ställer mycket stora krav på kunskap hos förskrivaren och att en förskrivningsrätt för distriktssköterskor skulle ställa utomordentligt stora krav på ökade utbildningsinsatser inom såväl grund- som fortbildning.

Även när det gäller sjukskrivning anser Läkaresällskapet att det krävs en läkares kunskaper.

Som alternativ till en förstärkning av distriktssköterskornas kompetens, bör man enligt Läkaresällskapet i stället satsa resurserna på rekryteringsbefrämjande åtgärder för distriktsläkare i bristlänen. En större allmän återhållsamhet i primärvårdens utbyggnad skulle enligt yttrandet också förbättra glesbygdslänens möjligheter att rekrytera kvalificerade distriktsläkare.

Landstingsförbundet (förbundsstyrelsen) anför i sitt yttrande att man med tilltagande oro ser på vakansutvecklingen när det gäller läkartjänster. Landstingsförbundet finner i likhet med motionärerna det motiverat att pröva om distriktssköterskornas befogenheter bör utökas. Man anför också att man ser distriktssköterskan som en nyckelperson när det gäller den öppna vården och det förebyggande arbetet. Man finner också flera fördelar med en vidgad distriktssköterskefunktion, anføres det vidare. De vårdpolitiska målen om en lättillgänglig och god vård för alla skulle bli lättare att nå. Likaså kan, anføres det, ett annat vårdpolitiskt mål – kontinuitet i vården – bättre tillgodoses.

Landstingsförbundet hänvisar till ett uttalande i regeringens budgetproposition 1985/86:100, Bilaga 7, varigenom föredragande statsrådet aviserar en utredning om vårdpersonalens framtida arbetsuppgifter och kunskapskrav i en förändrad vårdstruktur. Landstingsförbundet vill föreslå att denna utredning med förtur behandlar distriktssköterskans roll och uppgifter i den framtida vården.

När det gäller distriktssköterskans möjligheter att förskriva läkemedel hänvisas i yttrandet till att detta för närvarande utreds av socialstyrelsen i

samverkan med bl. a. Landstingsförbundet. Förbundet uttalar därvid sin uppfattning att frågan med en försöksverksamhet snarast bör lösas. Landstingsförbundet hänvisar också till att Jämtlands läns landsting inom det s. k. frizonsförsöket begärt att få pröva möjligheten att ge distriktssköterskor möjligheter att sjukskriva patienter och att samtidigt göra en utvärdering av verksamheten. Landstingsförbundet anför att man ser det som angeläget att också denna försöksverksamhet snarast kommer till stånd.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) ställer sig positivt till att distriktssköterskans kunskaper och erfarenheter tas till vara också i ett formellt erkännande av hennes kompetens. Genom att distriktssköterskor ges rätten att i viss omfattning skriva ut receptbelagd medicin och sjukskriva människor anser SHSTF också att förutsättningarna ökar för att en aktivare uppföljning sker beträffande insatt vård och behandling. Man anför också att förmågan att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målsättning om tillgänglig och god vård med all säkerhet också kommer att öka. Man pekar på att ett steg i denna riktning redan tagits i och med att kungörelsen med föreskrifter om föräldrapenning (RFFS 1985:10) medger sjuksköterska rätt att utfärda utlåtande för tillfällig föräldrapenning i samband med sjukdom eller smitta hos barn.

När det gäller rätten att förskriva receptbelagd medicin hänvisas i yttrandet till det pågående utredningsarbetet inom socialstyrelsens läkemedelsavdelning.

SHSTF anför i sitt yttrande att man tror att det är viktigt att försöksverksamhet av det slag motionärerna förordar kommer till stånd utan att de formella ramarna blir alltför snäva. Det bör inom försökets ram, anföras det, finnas möjligheter att pröva sig fram till en lämplig omfattning och en lämplig modell. En försöksverksamhet som har sin utgångspunkt just i distriktssköterskornas kompetens och självständiga yrkesansvar innebär naturliga begränsningar, samtidigt som samarbetet med distriktsläkare kan utvecklas så att också deras kompetens tas till vara på ett mer rationellt sätt.

SHSTF pekar i sitt remissvar på att de frågor som berörs i motionen också är aktuella för sjuksköterskor på barnvårdscentraler, skolsköterskor, företagssköterskor och barnmorskor inom deras resp. verksamhetsområde.

Utredningar

Som framgår av bl. a. socialstyrelsens och Landstingsförbundets remissyttranden har en arbetsgrupp tillsatts inom socialstyrelsen med uppdrag att genomföra en försöksverksamhet där distriktssköterskor får förskriva vissa läkemedel. Bakgrunden härtill är följande. År 1978 uppdrog regeringen åt socialstyrelsen att utreda förutsättningarna och formerna för en begränsad försöksverksamhet med rätt för distriktssköterskor och företagssköterskor att förskriva vissa läkemedel. Efter utredning redovisade socialstyrelsen 1984 den slutsatsen att någon försöksverksamhet med receptförskrivningsrätt inte borde inledas. Socialstyrelsen bedömde att en försöksverksamhet skulle bli dyrare än den vinst man kunde göra genom att ersätta läkarbesök med sjuksköterskebesök. I april 1985 uppdrog regeringen på nytt åt socialstyrelsen att efter samråd med vissa myndigheter och organisationer genomföra en

försöksverksamhet där distriktssköterskor skulle få förskriva vissa läkemedel. Försöksverksamheten skulle inledas senast den 1 september 1986 och förslaget till utformning dessförinnan tillställas regeringen. Resultatet av försöksverksamheten skall redovisas senast ett år efter det att verksamheten avslutats. Socialstyrelsen tillsatte en central arbetsgrupp för planering, genomförande och uppföljning av försöksverksamheten.

Den centrala arbetsgruppen överlämnade i september 1986 till socialdepartementet sitt förslag till utformning av försöket. Arbetsgruppen har valt Jämtland till försökslän, bl. a. därför att man sedan 1970 haft en pågående registrering av läkemedelsförskrivningen i länet. Försöksverksamheten föreslås omfatta ett trettiotal distriktssköterskor motsvarande upptagningsområdet för 5–7 vårdcentraler. De läkemedel som skall ingå i förskrivningsrätten är sådana som huvudsakligen används av patientgrupper som distriktssköterskan redan i dag relativt självständigt svarar för. Tyngdpunkten ligger inom omvårdnadsområdet. Både receptfria och receptbelagda läkemedel avses ingå. Enligt arbetsgruppen bör försöksverksamheten ha två former. Vissa läkemedel förskrivs av distriktssköterskan utifrån ett utvidgat yrkesansvar som distriktssköterskan erhåller genom en inledande fortbildning. Andra läkemedel förskrivs genom ett utvidgat delegeringsförfarande. I båda fallen krävs en ändring av gällande bestämmelser.

Fortbildningen har ansetts vara en central fråga. Arbetsgruppen har utarbetat ett underlag för denna fortbildning som föreslås omfatta 5 poäng (5 veckor). Fortbildningen skall detaljutformas till en kursplan av vårdhögskolan.

Den totala tidsåtgången för försöksverksamheten föreslås bli 4 1/2 år följt av 1 års uppföljning och utvärdering. Kostnaderna för försöket har beräknats till totalt 1,1–1,3 milj. kr., där den största delen avser kostnader för fortbildning. Enligt arbetsgruppen kan försöket inte inledas förrän medel anvisats av socialdepartementet samt nödvändiga författningsändringar för distriktssköterskornas utvidgade ansvarsförhållanden genomförts.

Översyn av bestämmelserna om verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Motionen

I *motion 1985/86:So441 av Karin Israelsson m. fl. (c, s, m)* begärs en översyn av bestämmelserna om verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd i enlighet med vad som anförs i motionen. Den fristående ansvarsnämnden har funnits i fem år och motionärerna anser att en översyn av de bestämmelser som reglerar nämnden nu är påkallad för att ansvarsnämndens kompetens och verksamhetsområde klarare skall kunna läggas fast. Översynen bör också enligt motionärerna ha till syfte att så långt det är möjligt förenkla handläggningsordningen av ärendena hos nämnden för att komma till rätta med de avsevärda balanser av ärenden som finns.

Motionärerna tar vidare upp frågan om en utvidgning av de personalkategorier som kan komma under ansvarsnämndens prövning. I motionen anförs att ansvarsnämndens prövning bör kunna omfatta hälso- och sjukvårdsperso-

nalens handlande under hela deras yrkesutövning och inte som hittills endast deras handlande i direkt anslutning till vården av patienter.

Med hänsyn till de långa handläggningstiderna hos nämnden anser motionärerna det vidare angeläget att överväga en lagändring som öppnar möjligheter till att delegera beslutanderätten i vissa mindre komplicerade ärenden till en grupp av nämndens ledamöter eller ordföranden. Motionärerna pekar på att de jävsbestämmelser som finns när det gäller t. ex. föredragande läkare kan behöva ses över. Motionärerna anser också att ansvarsnämnden bör kunna få ta upp ärenden på eget initiativ och att nämnden inte skall behöva vara bunden av anmälares yrkanden.

Gällande bestämmelser m. m.

Verksamheten för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd regleras av bestämmelserna i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen). Lagen trädde i kraft den 1 juli 1980.

När det gäller den personalkrets som omfattas av tillsynslagens bestämmelser regleras detta i 1 § tillsynslagen. Av stadgandet framgår att lagen i princip är tillämplig på all personal inom hälso- och sjukvården som på något sätt medverkar i vårdarbetet. Det gäller framför allt tre grupper av personer. Till den första gruppen räknas personalen vid sjukhus och andra inrättningar för öppen och slutet vård, som drivs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd. Till en andra grupp hänförs den som arbetar i egenskap av legitimerad yrkesutövare utanför sådan inrättning samt den personal som biträder honom i vården. Till den tredje gruppen slutligen räknas personal som arbetar inom detaljhandeln med läkemedel. Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen, kan enligt 1 § 4. tillsynslagen utvidga lagens tillämpning till andra grupper av yrkesutövare än den i det föregående nämnda personalen. Tillsynslagen omfattar sålunda alla som arbetar i vården och som på något sätt medverkar i vårdarbetet. Däremot har lagen inte ansetts tillämplig på yrkesutövare som inte ägnar sig åt vård av patienter. Av förarbetena till tillsynslagen framgår att lagen inte omfattar t. ex. omsorgspersonalen, förtroendeläkare vid de allmänna försäkringskassorna och i princip inte heller personalen vid statens rättsläkarstationer och statens rättskemiska laboratorium (prop. 1979/80:220 s. 39).

Av 12 § tillsynslagen framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som uppsåtligt eller av grov oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning kan åläggas disciplinpåföljd. Disciplinpåföljderna är erinran och varning. Frågor om disciplinansvar prövas av ansvarsnämnden (19 §). Nämnden prövar även frågor om återkallelse av legitimation och andra frågor om begränsning av legitimerade yrkesutövares behörighet. Som lagen kommit att tillämpas har ansvarsnämndens prövning begränsats till hälso- och sjukvårdspersonalens handlande i direkt anslutning till vården av patienter. Ansvarsnämnden har t. ex. inte ansett sig behörig att pröva personalens befattning med avlidna patienter och inte heller personalens bemötande av eller uppträdande mot patienternas anhöriga. Regeringsrätten har dock i några avgöranden under den senaste tiden ansett nämnden

vara behörig att pröva frågor som nämnden själv tidigare ansett falla utanför dess kompetensområde.

Ansvarsnämnden består av ordförande och åtta andra ledamöter. Nämnden är beslutförför med ordförande och sex andra ledamöter. Ordföranden får ensam fatta beslut som inte innefattar slutligt avgörande i sak. Ordföranden får dock inte förordna om läkarundersökning i ärende om återkallelse av legitimation och inte heller döma ut vite. Av ordföranden fattade beslut skall anmälas vid nästa sammanträde med nämnden (20 och 21 §§).

När det gäller frågan om jäv mot den som handlägger ärenden i ansvarsnämnden hänvisar tillsynslagen till bestämmelserna i 4 kap. rättegångsbalken om jäv mot domare (22 §). Av 4 kap. 13 § rättegångsbalken framgår bl. a. att den skall anses som jävig som i annan rätt eller hos annan myndighet än domstol tagit befattning med ett visst ärende, det s. k. tvåinstansjävet. Jävsbestämmelserna medför att en föredragande läkare som tagit befattning med ett ärende hos socialstyrelsen som ett led i socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården inte kan föredra samma ärende hos ansvarsnämnden (jfr prop. 1978/79:220 s. 56). Jävsbestämmelserna har också ansetts medföra att en föredragande läkare inte kan medverka i ett ärende som rör personal vid ett sjukhus där föredraganden är anställd.

Frågor om disciplinansvar m. m. skall tas upp av ansvarsnämnden på anmälan av socialstyrelsen eller av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en nära anhörig till honom. Frågor om återkallelse av legitimation m. m. tas upp på anmälan av socialstyrelsen eller på ansökan av den som saken gäller. Även riksdagens ombudsmän och justitiekanslern har rätt att göra anmälan om disciplinansvar enligt särskilda bestämmelser. Ärendena hos ansvarsnämnden skall anhängiggöras skriftligen (24 och 25 §§ tillsynslagen). Ansvarsnämnden anses inte kunna ta upp ärenden på eget initiativ och är i princip bunden av anmälares yrkanden. Av förarbetena till tillsynslagen framgår att ansvarsnämnden t. ex. inte får ta upp en fråga om återkallelse av legitimation på eget initiativ. Nämnden får alltså inte återkalla legitimationen i ett disciplinärende om inte socialstyrelsen anmält denna fråga för övervägande (prop. 1979/80:220 s. 60). Enligt förarbetena bör dock alltför stora krav inte ställas på en anmälan från en patient eller patientens anhöriga. Ansvarsnämnden har ansetts kunna utvidga sin prövning till vad som anses ligga inom ramen för en sådan anmälan.

Utskottet har vid flera tillfällen uttalat sig för en översyn av tillsynslagens tillämpningsområde [se SoU 1984/85:2 (förtroendeläkare), 1985/86:1 (hanteringen av stoft efter avlidna), SoU 1985/86:13 (regional tillsyn) och SoU 1985/86:19 (omsorgspersonal)]. Inom socialdepartementet arbetar man för närvarande med att utforma direktiv till en utredning som skall göra en översyn av tillsynslagen. Avsikten är att översynen skall omfatta också sådana frågor som berörs i motionen. En utredning kan förväntas bli tillsatt under hösten 1986.

Motionen

I motion 1985/86:So465 av *Blenda Littmarck (m)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära en utredning som syftar till ökade möjligheter till alternativ förlossningsvård i enlighet med vad som anförs i motionen. Enligt motionären medför centraliseringen av förlossningsvården till allt större enheter, den ökande användningen av teknisk utrustning, olika störningar av födelseförloppet och medikamentering av modern under graviditet och förlossning att allt fler normalgraviditeter riskerar att sluta med komplicerad förlossning. Motionären redovisar också olika statistiska uppgifter och undersökningar om förlossningsvården från både Sverige och utlandet. Enligt motionären har medvetenheten om att sjukhusen i de flesta fall inte är bästa platsen för barns födelse ökat under senare år.

Vissa statistiska uppgifter

I det följande redovisas vissa uppgifter om antal födda och olika vårdnivåer, tidig barnadödlighet, frekvenser av smärtlindring och kejsarsnitt. Uppgifterna har tagits fram för utskottets räkning av socialstyrelsen och är hämtade ur det medicinska födelseregistret.

Tabell 1

Antal födda och vårdnivå åren 1973, 1980 och 1983

Vårdnivå 1 = regionsjukhus, vårdnivå 2 = länsjukhus med kvinno- och barnklinik, vårdnivå 3 = länsdelssjukhus, kvinnoklinik utan barnklinik, vårdnivå 4 = länsdelssjukhus med kirurg och BB. Ytterligare två nivåer finns (5 och 6) men där förekommer numera ett ytterst litet antal förlossningar.

Antal födda

	Hela riket	Vårdnivå 1	Vårdnivå 2	Vårdnivå 3	Vårdnivå 4
1973	109 339	21 844	55 554	17 662	14 279
1980	96 718	19 760	53 802	17 536	5 620
1983	90 911	19 807	51 374	15 103	4 627

Regionsjukhusen svarar för 20 % av den slutna förlossningsvården, en andel som varit praktiskt taget konstant sedan början av 1970-talet. Länsjukhusen (vårdnivå 2) har mellan 50 och 55 % av förlossningsvården och har successivt ökat sin andel under de redovisade åren.

Perinatal dödlighet på olika vårdnivåer åren 1973, 1980 och 1981 (uppgifter för 1983 är ej tillgängliga)

Perinatal dödlighet = dödfödda eller döda inom en vecka efter förlossning, antal fall per 1 000.

Perinatal dödlighet

	Totalt	Vårdnivå 1	Vårdnivå 2	Vårdnivå 3	Vårdnivå 4
1973	14,2	13,8	16,6	12,8	7,8
1980	8,0	7,3	8,9	7,5	3,9
1981	7,1	8,1	7,5	5,2	4,9

De senare årtiondenas medicinska utveckling har inneburit att mödra- och barndödligheten sjunkit avsevärt. Mödradödligheten uppgick år 1975 till 0,02 ‰ och den tidiga (perinatale) barnadödligheten uppgår numera till 7–8 ‰. Den låga dödligheten i nyföddhetsperioden har inte ansetts vara användbar längre som enda mått på olika faktorerers inverkan på foster eller barn (jfr Socialstyrelsen redovisar 1979:4 Mödra- och barnhälsovård – förslag till principprogram).

Tabell 3

Frekvensen av smärtlindring åren 1973, 1980 och 1983

Procent av antalet förlossningar

Smärtlindringsmetod

	Epidural	Paracervikal	Pudendus
1973	0,9	0,0	33,9
1980	10,4	8,2	61,9
1983	15,9	11,5	57,6

Socialutskottet har under en rad av år behandlat frågan om smärtlindring vid förlossning. Utskottet har därvid uttalat sig för en utbyggnad av verksamheten med smärtlindring. Utskottet har vidare uttalat att det är angeläget att sjukvårdshuvudmännen prioriterar verksamheten med smärtlindring vid förlossning så att alla kvinnor som så önskar får smärtlindring (se bl. a. SoU 1983/84:21 s. 36 f. och SoU 1984/85:15 s. 9 ff.).

Av tabell 3 framgår att användningen av smärtlindrande metoder ökat för varje år. Fler av mödrarna på de mer specialiserade klinikerna än på mindre får epidural-, paracervikal- eller pudendusblockad. Särskilt epidural- och paracervikalblockaderna har ökat.

Frekvensen av kejsarsnitt för olika vårdnivåer åren 1971, 1980 och 1983.

Procent av antalet förlossningar

Antal kejsarsnitt

	Hela riket	Vårdnivå 1	Vårdnivå 2	Vårdnivå 3	Vårdnivå 4
1973	5,3	6,1	5,5	5,6	2,9
1980	12,0	10,8	12,7	11,9	9,7
1983	12,0	11,2	12,6	11,8	9,2

Skillnaderna mellan vårdnivåer är mindre när det gäller kejsarsnitt än smärtlindring. De minst specialiserade sjukhusen har numera praktiskt taget samma kejsarsnittsfrekvens som de mest specialiserade.

Senare års utveckling har också inneburit en kraftig ökning av överlevnaden för barn som föds för tidigt. Redan vid 26:e veckan överlever ca 50 % av de för tidigt födda, om de är vid god vigör. Den gynnsamma utvecklingen av överlevnadsmöjligheterna har i stor utsträckning tillskrivits organisatoriska förändringar innebärande centralisering av förlossningar till välutrustade kliniker och förbättrad medicinsk handläggning.

Olika försöksverksamheter, erfarenheter från utlandet m. m.

År 1960 regionaliserades den slutna hälso- och sjukvården i Sverige. Den då befintliga och ganska utspridda förlossnings- och nyföddhetsvården omfattades formellt sett inte av regionaliseringen. Inom socialstyrelsen genomfördes 1972–1973 en utredning om förlossningsvårdens organisation. Utredningen publicerades i serien Socialstyrelsen redovisar 1973:35. I rapporten redovisades bl. a. komplikationsrisker vid förlossning, risker vid transporter, smärtlindring och psykologiskt stöd, vårdtider m. m. Utredningens rekommendationer blev att förlossningsvården, som redan höll på att centraliseras, ytterligare borde centraliseras och att denna centralisering och specialisering också skulle omfatta den öppna mödrahälsovården. Utredningens rekommendationer genomfördes också under 1970-talet. Frågan om ytterligare specialisering av förlossningsvården har därefter åter blivit aktuell.

Socialstyrelsen har nyligen uppdragit åt en expertgrupp, i vilken ingår medicinska specialister och företrädare för socialstyrelsen och socialdepartementet, att göra en utvärdering av förlossningsvården på olika vårdnivåer. Expertgruppens arbete beräknas bli klart under hösten 1986, och resultatet av dess arbete kommer, enligt vad utskottet erfarit, att publiceras i socialstyrelsens PM-serie. Förslagen kommer sannolikt också att sändas ut på remiss, varefter socialstyrelsen avser att ge ut s. k. allmänna råd för förlossningsvård m. m.

Sedan några år tillbaka har frågan om s. k. *tidig hemgång* efter förlossning blivit föremål för diskussion. Försöksverksamheter med tidig hemgång pågår vid några kvinnokliniker i Sverige. I en artikel i Läkartidningen (nr 24 1986) redovisas vissa erfarenheter från fem olika kliniker (Södersjukhuset i Stockholm, Östra sjukhuset i Göteborg samt kvinnokliniker i Jönköping,

Falun och Motala). Tidig hemgång avgränsas något olika vid de fem klinikerna – från sex timmar till tredje dagen efter förlossningen. I vanliga fall stannar kvinnan och barnet 5–7 dagar på sjukhuset efter förlossningen, ca tio dagar efter kejsarsnitt. Gemensamt för försöksverksamheterna med tidig hemgång är att kvinnan och barnet erbjuds hembesök de närmast följande dagarna. I Falun, Göteborg och Stockholm utförs hembesöken av barnmorskor, i Jönköping och Motala av barnmorskor och barnsköterskor. Erfarenheterna från försöksverksamheterna är enligt Läkartidningen goda. Komplikationerna har varit få och inte andra än de som förekommer vid vård på sjukhus. Tidig hemgång har hittills varit ett erbjudande, dvs. det har varit fråga om valfrihet för de nyförlösta kvinnorna. Försöken pågår alltjämt. Från Falun kommer sannolikt en redovisning under 1987.

Debatten om förlossningsvården är i stor utsträckning också en internationell företeelse. Alternativa vårdformer har därmed kommit att prövas i olika länder. I USA är det numera ganska vanligt med s. k. Alternative Birth Centers (ABC). Det första öppnades 1969 och då som en särskild enhet eller avdelning på ett mindre sjukhus. 1975 öppnades den första ABC-enheten helt utanför ett sjukhus. I England har man i anslutning till sjukhusens specialiserade förlossningskliniker på försök öppnat särskilda General Practitioners Units (GPU). Holland har traditionellt haft en förhållandevis hög andel förlossningar i hemmet. Där anses resurserna för hemförlossningar vara goda.

I Danmark antog folketinget år 1984 en ändring i lagen om mödra- och förlossningsvård (Lov Nr 282 af 7 juni 1972 om svangerskabshygiejne och fødselshjælp). Ändringen innebar bl. a. att kvinnor har lagstadgad rätt till avgiftsfri hjälp av barnmorska vid förlossning i hemmet.

Det danska inrikesministeriet utfärdade i mars 1985 nya riktlinjer för mödra- och förlossningsvården (Indenministeriets vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen af de forebyggende helbredsundersøgelser og av fødselshjælpen). Riktlinjerna innebär bl. a. att kvinnan bör ha möjlighet att kunna välja förlossningsplats: kvinnoklinik, kirurgisk avdelning eller att föda hemma. I de förstnämnda fallen bör kvinnan också kunna bestämma om förlossningen skall vara ambulent (hemgång inom 24 timmar efter förlossningen) eller om hon skall vara inlagd på BB. Kvinnan skall vidare få större möjligheter att påverka förlossningens utformning, t. ex. användandet av teknisk apparatur.

En förutsättning för att dessa principer om större valmöjlighet och mer inflytande skall kunna uppfyllas är enligt riktlinjerna att kvinnan under graviditeten fått full vetskap om vilka valmöjligheter hon har och vilka för- och nackdelar olika tillvägagångssätt medför.

I riktlinjerna anges även att det i anslutning till kvinnokliniker, där så är möjligt, görs försök med upprättande av alternativa barnmorskeledda förlossningsenheter (ABC-enheter). På dessa enheter skall förlossningen ske under mer hemliknande förhållanden men med upprätthållande av mycket hög säkerhet genom att kvinnoklinikens expertis, apparatur och övriga resurser vid behov omedelbart kan göras tillgängliga.

Köpenhamns Amtssygehus i Glostrup öppnade i juni 1984 den första ABC-avdelningen: Denna ligger avskild från kvinnokliniken men på samma

våningsplan. Vården är integrerad, dvs. förlossningsrum, vådrum, dagrum m. m. ligger vägg i vägg i en korridor där kvinnorna kan röra sig fritt. Barnmorskor ansvarar självständigt för verksamheten medan gynekologer och barnläkare endast medverkar som konsulter. Samma barnmorska sköter både förlossning och eftervård.

Första verksamhetsåret förlöstes 220 kvinnor på ABC-avdelningen, dvs. 10 % av förlossningarna från sjukhusets eget upptagningsområde. Varannan kvinna som söker ABC-vård måste i dag avvisas på grund av platsbrist. Det finns bara fem eftervårdsplatser. En utbyggnad planeras.

Enligt en artikel i Läkartidningen (nr 40 1985) förs ca 30 % av kvinnorna på ABC-avdelningarna över till kvinnokliniken på grund av sådana avvikelser från normalt förlopp som kan kräva särskilda åtgärder och läkares medverkan. Detta kan gälla värksvaghet, dropp med värkstimulerande medel eller förlossning med sugklocka. En stor del flyttar emellertid tillbaka till ABC-avdelningen efter att ha fått hjälp på kvinnokliniken. En förklaring som getts till att så många som 30 % förs över till kvinnokliniken är att personalen på ABC-avdelningen hellre "tar det säkra före det osäkra" – vid minsta tecken på eventuella komplikationer vänder man sig till kvinnokliniken för hjälp.

En vetenskaplig bearbetning – som ännu ej är tillgänglig – görs för närvarande av första årets patientmaterial vid ABC-avdelningen.

Utskottet

I betänkandet behandlas fyra motioner som berör olika hälso- och sjukvårdsfrågor.

Ett kvinnomedicinskt informationscentrum

Imotion 1985/86: So435 av Maj Britt Theorin m. fl. (s) hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära förslag om inrättandet av ett kvinnomedicinskt informationscentrum (*yrkande 1*). Ett centralt beläget kvinnomedicinskt informationscentrum skulle enligt motionärerna fylla en viktig funktion. Där skulle uppgifter om kvinnoforskning som pågått, pågår eller planeras kunna finnas liksom protokoll och rapporter från internationella konferenser som berör kvinnors hälsa. Enligt förslaget skulle kvinnor där också kunna diskutera sina hälsofrågor med medicinskt kunniga. Ett kvinnomedicinskt informationscentrum skulle också kunna inrymma ett referensbibliotek.

Utskottet har låtit remissbehandla motionen. Flera av remissinstanserna stöder idén med ett kvinnomedicinskt informationscentrum. Olika meningar framförs dock när det gäller utformning och innehåll i den tänkta verksamheten.

Socialstyrelsen anser att det i första hand gäller att skapa resurser för forskning inom det aktuella fältet. Enligt modellen för "Arbetslivscentrum" skulle det behövas ett "centrum för kvinnomedicinsk forskning", anför socialstyrelsen, som också pekar på möjligheten att förstärka den medicinska kompetensen hos redan befintliga centra för kvinnoforskning och kvinnliga

forskare i Uppsala och Lund. *Landsingsförbundet* ser inrättandet av ett kvinnomedicinskt informationscentrum som ett sätt att samla kunskap och föra ut planerad och pågående forskning. Ett annat sätt som enligt förbundet borde prövas i första hand är att uppmärksamma gängse statliga forskningsorgan på frågan, vilka genom avsättning av ekonomiska medel och intensifierat arbete i olika initiativgrupper skulle kunna ge det kvinnomedicinska forskningsområdet speciell uppmärksamhet. *Fora för kvinnliga forskare och kvinnoforskning* i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala är liksom *Arbetsgruppen för Medicinsk Kvinnoforskning*, *Sveriges Kvinnliga Läkares Förening* och *Amningshjälpen* också positiva till förslaget i motionen. Några remissinstanser uttalar emellertid tveksamhet till förslaget att vid ett sådant centrum också inrymma möjligheter till individuell mottagning av kvinnor som vill diskutera sina hälsofrågor.

Två remissinstanser är negativa till den föreslagna formen för stöd till kvinnomedicinsk forskning och information. *MFR* anför i sitt remissvar att man stöder uppbyggnaden av en vetenskaplig kompetens inom området hälsoskydd och sjukvårdsforskning men man gör samtidigt den bedömningen att inrättandet av ett särkvinnomedicinskt informationscentrum knappast verksamt skulle bidra till någon förbättring. *MFR* anser att nödvändiga förändringar bäst tillgodoses genom en ökad andel kvinnor inom läkar- och forskarkåren samt att fler kvinnor informerar om medicinsk forskning. En sådan utveckling är enligt *MFR* redan väl på gång. *Svenska läkaresällskapet* är också tveksamt till inrättandet av ett speciellt kvinnomedicinskt informationscentrum och föreslår i stället en förstärkning av psykosomatiken inom de specialiteter som handlägger speciellt kvinnliga sjukdomar. *Läkaresällskapet* vill också förstärka den medicinska kompetensen hos redan existerande fora för kvinnoforskning vid universiteten.

En utförligare sammanställning av remissvaren redovisas i ett tidigare avsnitt i betänkandet (s. 2 ff.)

Utskottet konstaterar för sin del att motionen tar upp en angelägen och ofta förbisedd fråga, nämligen behovet av forskning och kunskapsspridning när det gäller kvinnors speciella hälsoproblem. Män, kvinnor och barn lever sedan generationer i ett samhälle som i mycket domineras av männens syn på tillvaro och livsvillkor. Detta har också återspeglats inom medicinen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården måste därför utformas och planeras så att den kan tillgodose också kvinnors specifika behov av medicinsk vård och service. För detta krävs bl. a. underlag i form av kvinnomedicinsk forskning och information om forskningsresultat på området.

Att det finns ett behov att utveckla en specifik medicinsk kvinnoforskning och kunskapsspridning bekräftas också av de inhämtade remissyttrandena. Flera instanser förklarar att man ställer sig bakom den problembeskrivning som finns i motionen.

Utskottet delar uppfattningen att det är angeläget med fortsatt forskning med kvinnomedicinsk inriktning och att man måste finna former för att på ett effektivt sätt föra ut forskningsresultat på området. Utskottet är emellertid

inte berett att i detta sammanhang ta ställning till om detta bör ske genom inrättande av ett särskilt informationscentrum eller – såsom föreslagits av flera remissinstanser – genom en förstärkning av redan befintliga organ inom området för medicinsk forskning. Utskottet anser därför att regeringen i lämpligt sammanhang bör överväga vilka möjligheter som finns att tillgodose de önskemål som framförts i motionen och förutsätter att regeringen har sin uppmärksamhet riktad på denna fråga. Mot denna bakgrund bör motion 1985/86:So435 yrkande 1 inte föranleda något initiativ från riksdagens sida och avstyrks således.

Utvidgning av distriktssköterskors kompetens

I motion 1985/86:So440 av Christina Flink m. fl. (s) begärs ett tillkännagivande av vad som i motionen anförts om en utvidgning av distriktssköterskors kompetens. I motionen föreslås bl. a. att distriktssköterskan skall erhålla rätten att i viss omfattning självständigt göra en sjukdomsbedömning, skriva ut receptbelagd medicin samt sjukskriva människor i sitt upptagningsområde. Denna utökning av distriktssköterskornas uppgifter föreslås prövas genom en försöksverksamhet i de s. k. frilandstingen.

Motionen har remissbehandlats. En redovisning av remissvaren finns i ett tidigare avsnitt i betänkandet (s. 6 ff.). Sammanfattningsvis kan konstateras följande.

Landstingsförbundet anser det motiverat att pröva om distriktssköterskans befogenhet bör utökas. Förbundet föreslår att den av socialministern i budgetpropositionen aviserade utredningen om vårdpersonalens framtida arbetsuppgifter och kunskapskrav i en förändrad vårdstruktur med förtur bör behandla distriktssköterskans roll och uppgifter i den framtida vården. Socialstyrelsen hänvisar bl. a. till att man inom socialstyrelsen arbetar med ett underlag för ställningstagande till frågan om receptförskrivningsrätt för distriktssköterskor. Styrelsen anser sig därför inte beredd att ännu ta ställning till frågan. När det gäller rätten för distriktssköterskor att ställa diagnos och sjukskriva personer anser socialstyrelsen att en närmare utredning behövs. Man menar att försöksverksamhet bör anstå i avvaktan på ett sådant underlag. Svenska läkaresällskapet uttalar att man har förståelse för motionärernas synpunkter men finner förslaget orealistiskt, eftersom distriktssköterskorna genom sin utbildning inte har den fulla kompetensen att göra de bedömningar som krävs. Förskrivningsrätt av läkemedel skulle ställa kraftigt ökade kunskapskrav på distriktssköterskorna. Läkaresällskapet anser att man i stället bör satsa mer på utbildning av distriktsläkare samt förbättra rekryteringen av dessa till glesbygdsområden. SHSTF är mycket positivt till förslagen i motionen och menar att det är viktigt att försöksverksamhet kommer till stånd utan att de formella ramarna blir alltför snäva. SHSTF pekar också på att de frågor som berörs i motionen också är aktuella för sjuksköterskor på barnavårdscentraler, skolsköterskor, företagssköterskor och barnmorskor.

En central arbetsgrupp inom socialstyrelsen har enligt vad som framgår av den tidigare redovisningen nyligen till socialdepartementet överlämnat ett förslag till utformning av en försöksverksamhet för distriktssköterskor att

förskriva vissa läkemedel. Som försökslän har arbetsgruppen föreslagit Jämtlands län. Ett trettiootal distriktssköterskor motsvarande upptagningsområdet för 5–7 vårdcentraler avses ingå. Försöket föreslås pågå i 4,5 år följt av ett års uppföljning och utvärdering. De totala kostnaderna för försöket har beräknats till 1,1–1,3 milj. kr. varav den största delen avser kostnader för fortbildning av distriktssköterskorna i fråga. Dessa föreslås få en fortbildning motsvarande 5 poäng eller fem veckors heltidsstudier.

Enligt vad utskottet inhämtat arbetar man för närvarande med förslaget i socialdepartementet. Avsikten är att det skall behandlas i samband med beredningen av budgeten.

Utskottet vill till en början slå fast att distriktssköterskans arbete är av mycket stor betydelse för den öppna hälso- och sjukvården. En distriktssköterska har något av en nyckelroll genom att hon arbetar mycket nära befolkningen och med både förebyggande och sjukvårdande insatser. Hon har i regel också lång erfarenhet från arbete inom den slutna vården innan hon genomgår sin vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård. Distriktssköterskan gör utifrån sin kompetens och sitt yrkesansvar redan i dag viktiga självständiga medicinska bedömningar. Det är självfallet angeläget att distriktssköterskans kunskaper och erfarenheter utnyttjas till fullo. Det är därför viktigt att hon också har en formell kompetens som ger möjligheter härtill och som svarar mot hennes verkliga kompetens.

När det gäller en utvidgning av distriktssköterskans formella kompetens till att innefatta åtgärder som att sjukskriva patienter eller förskriva vissa läkemedel måste naturligtvis krävas att hon har tillräcklig utbildning för att kunna svara mot de nya kraven. Enligt motionärerna är det angeläget att försöksverksamheter med utvidgad kompetens för distriktssköterskor kommer till stånd. Utskottet delar denna bedömning. Utskottet vill emellertid understryka att kravet på utbildning inte får eftersättas. Att utforma en kvalificerad kompletterande utbildning för distriktssköterskorna är alltså ett angeläget och nödvändigt steg i riktning mot en utvidgad formell kompetens i enlighet med motionsförslaget.

Det primära syftet med en försöksverksamhet måste vidare vara att på ett bättre sätt än nu ta till vara den stora praktiska sjukvårdserfarenhet som distriktssköterskorna har. Problem med läkarvakanser får inte bli styrande för verksamhetens innehåll.

En arbetsgrupp inom socialstyrelsen har som ovan nämnts nyligen överlämnat ett förslag till utformning av viss försöksverksamhet. Enligt vad utskottet erfarit överväger man för närvarande inom regeringskansliet de närmare möjligheterna att anordna en sådan. Mot denna bakgrund är det enligt utskottets mening inte erforderligt med något riksdagens initiativ i denna fråga. Motion 1985/86:So440 (s) avstyrks därför.

Översyn av bestämmelserna om verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

I motion 1985/86:So441 av Karin Israelsson m. fl. (c, s, m) begärs en översyn av bestämmelserna om verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

HISAN är sedan den 1 juli 1980 en självständig och från socialstyrelsen fristående myndighet som har till uppgift att pröva frågor om disciplinpåföljd m. m. för hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. Verksamheten regleras av den s. k. tillsynslagen [lag (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.] Motionärerna anser att man bör överväga en utvidgning av såväl ansvarsområdet som personkretsen samt olika möjligheter att förenkla handläggningen hos nämnden, m. m.

En redovisning av tillsynslagens grundläggande bestämmelser finns i ett tidigare avsnitt i detta betänkande (se s. 10 f.).

Utskottet delar motionärernas uppfattning att en översyn av tillsynslagen är motiverad sedan lagen nu varit i kraft i mer än fem år. Utskottet vill i sammanhanget erinra om att det vid flera tillfällen uttalat sig för en översyn (se SoU 1984/85:2, 1985/86:1, 13 och 19) och vill understryka vikten av att en sådan nu kommer till stånd. Enligt vad utskottet erfarit arbetar man dock för närvarande inom socialdepartementet med att utforma direktiv för en utredning som skall göra en översyn av tillsynslagen. Tillsättandet av en utredning skall vara nära förestående. Mot denna bakgrund anser utskottet det inte erforderligt med någon åtgärd från riksdagens sida med anledning av motion 1985/86:So441 (c, s, m).

Valfrihet i förlossningsvården

I motion 1985/86:So465 av Blenda Littmarck (m) hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära en utredning som syftar till ökade möjligheter till alternativ förlossningsvård i enlighet med vad som anförs i motionen.

Det överordnade målet för hälso- och sjukvårdens insatser i mödra- och förlossningsvården måste enligt utskottets mening vara att säkerställa att graviditet och förlossning förlöper så säkert och tryggt som möjligt för mor och barn. Mödra- och förlossningsvården i Sverige har i det avseendet uppnått även internationellt sett mycket goda resultat. Den förebyggande vården är väl utbyggd. Mödra- och den tidiga barnadödligheten är mycket låg.

Möjligheterna till överlevnad för för tidigt födda barn har ökat kraftigt under senare år. Det är givet att en fortsatt positiv utveckling skall eftersträvas.

Födelsen är i och för sig en naturlig process och behandlingsinsatserna bör naturligtvis anpassas därefter. Ansträngningar görs på många olika håll att skapa goda och så hemliknande förhållanden som möjligt på förlossnings- och BB-avdelningar. Det är i det sammanhanget viktigt, anser utskottet, att det för de föräldrar som föredrar andra alternativ finns tryggheten att om komplikationer uppstår snabbt kunna få adekvat vård. Utskottet vill i det sammanhanget understryka att en kvinna som valt hemförlossning men sedan blir i behov av sjukhusvård självfallet måste tas emot akut på sjukhus om hon begär det.

Som framgår av ett tidigare avsnitt i detta betänkande pågår försöksverksamheter på olika håll med utveckling av omhändertagandet i samband med förlossning. Detta ser utskottet som värdefullt. Socialstyrelsen arbetar vidare

för närvarande med att ta fram allmänna råd för förlossningsvården.

Erfarenheterna från alternativa former är ännu inte särskilt stora. Säkerheten för mor och barn får heller inte eftersättas. Utskottet anser därför att resultaten av det pågående försöks- och utredningsarbetet måste avvaktas innan några principiella förändringar av den nuvarande förlossningsvården kan övervägas. Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motion 1985/86:So465 (m).

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *ett kvinnomedicinskt informationscentrum* att riksdagen avslår motion 1985/86:So435 yrkande 1.
2. beträffande *utvidgad kompetens för distriktssköterskor* att riksdagen avslår motion 1985/86:So440.
3. beträffande *översyn av tillsynslagen* att riksdagen avslår motion 1985/86:So441.
4. beträffande *valfrihet i förlossningsvården* att riksdagen avslår motion 1985/86:So465.

Stockholm den 14 oktober 1986

På socialutskottets vägnar

Daniel Tarschys

Närvarande: Daniel Tarschys (fp), John Johnsson (s), Göte Jonsson (m), Kjell Nilsson (s), Ulla Tillander (c), Anita Persson (s), Gunnar Ström (s), Aina Westin (s), Yvonne Sandberg-Fries (s), Rosa Östh (c), Inga Lantz (vpk), Ingrid Andersson (s), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp), Karl-Gösta Svenson (m) och Göran Ericsson (m).

Reservation

Motiveringen till mom. 1 i hemställan

av Göte Jonsson, Karl-Gösta Svenson och Göran Ericsson (alla m) som anser att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 17 börjar med "Utskottet konstaterar" och på s. 18 slutar med "avstyrks således." bort ha följande lydelse:

Utskottet konstaterar för sin del att motionen tar upp en väsentlig fråga, nämligen behovet av forskning och kunskapsspridning när det gäller kvinnors speciella hälsoproblem. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården måste därför självfallet utformas och planeras så att den kan tillgodose även kvinnors specifika behov av medicinsk vård och service. Som ett exempel på detta kan nämnas att gynekologi är en viktig specialitet.

I likhet med flera remissinstanser anser utskottet att det är angeläget att utveckla forskningen med kvinnomedicinsk inriktning och informationen om uppnådda forskningsresultat.

De problem som aktualiserats i motionen kan enligt utskottets mening bäst lösas genom en förstärkning av redan befintliga organ inom medicinsk forskning. Detta är en åsikt som också företräds av flera remissinstanser.

Utskottet förutsätter att regeringen överväger lämpliga åtgärder i syfte att stödja forskningen med kvinnomedicinsk inriktning i enlighet med vad utskottet anfört.

Med det anförda avstyrker utskottet motion 1985/86:So435 yrkande 1 (s).

Innehållsförteckning

SoU 1986/87:1

Sammanfattning	1
Motionsyrkanden	1
Ett kvinnomedicinskt informationscentrum	2
Motionen	2
Remissyttranden	2
Utvidgning av distriktssköterskors kompetens	6
Motionen	6
Remissyttranden	6
Utredningar	8
Översyn av bestämmelserna om verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	9
Motionen	9
Gällande bestämmelser m. m.	10
Valfrihet i förlossningsvården	12
Motionen	12
Vissa statistiska uppgifter	12
Olika försöksverksamheter, erfarenheter från utlandet m. m.	14
Utskottet	16
Ett kvinnomedicinskt informationscentrum	16
Utvidgning av distriktssköterskors kompetens	18
Översyn av bestämmelserna om verksamheten vid hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	19
Valfrihet i förlossningsvården	20
Hemställan	21
Reservation	21
.	

