



Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor

Sammanfattning

I betänkandet behandlas ca 190 motionsyrkanden från den allmänna motions-
tiden 2010.

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

I betänkandet finns 28 reservationer och 2 särskilda yttranden.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	4
Redogörelse för ärendet	11
Ärendet och dess beredning	11
Utskottets överväganden	12
Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.	12
Prioriteringar inom hälso- och sjukvården	30
Patientdatalagen och IT i vården	39
Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården	46
Kompetens, bemötande och kunskapsfrågor	50
Assisterad befruktning m.m.	63
Organdonation	69
Reglerna för blodgivning	74
Abort	76
Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall	82
Könsstympning av flickor	84
Omskärelse av pojkar	86
Speciallivsmedel	87
Tandvårdsfrågor	90
Reservationer	95
1. Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården, punkt 1 (S)	95
2. Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården, punkt 1 (MP)	97
3. Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården, punkt 1 (V)	98
4. Nationella kvalitetsregister, punkt 3 (S, MP, V)	101
5. Patientsäkerhet, punkt 4 (S, MP, V)	101
6. Behörighetsfrågor m.m., punkt 5 (MP)	102
7. Behörighetsfrågor m.m., punkt 5 (V)	103
8. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, punkt 6 (S)	104
9. Patientdatalagen och IT i vården, punkt 7 (S, MP, V)	105
10. Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården, punkt 8 (S, V)	106
11. Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården, punkt 8 (MP)	107
12. Läkares specialiseringstjänstgöring m.m., punkt 10 (S, MP, V)	108
13. Hälso- och sjukvårdens stöd till personer som utsatts för övergrepp, punkt 11 (S, MP, V)	109
14. Höjd hbt-kompetens inom hälso- och sjukvården, punkt 13 (V)	109
15. Nationellt krav på kompetens för uttryckningsförare, punkt 15 (S)	110
16. Likvärdiga villkor vid behandling av ofrivillig barnlöshet, punkt 17 (S, MP, V)	111
17. Tillgång till assisterad befruktning, punkt 18 (MP, V)	112
18. Ändringar i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., punkt 19 (MP)	112

19. Ändringar i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., punkt 19 (V)	113
20. Ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning, punkt 20 (S, MP, V)	114
21. Surrogat- och värdmoderskap, punkt 21 (S, MP, V)	115
22. Organdonation, punkt 22 (S, MP, V)	117
23. Rätt för barnmorska att utföra medicinsk abort, punkt 24 (S, MP, V)	118
24. Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, punkt 26 (S)	119
25. Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, punkt 26 (MP, V)	120
26. Omskärelse av pojkar, punkt 28 (SD)	121
27. Speciallivsmedel, punkt 29 (S)	122
28. Det statliga tandvårdsstödet, punkt 30 (S, MP)	122
Särskilda yttranden	124
1. Omskärelse av pojkar, punkt 28 (V)	124
2. Det statliga tandvårdsstödet, punkt 30 (V)	124
<i>Bilaga</i>	
Förteckning över behandlade förslag	125
Motioner från allmänna motionstiden hösten 2010	125

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:Ju403 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 18,

2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 2,

2010/11:So244 av Lars-Axel Nordell och Emma Henriksson (båda KD),

2010/11:So265 av Gustav Nilsson (M),

2010/11:So315 av Fredrik Schulte (M),

2010/11:So372 av Hans Olsson m.fl. (S),

2010/11:So394 av Désirée Pethrus (KD),

2010/11:So406 av Lars-Axel Nordell (KD),

2010/11:So439 av Fredrik Lundh Sammeli och Helén Pettersson i Umeå (båda S),

2010/11:So478 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2010/11:So481 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So522 av Sven-Erik Bucht m.fl. (S),

2010/11:So524 av Patrik Björck m.fl. (S),

2010/11:So525 av Erik Bengtzboe (M),

2010/11:So552 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So562 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2010/11:So569 av Veronica Palm m.fl. (S),

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 3, 4, 6, 7 och 9 samt

2010/11:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1–3.

Reservation 1 (S)

Reservation 2 (MP)

Reservation 3 (V)

2. Patienträttigheter och vårdgarantin m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So229 av Pia Hallström (M),

2010/11:So261 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M),

2010/11:So276 av Anne Marie Brodén (M),

2010/11:So421 av Marta Obminska (M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So427 av Otto von Arnold och Irene Oskarsson (båda KD) och

2010/11:So496 av Lars-Axel Nordell och Andreas Carlson (båda KD).

3. Nationella kvalitetsregister

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So236 av Hans Hoff (S),

2010/11:So264 av Gustav Nilsson (M),
2010/11:So551 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M) och
2010/11:So554 av Yvonne Andersson (KD).

Reservation 4 (S, MP, V)

4. Patientsäkerhet

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So237 av Hans Hoff (S) yrkandena 1–3 och
2010/11:So366 av Magdalena Andersson (M).

Reservation 5 (S, MP, V)

5. Behörighetsfrågor m.m.

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So209 av Jan Lindholm (MP),
2010/11:So365 av Magdalena Andersson (M),
2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 26 och
2010/11:So574 av Finn Bengtsson (M).

Reservation 6 (MP)

Reservation 7 (V)

6. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So273 av Anne Marie Brodén (M),
2010/11:So275 av Anne Marie Brodén (M),
2010/11:So291 av Gustav Nilsson (M),
2010/11:So352 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svantesson (båda M) yrkande 2,
2010/11:So357 av Per Svedberg (S),
2010/11:So385 av Christina Oskarsson och Jörgen Hellman (båda S),
2010/11:So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP) i denna del,
2010/11:So422 av Marta Obminska (M) yrkandena 1 och 2,
2010/11:So429 av Anita Brodén m.fl. (FP),
2010/11:So452 av Hillevi Larsson (S),
2010/11:So520 av Penilla Gunther (KD),
2010/11:So561 av Finn Bengtsson m.fl. (M) och
2010/11:So566 av Finn Bengtsson och Saila Quicklund (båda M).

Reservation 8 (S)

7. Patientdatalagen och IT i vården

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So228 av Johan Pehrson (FP),
2010/11:So337 av Désirée Liljevall (S),
2010/11:So389 av Eliza Roszkowska Öberg (M),
2010/11:So414 av Gustav Nilsson (M) yrkandena 1 och 2,
2010/11:So515 av Edward Riedl (M) och

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1 och 2.
Reservation 9 (S, MP, V)

8. Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So206 av Eva Flyborg (FP),
2010/11:So266 av Gustav Nilsson (M),
2010/11:So274 av Anne Marie Brodén (M),
2010/11:So293 av Ann-Christin Ahlberg (S),
2010/11:So342 av Gunilla Svantorp (S) och
2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 27 och 29.
Reservation 10 (S, V)
Reservation 11 (MP)

9. Läkarrekrytering m.m.

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So227 av Roger Haddad (FP),
2010/11:So386 av Peter Johnsson m.fl. (S) och
2010/11:So471 av Hillevi Larsson (S).

10. Läkares specialiseringstjänstgöring m.m.

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 3,
2010/11:So249 av Anders Andersson (KD),
2010/11:So262 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M),
2010/11:So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP) i denna del,
2010/11:So463 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD),
2010/11:So472 av Anders Flanking och Ulrika Carlsson i Skövde (båda C),
2010/11:So503 av Barbro Westerholm och Finn Bengtsson (FP, M) yrkande 1 och
2010/11:Ub246 av Björn von Sydow (S) yrkande 1.
Reservation 12 (S, MP, V)

11. Hälso- och sjukvårdens stöd till personer som utsatts för övergrepp

Riksdagen avslår motionerna
2010/11:Ju238 av Carina Hägg (S) yrkande 1,
2010/11:Ju293 av Morgan Johansson m.fl. (S) yrkande 14,
2010/11:So219 av Ann-Christin Ahlberg (S),
2010/11:So225 av Eva Flyborg (FP) och
2010/11:So317 av Solveig Zander (C).
Reservation 13 (S, MP, V)

12. Ökad kunskap om endometriosis och förmaksflimmer

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So241 av Yvonne Andersson (KD) och

2010/11:So352 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svantesson (båda M) yrkande 1.

13. Höjd hbt-kompetens inom hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motion

2010/11:So581 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1.

Reservation 14 (V)

14. Ökad kompetens hos personal inom hälso- och sjukvården

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 1,

2010/11:So263 av Gustav Nilsson (M) och

2010/11:So381 av Nina Lundström (FP).

15. Nationellt krav på kompetens för uttryckningsföreare

Riksdagen avslår motion

2010/11:So252 av Kerstin Engle (S).

Reservation 15 (S)

16. Försäkringsskydd för ambulanspersonal

Riksdagen avslår motion

2010/11:So251 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M).

17. Likvärdiga villkor vid behandling av ofrivillig barnlöshet

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So212 av Fredrik Lundh Sammeli (S),

2010/11:So309 av Penilla Gunther (KD),

2010/11:So384 av Anna Wallén (S),

2010/11:So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) yrkande 1,

2010/11:So440 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1 och

2010/11:So450 av Hillevi Larsson (S).

Reservation 16 (S, MP, V)

18. Tillgång till assisterad befruktning

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) yrkande 2 och

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 5.

Reservation 17 (MP, V)

19. Ändringar i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 2,

2010/11:So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (båda MP)
yrkande 2,

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 2 och

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkandena 3 och 7.

Reservation 18 (MP)

Reservation 19 (V)

20. Ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So256 av Kerstin Engle (S),

2010/11:So259 av Anna SteeleKarlström (FP),

2010/11:So260 av Lena Asplund (M),

2010/11:So295 av Börje Vestlund (S),

2010/11:So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 1,

2010/11:So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (båda MP)
yrkande 1,

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M)
yrkande 2,

2010/11:So465 av Hillevi Larsson (S),

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 3,

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 6 och

2010/11:So596 av Annika Carlsson och Abir Al-Sahhani (båda C).

Reservation 20 (S, MP, V)

21. Surrogat- och värdmoderskap

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So296 av Carina Hägg (S),

2010/11:So323 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP),

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M)
yrkande 1,

2010/11:So419 av Börje Vestlund m.fl. (S),

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 1,

2010/11:So501 av Barbro Westerholm (FP) yrkandena 2 och 3 samt

2010/11:So591 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkandena 1 och 2.

Reservation 21 (S, MP, V)

22. Organdonation

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So285 av Johan Hultberg och Åsa Coenraads (båda M),

2010/11:So289 av Anna SteeleKarlström (FP) yrkandena 1–3,

2010/11:So320 av Annie Johansson (C),

2010/11:So334 av Lars Mejern Larsson och Désirée Liljevall (båda
S),

2010/11:So350 av Olof Lavesson (M) yrkande 2,

2010/11:So415 av Johan Linander (C),

2010/11:So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (båda M) yrkandena 1–6,

2010/11:So469 av Hillevi Larsson (S),

2010/11:So519 av Penilla Gunther och Andreas Carlson (båda KD),

2010/11:So531 av Mikael Cederbratt (M) och

2010/11:So563 av Finn Bengtsson och Abdirizak Waberi (båda M).

Reservation 22 (S, MP, V)

23. Reglerna för blodgivning

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So350 av Olof Lavesson (M) yrkande 1,

2010/11:So378 av Jan Ericson (M) och

2010/11:So490 av Lena Asplund och Ulf Berg (båda M).

24. Rätt för barnmorska att utföra medicinsk abort

Riksdagen avslår motion

2010/11:So322 av Gunvor G Ericson och Agneta Luttropp (båda MP).

Reservation 23 (S, MP, V)

25. Övriga frågor om abort

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So460 av Tuve Skånberg och Annelie Enochson (båda KD),

2010/11:So461 av Tuve Skånberg och Annelie Enochson (båda KD),

2010/11:So462 av Tuve Skånberg (KD) och

2010/11:So492 av Carina Hägg m.fl. (S) yrkandena 1–3.

26. Lagen (1972:119) om fastställande av konststillhörighet i vissa fall

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP) yrkandena 5–7,

2010/11:So348 av Fredrick Federley (C),

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M) yrkande 3,

2010/11:So466 av Hillevi Larsson (S) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So493 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1 och

2010/11:So582 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1–5.

Reservation 24 (S)

Reservation 25 (MP, V)

27. Könstympning av flickor

Riksdagen avslår motion

2010/11:Ju287 av Désirée Pethrus (KD) yrkande 6.

28. Omskärelse av pojkar

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So489 av Bengt-Anders Johansson och Finn Bengtsson
(båda M) och

2010/11:So546 av Marietta de Pourbaix-Lundin (M).

Reservation 26 (SD)

29. Speciallivsmedel

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So303 av Christer Winbäck (FP) och

2010/11:So383 av Eva Sonidsson och Christina Karlsson (båda S).

Reservation 27 (S)

30. Det statliga tandvårdsstödet

Riksdagen avslår motionerna

2010/11:So202 av Christina Oskarsson (S),

2010/11:So211 av Ann-Christin Ahlberg (S),

2010/11:So410 av Gustav Nilsson (M),

2010/11:So416 av Karin Nilsson och Solveig Zander (båda C),

2010/11:So417 av Karin Nilsson och Solveig Zander (båda C),

2010/11:So447 av Hillevi Larsson m.fl. (S) och

2010/11:So497 av Andreas Carlson och Annelie Enochson (båda KD).

Reservation 28 (S, MP)

31. Metallrelaterade skador m.m.

Riksdagen avslår motion

2010/11:So432 av Anita Brodén (FP) yrkandena 1–3.

32. Utbildning av tandvårdspersonal

Riksdagen avslår motion

2010/11:So364 av Maria Lundqvist-Brömster m.fl. (FP).

Stockholm den 17 mars 2011

På socialutskottets vägnar

Kenneth Johansson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Kenneth Johansson (C), Lena Hallengren (S), Mats Gerdau (M), Jan R Andersson (M), Christer Engelhardt (S), Isabella Jernbeck (M), Lennart Axelsson (S), Barbro Westerholm (FP), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Anders Andersson (KD), Per Ramhorn (SD), Eva Olofsson (V), Henrik Ripa (M), Carina Moberg (S) och Abir Al-Sahlani (C).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

Utskottet behandlar i betänkandet ca 190 motionsyrkanden från den allmänna motionstiden 2010. Omkring 180 motionsyrkanden rör hälso- och sjukvårdsfrågor och 11 motionsyrkanden rör tandvårdsfrågor.

Statssekreterare Karin Johansson informerade utskottet om bl.a. EU:s patientrörlighetsdirektiv vid sammanträdet den 10 februari 2011.

Den nationella cancersamordnaren Kjell Asplund informerade utskottet om cancerstrategin m.m. vid sammanträdet den 15 mars 2011.

Utskottets överväganden

Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.

Utskottets förslag i korthet

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

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

Motioner

Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att tillsätta en utredning för att se över lagstiftningen i syfte att specialistsjukvården och primärvården skyddas från vinstintresse. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen bör utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att bonussystem inte ska vara tillåtna inom hälso- och sjukvård.

I motion So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att en ny lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg bör utformas. Det är enligt motionärerna medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska få välja patienter. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att en utredning bör tillsättas med uppdrag att undersöka möjligheten att främja ett utökat utbud och ett utökat inflytande för personal, brukare och medlemsbaserade organisationer när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården och omsorgen. I yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om att det inte bör vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus. I yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om att gräddfiler för privatbetalande patienter inte ska vara tillåtna i den offentligt finansierade vården. Slutligen begärs i yrkande 9 ett tillkännagivande om att alla offentligt finansierade vårdgivare aktivt ska medverka i forskning och utbildning.

I motion So439 av Fredrik Lundh Sammeli och Helén Pettersson i Umeå (S) begärs ett tillkännagivande om att säkerställa en skattefinansierad sjukvård som ges efter behov. Motionärerna anför bl.a. att det är viktigt att det inte skapas marknadsmodeller där de rikaste kan köpa sig snabbare eller

bättre vård. Även i motion So372 av Hans Olsson m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av en bra och gedigen vård och omsorg som fördelas efter behov.

I motion So524 av Patrik Björck m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om sjukvårdens utveckling. Motionärerna anför att en grundläggande målsättning för sjukvården måste vara en köfri sjukvård och att sjukvården för barn och ungdomar ska vara avgiftsfri.

I motion So569 av Veronica Palm m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av ett klargörande av ansvarsförhållandena mellan privat och offentligt finansierad vård. Motionärerna anför bl.a. att det är orimligt att det inte finns några klargörande regler om privata klinikers medicinska och ekonomiska ansvar vid eventuell felbehandling eller komplikationer.

I motion So522 av Sven-Erik Bucht m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om vikten av att undanröja gränshinder inom sjukvården. I bl.a. svenska och finska Tornedalen finns samordning av ambulansverksamhet och andra sjukvårdsinsatser. Oklarheter finns dock kring lagstiftning, förordningar, ansvarsfrågor och försäkringsfrågor vid sådana insatser. Motionärerna anför att förhandlingar snarast bör tas upp mellan de nordiska länderna i syfte att undanröja denna typ av gränshinder.

I motion So525 av Erik Bengtzboe (M) begärs ett tillkännagivande om en översyn av huvudmannskapet för offentlig vård.

I motion So552 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en nationellt finansierad sjukvård. För att lägga grunden för en bättre sjukvård ter sig, enligt motionärerna, en övergång till en renodlad statlig finansiering nödvändig. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om fler fristående sjukhus.

I motion So478 av Finn Bengtsson m.fl. (M) begärs ett tillkännagivande om en obligatorisk statlig vårdförsäkring. Motionärerna vill att regeringen ser över vilka konsekvenser ett system med en obligatorisk statlig vårdförsäkring skulle få.

I motion So562 av Finn Bengtsson m.fl. (M) begärs ett tillkännagivande om ersättningsmodeller för fritt etablerade vårdyrkesarbetande. Motionärerna önskar få till stånd en översyn av nya ersättningsmodeller, som i sin tur ger bättre möjligheter till fri etablering för vårdyrkesarbetande i vårt land med bibehållande av den solidariska finansieringen med offentliga medel av svensk hälso- och sjukvård.

I motion So265 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om att man bör organisera vården efter patientflödena och om att sätta patienten i centrum. Motionären anför att vi bör verka för att specialisten i framtiden kommer till patienten i stället för att patienten flyttas runt mellan olika avdelningar.

I motion So315 av Fredrik Schulte (M) begärs ett tillkännagivande om behovet av att införa nationella regler för vårdval. För detta krävs, enligt motionären, inte mer än att samma ersättningsmodell tillämpas i samtliga landsting och att patientregister och journalsystem samkörs.

I motion So481 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om behovet av att säkerställa fri konkurrens och mångfald inom sjukvårdens område. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om behovet av att se över reglerna i lagen om valfrihetssystem (LOV) så att hälso- och sjukvården omfattas, implementeras och tillämpas i denna lagstiftning.

I motion So244 av Lars-Axel Nordell och Emma Henriksson (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av att öka antalet vårdplatser. De måste enligt motionärerna öka för att svara mot det verkliga behovet.

I motion So406 av Lars-Axel Nordell (KD) begärs ett tillkännagivande om att man bör utreda möjligheten för en värdighetsgaranti inom hälso- och sjukvården.

I motion So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om ett nationellt centrum för palliativ medicin. I ett nationellt centrum samlas kunskap, metoder utvecklas och sprids, både nationellt och internationellt, och där kan man också forska vidare inom området palliativ medicin.

I motion So394 av Désirée Pethrus Engström (KD) begärs ett tillkännagivande om att utreda en anpassning av mödravården och föräldrautbildningen för att möta invandrarkvinnors behov.

I motion Ju403 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 18 begärs ett tillkännagivande om inrättande av regionala centrum för kvinnofrid i varje sjukvårdsregion.

Patienträttigheter och vårdgarantin m.m.

I motion So421 av Marta Obminska (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om ett införande av en patienträttighetslag. Exempel på rättigheter som borde regleras är enligt motionären rätten till individuellt anpassad information och samtycke samt gränser för väntetider.

I motion So496 av Lars-Axel Nordell och Andreas Carlson (KD) begärs ett tillkännagivande om en sjukvård utan köer, också för dem med stora behov av regelbundna återbesök.

I motion So427 av Otto von Arnold och Irene Oskarsson (KD) begärs ett tillkännagivande om att utredningar av neuropsykiatriska funktionshinder tydligt ska omfattas av vårdgarantin.

I motion So229 av Pia Hallström (M) begärs ett tillkännagivande om dyslexiutredningar. Motionären anför att utredningarna måste snabbas på så att drabbade barn snabbt får det stöd och den hjälp som de behöver för att kunna tillgodogöra sig nödvändiga kunskaper.

I motion So276 av Anne Marie Brodén (M) begärs ett tillkännagivande om dyslektikers rätt till stöd och hjälpmedel från landstingen.

I motion So261 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (M) begärs ett tillkännagivande om en europeisk vårdgaranti. Motionärerna anför att patientens rättigheter bör utvidgas till att även omfatta rätten att söka såväl akut som planerad vård inom valfritt EU-land – i form av en europeisk vårdgaranti.

Nationella kvalitetsregister

I motion So236 av Hans Hoff (S) begärs ett tillkännagivande om ökade krav på sjukvården. Motionären anför det krävs tydliga kvalitetskriterier och öppna jämförelser för att vägleda medborgarna. I kraven måste rätten till kontinuitet under hela behandlingen finnas med.

I motion So264 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om öppna kvalitetsregister i vården. Genom att göra resultatredovisningarna mer öppna och lättillgängliga kan patientens ställning i vården stärkas, anför motionären.

I motion So554 av Yvonne Andersson (KD) begärs ett tillkännagivande om en strategi för utveckling av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården.

I motion So551 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (M) begärs ett tillkännagivande om obligatorisk inrapportering till Nationella Diabetesregistret för att utveckla och förbättra diabetesvården.

Patientsäkerhet

I motion So237 av Hans Hoff (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en nollvision vad gäller skador och dödsfall som beror på brister i sjukvården. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen ska få i uppgift att ha en sammanhållande roll i det praktiskt förebyggande arbetet i sjukvården, och att ett nationellt system för inrapportering av avvikelser och kunskaper om dessa lex Maria-anmälningar och anmälningar till Hsan som en del i detta arbete ska spridas till alla sjukhus i Sverige. Slutligen begärs i yrkande 3 ett tillkännagivande om att system för samarbete inom EU på detta område bör utredas liksom hur ekonomiska drivkrafter kan bidra till att minska vårdskadorna.

I motion So366 av Magdalena Andersson (M) begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utarbeta riktlinjer för att motverka vårdrelaterade infektioner.

Behörighetsfrågor m.m.

I motion So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 26 begärs ett tillkännagivande om att man bör tillsätta en utredning med uppdrag att se över förutsättningarna för att bygga broar mellan konventionella och komplementärmedicinska behandlingar.

I motion So209 av Jan Lindholm (MP) begärs ett tillkännagivande om behovet av att vård som ges i Sverige kan tillmötesgå de vårdbehov som människor med diagnoser inom områdena elöverkänslighet och metallrelaterade skador har.

I motion So574 av Finn Bengtsson (M) begärs ett tillkännagivande om en översyn av missvisande auktorisationer och legitimationer inom hälso- och sjukvården. Motionären anför bl.a. att det behövs en översyn av den s.k. kvacksalverilagen så att lagen även omfattar behandling av psykiska tillstånd.

I motion So365 av Magdalena Andersson (M) begärs ett tillkännagivande om att utvidga förskrivningsrätten för sjuksköterskor och barnmorskor. Motionärerna anför bl.a. att förskrivningsrätten inte bör vara begränsad till tjänst eller verksamhetsområde, utan enbart till kompetensen. Vidare bör sjuksköterskor med förskrivningsrätt få behörighet att förskriva alla receptfria läkemedel.

Gällande rätt, tidigare behandling och pågående arbete m.m.*Allmänna utgångspunkter m.m. för hälso- och sjukvården*

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 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 ägare 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 § HSL).

Den 1 januari 2010 ändrades bestämmelsen i 5 § HSL. Enligt den nya bestämmelsen (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09:SoU9, rskr. 2008/09:172) ska landstinget 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 tillämpas.

Bestämmelser om rikssjukvård regleras i 9 § HSL. Enligt 9 a § avses med rikssjukvård sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Enligt 9 b § krävs det tillstånd för att få bedriva rikssjukvård. Tillståndet ska vara tidsbegränsat och förordat med villkor. Socialstyrelsen beslutar, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor (prop. 2005/06:73, bet. 2005/06:SoU23, rskr. 2005/06:239).

Regeringen anför i budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1 Förslag till statsbudget för 2011, finansplan och skattefrågor m.m.) följande (s. 55 och 57):

Välfärden ska hålla högsta kvalitet och komma alla till del efter behov. Grunden för att nå dit är en solidarisk och offentlig finansiering. Avgörande för att långsiktigt värna välfärden är ökad sysselsättning och starka offentliga finanser. Välfärdssystemet finansieras solidariskt med främst skattemedel.

— — —

Tillgången till en hälso- och sjukvård av god kvalitet efter behov till alla, oavsett inkomst och bakgrund, är en viktig grundpelare för det svenska välfärdssamhället. I ett internationellt perspektiv håller den svenska sjukvården hög klass, exempelvis vad avser kunskaper, medicinsk standard och teknisk utveckling. Fortsatta satsningar behövs dock för att ytterligare öka tillgängligheten, valfriheten och kvaliteten.

Vidare framhåller regeringen att den ska skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov och önskemål (prop. 2010/11:1 utg.omr. 9 s. 47). Regeringens satsningar syftar, i första hand, till att verka för bibehållen och ökad hälsa för patienten. För invånarna, i egenskap av skattebetalare, är det enligt regeringen av vikt att detta sker genom ett effektivt utnyttjande av gemensamma resurser. Under mandatperioden avser regeringen att lägga särskilt fokus på att öka valfriheten, tillgängligheten och säkerheten för patienten. Satsningar kommer också att göras på ökad jämlikhet i vården samt på en förbättrad vård och

omsorg för äldre. Det är enligt regeringen viktigt för patienten att det finns möjlighet att vara delaktig, fatta beslut och ta del av kunskap och information om vårdens resultat.

Ett led i regeringens satsningar på en stärkt 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). Nämnda yrkesgrupper kan överlåta verksamheten och därmed skapa en möjlighet för etableringarna att finnas kvar, vilket även bidrar till att 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 och bereds nu inom Regeringskansliet.

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 skapande av nya, eller utveckling av befintliga, tjänster, processer, produkter m.m. inom nämnda sektor. 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. Senast den 30 mars 2011 ska Tillväxtverket lämna en redovisning till Näringsdepartementet och Socialdepartementet av hur arbetet påbörjats och hur det fortsatta arbetet med uppdraget planeras. En delrapport ska lämnas till Näringsdepartementet och Socialdepartementet senast den 15 augusti 2012, och en slutrapport med redovisning av hur medlen använts ska lämnas till Näringsdepartementet och Socialdepartementet senast den 30 augusti 2013.

Den 27 januari 2011 utsåg regeringen en särskild utredare som ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem (dir. 2011:4). Syftet är bl.a. att stärka det hälsofrämjande arbetet för att minska det framtida vårdbehovet och att göra vården mer jämlik i hela landet. Utredningens uppdrag blir i huvudsak att

- kartlägga statens del i vård- och omsorgssystemet genom en beskrivning av rådande myndighetsstruktur, och bedöma om den är ändamålsenlig och effektiv
- se över ansvarsfördelningen mellan myndigheterna inom området och vid behov lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen och undanröjer eventuella överlappningar
- särskilt analysera Socialstyrelsens roll och funktionalitet i vård- och omsorgssystemet

- se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som myndigheterna bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området
- klargöra det statliga ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området
- lämna förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter kan utformas
- lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kan effektiviseras
- redogöra för hur föreslagna förändringar kan genomföras och redovisa de ekonomiska konsekvenserna av förslagen.

Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen senast 15 april 2012.

”Gränslös vård” är ett projekt vars syfte är att fördjupa den vårdssamverkan som finns mellan kommunerna i svenska och finska Tornedalen – en samverkan som innebär att regionens invånare ska kunna få likvärdig och tillgänglig vård med hög kvalitet oavsett om man söker vården i Finland eller Sverige. Huvudmålet med projektet är att skapa förutsättningar för ökad rörlighet för regionens invånare genom att säkerställa en god sjukvård oavsett arbetsplats och bostadsort, effektivare nyttja de sjukvårdsresurser som redan finns, stärka samarbetsrelationerna samt öka informationsöverföringen mellan regionens olika sjukvårdsaktörer. Identifierade samarbetsområden är bl.a. ambulans, jour, röntgen, lagrum och informationsöverföring. Projektet ”Gränslös vård” finansieras av EU-programmet Interreg IV A Nord, Nordkalotträdet, Länsstyrelsen i Norrbottens län, Länsstyrelsen i Lapplands län, Tornedalsrådet och Norrbottens läns landsting.

Motioner om nationella centrum för palliativ medicin behandlades under den förra valperioden, bl.a. i betänkandena 2006/07:SoU8 Hälso- och sjukvårdsfrågor (rskr. 2006/07:118) och 2008/09:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor. Utskottet fann då inte skäl för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motionerna (inga reservationer i denna del).

Patienträttigheter och vårdgarantin m.m.

I mars 2010 antog riksdagen regeringens förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården (prop. 2009/10:67, bet. 2009/10:SoU7, rskr. 2009/10:212). Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2010.

Ändringarna innebär bl.a. att den nationella vårdgarantin nu regleras i lag. Om landstinget inte uppfyller vårdgarantin ska det se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne får vård hos en annan vårdgivare. Vidare innebär lagändringarna att de enskilda yrkesutövarna ska ge patienten individuellt anpassad information dels om sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården, dels om vårdgarantin och dess innehåll. Landstingen ska dessutom rapportera uppgifter om väntetider till en nationell databas.

Vidare har den begränsning som funnits i lagstiftningen om patientens rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt utgått. Verksamhetschefen har genom lagändring getts ett tydligare ansvar för att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Om det behövs eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Patientens ställning stärks även genom att hälso- och sjukvårdens skyldighet att medverka till att patienten kan få en förnyad medicinsk bedömning utökas. Detta görs genom att begränsningen att skyldigheten bara gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet tagits bort.

Vårdgarantin går kortfattat ut på att patienten ska få:

- kontakt med primärvården samma dag
- läkarbesök inom primärvården inom 7 dagar
- besök i den specialiserade vården inom 90 dagar
- behandling påbörjad inom 90 dagar.

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 och psykolog. Vårdgarantin gäller inte bl.a. återbesök, medicinsk service (exempelvis laboratorie- och röntgenundersökning), utredningar och undersökningar samt 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.

För att stimulera landstingen i arbetet med att uppfylla vårdgarantin ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i början av 2009 en överenskommelse om en långsiktig resultatbaserad satsning som omfattar 1 miljard kronor per år under perioden 2010–2012. I december 2010 enades regeringen och SKL om kriterierna för 2011 års kömiljard. För att få del av kömiljarden under 2011 måste landstingen leverera vård betydligt snabbare än vad som krävs i vårdgarantin. Överenskommelsen innebär att

- 400 miljoner kronor fördelas till de landsting som klarar målet att minst 70 % av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på ett specialistbesök inom planerad specialiserad vård
- 100 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 % av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på ett specialistbesök inom planerad specialiserad vård
- 400 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 70 % av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad behandling inom planerad specialiserad vård

- 100 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 % av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad behandling inom planerad specialiserad vård.

Fördelningen av medlen kommer också, till skillnad från tidigare, att baseras på resultat varje månad.

Den 26 november 2010 ställde Lena Hallengren (S) en skriftlig fråga till socialminister Göran Hägglund om kömiljarden (fr. 2010/11:116). Socialministern anförde följande i sitt svar:

Lena Hallengren har frågat mig vilken statistik jag bygger mitt ställningstagande på när jag hävdar att arbetet mot köer och väntetider i vården varit en framgång.

Den väntetidsstatistik vi har i Sverige i dag hämtas främst från Sveriges Kommuner och Landstings nationella väntetidsdatabas till vilken samtliga landsting rapporterar. Ser man på väntetidsutvecklingen under senare år kan man konstatera att sedan kömiljarden lanserades hösten 2008 har antalet personer som väntar längre än 90 dagar, med vissa undantag för sommarmånaderna, minskat till påtagligt lägre nivåer jämfört med tidigare. Även Socialstyrelsen konstaterade i sin första uppföljning av kömiljarden att antalet patienter som väntat längre än 90 dagar i den planerade specialiserade vården under 2009 minskat jämfört med året innan samt att väntetiderna blivit mer jämnt fördelade över riket. Detta är ingenting annat än en verklig framgång och det gläder mig att patienterna nu får snabbare vård än någonsin tidigare.

Tydligt är dock att efter den avstämning som gjordes för fördelning av 2009 års kömiljard i november 2009 har antalet väntande ökat, men når fortfarande inte upp till tidigare nivåer. En förklaring till detta kan vara att under 2010 har skarpare redovisningskrav för landstingen införts vilket påverkat statistiken. Till exempel ingår de som frivilligt valt att vänta längre än vårdgarantins tidsgräns i beräkningarna.

Jag avser att fortlöpande följa väntetidsutvecklingen och verka för att den situation vi har i dag ytterligare ska förbättras. Ett verktyg i detta arbete är de årliga kömiljardsöverenskommelserna och de incitament – till exempel antal avstämningstillfällen – och målnivåer – till exempel antal dagar som patienterna ska behöva vänta på vård – som sätts upp i denna.

Myndigheten för vårdanalys startade sin verksamhet den 1 januari 2011 och den kommer att vara i ett uppbyggnadsskede under 2011. Myndighetens uppgift är att följa upp hur väl hälso- och sjukvården fungerar och analysera större satsningar och reformer ur patienternas och allmänhetens perspektiv. Myndigheten ska således kunna granska alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet, däribland myndigheternas arbete. All offentligt finansierad hälso- och sjukvård (inklusive tandvård), oavsett huvudmannaskap eller driftsform, omfattas. Liknande granskningsuppgifter kommer även att utföras inom vissa områden av socialtjänsten.

I juli 2008 presenterade Europeiska kommissionen ett förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård (KOM(2008) 414 slutlig). Förslaget syftar i första hand till att utveckla den inre marknaden genom att skapa ett tydligare rättsläge för patienters rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder. Direktivet syftar även till att förstärka samarbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn, bl.a. när det gäller Europe-

iska referensnätverk och e-hälsa. Europaparlamentet behandlade förslaget i en första läsning den 23 april 2009. Vid rådsmötet den 8 juni 2010 kom EU-länderna överens om ett förslag som det sittande spanska ordförandeskapet lade fram. Förslaget innebär bl.a. att patienter ska ha rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder om motsvarande vård hade ersatts i patientens hemland, att ersättningen ska uppgå till det belopp som hade ersatts om motsvarande vård hade getts i hemlandet samt att EU-länderna under vissa förutsättningar kan ställa krav på förhandstillstånd för att patienter ska få ersättning för vård i andra EU-länder. Förslaget ska garantera att patienternas rättigheter får genomslag i alla EU-länder och lägger en grundnivå för deras rättigheter. Det är fullt möjligt för ett medlemsland att ha en generösare tillämpning, t.ex. vad gäller vilka behandlingsmetoder som patienter kan få ersättning för eller vilka ersättningsnivåer som ska gälla för dessa.

Direktivförslaget har behandlats i Europaparlamentet under hösten 2010, och den 19 januari 2011 röstade parlamentet om ett förslag till regler om patienters rättigheter vid vård i annat EU-land. De nya reglerna gör klart att EU-medborgare kan få ersättning för sjukvård i ett annat EU-land än hemlandet, så länge behandlingen och kostnaden för den normalt hade ersatts i hemlandet. Myndigheterna kan kräva att patienterna söker förhandstillstånd för behandlingar som kräver övernattning på sjukhus eller specialiserad vård. Efter krav från parlamentets ledamöter kan medlemsländerna enbart neka ersättning med hänvisning till en redan fastställd lista av orsaker, som t.ex. om vårdtagaren eller allmänheten utsätts för risker. Varje EU-land måste upprätta en "kontaktpunkt" som ska ge information till personer som funderar på att söka vård utomlands. Dessa kontaktställen ska också kunna hjälpa vårdtagarna om det uppstår problem.

Lagen som antogs av parlamentet är resultatet av en överenskommelse med EU-ländernas ministerråd, som gav sitt formella godkännande den 28 februari 2011. EU-länderna har 30 månader på sig att införa nödvändiga ändringar i sina nationella lagar.

Nationella kvalitetsregister

Regeringen anför i budgetpropositionen för 2011 att satsningarna på öppna jämförelser utgör en viktig grundstruktur för att kunna utveckla och driva på hälso- och sjukvårdens systematiska förbättringsarbete (prop. 2010/11:1 utg.omr. 9 s. 31). Tillgången på indikatorer och resultatmätt har genom olika satsningar förbättrats och det har öppnats för fördjupade analyser av samband och framgångsfaktorer. Detta har inneburit att patienter och allmänhet har fått en bättre inblick i vad hälso- och sjukvården presterar och till vilka kostnader. Satsningar på öppna jämförelser är följaktligen en viktig faktor för regeringens ambition att stärka patientens ställning.

Under 2010 har regeringen lämnat stöd till Socialstyrelsen och SKL för att möjliggöra publiceringen av den årliga rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Utöver detta har reger-

ingen beslutat om ett flertal uppdrag, bl.a. till Socialstyrelsen, som syftar till att påverka utvecklingen av öppna jämförelser. Som ett led i utvecklandet av öppna jämförelser har Socialstyrelsen haft i uppdrag att, i samarbete med SKL, sammanställa uppgifter för öppna jämförelser inom primärvården på landstingsnivå. Socialstyrelsen har dessutom, inom ramen för arbetet med öppna jämförelser och god vård, tagit fram ett s.k. indikatorbibliotek för primärvården. SKL har genom ett avtal med regeringen utvecklat en publik webbapplikation som pedagogiskt tillgängliggör information om primärvården på enhetsnivå som stöd för patienten i det fria vårdvalet.

Under de senaste åren har regeringen och SKL stärkt sitt samarbete kring kvalitetsregistren.

År 2010 kom regeringen och SKL överens om en ambitionshöjning när det gällde att driva på vidareutvecklingen av de nationella kvalitetsregistren. Regeringens satsning på registren under 2010 omfattade 60 miljoner kronor. Satsningen ska stödja driften och utvecklingen av befintliga kvalitetsregister samt starta och utveckla register på nya områden.

Parterna har tillsatt en arbetsgrupp som ska göra en översyn av registrens fortsatta utveckling. Målet med arbetsgruppen är att skapa förutsättningar för ett mer heltäckande system av kvalitetsregister samt en ökad användning av registren i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete och i den kliniska forskningen. I oktober 2010 lämnade arbetsgruppen sin rapport *Guldgruvan i hälso- och sjukvården – förslag till gemensam satsning 2011–2015*. Rapporten har skickats på remiss.

Dagmaröverenskommelsen 2011 innefattar en utökad satsning på nationella kvalitetsregister och beaktar förslagen i ovan nämnda rapport (S2010/1833/HS m.fl., 101222). Parterna är eniga om att driva ett kontinuerligt arbete för att förbättra de nationella kvalitetsregistrens täckningsgrad, variabelinnehåll, analyser och förutsättningarna för att kvalitetsregistren ska utgöra verktyg för förbättringsarbete i vården. För 2011 är parterna överens om att öka basfinansieringen av de nationella kvalitetsregistren och kompetenscentrum med totalt 18 miljoner kronor jämfört med 2010.

Regeringen utsåg den 10 mars 2011 Mona Boström som samordnare för utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren. Samordnaren ska bl.a. utveckla de organisatoriska förslag som arbetsgruppen, Översynen av de nationella kvalitetsregistren, lämnat i sin rapport. Hon ska också lämna förslag till finansiering av de nationella kvalitetsregistren med utgångspunkt i vad som anges i Dagmaröverenskommelsen för 2011 och arbetsgruppens rapport, samt beakta remissbehandlingen av rapporten. Uppdraget ska genomföras i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och i samråd med andra berörda myndigheter och organisationer.

Den 13 december 2010 beviljade Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister medel till nationella kvalitetsregister. Omkring 88 kvalitetsregister beräknas få stöd 2011 (www.kvalitetsregister.se).

Patientsäkerhet

I juni 2010 antog riksdagen regeringens proposition 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn med bl.a. förslag till en ny patientsäkerhetslag (bet. 2009/10:SoU22, rskr. 2009/10:342). Den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011. Den innehåller bestämmelser om att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, som bl.a. innebär 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.

Disciplinpåföljderna varning och erinran ersätts av en utökad klagomåls- hantering hos Socialstyrelsen med en möjlighet att rikta kritik mot yrkesutövare. Staten får utökade möjligheter att tillgripa skyddsåtgärden provotid. I beslut om provotid ska det kunna fastställas en provotidsplan som den legitimerade ska följa. Bestämmelserna om återkallelse av legitimation och annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården förändras med den nya lagen – bl.a. på så sätt att det tydliggörs att även allvarlig brottslighet utan samband med yrkesutövningen ska kunna utgöra grund för återkallelse.

Då Socialstyrelsen övertar de ärenden som kan leda till disciplinpåföljd minskar Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (Hsan) arbetsuppgifter. Myndighetens uppgifter fr.o.m. den 1 januari 2011 är att pröva frågor om provotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet, begränsning av förskrivningsrätt samt ny legitimation m.m.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en patienthandbok om patientsäkerhet och gett Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett bidrag för att tillsammans med såväl patientföreträdare som sjukvårdshuvudmän ta fram modeller för bättre patientmedverkan i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Regeringen har tagit initiativ till att sammankalla berörda aktörer till en nationell samling för patientsäkerhet i syfte att bättre samordna insatserna på nationell nivå.

I december 2010 presenterade regeringen och SKL en överenskommelse som syftar till att förstärka arbetet med patientsäkerhet. Överenskommelsen innebär att de landsting som åstadkommer förbättringar enligt uppsatta kriterier får del av de pengar som avsatts för ändamålet. En förutsättning för att ett landsting ska få del av medlen för 2011 är att vårdgivarna har

- upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med den nya patientsäkerhetslagen
- inrättat en lokal strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama), senast den 30 september 2011
- deltar i den nationella patientenkät för primärvården som kommer att genomföras under 2011

- tagit väsentliga steg i införandet av Nationella patientöversikten (NPÖ), ett system för att vården ska ha tillgång till viktig information om patienten, oberoende av var patienten vårdas.

I december 2010 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma och ansvara för den samlade uppföljningen av ovan nämnda patientsäkerhetsåtgärder 2011 (dnr S2010/9054/HS). I uppdraget ingår att inledningsvis utforma underlag för att överenskommelsen ska kunna följas upp.

Socialstyrelsen ska vidare ansvara för att sammanställa en samlad bedömning av hur samtliga krav och indikatorer i överenskommelsen uppfyllts, efter landstingens genomförande. Socialstyrelsen ska själv bedöma hur vissa krav i överenskommelsen uppfyllts. Smittskyddsinstitutet och SKL kommer att komma in med underlag för bedömning av hur resterande delar uppfyllts. Den samlade bedömningen kommer att ligga till grund för fördelning av den prestationsbaserade ersättningen. Avsikten är att Socialstyrelsen ska få motsvarande uppdrag 2012–2014.

Socialstyrelsen ska redovisa den del av uppdraget som handlar om överenskommelsen till Socialdepartementet senast den 15 november 2011. Socialstyrelsen ska redovisa 2011 års vårdskademätning i en rapport till Socialdepartementet senast den 15 oktober 2011. Socialstyrelsen ska i en delrapport till Socialdepartementet senast den 1 april 2011 redovisa hur mätningen ska genomföras.

Den 9 juni 2009 antog EU:s hälsoministrar en rådsrekommendation om patientsäkerhet. 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.

Socialstyrelsen har publicerat flera dokument om hur man kan förebygga vårdrelaterade infektioner – bl.a. ett kunskapsunderlag från experter, vars senaste utgåva publicerades 2006 (Att förebygga vårdrelaterade infektioner – Ett kunskapsunderlag). Krav när det gäller basal hygien anges i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.

Efter initiativ från Sveriges Kommuner och Landsting har de flesta landsting och kommuner deltagit i en stor nationell satsning för att införa metoder som kan förebygga vissa vanliga vårdrelaterade infektioner. Det handlar om urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner och infektioner vid centrala venösa infarter – infektioner som tidigare ofta sågs som oundvikliga konsekvenser av viss behandling. Genom satsningen finns nu ett antal åtgärdsprogram som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet

tillgängliga. Om dessa åtgärder tillämpas konsekvent kan vårdskador förebyggas. Ett pilotprojekt pågår inom Västra Götaland och Uppsala för att testa den nationella lösningen för att motarbeta vårdrelaterade infektioner. Arbetet ska vara klart sommaren 2011.

Behörighetsfrågor m.m.

Regeringen beslutade i april 2009 att tillkalla en särskild utredare för att utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården samt vissa frågor inom socialtjänsten (2009 års behörighetsutredning, S 2009:02). Utredningen redovisade sitt betänkande Kompetens och ansvar (SOU 2010:65) i oktober 2010. I betänkandet föreslås bl.a. följande:

- Inga ytterligare grupper ska regleras inom hälso- och sjukvården utöver dagens 21 legitimationsyrken.
- Specialistutbildningen för sjuksköterskor bör bli mer flexibel så att den bättre motsvarar vad som efterfrågas i vården. Det kräver ett bättre och utökat samarbete mellan berörda parter. Utredningen föreslår därför att Högskoleverket får i uppdrag att utreda och föreslå former för samarbete mellan lärosätena och hälso- och sjukvården samt lärosätena sinsemellan. Uppdraget ska utföras i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting.
- Ett register inrättas för den som utövar alternativa behandlingsformer och som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. För att få registrera sig måste utövaren vara medlem i en yrkesorganisation, och registret ska administreras av Konsumentverket. Det nya registret och bestämmelserna om vilka begränsningar som gäller för den som utövar alternativ- och komplementärmedicin ska finnas i en särskild lag. Utredningen föreslår också att skyddet för yrkestitlar utvidgas till att gälla även vid marknadsföring av verksamhet och att Socialstyrelsen ska ansvara för tillsynen av detta.
- 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, om åldersgränsen för att behandla barn bör ändras och möjligheterna att behandla gravida.

Betänkandet har remitterats till en rad instanser. Remisstiden löpte ut den 1 mars 2011.

Utskottet behandlade senast motionsyrkanden om komplementär- och alternativmedicin i sitt betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor (rskr. 2009/10:99) som riksdagen godkänt. Dessa yrkanden behandlades i s.k. förenklad form. Dessförinnan behandlade utskottet liknande motionsyrkanden i sitt betänkande 2006/07:SoU8 Hälso- och sjukvårdsfrågor (bet. s. 57 f., rskr. 2006/07:118) som riksdagen godkänt. Utskottet uttalade följande (res. V respektive MP):

Utskottet vill på nytt framhålla att kunskaper om alternativmedicinska metoder är betydelsefulla både för att kunna bedöma effekter och vinster och för att kunna utvärdera eventuella skador och biverkningar. Därför är det bl.a. angeläget att Statens beredning för medicinsk utvärdering i samband med sina rapporter inkluderar utvärdering av alternativmedicinska metoder. Utskottet kan konstatera att någon utredare ännu inte har tillsatts till den utredning för att analysera behovet av ett register för utövare av alternativ- och komplementärmedicin som aviserades av den tidigare regeringen. Utskottet har erfarit att en diskussion pågår inom Regeringskansliet om hur arbetet på området ska fortskrida.

I avvaktan på regeringens fortsatta arbete med frågan bör något riksdagsinitiativ inte tas med anledning av motionerna ...

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel reglerar sjuksköterskors och distriktssköterskors rätt att förskriva läkemedel om krav på kompetens och aktuell tjänstgöring är uppfyllda. Föreskriften har senast reviderats genom SOSFS 2009:21. Förutsättningar för att få förskriva läkemedel är att förskrivningsrätten är införd i Socialstyrelsens register och att sjuksköterskan skriftligen har fått en förskrivarkod. Rätten gäller för distriktssköterskor som tjänstgör inom landstingens eller kommunernas primärvård eller äldre- och sjukvård. För andra sjuksköterskor krävs att de tjänstgör vid särskilda boenden eller hemsjukvård inom kommunens hälso- och sjukvård för äldre eller funktionshindrade eller inom motsvarande offentligt finansierad verksamhet.

Barnmorskors förskrivningsrätt begränsas till en huvudgrupp läkemedel – de antikonceptionella läkemedlen (bil. 4 i LVFS 2003:9) – medan sjuksköterskor som uppfyller vissa krav fastställda av Socialstyrelsen får förskriva läkemedel ur ett stort antal läkemedelsgrupper. Vilka dessa är framgår av SOSFS 2001:16.

Utskottets ställningstagande

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 obehövt, 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.

Den 1 januari 2009 trädde lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, i kraft. Lagen reglerar vad som ska gälla för de landsting och kommuner som vill konkurranspröva landstingskommunala och kommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av bl.a. hälso- och sjukvård eller omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Genom ändringar i HSL är det fr.o.m. den 1 januari 2010 obligatoriskt för landstingen att tillämpa LOV i primärvården. 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.

När det gäller motion So522 (S) konstaterar utskottet att det för närvarande pågår ett projekt, Gränslös vård, vars syfte är att fördjupa den vårdsamverkan som finns mellan kommunerna i svenska och finska Tornedalen. Utskottet ser positivt på detta. Riksdagen bör dock inte ta något initiativ.

Utskottet avstyrker motionerna Ju403 (V) yrkande 18, So204 (KD) yrkande 2, So244 (KD), So265 (M), So315 (M), So372 (S), So394 (KD), So406 (KD), So439 (S), So478 (M), So481 (M) yrkandena 1 och 2, So522 (S), So524 (S), So525 (M), So552 (M) yrkandena 1 och 2, So562 (M), So569 (S), So573 (V) yrkandena 3, 4, 6, 7 och 9 samt So590 (V) yrkandena 1–3.

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 för-

utsättningar 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. Rådet godkände samma text den 28 februari 2011. Därmed kan det s.k. patientrörlighetsdirektivet formellt träda i kraft och de nationella genomförandeprocesserna påbörjas. Reglerna innebär att patienters rätt att få ersättning för hälso- och sjukvård och tandvård i andra EU-länder blir tydlig. Sverige har varit pådrivande i detta arbete – inte minst under ordförandeskapet andra halvåret 2009.

Med det anförda avstyrks motionerna So229 (M), So261 (M), So276 (M), So421 (M) yrkandena 1 och 2, So427 (KD) och So496 (KD) i den mån de inte är tillgodosedda.

Utskottet delar regeringens uppfattning att satsningarna på nationella kvalitetsregister utgör en viktig grundstruktur för att kunna utveckla och driva på hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete. Genom de nationella kvalitetsregistren har patienter och allmänhet fått en bättre inblick i vad hälso- och sjukvården presterar och till vilka kostnader det sker. Enligt utskottet är det viktigt att satsningar på öppna jämförelser fortsätter och utvecklas. Det är därför positivt att parterna genom Dagmaröverenskommelsen 2011 har enats om att driva ett kontinuerligt arbete för att förbättra de nationella kvalitetsregistren i olika avseenden för att de ska utgöra verktyg för förbättringsarbete i vården. Utskottet avstyrker motionerna So236 (S), So264 (M), So551 (M) och So554 (M) i den mån de inte kan anses tillgodosedda.

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 vårddygn 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 So237 (S) yrkandena 1–3 och So366 (M). Motionerna avstyrks.

De frågor som tas upp i motionerna So209 (MP), So365 (M), So573 (V) yrkande 26 och So574 (M) berörs i betänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65). Remissbehandlingen har nyligen avslutats. Enligt utskottet bör beredningen av betänkandet inte föregripas. Motionerna avstyrks.

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om vård och behandling av olika sjukdomar och prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Jämför reservation 8 (S).

Motioner

I motion So520 av Penilla Gunther (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av en ny delegation för att följa upp prioriteringsriktlinjer i svensk hälso- och sjukvård. Delegationen bör enligt motionären arbeta med att de prioriteringsriktlinjer som riksdagen beslutat om får bättre genomslag i svensk hälso- och sjukvård.

Rehabilitering

I motion So273 av Anne Marie Brodén (M) begärs ett tillkännagivande om hur rehabiliteringen av patienter kan förbättras. Motionären anför att det är viktigt att människor får den bästa och mest optimala rehabiliteringen med stark anknytning till de nyaste rönen inom forskningen. Ett område är hur kulturen kan påverka rehabiliteringen.

I motion So275 av Anne Marie Brodén (M) begärs ett tillkännagivande om att Halland bör göras till ett försökslän för kultur på recept i sjukvården.

I motion So422 av Marta Obminska (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om alternativa behandlingsmetoder. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om möjligheterna att underlätta för fler landsting att erbjuda alternativa behandlingsmetoder bör undersökas. Motionären anför att alternativa behandlingsformer med bevisad effekt är viktiga för att behandla

rygg- och nackbesvär. Därför är det angeläget att fler landsting ger sina invånare möjligheten till alternativa behandlingsmetoder som exempelvis naprapati.

I motion So566 av Finn Bengtsson och Saila Quicklund (M) begärs ett tillkännagivande om en översyn av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om synen på rehabiliteringsinsatser i vården. Motionärerna föreslår en översyn av HSL i fråga om sjukvårdens och rehabiliteringens lika värde.

I motion So561 av Finn Bengtsson m.fl. (M) begärs ett tillkännagivande om en ny etisk plattform i sjukvården. För att ändra synsätt och prioritering av behov för rehabiliteringsåtgärder inom hälso- och sjukvården, bör enligt motionärerna såväl en etisk plattform för prioriteringsgrunder som en nationellt likvärdig tillsyn av att detta i praktiken följs av hälso- och sjukvården införas.

Olika sjukdomar

I motion So452 av Hillevi Larsson (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av synliggörande av och ökad forskning om den dolda kvinnosjukdomen endometrios. Motionären anför bl.a. att endometrios måste synliggöras så att fler kvinnor uppmuntras att söka hjälp och få en diagnos.

I motion So352 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svanesson (M) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om adekvat behandling av endometrios genom tidig diagnos.

I motion So385 av Christina Oskarsson och Jörgen Hellman (S) begärs ett tillkännagivande om PSA-test i hälsokontrollen för män över 50 år för att öka chanserna att upptäcka prostatacancer i tid.

I motion So357 av Per Svedberg (S) begärs ett tillkännagivande om satsningar på särskilda flimmermottagningar för att förbättra vården för människor med förmaksflimmer. Motionären anför även att det bör prövas om flimmermottagningar ska föras in i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

I motion So429 av Anita Brodén m.fl. (FP) begärs ett tillkännagivande om att utöka den palliativa vården. Enligt motionärerna måste samhället säkerställa att människor som har en dödlig sjukdom och som upplever stort lidande får god vård och ett värdigt slut på livet.

I motion So291 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om införande av screening för bukaortaaneurysm.

I motion So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP) (delvis) begärs ett tillkännagivande om nationella riktlinjer för MS-vården.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

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, behovssolidaritetsprincipen 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

Utskottet anförde att ”vårdbehovet i varje enskilt fall måste bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt.” Vidare konstaterade utskottet att ”de riktlinjer som regeringen lägger fram i propositionen och som utskottet nyss ställt sig bakom låter sig inte förenas med någon ’lista’ där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra. Det som tas upp i motionerna får enligt utskottets mening bedömas med ledning av de föreslagna principerna och riktlinjerna” (s. 22).

Riksdagen fattade också beslut om två tillägg i hälso- och sjukvårdslagen som lägger fast dels att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ha företräde till vården, dels att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Riksdagsbeslutet inne-

bar vidare ett uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla riksdagens riktlinjer. I riksdagsbeslutet ingick även att en särskild delegation skulle inrättas med uppgift att bl.a. följa tillämpningen av riktlinjerna samt sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Prioriteringsdelegationen lämnade sitt slutbetänkande i januari 2001, Prioriteringar i vården (SOU 2001:8). I betänkandet anfördes det att det yttersta ansvaret för att riktlinjerna följs åvilar riksdag och regering (s. 127). Vidare anfördes det att sjukvårdshuvudmännen har huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare och att Socialstyrelsen i sin tillsynsfunktion har att bevaka att riksdagsbeslutet följs och att prioriteringsprocessen intensifieras.

Sedan 2001 har Prioriteringscentrum (Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg) ett nationellt uppdrag att kring ämnet öppna prioriteringar

- bedriva forskning och utveckling av processer och metoder
- bidra till kunskapsöverföring mellan akademi och praktisk vård och omsorg
- skapa forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- stimulera till ökad medvetenhet och debatt.

Centrumet finns i Linköping och har Landstinget i Östergötland som huvudman.

I betänkande 2004/05:SoU10 Hälso- och sjukvårdsfrågor m.m. behandlades bl.a. Riksrevisionens styrelses framställning 2004/05:RRS2 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Med anledning av denna föreslog utskottet ett tillkännagivande dels om behovet av en förbättrad styrning och uppföljning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, dels om behovet av att utveckla återrapporteringen av resultatet av verksamheten till riksdagen. Vidare föreslogs ett tillkännagivande om att ett genusperspektiv bör anläggas på arbetet med att förbättra styrningen, uppföljningen och återrapporteringen av riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I samma betänkande föreslogs ett tillkännagivande om att utgångspunkten i arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste vara att varje patient ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Utskottet anförde att ”varje fall är unikt och ska bedömas utifrån den enskilda patientens behov. Prioriteringar av enskilda patienter bör därför aldrig ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Detta är en viktig utgångspunkt som regeringen bör beakta i det fortsatta arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården.” Riksdagen följde utskottet (rskr. 2004/05:166–167; ingen reservation i denna del).

Den tidigare regeringen beslutade, mot bakgrund av utskottets uttalande, den 8 december 2005 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga på vilket sätt hälso- och sjukvårdens huvudmän arbetar med prioriteringar. Uppdraget utfördes av Prioriteringscentrum och presenterades i rapporten Vårdens alltför svåra val? i maj 2007. Av kartläggningen framgår bl.a. att

öppna prioriteringar i stor utsträckning saknas, att resurser fördelas utifrån historiska mönster och att de prioriteringar som görs i stort sett uteslutande sker inom och inte mellan verksamhetsområden. Den kommunala vård- och omsorgsverksamheten uppfattar sig i låg grad berörd av riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Medborgarna är i ringa utsträckning involverade i prioriteringsdiskussioner. Principerna och riktlinjerna rapporteras vara kända men svårtolkade och svåränvända. I sin analys av rapporten gjorde Socialstyrelsen bedömningen att det är hög tid att göra en genomgripande översyn och omarbetning av de rådande principerna. En översyn av de rådande principerna bör omfatta en ambition att formulera kriterier som ger ledning avseende begränsningar i det offentliga åtagandet. Socialstyrelsen konstaterade att det finns ett behov av att fortlöpande följa upp hur huvudmännen arbetar med prioriteringar. Detta kan göras utifrån ett mindre antal indikatorer som det på ett enkelt sätt går att samla data kring. En rimlig ambition är att en sådan uppföljning görs vartannat år. Socialstyrelsen konstaterar vidare att möjligheterna att följa upp prioriteringsarbetet ur ett genusperspektiv är begränsade.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) beslutade vid ett ordinarie sammanträde den 23 januari 2009 att överlämna en skrivelse till Socialdepartementet om Prioriteringscentrums förslag till en ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården (dnr 03/09). Smer menar att den nuvarande värdegrunden för prioriteringsbeslut bör fortsätta att gälla och att resurser bör läggas på att aktivera plattformen. En strategi bör tas fram för hur de rådande etiska principerna kan implementeras på politisk, administrativ och klinisk nivå. Det är enligt Smer viktigt att finna former för ökad medvetenhet om den etiska plattformen och att verka för öppna prioriteringar. Vidare anser rådet att en kontinuerlig reflexion över och diskussion om förutsättningarna för öppna prioriteringar är viktig även fortsättningsvis, inte minst när nya metoder för behandling och diagnostik utvecklas. Den 16 februari 2009 presenterade rådet ett pressmeddelande med rubriken Riksdagens etiska plattform håller.

Socialutskottet behandlade motionsyrkanden om en rad sjukdomar i betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor. Utskottet anförde följande (s. 31, res. V):

Utskottet behandlar varje år ett flertal motioner från den allmänna motionstiden om insatser mot olika sjukdomar. Utskottet vidhåller den bedömning som tidigare regelmässigt gjorts, nämligen att utskottet inte ställer sig bakom motionskrav om att satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller om att vården av dessa bör organiseras på ett visst sätt. Att bedöma sådana frågor är enligt utskottet i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen.

Ett enigt utskott har ställt sig bakom riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Utskottet vidhåller sin uppfattning att dessa riktlinjer inte låter sig förenas med någon ”lista” där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.

Det är enligt utskottets mening av stor betydelse att arbetet med prioriteringar fortlöpande utvecklas och förbättras. Socialstyrelsen har en betydelsefull roll i detta arbete. Styrelsens arbete med nationella riktlinjer är av stor vikt. Vidare fyller de nationella kvalitetsregistren en värdefull funktion i förbättringsarbetet för hälso- och sjukvården.

Utskottet noterar vidare att Statens medicinsk-etiska råd nyligen överlämnat en skrivelse om prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården till Socialdepartementet.

Motionerna [...] avstyrks.

Rehabilitering

Av 3 b § HSL framgår att landstinget bl.a. ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där habilitering och rehabilitering. Habilitering eller rehabilitering ska planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Regeringen har avsatt 1 miljon kronor för projektet Kultur på recept. Av detta belopp tilldelades Region Skåne i november 2009 en halv miljon kronor för en försöksverksamhet med kultur som medel för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro. Försöksverksamheten ska bedrivas under ett års tid vid en primärvårdsenhet i Helsingborg. Tanken är att erbjuda deltagande i kulturaktiviteter som komplement till annan behandling och rehabilitering. Det kan t.ex. röra sig om teaterbesök eller eget kulturellt skapande. I december 2009 tilldelades Västerbottens landsting en halv miljon kronor för ett projekt riktat mot personal med stressrelaterade besvär. Deltagarna delas in i två grupper. I den ena gruppen erbjuds man att delta i en skapande aktivitet, exempelvis måleri, keramik och silversmide. Denna grupp ska sedan jämföras med en grupp som erbjuds föreläsningar om stress och stresshantering. En slutrapport ska lämnas till Regeringskansliet senast den 1 juni 2011. (Källa: regeringens webbplats.)

I december 2010 förlängde regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting sin överenskommelse om rehabiliteringsgarantin till att gälla även 2011. Regeringen avsätter 1 000 miljoner kronor under 2011, varav 40 miljoner kronor avsätts för forsknings- och utvecklingsinsatser i anslutning till rehabiliteringsgarantin och utbyggnad av kvalitetsregister samt för förberedelsearbete för en utvidgning av rehabiliteringsgarantin främst i form av Internetstödd KBT (prop. 2010/11:1 utg.omr. 10, bet. 2010/11: SfU1, rskr. 2010/11:121–122). Satsningen görs för att landstingen ska kunna fortsätta ge behandling och rehabilitering åt personer med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress. Under de senaste två åren har det betalats ut 1,6 miljarder kronor till Sveriges landsting för olika rehabiliteringsinsatser. Landstingen ska vid årets slut redovisa hur de använt påslaget. Karolinska Institutet har fått i uppdrag att utvärdera i vilken omfattning personer som genomgår rehabilitering eller behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin återfår arbetsförmågan och i vilken omfattning de återgår i arbete. KI ska slutredovisa sitt uppdrag den 15 augusti 2011.

I mars 2011 överlämnade Rehabiliteringsrådet sitt slutbetänkande (SOU 2011:15, dir. 2009:131). Uppdraget har varit att lämna underlag till utformning av den framtida rehabiliteringsgarantin. Arbetet har främst bedrivits i fyra arbetsgrupper inom ämnesområdena psykiatri, smärta i rörelseorganen, onkologi och neurologi. Rehabiliteringsrådet föreslår bl.a. att ett kvalitetsregister för insatser inom garantin införs för att öka kunskapen om vilka behandlingsinsatser som har effekt och öka möjligheterna för patienten att kunna återgå i arbete.

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. Socialstyrelsen har publicerat riktlinjer om bl.a. demens, depression och ångest, diabetes, stroke och blodpropp. Dessutom finns det preliminära riktlinjer om bl.a. lungcancer, och för närvarande pågår en uppdatering av gällande riktlinjer om bröst-, kolorektal- och prostatacancer samt en komplettering av hjärtsjukvård.

Utredningen En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) presenterade sitt slutbetänkande i januari 2009. Bland annat presenterades fem övergripande mål för arbetet inom cancerområdet (s. 251 i betänkandet):

- 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 har tagit flera initiativ för att på olika sätt uppnå målen i strategin. Ett viktigt initiativ är att regeringen har kommit överens med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att regeringen, landstingen och regionerna ska utveckla cancerarbetet i hälso- och sjukvården.

En viktig del i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden är hur cancervården ska kunna samverka på delvis nya sätt. Ett förslag är att utveckla ett antal regionala cancercentrum i form av samlade cancerverksamheter som innehåller såväl diagnostik, behandling och befolkningsinriktad prevention som grundforskning, klinisk forskning och utbildning.

Regeringen beslutade den 5 november 2009 att utse Kjell Asplund till nationell cancersamordnare med uppgift att samordna processen och främja utvecklingen av regionala cancercentrum. I uppdraget har också ingått att, utifrån de principer som anges i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11), ta fram kriterier för vad som ska utmärka ett RCC. Den 31 januari 2011 presenterade utredaren promemo-

rian Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC). För att en verksamhet ska betecknas som ett RCC ska den utmärkas av de kriterier som presenteras i promemorian.

Den nationella cancersamordnaren har nyligen fått sitt uppdrag förlängt till den 15 januari 2012.

Socialstyrelsen fick den 4 mars 2010 i uppdrag att betala ut 24 miljoner kronor för inrättandet av högst sex regionala cancercentrum. Vidare uppdrogs Socialstyrelsen att föreslå en modell för att följa upp skillnader i insjuknande i cancer och överlevnadstid efter en cancerdiagnos mellan olika vårdgivare och olika befolkningsgrupper. Modellen ska visa data med högsta möjliga aktualitet och ska kunna användas i arbetet med kontinuerligt redovisade öppna jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet.

Av Socialstyrelsens regleringsbrev för 2011 framgår att myndigheten ska genomföra en pilotundersökning i form av en enkät till patienter inom cancervården och utifrån erfarenheterna från undersökningen föreslå former för en nationell enkät till patienter inom cancervården. Uppdraget ska genomföras i samråd med de sex regionala cancercentrumen, Sveriges Kommuner och Landsting samt företrädare för huvudmän, profession och cancerpatienter. Uppdraget ska avrapporteras senast den 16 januari 2012. Socialstyrelsen ska även fortsätta sitt arbete med att utveckla ett system för att följa väntetider i cancervården i enlighet med förslagen i myndighetens rapport I väntan på besked som lämnades till regeringen i oktober 2010.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har inför 2011 träffat ytterligare en överenskommelse om insatser för en ännu bättre cancervård. Överenskommelsen för 2011 omfattar totalt 34 miljoner kronor, en ökning från förra året med 14 miljoner. Nya områden i 2011 års överenskommelse är bl.a. försöksverksamhet inom hudtumörområdet, en förstudie om telefonrådgivning om cancer, en nationell nomenklatur för cytostatikakurer och en kartläggning av kontaktsjuksköterskor eller motsvarande.

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 om palliativ vård är nu under produktion på Socialstyrelsen. En preliminär version av riktlinjerna beräknas vara klar sommaren 2012.

År 2008 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en rapport om screening för bukaortaaneurysm (rapport nr 2008-4). I rapporten konstateras det att screening är ett sätt att minska dödligheten i

bukaortaaneurysm. Det finns, enligt rapporten, starkt vetenskapligt stöd för att metoden räddar liv och är kostnadseffektiv för män. För kvinnor är det vetenskapliga underlaget otillräckligt.

Under de senaste åren har screening av 65-åriga män för att upptäcka pulsåderbräck i tid startats i ett flertal av Sveriges landsting. Det gäller bl.a. Stockholms läns landsting, Landstinget i Jönköping, Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Det nationella kvalitetsregistret Svenska multipel skleros-registret (SMSreg) är ett stöd för det patientrelaterade arbetet men gör det också möjligt att lokalt sköta såväl kvalitetskontroll som verksamhetsuppföljning. SMSreg syftar bl.a. till att bidra till att ms-vården i Sverige har en hög kvalitet och jämn fördelning, att tillgodose att gängse behandlingsrekommendationer vid ms följs, att långsiktigt utvärdera effekten av moderna förloppsmodifierande mediciner på sjukdomsförloppet vid ms samt att skapa och sprida ny kunskap om ms genom forskning och upplysning.

Av Socialstyrelsens allmänna råd om bemötande av patienter som relaterar sina besvär till amalgam och elektricitet (SOSFS 1998:3) framgår bl.a. följande:

Patienter som sätter sina besvär i samband med amalgamfyllningar eller elektromagnetiska fält upplever ofta att de får ett dåligt bemötande i vården. De tycker inte att de blir tagna på allvar, de känner sig inte respekterade och uppfattar att många i vården anser att deras besvär är inbillade eller enbart psykiskt betingade.

Ett problem vid utredningen av dessa patienter är att det inte finns något vetenskapligt underlag som styrker ett samband mellan allmänna sjukdomssymtom och amalgamfyllningar respektive elektricitet. Å andra sidan kan ett samband inte uteslutas för vissa patienter. Det finns dock inga kliniskt utvärderade prov som kan ange vilka dessa patienter i så fall skulle vara.

Socialstyrelsen har i expertrapporter framhållit att patienterna behöver utredas noggrant och i övrigt få ett omsorgsfullt omhändertagande. I 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framhålls att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Med hänsyn till de klagomål som framförs från patienter och patientföreningar har Socialstyrelsen ansett det angeläget att, som ett stöd för hälso- och sjukvården, i allmänna råd närmare utveckla hur man kan bemöta och utreda här berörda patienter.

— — —

Behandling

Upptäckta brister och sjukdomar behandlas i sedvanlig ordning. Övriga besvär och symtom får lindras med symtomatisk behandling och fortsatt stöd. Om patienten inte anser sig tåla viss elektrisk utrustning eller vissa miljöer, är detta något som måste tas hänsyn till så långt möjligt. När sjukskrivning blir aktuell är det angeläget att ha kontakt med företagshälsovård, när sådan finns. Andra arbetsuppgifter eller kortare arbetspass kanske räcker för att besvären skall gå över.

Utskottets ställningstagande

Utskottet behandlar nästan varje år ett flertal motioner från den allmänna motionstiden om insatser mot olika sjukdomar. Utskottet vidhåller den bedömning som tidigare regelmässigt 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 visst sätt. Att bedöma sådana frågor är enligt utskottet i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Ett enigt utskott har ställt sig bakom riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Utskottet vidhåller sin uppfattning att dessa riktlinjer inte låter sig förenas med någon ”lista” där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.

Det är enligt utskottets mening angeläget att arbetet med prioriteringar fortlöpande utvecklas och förbättras. Socialstyrelsen har en betydelsefull roll i detta arbete. Styrelsens arbete med nationella riktlinjer är av stor vikt. Vidare fyller de nationella kvalitetsregistren en värdefull funktion i förbättringsarbetet för hälso- och sjukvården. Utskottet noterar vidare att Statens medicinsk-etiska råd i en skrivelse till regeringen (2009) anfört att den nuvarande värdegrunden för prioriteringsbeslut bör fortsätta att gälla och att resurser bör läggas på att aktivera plattformen.

Motioner om cancervård behandlades nyligen i betänkande 2010/11: SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m. som godkännts av riksdagen (prop. 2010/11:1, rskr. 2010/11:124–125). Utskottet konstaterade då att regeringen under den gångna mandatperioden påbörjade en rad insatser för att förbättra svensk cancervård, vilka tillsammans formar en nationell cancerstrategi (s. 18). Vidare pekade utskottet på det arbete som görs av den nationella cancersamordnaren. Utskottet ser fortsatt positivt på dessa insatser och välkomnar den pågående processen i de sex regionala cancercentrumen.

Med det anförda avstyrker utskottet motionerna So273 (M), So275 (M), So291 (M), So352 (M) yrkande 2, So357 (S), So385 (S), So398 (FP) i denna del, So422 (M) yrkandena 1 och 2, So429 (FP), So452 (S), So520 (KD), So561 (M) och So566 (M).

Patientdatalagen och IT i vården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om patientdatalagen och IT i vården.

Jämför reservation 9 (S, MP, V).

Motioner

Patientdatalagen

I motion So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att ett system med en journal per patient bör tas fram. Motionären anför att all information om en patient bör samlas på ett ställe, så att patienten slipper berätta sin sjukdomshistoria vid varje ny vårdkontakt, och att patienten ska ha tillgång till sin egen journal. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör se över möjligheten till personliga hälsokonton.

I motion So414 av Gustav Nilsson (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att det bör vara möjligt att få ett livstestamente infört i sin journal. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att man inom nationella IT-strategiprojekt bör verka för att livstestetet görs åtkomligt för vårdgivare även utanför det egna landstinget.

I motion So515 av Edward Riedl (M) begärs ett tillkännagivande om att man bör se över möjligheten att få myndigheter att tydligare upplysa den enskilde om möjligheten till samtycke. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt, vilket betyder att ingen får lämna ut uppgifter om en individ, sjukdom, behandling eller en enskilds privata situation utan att man som individ själv har godkänt det. Kunskapen om denna möjlighet till samtycke bör, enligt motionären, spridas.

I motion So228 av Johan Pehrson (FP) begärs ett tillkännagivande om hur patientdatalagen ska tillämpas i förhållande till vuxna patienter som tillfälligt eller varaktigt brister i beslutsförmåga.

IT i vården

I motion So337 av Désirée Liljevall (S) begärs ett tillkännagivande om IT:s roll för säkerheten i vården. Motionären anför att den nationella IT-strategin måste vidareutvecklas och förtydligas – bl.a. med uppföljnings- och utvärderingsbara mål och med ökat fokus på säkerhet och robusthet.

I motion So389 av Eliza Roszkowska Öberg (M) begärs ett tillkännagivande om IT och ny teknik för att utveckla vården. Motionären anför bl.a. att det bör göras en översyn av hur arbetet med IT i vården fortgår och vad som behövs för att integrera IT och ny teknik som en naturlig del i den svenska hälso- och sjukvården.

Gällande rätt och pågående arbete m.m.

Patientdatalagen

Riksdagen beslutade i maj 2008 om en ny patientdatalag (prop. 2007/08:126, bet. 2007/08:SoU16, rskr. 2007/08:207). Patientdatalagen (2008:355) trädde i kraft den 1 juli 2008 och innebar bl.a. att patientjournalagen (1985:562) och lagen (1998:544) om vårdregister sammanfördes i en ny lag.

I denna lag, som gäller för alla vårdgivare oavsett huvudmannskap, regleras bl.a. sådana frågor som skyldigheten att föra patientjournal, inre sekretess och elektronisk åtkomst i en vårdgivares verksamhet, utlämnande av uppgifter och handlingar genom direktåtkomst eller på annat elektroniskt sätt samt nationella och regionala kvalitetsregister.

Patientjournalagens bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar inom enskild hälso- och sjukvård fördes över oförändrade till patientdatalagen med ett tillägg. Tillägget innebar att även en närstående till patienten fick rätt att få ta del av patientens journalhandling (8 kap. 2 § patientdatalagen).

Enligt 8 kap. 2 § patientdatalagen ska en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård på begäran av patienten eller av en närstående till patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för att läsas eller skrivas av på stället eller tillhandahållas i form av en avskrift eller kopia, om inte annat följer av 6 kap. 12 § eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659), dvs. förutsatt att uppgifterna inte omfattas av tystnadsplikten.

Sekretesslagen (1980:100) gäller bara för den allmänna hälso- och sjukvården. Vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet i 6 kap. 12 § eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) har det dock ansetts vara naturligt att söka ledning i skaderekvisitet som finns i sekretesslagens bestämmelser. Ståndpunkten är att den enskilde ska åtnjuta samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon behandlas av en offentlig eller privat vårdgivare (prop. 2007/08:126 s.132 f.).

Lagen har delvis karaktär av ramlag, som anger vilka grundläggande principer som ska gälla för hanteringen av uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård. Den närmare regleringen i vissa generella frågor ska kunna meddelas i en förordning eller, efter regeringens bemyndigande, i myndighetsföreskrifter.

Den nya lagen är en del av den process som pågår för att bl.a. med hjälp av IT få till stånd en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och en starkare patientorientering i verksamheten. Den centrala utgångspunkten är att skapa en reglering som möjliggör både en ökad patientsäkerhet och ett starkt integritetsskydd. (Se vidare nedan.)

I proposition 2007/08:126 s. 65 anför regeringen att den inte föreslår särregler för vuxna patienter som tillfälligt eller varaktigt brister i beslutsförmåga. Hur dessa ska hanteras i hälso- och sjukvården har utretts av Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare, i SOU 2004:112.

Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen ansåg därför att det inte borde införas sådana särbestämmelser, utan att saken lämpligen borde regleras i samband med ett ställningstagande till förslagen i det sistnämnda betänkandet.

Enligt uppgift från Justitiedepartementet bereds frågan fortfarande i Regeringskansliet. Förslagen i det nämnda betänkandet har behandlats i flera steg, och några steg återstår. Det gäller bl.a. vem som ska företräda en beslutsinkapabel person i kontakter med sjukvården, i fråga om forskning på person och inom området för social välfärd.

I samband med patientdatalagens tillkomst beslutade Socialstyrelsen om föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna reglerar både offentliga och privata vårdgivares behandling av personuppgifter. Socialstyrelsen har dessutom utarbetat en handbok som ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa föreskrifterna.

IT i vården

Den nationella IT-strategin fastställdes 2006 dels av Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets styrelser, dels av regeringen som redovisade den i en skrivelse till riksdagen (skr. 2005/06:139, bet. 2005/06:SoU30). IT-strategin innehåller en gemensam vision av hur sektorns informationsförsörjning bör fungera och vilka grundläggande principer som ska gälla för fortsatta investeringar. Grunden är en sammanhållen informationsbild kring varje individ som är tillgänglig för behandlande vårdpersonal oavsett var i vårdsystemet patienten söker vård. Vidare innehåller strategin en strukturerad beskrivning av vilka utmaningar som behöver antas för att nå det gemensamma målet, där samtliga identifierade problem inordnats i sex insatsområden med en tydlig ansvarsfördelning när det gäller både utförande och finansiering.

Av budgetpropositionen för 2011 utgiftsområde 9 framgår bl.a. följande när det gäller IT inom hälso- och sjukvården (s. 43–44):

Staten och huvudmännen har sedan 2005 etablerat ett nära samarbete genom den Nationella IT-strategin för vård och omsorg (Skr. 2005/06:139) för att skapa bättre grundförutsättningar för en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering med hjälp av moderna IT-stöd. Legala anpassningar och tekniska förutsättningar har utvecklats för att höja informationskvaliteten och skapa en mer sammanhållen dokumentation. Ett nytt och gemensamt synsätt har etablerats mellan centrala myndigheter och sjukvårdshuvudmän om hur arbetet ska bedrivas och hur viktiga investeringar ska genomföras.

Från IT-strategi till Nationell eHälsa

Arbetet med den nationella IT-strategin för vård och omsorg går nu in i en ny fas och utvidgas till att innefatta socialtjänstens verksamheter samt att fokus tydligare läggs på införande, användning och nytta av de e-hälsotjänster som utvecklats under många år. Syftet är att åstadkomma synliga nyttoeffekter i vardagen för invånare, personal och

beslutsfattare. För att åskådliggöra att det är införande och användning som står i fokus snarare än teknikutveckling har regeringen i juni 2010 beslutat ändra namnet på strategin till Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Nationell eHälsa innehåller en gemensam vision av hur sektorns informationsförsörjning bör fungera och vilka grundläggande principer som ska gälla för fortsatta investeringar. Vidare innehåller strategin en strukturerad beskrivning av vilka utmaningar som behöver mötas för att nå det gemensamma målet om en sammanhållen och användbar vårdokumentation.

Informationsstruktur och terminologi

Socialstyrelsen arbetar sedan 2007 med att utveckla en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk för vård och omsorg. En strukturerad dokumentation utgör grunden för såväl en stärkt patientsäkerhet som förbättrade möjligheter till uppföljning och öppna jämförelser. Projekten går nu in i sin slutfas, där arbetet för att påbörja prövning, införande och tillämpning av resultaten nu intensifieras i samarbete med SKL.

Nationell patientöversikt skapar kontinuitet

Patientöversikten gör den viktigaste informationen om en patients tidigare och pågående behandlingar tillgänglig för vårdpersonalen hos olika vårdgivare och utförare. Tjänsten infördes i maj 2009 i Örebro läns landsting och Örebro kommun samt i Östergötlands och Södermanlands läns landsting, och införs stegvis i övriga landsting fram till 2012. Under 2009 har läkemedelsförteckningen, som visar köp av förskrivna läkemedel, gjorts tillgänglig via patientöversikten och under 2010 integreras den med bastjänster för informationsförsörjning för att möjliggöra en säker informationshantering i enlighet med patientdatalagen.

Uppföljning och genomförande

Regeringen presenterade under EU-ordförandeskapet 2009 rapporten eHealth for a Healthier Europe som synliggör kostnaderna för hälso- och sjukvården av att inte investera i moderna och sammanhållna e-hälsotjänster. I rapporten etableras även en ny modell som ger beslutsfattare ett viktigt verktyg för att koppla mål uppfyllelsen av politiska verksamhetsmål till investeringarna i ny teknik. Modellen har skapat en helt ny dimension, som inte funnits i tidigare undersökningar, och skapar mätbarhet av de betydande nyttoeffekter som uppstår av investeringar i e-hälsa.

I enlighet med överenskommelsen i Nationell eHälsa har landstingen det huvudsakliga ansvaret för alla dessa investeringar, men i syfte att stimulera och påskynda arbetet har regeringen årligen tillskjutit betydande medel bl.a. genom Dagmaröverenskommelsen. Landstingen har under flera decennier satsat omfattande belopp på att förbättra informationsförsörjningen inom sektorn med hjälp av e-hälsa. För 2008 uppgick landstingens samlade kostnader för IT-tjänster till drygt 6,7 miljarder kronor vilket motsvarar närmare 3 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård.

Landstingen har genom tillkomsten av strategin organiserat det nationella arbetet på ett nytt sätt. Landstingens handlingsplan för genomförandet av strategin bedrivs operativt på det beställarkansli som inrättades vid SKL 2006. Beställarkansliet har under 2010, helt i enlighet med Nationell eHälsa, ändrat inriktning till direkt invånar- och

verksamhetsnytta och i samband med detta bytt namn till Center för eHälsa i samverkan. Samarbete med regeringen sker kontinuerligt för att förverkliga strategin.

I Dagmaröverenskommelsen för 2011 avsätts 40 miljoner kronor på Nationell eHälsa. I överenskommelsen sätter regeringen och SKL ett ökat fokus på införandet, användningen och nyttan av tekniken snarare än den tekniska utvecklingen. Arbetet ska tydligt utgå från individens behov. Tidigt under 2011 avser parterna att enas om specifika satsningar som ska genomföras under året. Områden som kommer att stå i fokus är t.ex. en ambitionshöjning när det gäller e-tjänster för att stärka invånarens möjlighet till delaktighet och inflytande, utvecklingen av modeller och indikatorer för uppföljning av nyttoeffekterna med e-hälsa liksom en satsning på tjänster för en europeisk patientrörlighet genom Epsosprojektet. Därutöver kommer förslag att presenteras om hur det nationella arbetet med att genomföra strategin ska organiseras och vilka nödvändiga kommunikationsinsatser som krävs för att öka kännedomen om pågående arbete till fler målgrupper än i dag.

Regeringen har nyligen inlett arbetet med en digital agenda för Sverige. Den digitala agendan för Sverige ska vara en sammanhållen strategi som syftar till att statens befintliga resurser ska utnyttjas bättre. Regeringen har tidigare tagit initiativ för att stötta digitaliseringen inom flera politikområden genom en handlingsplan för elektronisk förvaltning, en bredbandstrategi för Sverige och en nationell IT-strategi för vård och omsorg. Den digitala agendan ska vara ett komplement till pågående insatser. Den ska samordna åtgärder på IT-området inom t.ex. säkerhet, infrastruktur, kompetensförsörjning, tillit, tillgänglighet, användbarhet, standarder, entreprenörskap och innovation. Regeringen har inrättat en statssekreterargrupp i syfte att förstärka styrningen och samordningen av IT-politiken samt för att samordna arbetet med att utarbeta den digitala agendan (källa: www.regeringen.se).

Tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ), vilken berörs ovan, gör det möjligt för behörig vård- och omsorgspersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Samordning av vårdinsatser underlättas, och en helhetsbild av patienten ger ett bättre beslutsunderlag för diagnos, behandling och uppföljning. Bakgrunden till NPÖ är behovet av effektiva verktyg som ger behörig vård- och omsorgspersonal tillgång till kritisk patientinformation över organisationsgränserna.

Efter ett antal pilotprojekt pågår nu etableringen av Nationell patientöversikt i Sverige. Samtliga landsting och regioner står bakom genomförandet och ska ansluta sig till tjänsten. I landstingens och regionernas gemensamma handlingsplan som koordineras av Center för eHälsa i samverkan är målet att NPÖ vid årsskiftet 2012/13 ska vara införd i alla landsting och användas i betydande utsträckning för kommunikation mellan landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Riksrevisionen har inlett en granskning av de statliga insatserna för att åstadkomma en nationellt sammanhållen journalföring inom vård och omsorg. Syftet med granskningen är att undersöka varför behörig vård- och omsorgspersonal inte har elektronisk direktåtkomst till rätt patientinformation vid rätt tillfälle. I den mån det är möjligt kommer granskningen också att belysa konsekvenserna för enskilda individer av att behörig vårdpersonal inte har tillgång till rätt patientinformation vid rätt tillfälle. Granskningen planeras vara klar i maj 2011.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade frågor om patientdatalagen och IT i vården i betänkande 2009/10:SoU11 (s. 39) som godkänkts av riksdagen. Utskottet anförde bl.a. följande (1 res. S + V + MP):

Utskottet ser mycket positivt på alla de åtgärder på området för IT i hälso- och sjukvård som regeringen och det svenska ordförandeskapet har vidtagit. Utskottet vill i detta sammanhang särskilt lyfta fram det svenska ordförandeskapets prioritering av frågan om eHälsa samt de goda resultat och de framgångar som uppnåtts under ordförandeskapet. Genom dessa har Sverige som nation poängterat betydelsen av eHälsafrågan inom hälso- och sjukvården. Utskottet konstaterar således att regeringen både nationellt och inom EU bedriver och har för avsikt att fortsätta bedriva ett intensivt arbete för att främja utvecklingen av IT inom vården. En sådan fortsatt utveckling och förbättring av IT-lösningarna inom hälso- och sjukvården välkomnas av utskottet, som bedömer att detta ökar förutsättningarna för en effektivare och patientsäkrare vård. Mot denna bakgrund avstyrker utskottet motionerna [...] samt [...] i den mån de inte kan anses tillgodosedda.

Utskottets ställningstagande

Den nya patientdatalagen (2008:355) är en del av den process som pågår för att bl.a. med hjälp av IT få till stånd en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och en starkare patientorientering i verksamheten. Den centrala utgångspunkten är att skapa en reglering som möjliggör både en ökad patientsäkerhet och ett starkt integritetsskydd. Det långsiktiga målet med patientdatalagen är att skapa en ändamålsenlig vårdokumentation som ger tillförlitlig och användbar information för olika aktörer och som följer patienten hela livet. Utskottet kan konstatera att arbete pågår för att uppnå detta mål.

Enligt utskottet är en effektiv och ändamålsenlig informationshantering inom hälso- och sjukvården en förutsättning för att kunna garantera patientsäkerhet, tillgänglighet och vårdkvalitet. Stora framsteg har gjorts och görs inom ramen för Nationell eHälsa och dess fokus på nyttan för invånare och verksamheter. Den övergripande målsättningen för det utvecklingsarbete och den samverkan som bedrivits sedan den nationella IT-strategins tillkomst 2006 har allt tydligare inriktats på att använda e-hälsa för att både effektivisera och förnya vården och omsorgen.

En förutsättning för att e-hälsotjänster ska bli effektiva verktyg för att utveckla och effektivisera vården och omsorgen är att det finns samsyn och samordning mellan olika aktörer. Nationell eHälsa är ett uttryck för denna samsyn mellan de centrala aktörerna på nationell nivå.

Utskottet ser positivt på att det i Dagmaröverenskommelsen för 2011 avsätts 40 miljoner kronor till Nationell eHälsa och att parterna sätter ett ökat fokus på införandet, användningen och nyttan av tekniken snarare än den tekniska utvecklingen.

Beträffande motion So228 (FP) noterar utskottet att frågan om särregler för vuxna patienter som tillfälligt eller varaktigt brister i beslutsförmåga alltså bereds inom Justitiedepartementet. Denna beredning bör inte föregripas.

Mot bakgrund av pågående arbete inom detta område bör riksdagen inte ta något initiativ. Motionerna So228 (FP), So337 (S), So389 (M), So414 (M) yrkandena 1 och 2, So515 (M) och So573 (V) yrkandena 1 och 2 avstyrks.

Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om jämställdhetsperspektiv i vården.

Jämför reservationerna 10 (S, V) och 11 (MP).

Motioner

I motion So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 27 begärs ett tillkännagivande om att en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör tas fram med inriktning på hur man kan öka och sprida kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården. I yrkande 29 begärs ett tillkännagivande om könsuppdelad vårdstatistik och att jämställd vård ska vara ett eget uppföljningsområde i de nationella jämförelserna.

I motion So293 av Ann-Christin Ahlberg (S) begärs ett tillkännagivande om kvinnors rätt till god hälsa och vård. Motionären anför att det krävs ett systematiskt genomförande av ändrade rutiner och behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvårdsområdet så att människor garanteras adekvat vård och behandling på lika villkor oavsett kön.

I motion So342 av Gunilla Svantorp (S) begärs ett tillkännagivande om kraven på könsuppdelad statistik inom hälso- och sjukvården.

I motion So266 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om en jämställd och likvärdig vård. Motionären anför att skillnader mellan könen i vårdens bemötande måste uppmärksammas mer.

I motion So274 av Anne Marie Brodén (M) begärs ett tillkännagivande om vård på lika villkor. Det är enligt motionären viktigt att det blir obligatoriskt att delta i kvalitetsregistren och att kön är ett av kvalitetsområdena i redovisningarna.

I motion So206 av Eva Flyborg (FP) begärs ett tillkännagivande om kvinnoperspektiv i vården. Motionären anför bl.a. att förslag måste utarbetas för ett jämställt bemötande av kvinnor och män inom sjukvården.

Gällande rätt

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 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.

Enligt 2 kap. 13 § 1 diskrimineringslagen (2008:567) är diskriminering förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. Förbudet hindrar inte att kvinnor och män behandlas olika, om det har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet.

Enligt 14 § förordningen (2001:100) om den officiella statistiken ska individbaserad officiell statistik vara uppdelad efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Socialutskottet behandlade senast motionsyrkanden om jämställdhet i vården i betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor som godkännts av riksdagen. Motionsyrkandena behandlades förenklat. Dessförinnan behandlade utskottet ett motionsyrkande om att utjämna skillnaderna i hälsa, vård och omsorg för kvinnor och andra missgynnade grupper i betänkande 2007/08:SoU11 En förnyad folkhälsopolitik som godkännts av riksdagen. Utskottet anförde då följande (s. 25, res. S + V).

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppföljningen redovisas i rapporten Mot en mer jämställd vård och socialtjänst (art.nr 2008-131-1), som presenterades i mars 2008. Enligt rapporten saknas det i vissa avseenden kunskap om vad jämställd vård och socialtjänst faktiskt är. Mäns och kvinnors liv ser olika ut, och detta återspeglas i vården och socialtjänsten. Jämställdhetsperspektivet blir emellertid enligt rapporten viktigare för både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

— — —

Utskottet konstaterar att det pågår ett relativt omfattande arbete för att komma till rätta med den bristande jämställdhet inom hälso- och sjukvården som bl.a. påvisats i Socialstyrelsens rapport Mot en mer jämställd vård och socialtjänst. Utskottet erinrar om att riksdagen beslutat om ett nytt mål för politikområdet hälso- och sjukvård (prop. 2007/08: 1, bet. 2007/08:SoU1, rskr. 2007/08:86 och 87). I anslutning till förslaget om det nya målet tydliggörs att en tillgänglig och behovsanpassad

vård förutsätter ökat fokus på kvinnors och mäns skilda behov och villkor. Genom det nya målet förbättras möjligheterna för tillsynsmyndigheterna att löpande följa upp och analysera exempelvis bemötande- och tillgänglighetsfrågor. Därigenom ökar också trycket på sjukvårdshuvudmännen att ytterligare höja ambitionsnivån för att säkerställa att en likvärdig vård kan erbjudas alla utifrån individuella förutsättningar och behov. Mot denna bakgrund anser utskottet att motion ... avstyrks.

I propositionen Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning (prop. 2009/10:67) anför regeringen att den har för avsikt att återkomma med uppdrag till berörda myndigheter avseende uppföljning och utvärdering av vårdgarantin m.m. Skillnader mellan kvinnor och män bör uppmärksammas i uppföljningen av samtliga förslag (prop. s. 72 f.). Av Socialstyrelsens regleringsbrev för 2011 framgår att myndigheten ska följa upp lagändringarna om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökad information till patienten. En delrapport ska lämnas senast den 15 augusti 2011 och en slutrapport senast den 15 augusti 2012.

Den 29 juni 2010 besvarade socialminister Göran Hägglund en interpellation (2009/10:482) om jämlikheten och jämställdheten inom sjukvården. Ministern anförde bl.a. följande:

För att stärka förutsättningarna för ett systematiskt jämställdhetsarbete inom hela hälso- och sjukvården har regeringen vidtagit en rad åtgärder. Nyckeln i detta arbete är att skapa ett bättre kunskapsunderlag samt att medvetandegöra problematiken hos vårdpersonal och beslutsfattare. Längre saknades såväl kunskaper som instrument för att utveckla en mer jämställd vård. Efter hand har vi fått allt större kunskaper på området, inte minst genom de uppföljningar och rapporter som Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att genomföra. Dessa ger en god överblick över utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller dessa frågor.

Som en del i detta arbete har Sveriges Kommuner och Landsting fått 145 miljoner kronor av regeringen för att etablera ett program som stöder arbetet med att integrera ett jämställdhetsperspektiv i allt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Programmet syftar till att stödja kvalitetssäkring av offentligt finansierade verksamheter på kommunal nivå och på landstingsnivå. Detta för att garantera att vården svarar mot båda könen villkor och behov så att vi säkerställer en hög kvalitet och goda resultat för såväl kvinnor och män som flickor och pojkar.

Satsningen ska vidare bidra till att vidareutveckla ledningssystem och verktyg för verksamhets- och kvalitetsutveckling så att jämställdhetsperspektivet fortlöpande beaktas och att lärandet inom vårdorganisationen stimuleras. Målet är konkreta och bestående förbättringar i verksamheternas arbete med jämställdhetsintegrering. För närvarande pågår 87 olika utvecklingsprojekt över hela landet.

Aven den förebyggande hälso- och sjukvården är ett prioriterat område där det behövs mer kunskap om kvinnors ohälsa och skäl till sjukfrånvaro. För att ge några exempel har regeringen satsat 41 miljoner kronor på forskning och rehabilitering för att minska kvinnors sjukskrivning.

-- --

Socialstyrelsen har lyft fram jämställdhet och jämlikhet som den största utmaningen för vården, och fokus ligger på att minska skillnader i hälsa och vård mellan olika grupper. Socialstyrelsen har regeringens mandat att intensifiera arbetet med uppföljning av jämställdhet och jämlikhet i vården inom ramen för uppföljningen av God Vård. Detta innebär att vården är tillgänglig, kunskapsbaserad, säker, effektiv, patientfokuserad och jämlik. Jämställdheten ingår genomgående i allt förbättringsarbete inom ramen för God Vård-konceptet.

Av budgetpropositionen för 2011 utgiftsområde 9 framgår bl.a. att regeringen anser att det är viktigt att den vård som erbjuds är jämlik (s. 51). 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. Vidare ska kvinnors respektive mäns villkor och behov beaktas. Regeringen anför även att den avser att se över möjligheterna att utvidga de öppna jämförelserna så att de också inkluderar mätning och redovisning av jämlikheten utifrån faktorer som inkomst, utbildningsbakgrund, kön, ålder och bostadsort.

Inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) pågår programmet Hållbar jämställdhet för att stödja genomförandet av jämställdhetsintegrering i kommuner, landsting och regioner fram till 2013. SKL har totalt fått 225 miljoner kronor från regeringen för detta ändamål. Programmet syftar till att stödja kvalitetssäkring av offentligfinansierade verksamheter på kommunal och landstingskommunal nivå för att garantera att de svarar mot båda könen villkor och behov så att hög kvalitet och goda resultat uppnås för både kvinnor och män samt både flickor och pojkar. Nyligen har två checklistor tagits fram som vänder sig till dels handläggare, dels förtroendevalda inom kommuner och landsting (www.skl.se).

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (Fas) har på uppdrag av regeringen startat ett forskningsprogram om kvinnors hälsa, för vilket det avsatts 30 miljoner årligen 2008–2010. Den 19 maj 2010 arrangerade Fas en konferens, ”Kvinnors hälsa – en utmaning för forskning”, där forskare berättade om aktuella projekt. Vid konferensen anförde dåvarande Integrations- och jämställdhetsminister Nyamko Sabuni att jämställdhetspolitik riktad mot kvinnors hälsa prioriteras av regeringen. Tre områden står i fokus: kvinnors vardagsliv, mäns våld mot kvinnor och välfärdstjänster.

Utskottets ställningstagande

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 Landsting 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. Mot denna bakgrund anser utskottet att riksdagen inte behöver ta något initiativ med anledning av motionerna So206 (FP), So266 (M), So274 (M), So293 (S), So342 (S) och So573 (V) yrkandena 27 och 29. Motionerna avstyrks i den mån de inte kan anses vara tillgodosedda.

Kompetens, bemötande och kunskapsfrågor

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motioner om bl.a. läkarrekrytering, läkares specialiseringstjänstgöring, hälso- och sjukvårdens stöd till personer som utsatts för övergrepp och ett nationellt krav på kompetens för uttryckningsförare.

Jämför reservationerna 12 (S, MP, V), 13 (S, MP, V), 14 (V) och 15 (S).

Motioner

Läkarrekrytering m.m.

I motion So386 av Peter Johnsson m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om att man bör ta till vara inflyttade läkares kompetens.

I motion So227 av Roger Haddad (FP) begärs ett tillkännagivande om åtgärder för att underlätta läkarrekryteringen i Sverige. Motionären anför bl.a. att han anser att det är av stor vikt att staten via universiteten och Arbetsförmedlingen tillsammans med landstingen och kommunerna vidtar ytterligare åtgärder och prioriterar särskilda åtgärdsprogram för att underlätta läkarrekryteringen i Sverige.

I motion So471 av Hillevi Larsson (S) begärs ett tillkännagivande om att man bör överväga att utreda läkarnas arbetssituation och arbetstider med syfte att bättre reglera deras arbetsförhållanden så att utbrändhet förebyggs och vården blir säkrare och bättre för patienterna.

Läkares specialiseringstjänstgöring m.m.

I motion So249 av Anders Andersson (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av åtgärder för att effektivisera och kvalitetssäkra allmäntjänstgöringen (AT) i läkarutbildningen. Motionären föreslår att det görs en översyn av AT-systemet.

I motion So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP) (delvis) begärs ett tillkännagivande om utarbetandet av en nationell strategi för att öka antalet neurologer i svensk sjukvård.

I motion Ub246 av Björn von Sydow (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om behovet av att den geriatriska specialistutbildningen stärks kvalitativt och kvantitativt.

I motion So262 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (M) begärs ett tillkännagivande om det ökade behovet av geriatriker.

I motion So472 av Anders Flanking och Ulrika Carlsson i Skövde (C) begärs ett tillkännagivande om vikten av att stärka den geriatriska kompetensen i sjukvården och äldreomsorgen. Motionärerna anför bl.a. att det behövs fler läkare med geriatrisk specialistkompetens.

I motion So503 av Barbro Westerholm och Finn Bengtsson (FP, M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om grundutbildningen och specialistutbildningen i geriatrik för läkare.

I motion So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om behovet av en påbyggnadsspecialitet i palliativ medicin för läkare. Ett liknande yrkande finns i motion So463 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (KD).

Hälso- och sjukvårdens stöd till personer som utsatts för övergrepp

I motion Ju293 av Morgan Johansson m.fl. (S) yrkande 14 begärs ett tillkännagivande om särskild kompetens på akutsjukhus för den som utsatts för sexuella övergrepp.

I motion Ju238 av Carina Hägg (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om bättre stöd till våldtagna kvinnor i hela landet. Motionären anför bl.a. att den som utsätts för våldtäkt måste få adekvat stöd och hjälp oavsett var man bor och att det behövs särskilda mottagningar med specialutbildad vårdpersonal i alla större städer.

I motion So219 av Ann-Christin Ahlberg (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av kunskap inom sjukvården om hur man bemöter den som har utsatts för våldtäkt eller blivit sexuellt utnyttjad.

I motion So225 av Eva Flyborg (FP) begärs ett tillkännagivande om att tillsätta en utredning om vårdens bemötande av våldsutsatta kvinnor.

I motion So317 av Solveig Zander (C) begärs ett tillkännagivande om att ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av barn som far illa bör tas fram, och motionären hänvisar till det nationella handlingsprogrammet för sexualbrottsoffer.

Ökad kunskap om endometriosis och förmaksflimmer

I motion So352 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svan-
tesson (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att man bör verka för att vårdutbildningar och vårdgivare upplyses om endometriosis, dess symtom och effekter.

I motion So241 av Yvonne Andersson (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av ökad kunskap och spridning av kunskap om förmaksflimmer.

Hbt-kompetens inom hälso- och sjukvården

I motion So581 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att se över vilka åtgärder som krävs för att höja hbt-kompetensen inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Kompetens hos personal inom hälso- och sjukvården

I motion So263 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om rätt person på rätt plats inom vården. Motionären anför att Sverige med en större flexibilitet i vårddyrkena och ökade vidareutbildningsmöjligheter kan få en dynamisk vård med såväl patienter som personal i centrum.

I motion So381 av Nina Lundström (FP) begärs ett tillkännagivande om att man bör utreda möjligheten att stärka rätten till vård, omsorg och socialtjänst på finska, om tillgång finns till språkkunnig personal.

I motion So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om behovet av ökad utbildning för vårdpersonal i palliativ vård.

Nationellt krav på kompetens för utryckningsförare

I motion So252 av Kerstin Engle (S) begärs ett tillkännagivande om att man bör se över och lägga fram förslag till ett nationellt krav på tydliga regler och kompetensmål för utryckningsförare.

Försäkringsskydd för ambulanspersonal

I motion So251 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M) begärs ett tillkännagivande om försäkringsskydd för ambulanspersonal.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Läkarrekrytering

Utskottet behandlade senast motioner om ett antal olika läkarfrågor i betänkande 2009/10:SoU11 Hälsa- och sjukvårdsfrågor som godkännts av riksdagen (prot. 2009/10:99). Mot bakgrund av de åtgärder som regeringen vidtagit när det gäller kompletterande utbildningar för personer med utländska examina ansåg utskottet inte att riksdagen borde ta något initiativ med anledning av motionerna (bet. s. 44). Utskottet konstaterade vidare att Socialstyrelsen inom kort skulle påbörja arbeten som gäller läkares specialiseringstjänstgöring och att dessa arbeten inte borde föregripas (bet. s. 44).

Regeringen anför följande i budgetpropositionen för 2011 när det gäller läkarutbildningen (prop. 2010/11:1 utg.omr. 16 Utbildning och universitetsforskning s. 74):

Bristen på läkare i den svenska sjukvården har varit ett problem under många år och prognoser visar att efterfrågan förväntas öka till följd av en åldrande befolkning. Om Sverige ska kunna bli självförsörjande på läkare krävs en fortsatt utbyggnad av antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen. För att mildra det nuvarande underskottet på läkare har landstingen de senare åren rekryterat läkare från utlandet. Under senare år har det utfärdats fler legitimationer till läkare med utländsk utbildning, över 1 000 per år, än till läkare med svensk utbildning, ca 800 per år. Regeringen har utökat antalet platser på läkarutbildningen med drygt 25 procent under mandatperioden 2006–2010 och välkomnar att ytterligare ett lärosäte fått tillstånd att utfärda läkarexamen, nämligen Örebro universitet. Örebro universitet är berett att inom sitt ordinarie takbelopp ta ett betydande ekonomiskt ansvar för att bygga upp läkarutbildningen. Regeringen avser att återkomma i frågan.

I budgetpropositionen för 2011 anför regeringen vidare följande när det gäller utbildning för personer med examen från ett tredjeland (prop. s. 75):

Det är angeläget att de erfarenheter, kunskaper och formella kvalifikationer som människor tillägnat sig genom utländsk utbildning tas till vara i utbildningssystemet och på arbetsmarknaden i Sverige. Regeringen gav under 2010 Högskoleverket i uppdrag att i samråd med Verket för högskoleservice, Skolverket och Myndigheten för yrkeshögskolan föreslå insatser som kan stärka samordningen av bedömning av utländsk utbildning.¹ Regeringen avser att ta ställning till de förslag som presenteras av Högskoleverket. I budgetpropositionen för 2009 (prop. 2008/09:1) presenterade regeringen en utökad satsning på 48,2 miljoner kronor per år, exklusive studiemedel, under perioden 2009–2011 för integrationsinsatser inom högre utbildning. Detta innebär att 93,6 miljoner kronor avsätts per år under perioden. Insatserna innebär framför allt anordnande av kompletterande högskoleutbildningar för personer med utländsk examen. I dag pågår kompletterande utbildningar för ett antal yrkesgrupper, bl.a. jurister, lärare, läkare och sjuksköterskor, som anordnas enligt förordningen (2008:1101) om högskoleutbildning som kompletterar avslutad utländsk utbildning.

¹ Uppdraget gavs i Högskoleverkets regleringsbrev för 2010 och kommer enligt uppgift från Utbildningsdepartementet att återrapporteras i verkets årsredovisning, som lämnas under februari 2011.

När det gäller anslag 2:53 Särskilda utgifter inom universitet och högskolor m.m., som totalt omfattar 479 520 000 kr anför regeringen i budgetpropositionen för 2011 bl.a. följande (prop. s. 232):

Av medlen under anslaget avses 93 000 000 kronor fördelas till ett antal lärosäten för kompletterande utbildningar för personer med utländsk examen enligt förordningen (2008:1101) om högskoleutbildning som kompletterar avslutad utländsk utbildning. I dag pågår kompletterande utbildningar för lärare, jurister, läkare, tandläkare och sjuksköterskor. Det finns ett stort behov av sådan utbildning till exempelvis läkare.

Av regleringsbrevet för budgetåret 2011 avseende anslag 2:53 Särskilda utgifter inom universitet och högskolor m.m. inom utgiftsområde 16 framgår att Lunds universitet, Göteborgs universitet, Karolinska Institutet och Linköpings universitet ska anordna kompletterande utbildning omfattande högst 120 högskolepoäng för bl.a. personer med avslutad utländsk läkarutbildning enligt förordningen (2008:1101) om högskoleutbildning som kompletterar avslutad utländsk utbildning.² Utbildningarna ska riktas till maximalt 65 helårsstudenter inom läkarutbildningen. Av regleringsbrevet framgår vidare att regeringen avser att under 2011 återkomma när det gäller fördelningen av resterande medel under anslagsposten Integrationsinsatser (s. 8).

Av Högskoleverkets årsredovisning för 2010 framgår bl.a. att Högskoleverket tillsammans med Verket för högskoleservice och Myndigheten för yrkeshögskolan under 2011 avser att till regeringen inkomma med förslag på ytterligare insatser som kan stärka samordningen av bedömning av utländsk utbildning och som kan leda till ett än mer heltäckande bedömningssystem (s. 32).

Läkares specialiseringstjänstgöring

För den som vill utbilda sig till specialistläkare gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring, som trädde i kraft den 1 september 2008. Syftet med föreskrifterna är att stärka och säkra kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring. Enligt uppgift från Socialstyrelsen pågår inom myndigheten ett arbete med en uppföljning av föreskrifterna. Arbetet fortsätter under våren 2011.

Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet) är rådgivande till Socialstyrelsen i uppdraget att stödja huvudmännen för att uppnå hög kvalitet på läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST). Rådet har även till uppgift att främja utbildning av handledare, följa upp kvaliteten på specialiseringstjänstgöringen och utarbeta kriterier för utbildande enheters bredd och inriktning i specialiseringstjänstgöringen. Rådets kansli är organisatoriskt placerat på tillståndsenheten vid regler- och tillståndsavdelningen vid Socialstyrelsen.

² Regeringsbeslut den 22 december 2010, U2010/7781/UH, U2010/7682/SAM/UH, U2010/7448/UH m.fl.

Av ST-rådets minnesanteckningar från rådets sammanträde den 17 december 2010 framgår att det vid Socialstyrelsen pågår ett förberedande arbete inför en översyn av specialitetsindelningen. Enligt uppgift från Socialstyrelsen kommer projektet att påbörjas under mars 2011.

Av budgetpropositionen för 2011 (utg.omr. 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg) framgår följande när det gäller stärkt geriatrisk kompetens för läkare (s. 154):

Av de beviljade stimulansbidragen för 2007–2009 har sex procent gått till området *förstärkt läkartillgång* fördelat på 12 kommuner och 16 landsting. Bidraget har framförallt använts till att stärka läkarbemanningen och den geriatriska kompetensen inom äldreomsorgen samt till att förbättra möjligheten för äldre patienter att få läkarbesök i hemmet. Under 2009 har åtta landsting utbildat läkare som arbetar vid särskilt boende i geriatrisk och äldreomsorg och sju landsting har utbildat läkare som arbetar i ordinärt boende.

Utbildningsinsatser för sjukvårdspersonal m.m.

I november 2007 lade regeringen fram en samlad strategi för arbetet med mäns våld mot kvinnor under mandatperioden (skr. 2007/08:39). I Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer presenteras 56 åtgärder som tillsammans ska leda till en varaktigt höjd ambitionsnivå i kampen mot våldet. Regeringens skrivelse behandlades av det sammansatta justitie- och socialutskottet i riksdagen under våren 2008 (bet. 2007/08:JuSoU1, rskr. 2007/08:167).

Brottsförebyggande rådet (Brå) har haft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen. I januari 2010 lämnade Brå en delrapport (Brå 2010:4), och genom rapporten *Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (2010:18), som lämnades i december 2010, har uppdraget slutredovisats. Slutrapporten fokuserar på hur de olika aktörerna genomfört sina uppdrag och vad handlingsplanen på ett övergripande plan lett till för våldutsatta och de yrkesverksamma som möter dem. Av rapporten framgår bl.a. följande när det gäller utbildning (s. 48):

Alla länsstyrelser har antingen förmedlat ekonomiskt stöd till eller själva anordnat en rad utbildningar för yrkesverksamma under åren 2008–2009. Uppskattningsvis har ett 150-tal utbildningar hållits. Länsstyrelserna har själva hållit majoriteten av utbildningarna. Utöver länsstyrelserna har kommuner och frivilligorganisationer varit viktiga huvudmän. Även skola, polismyndigheter och ungdomsmottagningar har hållit utbildningar. Utbildningarna har givits i form av föreläsningar, konferenser och seminarier. Vissa län har satsat på så kallade spetskompetensutbildningar vilket i flera fall lett till att man skapat regionala resursteam [...]. Utbildningarna har företrädesvis riktats till yrkesverksamma inom kommunal verksamhet såsom skola och socialtjänst. Även landsting, rättsväsendet, migrationsverket, Arbetsförmedlingen och frivilligorganisationer har fått del av utbildningarna.

Riksdagen antog den 21 december 2010 vad regeringen föreslagit i budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1 utg.omr. 9, bet. 2010/11:SoU1, rskr. 2010/11:124), dvs. att 109 000 000 kr avsätts till Socialstyrelsen för regeringens insatser för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

Socialutskottet behandlade senast motionsyrkanden om bemötande av kvinnor som utsatts för våld i betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor som godkänkts av riksdagen (prot. 2009/10:99). Motionsyrkandena, som avsågs, behandlades förenklat. Dessförinnan behandlade utskottet liknande motionsyrkanden i betänkande 2008/09:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor som godkänkts av riksdagen och uttalade då följande (s. 42, 1 res. S, V, MP, prot. 2008/09:87):

I regeringens handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer presenterades bl.a. ett uppdrag till Nationellt centrum för kvinnofrid med syftet att förbättra omhändertagandet av och bemötandet av våldsutsatta kvinnor (skr. 2007/08:39, bet. 2007/08:JuSoU1, rskr. 2007/08:167). Mot bakgrund av det arbete som påbörjats och pågår på området avstyrks motionerna [...].

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet fick i februari 2007 i uppdrag att utarbeta ett nationellt program för hälso- och sjukvården avseende omhändertagande av offer för sexualbrott. Syftet med uppdraget var att förbättra omhändertagandet av sexualbrottsoffer inom hälso- och sjukvården. Avsikten var bl.a. att utarbeta rutiner för hur provtagning och dokumentation ska genomföras för att rättsväsendets beslutsunderlag ska bli så fullständiga och ändamålsenliga som möjligt. NCK avrapporterade till regeringen den 14 februari 2008 i form av handboken Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Handboken är utformad för att kunna användas såväl inom hälso- och sjukvården som i rättsvårdande myndigheter.

Sedan hösten 2009 anordnar NCK en fördjupningskurs på högskolenivå om 7,5 högskolepoäng med fokus på våldsutsatta kvinnor med särskild sårbarhet. Där behandlas särskilt hedersrelaterat våld liksom våld i samkönade parrelationer. Kurserna är en del av Uppsala universitets utbud av fristående kurser och har hittills anordnats tre gånger.

Den 15 september 2010 lanserade NCK en kunskapsbank på Internet om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Kunskapsbanken riktar sig i första hand till dem som arbetar med våldsutsatta personer, exempelvis inom kommuner, rättsväsendet och hälso- och sjukvården. Kunskapsbanken innehåller bl.a. ett sextiotal introduktionstexter till olika frågor om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer, aktuella forskningsprojekt och verksamma forskare på området samt rapporter från myndigheter.

NCK arbetar för närvarande med en antologi som enligt uppgift kommer att publiceras i serien NCK-rapporter och lanseras under våren 2011. Antologin innehåller avsnitt från ett tjugotal forskare och experter från

olika områden inom hälso- och sjukvården. I rapporten kommer det att finnas konkreta förslag till rutiner. Förutom antologin producerar NCK även en utbildningsfilm och ett utbildningsmaterial om att ställa frågor om våldsatthet som en del av anamnesen.

Statsrådet Nyamko Sabuni besvarade den 15 november 2010 en skriftlig fråga (fr. 2010/11:50) om handlingsplanen mot mäns våld mot kvinnor av Carina Hägg (S) och anförde bl.a. följande:

Som framgår av budgetpropositionen för 2011 är mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer ett fortsatt prioriterat område. Regeringen avser att återkomma med förslag om fortsatta insatser inom ramen för jämställdhetsanslaget för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Insatserna för att bekämpa mäns våld mot kvinnor måste fortsatt införlivas i myndigheternas ordinarie arbete. Samordning och samverkan mellan alla involverade aktörer på lokal och regional nivå kommer även fortsättningsvis att vara viktigt. En annan betydande del i arbetet är kunskapsuppbyggnad och forskning, liksom uppföljning och utvärdering av myndigheternas verksamhet inom området. Regeringen avser att följa utvecklingen noga och den utvärdering som Brottsförebyggande rådet ska slutredovisa den 31 december 2010 kommer att utgöra ett viktigt underlag i det fortsatta arbetet.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genomfört en kartläggning av medlemmarnas arbete mot mäns våld mot kvinnor, Utveckling pågår – En kartläggning av Kvinnofridsarbetet i kommuner, landsting och regioner (2009). Målsättningen med kartläggningen har varit att ge en övergripande bild av arbetet för kvinnofrid men också att inspirera och visa på utvecklingsmöjligheter. Områden som belyses är bl.a. vilka sorters kommunal eller landstingskommunal verksamhet som bedrivs, vilka stöd- och skyddsinsatser som erbjuds, hur samverkan ser ut, framgångsfaktorer för kvinnofridsarbetet och vilka framtida behov som medlemmarna har.

Barnskyddsutredningen lämnade i juli 2009 betänkandet Lag om stöd och skydd för barn och unga (SOU 2009:68) till regeringen. Utredningen lämnar i betänkandet ett antal förslag som syftar till att ytterligare stärka och förtydliga bestämmelserna om stöd och skydd för barn och unga och föreslår att bestämmelserna sammanförs i en ny lag. Betänkandet har remissbehandlats och bereds enligt uppgift inom Regeringskansliet.

Hälso- och sjukvården och dess personal är sedan den 1 januari 2010 enligt 2 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel (prop. 2008/09:193, bet. 2009/10:SoU3, rskr. 2009/10:12). Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Riksdagen godkände den 1 december 2010 den strategi för att stärka barns rättigheter i Sverige som regeringen har föreslagit i proposition 2009/10:232 Strategi för att stärka barnets rättigheter (bet. 2010/11:SoU3, rskr. 2010/11:35). I propositionen finns en samlad bild av genomförda och pågående insatser under mandatperioden för att bekämpa våld mot barn i olika sammanhang. Den samlade bilden omfattar ett antal områden såsom samverkan, förebyggande åtgärder, stöd och skydd, barns rätt att komma till tals och få information samt kompetensutveckling för berörda yrkesgrupper. I propositionen anförde regeringen bl.a. följande när det gäller ökad kunskap om barns rättigheter (prop. 2009/10:232 s. 22 och 43):

Olika yrkesgrupper behöver fortlöpande få kompetensutveckling om barnets rättigheter och hur dessa rättigheter ska tillämpas i den egna verksamheten och i förhållande till den lagstiftning som styr verksamheten. Barnombudsmannen har därför på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag till strategi för kunskapsutveckling om barnets rättigheter (S/2009/4231/SF). Myndigheten lyfter bl.a. fram vikten av att berörda yrkesgrupper i sina grundutbildningar får kunskap om barnets rättigheter och att det finns möjlighet till fortbildning för specifika yrkesgrupper. Det handlar bl.a. om kunskap och metoder för att samtala med barn inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och rättsväsendet. Förslaget till strategi är ett viktigt underlag för regeringens fortsatta insatser för att öka kunskapen om barnets rättigheter och tillämpningen av barnkonventionen bland olika yrkesgrupper [...].

— — —

Det är viktigt att tidigt upptäcka barn som utsätts för våld och annan kränkande behandling och erbjuda stöd till både barnet och familjen. Regeringen avser att bevilja medel till Stiftelsen Allmänna Barnhuset för att ta fram en skrift om tidiga tecken på försummelse och barnmiss-handel. Skriften ska främst rikta sig till yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, tandvården, socialtjänsten samt förskola och skola och syfta till att öka möjligheterna till tidig upptäckt.

Kunskap om försummelse och barnmiss-handel ska finnas tillgänglig och spridas på olika sätt till de berörda yrkesgrupperna, bl.a. genom regionala konferenser som anordnas av Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

I propositionen anförde regeringen vidare följande när det gäller de insatser som regeringen vidtagit för att stärka barns rätt inom hälso- och sjukvården (prop. s. 34):

För att stärka barnets rätt inom hälso- och sjukvården har regeringen tagit initiativ till insatser inom flera områden.

— — —

Inom ramen för psykiatrisatsningen har regeringen initierat ett nationellt projekt för att utbilda psykiatrins och primärvårdens personal i Beardslees familjeinterventionsmetod för målgruppen barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Metoden är ett instrument för att arbeta enligt de nya bestämmelserna om att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd. Projektets verksamhet slutredovisades i januari 2010.

Utskottet behandlade senast motioner om utbildningsinsatser för sjukvårdspersonal m.m. när det gäller diagnoserna endometriosis och förmaksflimmer i betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor som godkänts av riksdagen (prot. 2009/10:99). Utskottet ansåg inte att riksdagen borde ta något initiativ med anledning av motionerna (s. 44).

Enligt uppgift från Socialstyrelsen kommer myndigheten under våren 2011 att utse en samordnare för hbt-frågor.

Kompetenskrav för utryckningsförare

Trafikutskottet avlog i betänkande 2007/08:TU14 Riskutbildning för körkortsaspiranter och andra trafiksäkerhetsfrågor som godkänts av riksdagen motionsyrkanden om kompetenskrav för utryckningsförare (rskr. 2007/08:233). Trafikutskottet hänvisade till det gemensamma arbete som genomförts av Vägverket tillsammans med berörda myndigheter för att ta fram kompetensmål för utryckningsförare (s. 66, 1 res. S, MP). Utskottet anförde följande i denna del:

Utskottet konstaterar att det nu finns ett underlag om kompetenskrav för utryckningsförare som har utarbetats av berörda myndigheter. Dokumentet innehåller bl.a. mål för vilken kompetens utryckningsförare bör inneha. Sedan är det respektive arbetsgivare som avgör om förslaget om kompetensmål ska genomföras. Utskottet har erfarit att Vägverket saknar möjlighet att föreskriva att särskilda kompetenskrav ska gälla för utryckningsförare. Enligt uppgift från Vägverket finns dock utbildningsplaner för större utryckningsorganisationer som t.ex. polisen. Utskottet utgår från att det förslag som gemensamt har tagits fram av berörda myndigheter kommer att övervägas vidare inom ramen för det fortsatta arbetet att kvalitetssäkra utryckningstransporter. Av denna anledning är utskottet inte berett att i dag ta ett särskilt initiativ i frågan. Mot denna bakgrund avstyrks de aktuella motionsförslagen [...].

Socialminister Göran Hägglund anförde bl.a. följande när det gäller ambulansförarnas behov av kompetenslyft i en interpellationsdebatt den 19 juni 2008 (ip. 2007/08:684, prot. 2007/08:133, 8 §):

Herr talman! Marina Pettersson har frågat mig om jag för det första är beredd att verka för att införa en ny nationell och likvärdig utbildning som ger behörighet att framköra ambulans och som ger ökad behörighet att ge akutvård, för det andra att se till så att ambulansförare med lång erfarenhet ska kunna få validering och för det tredje att verka för att införa ett nationellt körkort för utryckningspersonal.

Landstingen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Under transporten i en ambulans gäller samtliga de övergripande krav på en god och säker vård som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Dessutom gäller Socialstyrelsens föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet, till exempel i fråga om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och i fråga om läkemedelshantering.

Detta innebär att det i dag finns högt ställda krav på patientsäkerhet och kvalitet även när vården ges akut i samband med en ambulansutryckning.

— — —

Sedan säger jag att det här behöver följas upp. Det är Vägverket som äger frågan, och jag kan inte i detalj redogöra för i vilken form och när uppföljning kommer att ske. Men det är självklart så att det ska följas upp, för ambulanssjukvården är en oerhört betydelsefull del. För en del olyckligt lottade, som har drabbats av en olycka, är det här första mötet med sjukvården. Vi vet att snabba insatser och korrekta insatser kan vara en fråga om liv och död. Därför handlar det både om sjukvårdskunnandet och om förarskickligheten när den här personen ska föras till sjukhus eller läkare eller att det i samband med andra transporter fungerar så väl som det någonsin kan.

Min grundläggande hållning är fortsatt att det är en sak för arbetsgivaren, landstinget, att organisera sin verksamhet när det gäller sjukvården på ett sätt som leder till bästa möjliga resultat.

Tidigare Räddningsverket (numera Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB), Arbetsmiljöverket, Rikspolisstyrelsen (RPS), Socialstyrelsen och tidigare Vägverket (numera Trafikverket) tog under 2008 fram publikationen Grundläggande kompetensmål för utryckningsförare (2008:04). RPS har härefter tagit fram en utbildningsplan för polistaktisk fordonskörning (POA-770-58117/08). Enligt uppgift från RPS pågår ett arbete med att förankra utbildningsplanen hos samtliga polismyndigheter i landet.

Socialstyrelsen beslutade den 25 juni 2009 om föreskrifter för ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10). Av 6 kap. 1 § framgår att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonalen inom ambulanssjukvården har den kompetens som krävs för att kunna ge prehospital akutsjukvård under ett ambulansuppdrag. Av 3 § samma kapitel framgår att vårdgivaren även ska ansvara för att den hälso- och sjukvårdspersonal som ska framföra en ambulans har den kompetens som krävs för att på ett säkert sätt kunna utföra ett ambulansuppdrag.

Av 6 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter framgår att verksamhetschefen ska fastställa rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen inom ambulanssjukvården har den utbildning som krävs för att kunna ge prehospital akutsjukvård i eller utanför en ambulans med hjälp av den utrustning som avses i 4 kap. 12 §.

Enligt uppgift från Akut- och katastrofmedicinskt centrum (AKMC) vid Norrlands universitetssjukhus har Västerbottens län på området för utbildning av ambulansförare genomfört ett EU-projekt som bestått av två delar, dels att utveckla ett nytt utbildningsverktyg, dels att genomföra en vetenskaplig utvärdering av den utbildning som bedrivits med hjälp av det nya verktyget. Utbildningen är klar och utvärderingen är avslutad. En sammanställning av resultaten beräknas, enligt AKMC, bli klar under våren 2011. Inom Västerbottens län har en arbetsgrupp tillsatts som ska utarbeta en utbildningsplan för länet. I det arbetet har Norrbottens län inbjudits att delta.

Landstingen i Gävleborg, Dalarna, Västmanland och Uppsala har sedan tidigare en gemensam utbildningsplan för ambulansförare.

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar att bristen på läkare i den svenska sjukvården har varit ett problem under många år. Mot denna bakgrund välkomnar utskottet att regeringen fortsatt sitt arbete med en utbyggnad av antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen och med rekrytering av läkare från utlandet. När det gäller utbildning för personer med examen från ett tredjeländ anser utskottet precis som regeringen att det är angeläget att de erfarenheter, kunskaper och formella kvalifikationer som människor tillägnat sig genom utländsk utbildning tas till vara på arbetsmarknaden i Sverige. Utskottet konstaterar att Högskoleverket under 2011 kommer att redovisa förslag på ytterligare insatser som kan stärka samordningen av bedömning av utländsk utbildning. Utskottet konstaterar vidare att regeringen i budgetpropositionen för 2011 avsätter medel för kompletterande utbildningar för bl.a. läkare med utländsk examen.

Sammantaget ser utskottet mycket positivt på de satsningar regeringen vidtagit och framöver kommer att vidta när det gäller att underlätta läkarrekryteringen i Sverige. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motionerna So227 (FP) och So386 (S). Motionerna avstyrks. Utskottet anser inte heller att riksdagen bör ta något initiativ när det gäller tillsättande av en utredning om läkarnas arbetssituation och arbetstider. Motion So471 (S) avstyrks.

Syftet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring är att stärka och säkra kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring. Föreskrifterna är för närvarande föremål för en uppföljning inom Socialstyrelsen, och detta arbete kommer att fortsätta under våren 2011. Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring har i början av 2011 påbörjat en översyn av specialitetsindelningen, som beräknas vara klar i december 2011. Det kan i detta sammanhang noteras att geriatrik enligt Socialstyrelsens föreskrifter utgör en s.k. basspecialitet inom området invärtesmedicinska specialiteter. Översynen kommer att hantera frågor om nuvarande problem med indelningen samt hur hälso- och sjukvårdens behov ska tillgodoses på kort och lång sikt. I arbetet ingår, enligt vad utskottet erfarit, även frågan om förhållandet mellan allmäntjänstgöringen och specialitetsindelningen.

När det gäller geriatrisk kompetens för läkare noterar utskottet att de stimulansbidrag som regeringen beviljade för perioden 2007–2009 delvis användes till att stärka läkarbemanningen och den geriatriska kompetensen inom äldreomsorgen.

Sammanfattningsvis konstaterar utskottet att ett omfattande arbete pågår hos Socialstyrelsen när det gäller specialitetsindelningen för läkare. Utskottet ser mycket positivt på detta. Utskottet anser emellertid att resultatet av arbetet bör avvaktas och anser inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna So204 (KD) yrkande 3, Ub246 (S) yrkande 1, So249 (KD), So262 (M), So398 (FP) delvis, So463 (KD), So472 (C) och So503 (FP, M) yrkande 1. Motionerna avstyrks.

När det gäller hälso- och sjukvårdens stöd till personer som utsatts för övergrepp konstaterar utskottet att insatser gjorts och görs för att utbilda dem som i sitt arbete har att bemöta våldsutsatta. Utskottet vill i detta sammanhang särskilt lyfta fram dels den handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp som tagits fram av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet, dels NCK:s kommande rapport med konkreta förslag till rutiner för bemötande av våldsutsatta personer.

För att stärka barns rätt inom hälso- och sjukvården har regeringen tagit initiativ till insatser inom flera områden. När det gäller hälso- och sjukvårdens omhändertagande av barn som far illa konstaterar utskottet att det pågår ett omfattande arbete, bl.a. med Barnombudsmannens förslag till strategi för kunskapsutveckling om barnets rättigheter (S/2009/4231/SF) som underlag. Utskottet utgår från att regeringen i det fortsatta arbetet med dessa frågor drar nytta av de positiva erfarenheter som finns när det gäller omhändertagande och bemötande av utsatta kvinnor.

Utskottet, som välkomnar dessa insatser, ser inte skäl att föregripa det arbete som pågår och anser inte att riksdagen ska ta något initiativ.

Motionerna So219 (S), So225 (FP), Ju238 (S) yrkande 1, Ju293 (S) yrkande 14 och So317 (C) avstyrks.

Utskottet vidhåller att det inte finns skäl för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motioner om särskilda satsningar på ökad kunskap om olika sjukdomar. Motionerna So352 (M) yrkande 1 och So241 (KD) avstyrks.

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har för avsikt att under våren 2011 utse en samordnare för hbt-frågor. Härigenom får motion So581 (V) yrkande 1 anses vara åtminstone delvis tillgodosedd. Motionen avstyrks.

När det gäller övriga motionsyrkanden om krav på ökad kompetens hos personal inom hälso- och sjukvården anser utskottet inte att det finns skäl för riksdagen att ta något initiativ. Det som tas upp i motionerna är viktiga frågor som dock sjukvårdshuvudmännen ansvarar för. Motionerna So204 (KD) yrkande 1, So263 (M) och So381 (FP) avstyrks.

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen under 2009 tagit fram föreskrifter för ambulanssjukvård. Av föreskrifterna (SOSFS 2009:10) framgår bl.a. att vårdgivaren ska ansvara för att den hälso- och sjukvårdspersonal som ska framföra en ambulans har den kompetens som krävs för att på ett säkert sätt kunna utföra ett ambulansuppdrag (6 kap. 3 §). Vårdgivaren har alltså enligt gällande föreskrifter ett ansvar för att förare av ambulans har den kompetens som krävs för att på ett säkert sätt kunna utföra ett ambulansuppdrag. Härutöver noterar utskottet att det runt om i landet pågår arbete med att ta fram regionala utbildningsplaner för utryckningsförare. Utskottet anser inte att det finns något skäl för riksdagen att ta något initiativ. Motion So252 (S) avstyrks.

Frågan om försäkringsskydd för ambulanspersonal är i första hand en fråga för arbetsgivaren eller landstinget. Vid ett sådant förhållande anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motion So251 (M) avstyrks.

Assisterad befruktning m.m.

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motioner om behandling vid ofrivillig barnlöshet, ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning och surrogat- och värdmoderskap.

Jämför reservationerna 16 (S, MP, V), 17 (MP, V), 18 (MP), 19 (V), 20 (S, MP, V) och 21 (S, MP, V).

Motioner

Behandling vid ofrivillig barnlöshet

I motion So212 av Fredrik Lundh Sammeli (S) begärs ett tillkännagivande om de orättvisa villkor för behandling av ofrivillig barnlöshet som i dag gäller mellan olika regioner och landsting. Motionären anför att man bör införa nationella riktlinjer inom vården av ofrivilligt barnlösa. Liknande yrkanden finns i motionerna So384 av Anna Wallén (S), So440 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1, So450 av Hillevi Larsson (S), So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) yrkande 1 och So309 av Penilla Gunther (KD).

I motion So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör lägga fram ett förslag till en lagändring som gör att det blir möjligt att få tillgång till assisterad befruktning på andra kliniker än de sju universitetssjukhusen. Motionärerna anför att det finns all anledning att tillåta insemination även på t.ex. barnmorskemottagningar. Ett liknande yrkande finns i motion So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) yrkande 2.

I motion So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om att tillsätta en utredning med uppdrag att utreda möjligheten att ändra bestämmelserna om befruktning utanför kroppen i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., så att det blir möjligt för kvinnor att få behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt.

Ett liknande yrkande finns i So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 2.

I motion So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 3 begärs att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., så att ett par får uttrycklig rätt att välja en donator för assisterad befruktning.

I motion So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att donators rätt till anonymitet bör skyddas.

Ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning

I motion So256 av Kerstin Engle (S) begärs ett tillkännagivande om ensamståendes rätt till assisterad befruktning. Liknande yrkanden finns i motionerna So295 av Börje Vestlund (S), So465 av Hillevi Larsson (S), So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (MP) yrkande 1, So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 6, So260 av Lena Asplund (M), So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 1, So396 av Maria Abrahamsson och Olof Laveson (M) yrkande 2, So259 av Anna SteeleKarlström (FP), So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 3 och So596 av Annika Carlsson och Abir Al-Sahani (C).

I motion So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (MP) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att tillsätta en utredning med uppdrag att se över bestämmelserna i syfte att ge ensamstående kvinnor tillgång till behandling med donerade ägg.

Surrogat- och värdmoderskap

I motion So296 av Carina Hägg (S) begärs ett tillkännagivande om surrogatmoderskap. Motionären anser att det är viktigt att vi bestämt tar avstånd från utvecklingen mot handel med surrogatmoderskap.

I motion So419 av Börje Vestlund m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om en utredning av surrogatmoderskap. Motionärerna anför att en sådan utredning bör innehålla barnens, surrogatmammans och föräldrarnas perspektiv. Liknande yrkanden finns i motionerna So323 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) och So591 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkandena 1 och 2.

I motion So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om en reglering av surrogatmoderskap. Motionärerna anför att man bör ta bort de lagliga hinder som finns i Sverige för att inom den offentligt finansierade vården eller på privat klinik hjälpa barnlösa.

I motion So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att en utredning bör tillsättas för att se över möjligheterna att göra juridiskt gällande surrogatmoderskapsöverenskommelser.

I motion So501 av Barbro Westerholm (FP) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om behovet av internationell reglering av ersättningen till värdmödrar och i yrkande 3 om behovet av forskning om situationen för barn som kommit till genom värdmoderskap, deras värdmödrar och deras föräldrar.

Gällande rätt

Assisterad befruktning kan utföras dels i form av insemination, dels i form av befruktning utanför kroppen, s.k. in vitro-fertilisering (IVF). Bestämmelser om detta finns i 6 och 7 kap. lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Lagen kompletteras dels av förordningen (2006:358) om genetisk

integritet m.m., dels av Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2002:13) om assisterad befruktning (SOSFS 2006:10).

Enligt 6 kap. 1 § första stycket lagen om genetisk integritet får insemination utföras endast om kvinnan är gift eller sambo. I andra stycket samma bestämmelse framgår att det av lagen (1994:1117) om registrerat partnerskap följer att vad som sägs om make i 6 kap. lagen om genetisk integritet också gäller en registrerad partner. För insemination krävs skriftligt samtycke av kvinnans make, sambo eller partner. Av 6 kap. 2 § lagen om genetisk integritet följer att givarinsemination (dvs. insemination med spermier från en annan man än kvinnans man eller sambo) inte utan Socialstyrelsens tillstånd får utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus.

Enligt 7 kap. 3 § samma lag får ett befruktat ägg föras in i en kvinnas kropp endast om kvinnan är gift eller sambo. Av 7 kap. 1 § andra stycket framgår att det av lagen (1994:1117) om registrerat partnerskap följer att vad som sägs om make i 7 kap. lagen om genetisk integritet också gäller en registrerad partner. Enligt 7 kap. 3 § krävs skriftligt samtycke av kvinnans make, sambo eller partner. Om ägget inte är kvinnans eget, ska ägget ha befruktats av makens eller sambons spermier.

I 7 kap. 4 § första stycket stadgas att befruktning av ägg från en kvinna, i vars kropp ägget ska införas, med spermier från kvinnans make eller sambo inte utan Socialstyrelsens tillstånd får utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus. Vad som nu sagts gäller också införande av ägget i kvinnans kropp. Av paragrafens andra stycke framgår att om ägget inte kommer från kvinnan eller spermier från kvinnans make eller sambo får befruktning och införande av ägg endast ske vid universitetssjukhus.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Utskottet behandlade senast frågor om assisterad befruktning i sitt av riksdagen godkända betänkande 2009/10:SoU11 Hälsa- och sjukvårdsfrågor. Där anfördes följande (bet. s. 47; 2 res. S, V och MP samt MP, prot. 2009/10:99):

När det gäller frågan om ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning har utskottet fått veta att regeringen för närvarande aktivt analyserar frågan utifrån ett barnperspektiv. I detta arbete läggs särskild fokus på barnets rätt att få kännedom om sitt biologiska ursprung. Utskottet utgår ifrån att regeringen återkommer till riksdagen i frågan om så är nödvändigt. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ. Motionerna [...] avstyrks.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 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. Enligt 13 § diskrimineringslagen (2008:567) är diskriminering som har samband med sexuell läggning förbjuden inom hälso- och sjukvården. Den som anser sig ha blivit utsatt för diskriminering kan vända sig till Diskriminerings-

ombudsmannen (DO). Utskottet konstaterar vidare att det är sjukvårdshuvudmännen som självständigt finansierar och beslutar hur de organiserar och bedriver vården inom sitt område; t.ex. beslutar de hur mycket resurser som ska avsättas för exempelvis behandlingar av ofrivillig barnlöshet och under vilka förutsättningar sådan vård ska ges. Med det anförda avstyrks motionerna [...].

I januari 2007 överlämnades betänkandet Föräldraskap vid assisterad befruktning (SOU 2007:3) av Utredningen om föräldraskap vid assisterad befruktning (dir. 2005:115) till regeringen. I betänkandet föreslås att föräldraskapet vid assisterad befruktning med donerade ägg och spermier regleras på samma sätt för samkönade par och för olikkönade par. Den kvinna som är moderns registrerade partner ska, enligt förslaget, automatiskt anses vara barnets förälder, en föräldraskapspresumtion motsvarande den nuvarande faderskapspresumtionen. Bestämmelserna om föräldraskap för en kvinna föreslås också omfatta assisterad befruktning som skett utomlands och insemination i egen regi. Är modern sambo med en kvinna föreslås att föräldraskapet för moderns sambo fastställs genom bekräftelse eller dom på samma sätt som sker i dag när barnet tillkommit genom assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Förslaget innebär att det inte längre ska fastställas något faderskap i dessa fall. Enligt uppgift från Justitiedepartementet är betänkandet, som remissbehandlats, fortfarande föremål för beredning inom Regeringskansliet.

Den 2 juni 2010 besvarade socialminister Göran Hägglund en skriftlig fråga från Elina Linna (V) om vilka åtgärder ministern avser att vidta för att ensamstående kvinnor ska få tillgång till assisterad befruktning inom den svenska sjukvården (fr. 2009/10:843). Ministern anförde följande i sitt svar:

Som Elina Linna påpekar konstaterar socialutskottet i sitt betänkande 2009/10:SoU11 att utskottet erfarit att regeringen analyserar den aktuella frågan ur ett barnperspektiv. Utskottet konstaterar också att regeringen i det arbetet lägger särskilt fokus på barnets rätt att få kännedom om sitt biologiska ursprung. Utskottet utgår också ifrån att regeringen återkommer till riksdagen i frågan om så erfordras.

Frågan om huruvida ensamstående kvinnor ska få tillgång till assisterad befruktning rymmer en rad komplexa frågeställningar där konsekvenser av olika slag noggrant och omsorgsfullt behöver belysas. Regeringen följer frågan, men jag kan i dagsläget inte ange någon närmare tidsplan för det fortsatta arbetet.

Justitieminister Beatrice Ask besvarade den 19 januari 2011 en skriftlig fråga (fr. 2010/11:218) om föräldraskap vid assisterad befruktning. Justitieministern anförde följande:

Barbro Westerholm har frågat mig när jag avser att lämna över en proposition till riksdagen om likabehandling när det gäller föräldraskap vid assisterad befruktning.

Sedan den 1 juli 2005 får assisterad befruktning med donerade spermier utföras i svensk sjukvård beträffande en kvinna som är registrerad partner eller sambo med en annan kvinna. Numera gäller detta även om kvinnorna är gifta. Maken, partnern eller sambon anses som föräl-

der till det barn som föds, förutsatt att hon har samtyckt till behandlingen och att det är sannolikt att barnet har avlats genom den. Föräldraskapet fastställs genom bekräftelse eller dom.

Vid tillkomsten av dessa bestämmelser uttalade den dåvarande socialdemokratiska regeringen att det fanns anledning att vidare utreda föräldraskapet vid assisterad befruktning (prop. 2004/05:137 s. 45). En särskild utredare gavs detta uppdrag i november 2005.

Utredningen om föräldraskap vid assisterad befruktning föreslår i sitt betänkande *Föräldraskap vid assisterad befruktning* (SOU 2007:3) att bestämmelserna om föräldraskap för en kvinna i ett samkönt par ska utvidgas till att gälla även vid assisterad befruktning utanför svensk sjukvård så att något faderskap inte ska fastställas heller i dessa fall. Om modern är gift eller partner med en kvinna föreslås att den kvinnan automatiskt ska anses vara barnets förälder, på samma sätt som en man presumeras vara barnets far när modern är gift med en man. Utredningen tar också upp frågan om barns rätt till kunskap om sitt genetiska ursprung.

Frågor om föräldraskap är av stor betydelse. Liksom när det gäller andra frågor som berör barn är det viktigt att det finns ett tydligt barnperspektiv. Regelsystemet måste utformas så att barnets intressen tillgodoses på bästa sätt. Betänkandet *Föräldraskap vid assisterad befruktning* innehåller en rad svåra frågor som kräver noggranna överväganden.

Jag kan i dagsläget inte ange någon närmare tidsplan för arbetet med frågorna.

Svea hovrätt meddelade den 5 november 2009 dom i ett mål om skadestånd på grund av brott mot lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering mellan Diskrimineringsombudsmannen (DO) och ett landsting (mål nr T 5607-09). Hovrätten lämnade DO:s talan utan bifall.

Målet gällde ett lesbiskt par som önskade få barn. Den ena kvinnan fick tre inseminationsbehandlingar, men därefter avbröts behandlingen eftersom kvinnan uppnått 40 år, vilket utgjorde en övre åldersgräns för att få behandling. När den andra kvinnan i förhållandet då i stället önskade få behandling fick paret beskedet att det inte var möjligt eftersom landstinget tillämpade samma bestämmelser för lesbiska par som för heterosexuella par, dvs. att endast den ena personen i ett par kunde få behandling.

När det gäller indirekt diskriminering fann hovrätten att inte någon av kvinnorna utsatts för sådan eftersom något missgynnande av dem som par inte förekommit.

Diskrimineringsombudsmannen överklagade målet till Högsta domstolen som den 20 september 2010 beslutade att inte meddela något prövningstillstånd (mål nr T 9187-08). Svea hovrätts dom står därmed fast.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) är ett rådgivande organ till regeringen i medicinsk-etiska frågor. Rådet, som har funnits sedan 1986, ska ta upp medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Det ska vara ett forum för utbyte av information och idéer och ska främja diskussion om ny medicinsk forskning och tillämpning. Frågor som rör assisterad befruktning är ett område som återkommande tagits upp av rådet. Det har bl.a. handlat om etiska aspekter på användning av donerade ägg och spermier.

Smer anordnade den 9 april 2010 ett öppet seminarium på temat Assisterad befruktning – 15 år senare.

Utskottet behandlade senast motioner om surrogatmoderskap i sitt av riksdagen godkända betänkande 2008/09:SoU13 Hälsa- och sjukvårdsfrågor och konstaterade att surrogatmoderskap inte är tillåtet enligt svensk lagstiftning. Utskottet ansåg inte att riksdagen borde ta något initiativ (bet. s. 49).

Utskottets ställningstagande

Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt samma bestämmelse ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Enligt 2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567) är diskriminering som har samband med bl.a. sexuell läggning förbjuden inom hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet.

Utskottet konstaterar att det är sjukvårdshuvudmännen som självständigt finansierar och beslutar hur de organiserar och bedriver vården inom sitt område; t.ex. beslutar de hur mycket resurser som ska avsättas för exempelvis behandlingar av ofrivillig barnlöshet och under vilka förutsättningar sådan vård ska ges.

Av nu anförda skäl anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna So212 (S), So309 (KD), So384 (S), So425 (MP) yrkande 1, So440 (S) yrkande 1 och So450 (S). Motionerna avstyrks.

Utskottet anser inte att det finns skäl för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motionsyrkanden om utökad tillgång till behandling som avser assisterad befruktning. Motionerna So425 (MP) yrkande 2 och So583 (V) yrkande 5 avstyrks.

Utskottet anser inte heller att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av de frågor som tas upp i motionerna So305 (M) yrkande 2, So324 (MP) yrkande 2, So475 (C) yrkande 2 samt So583 (V) yrkandena 3 och 7. Motionerna avstyrks.

När det gäller frågan om ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning har utskottet fått veta att regeringen har tagit initiativ i syfte att bredda kunskapsunderlaget och aktivt analyserar frågan utifrån ett barnperspektiv. I detta arbete läggs särskilt fokus på barns hälsa och utveckling samt barnets rätt att få kännedom om sitt biologiska ursprung. Utskottet har erfarit att det inom Regeringskansliet pågår ett arbete med att inhämta kunskaper och erfarenheter av ensamståendes insemination. Utskottet utgår från att regeringen återkommer till riksdagen i frågan. Riksdagen bör därför för närvarande inte ta något initiativ. Motionerna So256 (S), So259 (FP), So260 (M), So295 (S), So305 (M) yrkande 1, So324 (MP) yrkande 1, So396 (M) yrkande 2, So465 (S), So475 (C) yrkande 3, So583 (MP) yrkande 6 och So596 (C) avstyrks.

Utskottet konstaterar att surrogatmoderskap inte är tillåtet i svensk rätt. Utskottet har dock fått veta att etiska och juridiska aspekter rörande surrogat- och värdmoderskap är föremål för diskussion i Statens medicinsketiska råd. Utskottet anser inte att det finns skäl för riksdagen att ta något initiativ. Motionerna So296 (S), So323 (MP), So396 (M) yrkande 1, So419 (S), So475 (C) yrkande 1, So501 (FP) yrkandena 2 och 3 och So591 (MP) yrkandena 1 och 2 avstyrks.

Organdonation

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om bl.a. olika åtgärder för att öka tillgången på organ m.m.

Jämför reservation 22 (S, MP, V).

Motioner

Åtgärder för ökning av tillgång på organ

I motion So334 av Lars Mejern Larsson och Désirée Liljevall (S) begärs ett tillkännagivande om organdonationer. Motionärerna anför bl.a. att det behöver göras en översyn i syfte att förenkla anmälan till organdonation, t.ex. genom att man i stället för att ta ställning för, tar ställning mot att donera sina organ.

I motion So469 av Hillevi Larsson (S) begärs ett tillkännagivande om att den som inte motsatt sig organdonation under sin livstid ska klassas som organdonator efter sin död.

I motion So285 av Johan Hultberg och Åsa Coenraads (M) begärs ett tillkännagivande om att möjliggöra anmälan till donationsregistret i samband med pass-, id-korts- och körkortsansökan. Motionärerna anför att det finns en stor organbrist och att få svenskar har gjort sin donationsvilja känd. Ett liknande yrkande finns i motion So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (M) yrkande 1 dock med den skillnaden att dessa motionärer vill att ett ställningstagande till donation ska vara obligatoriskt för att få körkortstillstånd och förnyat körkort.

I motion So289 av Anna SteeleKarlström (FP) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att alla som föds i Sverige automatiskt ska registreras i donationsregistret. Motionären anför att man borde "födas in" i registret och om man av något skäl inte vill vara med i registret måste den enskilde göra ett aktivt val och begära utträde ur registret. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att alla som invandrar till eller får arbetstillstånd i Sverige automatiskt ska upptas i donationsregistret i samband med att de får sitt samordnings- eller personnummer.

I motion So415 av Johan Linander (C) begärs ett tillkännagivande om att utreda hur antalet donationer av organ och vävnader ska kunna öka.

I syfte att öka tillgången på organdonatorer begärs även i motion So563 av Finn Bengtsson och Abdirizak Waberi (M) ett tillkännagivande om organdonationer.

I motion So320 av Annie Johansson (C) begärs ett tillkännagivande om att utreda frågan om donationsförberedande behandling.

I motion So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (M) yrkandena 2 och 6 begärs tillkännagivanden om att verka för information och för att människor regelbundet ställs inför ett ställningstagande om organdonation. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om ökat samarbete i EU för att öka tillgången på organ.

I motion So519 av Penilla Gunther och Andreas Carlson (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av att belysa tillämpningen av lagstiftning och etiska och praktiska frågeställningar kring organdonation i syfte att öka antalet organdonationer.

I motion So350 av Olof Lavesson (M) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om reglerna för organdonation. Motionären anför bl.a. att den medicinska prövning som görs av alla som är aktuella för donation bör utgå från sexuellt riskbeteende och inte från sexuell läggning eller grupp-tillhörighet.

I motion So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (M) yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att vården också bör inriktas på att organ ska hållas transplantationsdugliga så länge som möjligt.

I motion So289 av Anna SteeleKarlström (FP) yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att skapa en koordinationsenhet med ansvar på nationell nivå för optimal hantering av donerade organ och donationsmottagare.

I motion So531 av Mikael Cederbratt (M) begärs ett tillkännagivande om behovet av en översyn av lagar och regelverk vad gäller ersättning till levande organdonatorer.

I motion So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (M) yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om att se över Donationsrådets uppgifter och organisation.

Gällande rätt

I 13 § lagen (1995:831) om transplantation m.m. föreskrivs att sjukhus eller enheter där ingrepp för transplantation enligt lagen får utföras ska ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgiften att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående.

Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation (Donationsrådet) är ett nationellt råd med uppgift att främja donation av organ och vävnader i Sverige. Donationsrådet är knutet till Socialstyrelsen, men är ett fristående rådgivande nationellt råd. Målet med verksamheten är att förbättra donationsfrekvensen i Sverige. Av 13 § förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att Donationsrådet har till uppgift att

- vara ett kunskapscentrum i donations- och transplantationsfrågor
- ha en opinionsbildande roll och se till att allmänheten och massmedierna får kontinuerlig information i donationsfrågor
- följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården i donations- och transplantationsfrågor och ta de initiativ denna kan ge anledning till
- medverka i kvalitetssäkring och utbildning av donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska
- medverka vid internationella kontakter och i framtagandet av nyckeltal
- ge vägledning i etiska frågor
- svara för frågor som gäller donationskort.

Donationsrådet ska ha en helhetssyn och stödja de ansvariga i vården – framför allt donationsansvariga läkare och sjuksköterskor. På en särskild webbplats finns all den kunskap samlad som vårdpersonal kan behöva i arbetet med donation av organ och vävnader. Donationsrådet har tagit fram rekommendationer om donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska (1/2007) för en ny struktur i sjukvården för arbetet med donationer. Rådet samarbetar med donationsansvarig vårdpersonal, personal vid transplantationsenheterna, specialistföreningar, patientföreningar och berörda myndigheter.

Donationsrådet bedriver även, i samverkan med sjukvården, Apoteket AB, patientorganisationer och representanter för berörd medicinsk profession, det nationella informationsarbetet Livsviktigt. Målet för Livsviktigs arbete är att förmå människor i Sverige att göra sin vilja i donationsfrågan känd och därigenom bidra till att öka antalet transplantationer med organ och vävnader från avlidna donatorer.

Donationsregistret startades 1996 av Socialstyrelsen i samband med att lagen (1995:831) om transplantation m.m. trädde i kraft. Den 1 januari 2011 fanns 1 508 903 personer registrerade i registret (till vilket man kan anmäla ett ja eller ett nej).

Enligt uppgift från Donations- och transplantationsverksamheten vid Socialstyrelsen framkommer att antalet anmälda under åren varit relativt konstant, att antalet anmälningar emellertid ökat i samband med särskilda informationsinsatser, som t.ex. Donationsveckan som genomfördes den 18–24 oktober 2010, att 64 % av samtliga anmälningar i registret är ja-anmälningar, men att majoriteten av de anmälningar som i dagsläget kommer in är ja-anmälningar. När det gäller genomförda donationer framkommer att endast ca 225 avlidna per år är möjliga som donatorer.

Donationsrådet har nyligen genomfört en opinionsundersökning och resultatet av denna kommer enligt uppgift att presenteras i början av mars 2011.

Socialstyrelsen skrev den 24 januari 2011 ett brev till hälso- och sjukvården om inledande och avbrytande av intensivvårdsbehandling – fastställande av dödsfallet och donation (dnr 5.1–227/2011). Av brevet framgår att när det under pågående respiratorbehandling finns en misstanke om utveckling av total hjärninfarkt kan vård och behandling av vitala funktioner upprätthållas och fortgå fram till dess att diagnostiken, enligt läkares bedömning, har varit möjlig att genomföra. Vården under denna period bedrivs för att man ska få en rimlig grund för prognoser och ställningstagande till hur fortsatt vård ska bedrivas, eller för att säkert kunna konstatera att patienten utvecklat total hjärninfarkt. Om det sedan fastställts att döden har inträtt får, enligt 2 a § lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död, medicinska insatser fortsätta om det behövs för att bevara organ eller annat biologiskt material i avvaktan på ett transplantationsingrepp. Insatserna får inte pågå längre än 24 timmar, om det inte finns synnerliga skäl.

Enligt uppgift som inhämtats från Socialstyrelsen gör myndigheten bedömningen att 24-timmarsregeln, med möjlighet till undantag om det finns synnerliga skäl, inte är ett hinder för transplantation av organ.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Utskottet behandlade senast motioner om organdonation i sitt av riksdagen godkända betänkande 2009/10:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m. (rskr. 2009/10:131). Utskottet avlog motionerna med hänvisning till det arbete som Donationsrådet bedriver (bet. s. 49, 1 res. V).

Vid en interpellationsdebatt den 18 november 2010 svarade socialminister Göran Hägglund på en fråga från Ylva Johansson (S) om vad socialministern tänker göra för att vi ska få fler organ att transplantera i Sverige. Socialministern anförde i sitt svar följande:

Herr talman! Tack, Ylva Johansson, för en väldigt viktig fråga, som berör någonting som kan drabba oss alla eller någon i vår nära omgivning. Därför är det naturligtvis angeläget för oss.

Vi har i Sverige en befolkning på dryga 9 miljoner personer, och vi har i vårt donationsregister för närvarande ungefär 1 ½ miljon personer. När man ställer frågan i opinionsmätningar visar det sig att kanske åtta av tio är beredda att donera, men det är väldigt svårt att gå från tanke till handling. Där har vi gjort många olika saker, i form av kampanjer, av den här regeringen och av tidigare regeringar. Men vi behöver nog tänka vidare för att se hur man kan komma framåt.

Här finns en del intressanta uppslag. Man skulle kunna underlätta för människor att anmäla sig till exempel genom rutor att fylla i på inkomstdeklarationsblanketter eller i samband med körkortsansökningar eller annat och få dem att gå från den goda tanken till den goda handlingen. Men mer finns att göra.

Herr talman! Det finns nog mycket att göra också inom det regelverk vi har i dag. Vi kan se att man på de sjukhus eller i de landsting som jobbar aktivt med dem som kallas donationsansvariga får mycket tid för att utföra sin uppgift, att prata med kolleger och informera grundligt. Då får man väldigt mycket bättre resultat än i andra landsting. Det är en väldigt viktig och relativt enkel åtgärd som skulle kunna ge goda resultat.

När det gäller de viktiga medicinsk-etiska frågor som handlar om dödsögonblicket är det viktigt att föra diskussionen på ett lugnt och sansat sätt. Jag är självklart inte främmande för att vidta sådana åtgärder som är etiskt acceptabla och som bygger på människors fria vilja att donera organ. Men vi har en viktig princip i den svenska hälso- och sjukvården som handlar om att alla ska vårdas för sin egen skull, inte för att vara – vanvördigt uttryckt – ett slags reservdelslager. Det gäller i stället att hitta en väg framåt i frågan så att vi kan säkra att människors önskemål tillmötesgås och säkra tryggheten i vårdssituationer för alla.

Utskottet deltog under perioden december 2008–januari 2009 i ett försök med s.k. subsidiaritetsprövning av kommissionens förslag till direktiv om kvalitets- och säkerhetsnormer för organ av mänskligt ursprung avsedda för transplantation.³ Direktivet antogs i slutet av det spanska ordförandeskapet den 7 juli 2010. Nu pågår enligt uppgift ett implementeringsarbete inom Regeringskansliet.

Karolinska universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting, öppnade den 10 december 2010 en s.k. donationslinje för allmänheten. Dit kan allmänheten vända sig för att snabbt och enkelt komma i kontakt med transplantationskoordinatorer på sjukhuset. Donationslinjen ingår i landstingets satsning på organdonation och transplantation.

Utskottets ställningstagande

Utskottet har fått veta att det inom Regeringskansliet pågår ett arbete med att inhämta kunskaper om och erfarenheter av dagens regelsystem när det gäller ökad tillgång på organ m.fl. frågor på området för organdonation. Med hänsyn till detta samt till det arbete Donationsrådet bedriver anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motionerna So285 (M), So289 (FP) yrkande 1–3, So320 (C), So334 (S), So350 (M) yrkande 2, So415 (C), So437 (M) yrkandena 1–6, So469 (S), So519 (KD), So531 (M) och So563 (M) avstyrks.

³ KOM(2008) 818 slutlig. Se socialutskottets protokoll från utskottssammanträde den 16 december 2008 (prot. 2008/09:15).

Reglerna för blodgivning

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om ändrade regler för blodgivning.

Motioner

I motion So350 av Olof Lavesson (M) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om reglerna för blodgivning. Motionären anför att regelverket har gruppstillhörighet i stället för riskbeteende som fokus och att regelverket för blodgivning bör omprövas. I motionerna So378 av Jan Ericson (M) och So490 av Lena Asplund och Ulf Berg (M) finns liknande yrkanden.

Gällande rätt

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. Enligt 3 § beslutar Läkemedelsverket om tillstånd till verksamhet som rör insamling och kontroll av blod och blodkomponenter avsedda att användas vid läkemedelstillverkning.

Insamling och kontroll av blod och blodkomponenter, oberoende av användningsområde, regleras genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG av den 27 januari 2003 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av humanblod och blodkomponenter och om ändring av direktiv 2001/83/EG, och tillhörande kommissionsdirektiv 2004/33/EG av den 22 mars 2004 om genomförande av Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG i fråga om vissa tekniska krav på blod och blodkomponenter, 2005/61/EG av den 30 september 2005 om genomförande av Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG i fråga om krav på spårbarhet och rapportering av allvarliga biverkningar och avvikande händelser och 2005/62/EG av den 30 september 2005 om genomförande av Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG när det gäller gemenskapens standarder och specifikationer angående kvalitetssystem för blodcentraler.

Bakgrund och pågående arbete

Den 1 december 2009 beslutade Socialstyrelsen om nya föreskrifter om blodverksamhet (SOSFS 2009:28). De nya föreskrifterna innebär att sexuell riskbeteende, inte sexuell läggning eller gruppstillhörighet, ska vara styrande för riskbedömningen för vem som ska få bli blodgivare. En särskild karensregel infördes och innebär att personer som har haft ett sex-

uellt riskbeteende tillfälligt kan stängas av som blodgivare under ett år. Dit räknas bl.a. män som har haft sex med män (MSM-gruppen). Föreskrifterna trädde i kraft den 1 april 2010.

Plasma till läkemedel godkänns enligt en EU-gemensam procedur som koordineras av den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA). Plasma, insamlad i Sverige för tillverkning av läkemedel till EU:s marknader, granskas och godkänns enligt denna procedur. Läkemedelsverket, som ansvarar för att se till att den blodplasma som används vid läkemedelstillverkning uppfyller de krav som ställs i EU-direktiv gör en annan tolkning än Socialstyrelsen av kommissionens direktiv 2004/33/EG när det gäller permanent kontra temporär avstängning på kriteriet sexuellt riskbeteende, såsom MSM. Läkemedelsverket reviderade den 27 januari 2010 Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2006:16) om blodverksamhet genom LVFS 2010:2. De nya föreskrifterna trädde i kraft den 1 mars 2010. Enligt föreskrifterna är personer som har haft ett sexuellt riskbeteende även i fortsättningen permanent avstängda från att lämna blod i de fall blodkomponenterna är avsedda för framställning av läkemedel. Således divergerar Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets föreskrifter sedan 2010.

De divergerande bestämmelserna innebär att blodcentraler som tar emot blod från t.ex. MSM-gruppen på ett säkert sätt måste avskilja detta blod så att det inte används för att leverera blodplasma till läkemedelsframställning. Socialstyrelsen har beslutat att ge 26 blodverksamheter som levererar plasma till läkemedelsindustrin dispens från bestämmelsen om att män som har haft sex med män ska få möjlighet att lämna blod. Dispensen gäller t.o.m. den 10 juni 2011. De två myndigheterna har kommit överens om "Frågor och svar" i sammanhanget (se <http://www.socialstyrelsen.se/frago-rochsvaer?search=blodgivning>).

Inom Europarådets European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare (EDQM) finns en transfusionsmedicinsk kommitté (CD-P-TS) som sedan ett år tillbaka arbetar med ett projekt som syftar till att bl.a. inventera hur EU-reglerna för sexuellt riskbeteende i nuläget tillämpas nationellt, utreda förutsättningarna för en harmonisering av hanterandet av frågor kring riskbeteende hos blodgivare och utarbeta ett förslag till harmoniserade selektionsbestämmelser som ska läggas fram för EDQM och EU-kommissionen.

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsens nya föreskrifter om blodverksamhet (SOSFS 2009:28) innebär att sexuellt riskbeteende, inte sexuell läggning eller grupptillhörighet, ska vara styrande för riskbedömningen för vem som ska få bli blodgivare. Genom de nya föreskrifterna får motionerna So350 (M) yrkande 1, So378 (M) och So490 (M) anses tillgodosedda. Motionerna avstyrks.

Abort

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om bl.a. rätt för barnmorskor att utföra medicinsk abort samt abortförebyggande arbete.

Jämför reservation 23 (S, MP, V).

Motioner

Rätt för barnmorskor att utföra medicinsk abort

I motion So322 av Gunvor G Ericson och Agneta Luttröpp (MP) begärs ett tillkännagivande om att modernisera lagstiftningen och ge barnmorskor laglig rätt att ansvara för medicinska aborter.

Övriga frågor om abort

I motion So492 av Carina Hägg m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om att uttala att abort är en mänsklig rättighet (yrkande 1), om att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt lagstiftningen bör förstärkas för att garantera kvinnor abort (yrkande 2) och om att göra en översyn för att lagstiftningen ska garantera att såväl offentlig som privat vård utför abort (yrkande 3).

I motion So460 av Tuve Skånberg och Annelie Enochson (KD) begärs ett tillkännagivande om alla människors lika värde och utsortande fosterdiagnostik. Av samma motionärer begärs i motion So461 ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram riktlinjer för sjukvården i relation till de rättsvårdande myndigheterna när det gäller aborter för flickor under 15 år.

I motion So462 av Tuve Skånberg (KD) begärs ett tillkännagivande om Socialstyrelsens uppdrag om abortstatistik. Motionären anför att den statistik som finns för 2009 är för bristfällig för att en tillförlitlig bedömning ska kunna göras. Motionären hänvisar till regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att redovisa konsekvenserna av ändringarna i abortlagstiftningen 2008, då även utländska kvinnor fick rätt att få abort utförd i Sverige.

Gällande rätt

Om en kvinna begär att hennes havandeskap ska avbrytas, får 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, se 1 § abortlagen (1974:595). Om en kvinna begärt abort eller om en fråga uppkommit om att avbryta havandeskapet enligt 6 § abortlagen ska kvinnan erbjudas stödsamtal innan åtgärden utförs (2 §). Enligt 6 § abortlagen får Socialstyrelsen, om det kan antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan

medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, lämna tillstånd till att avbryta havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit. Enligt 5 § abortlagen får endast den som är behörig att utöva läkaryrket utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner.

Socialstyrelsen beslutade under 2009 om nya föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15), som trädde i kraft den 1 november 2009. En av nyheterna i föreskrifterna är kravet på att vårdgivarens ledningssystem ska kompletteras med rutiner på området (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. 1 och 2 §§).

När det gäller kvinnor under 18 år framgår av 3 kap. 3 och 4 §§ Socialstyrelsens föreskrifter att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra om information ska lämnas till vårdnadshavarna samt om en anmälan ska göras till socialnämnden eller motsvarande när kvinnan som begär abort är under 18 år.

Socialstyrelsen gav i september 2010 ut meddelandebladet Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård (nr 7/2010). Meddelandebladet innehåller bl.a. ett avsnitt om abortverksamhet. Av meddelandet framgår följande när det gäller abortverksamhet (s. 6):

Vårdgivarna har ett antal viktiga grundföreskrifter att förhålla sig till när det gäller kvalitet och säkerhet, men även när det gäller exempelvis informationshantering och journalföring (se avsnitt 5). Under 2009 utfärdades Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort, som fördjupar kraven på vårdgivarna beträffande verksamhet som omfattas av abortlagen (1974:595). De nya föreskrifterna om abort har anpassats till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Enligt de nya abortföreskrifterna ska sådan verksamhet som omfattas av abortlagen ha kompletterande rutiner för abort.

I Socialstyrelsens föreskrifter om abort finns det även särskilda krav på vårdgivaren gällande kvinnor under 18 år. Vårdgivaren ansvarar för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida information ska lämnas till vårdnadshavarna, när kvinnan som begär abort är under 18 år. Vidare ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida en anmälan ska göras till socialnämnden, när kvinnan som begär abort är under 18 år.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Utskottet behandlade senast motionsyrkanden om abortfrågor i sitt av riksdagen godkända betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor (prot. 2009/10:99) och uttalade bl.a. följande (s. 50, ingen res.):

När det gäller kvinnor under 18 år som begär abort framgår av Socialstyrelsens nya föreskrifter (3 kap. 3 och 4 §§ SOSFS 2009:15) att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedöm-

ning ska göras för att avgöra om information ska lämnas till vårdnadshavarna samt om en anmälan ska göras till socialnämnden eller motsvarande. Genom dessa föreskrifter får motion [...] anses tillgodosedd. Motionen avstyrks.

Enligt uppgift från Socialdepartementet bereds frågan om abortförebyggande arbete inom Regeringskansliet. Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa detta arbete. Motionerna [...] avstyrks.

Socialstyrelsen publicerade i januari 2008 rapporten Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk (2008-103-2). Rapporten analyserar barnmorskors deltagande vid medicinska aborter samt beskriver de författningar som styr abortverksamheten. I sammanfattningen till rapporten anförs bl.a. följande:

När abortlagen trädde i kraft år 1975 var legal (inducerad) abort synonymt med kirurgisk abort. I 5 § andra stycket abortlagen 2 står att ”endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §.” Sedan lagen trädde i kraft har såväl teknik, exempelvis med vaginala ultraljudsundersökningar, som läkemedel utvecklats. Teknikutvecklingen har inneburit att diagnoser kan ställas med större säkerhet. Nya läkemedel har bidragit till att en ny abortmetod har tillkommit, den medicinska. Med ny teknik och nya läkemedel utförs numera aborter i allt större utsträckning med den medicinska metoden. En förskjutning av arbetsuppgifter i abortverksamheten har skett. Många arbetsuppgifter som tidigare hörde till gynekologer, hör nu till barnmorskor och sjuksköterskor. Gynekologer såväl som barnmorskor kan efter utbildning och erfarenhet utföra t.ex. vaginala ultraljud.

— — —

Vårdgivaren ansvarar för att abortverksamheten fungerar på bästa sätt och att god vård ska ges genom hög patientsäkerhet och tillgänglighet. Det är varje verksamhetschefs ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna med hänsyn till verksamhetens behov och personalens kompetens. Förutom regelstyrda arbetsuppgifter som endast vissa yrkesgrupper får utföra eller som på annat sätt kräver särskild utbildningsbakgrund, erfarenhet eller befattning är verksamhetschefen fri att fördela arbetsuppgifterna mellan de olika personalkategorierna. Att utföra abort är en regelstyrd uppgift som är förbehållen läkare. I begreppet ”utföra” ryms, när det gäller medicinska aborter, ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Läkaren har således, även enligt generella direktiv, det övergripande ansvaret för utförandet av medicinska aborter. Med ordinationer enligt generella direktiv ges verksamhetschefer i abortverksamheten möjlighet att ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.

Socialminister Göran Hägglund besvarade den 4 november 2010 en skriftlig fråga (2009/10:138) om medicinska aborter och anförde följande:

Elina Linna har frågat mig vilka åtgärder jag är beredd att vidta för att barnmorskor i högre utsträckning ska kunna utföra medicinska aborter. Enligt abortlagen (1974:595) får endast den som är behörig att utöva läkaryrket utföra abort eller avbryta havandeskap. Socialstyrelsen har nyligen avslutat en översyn av föreskrifterna till abortlagen. Medicinsk abort, det vill säga graviditet som avbryts genom läkemedelsbehand-

ling regleras i Socialstyrelsens nya föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15 [M]) som trädde i kraft den 1 november 2009. Enligt föreskrifterna ansvarar vårdgivaren för att det fastställs rutiner som säkerställer att kvinnan vid en medicinsk abort genomgår den inledande läkemedelsbehandlingen på en sjukvårdsinrättning i enlighet med 5 § andra stycket abortlagen (1974:595) och att en bedömning görs av huruvida det är lämpligt att kvinnan, om hon så önskar, fullföljer den medicinska aborten i hemmet. Enligt föreskrifterna ska vårdgivaren också ansvara för att vid en medicinsk abort kvinnan följs upp med en efterkontroll för att fastställa att graviditeten är avslutad. Det är således ett ledningsansvar att säkerställa att abortverksamheten drivs på ett ändamålsenligt sätt med hög patientsäkerhet. Mot denna bakgrund har jag inte för avsikt att vidta några vidare åtgärder.

Socialministern besvarade den 27 augusti 2008 en skriftlig fråga (fr. 2007/08:1537) om aborträtt vid privat vård och anförde följande:

Carina Hägg har frågat mig vilka åtgärder jag avser att vidta för att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt lagstiftning ska garantera att såväl offentlig som privat vård utför abort. Abort utförs inom ramen för hälso- och sjukvården och de allmänna bestämmelserna för hälso- och sjukvård är därmed tillämpliga på sådana åtgärder. Av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) följer att varje landsting har en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget. Denna skyldighet omfattar aborter. Landstingen får enligt samma bestämmelse sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Genom vårdavtal kan således landstinget överlämna driften av viss hälso- och sjukvård, till exempel i samband med abort, till en privat utförare. När det gäller abort finns därutöver särskilda bestämmelser i abortlagen (1974:595). Av 5 § framgår att abort ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner. För det fall att ett landsting genom avtal överlämnat driften av hälso- och sjukvård i samband med abort till en privat utförare krävs således Socialstyrelsens godkännande. Bestämmelserna i denna del har motiverats utifrån patientsäkerheten, bland annat för att garantera att det finns tillräckliga resurser för behandling i samband med eventuella komplikationer under en abort. Lagstiftningen ger inget utrymme att neka en kvinna abort om förutsättningarna i abortlagen är uppfyllda. Detta gäller både den landstingsdrivna vården och privata vårdgivare som på grund av avtal med landstinget ska utföra aborter. Privata vårdgivare som inte har ett vårdavtal med landstinget och därmed inte heller offentlig finansiering, har ingen skyldighet att utföra några specifika tjänster, utan väljer själva vilken verksamhet de vill bedriva. Jag ser mot denna bakgrund inte någon anledning att vidta åtgärder för att ändra den lagstiftning som finns avseende abort.

Utrikesminister Carl Bildt besvarade den 18 september 2008 en skriftlig fråga (fr. 2007/08:1606) om abort som en mänsklig rättighet och anförde följande:

Carina Hägg har frågat Nyamko Sabuni om hon avser att vidta några åtgärder för att abort ska ses som en del av internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Arbetet inom regeringen är så fördelat att det är jag som ska svara på frågan. Regeringen delar Carina Häggs oro för den ökande mödradödligheten i många delar av världen. Regeringen delar även Carina Häggs uppfattning att kvinnor ska ha rätt att bestämma över sina egna kroppar och rätt till fysisk och psykisk integ-

ritet, utan risk för ingrepp, våld eller tvång. Sveriges förhållningssätt är tydligt och klart. Grundstenen är alla människors lika värde och respekten för de internationella normerna om de mänskliga rättigheterna. Tillgång till säker och laglig abort är en viktig hälsofråga för kvinnor och är därför, inom ramen för breda ansatser där information och förebyggande insatser är av särskild vikt, ett av de prioriterade områdena inom Sveriges arbete med SRHR, vilket också lyfts fram i skriften Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Som Carina Hägg vet nämns inte explicit rätten till abort i någon av FN:s konventioner om mänskliga rättigheter. Utgångspunkten för Sveriges internationella arbete med SRHR-frågor är de åtaganden som världens länder gjort i samband med konventionerna för de mänskliga rättigheterna, samt resultaten från FN:s internationella konferenser – bland annat deklARATIONEN och handlingsprogrammet från 1994 års konferens om befolkning och utveckling. Sverige driver därför SRHR-frågor som en rättighetsfråga både bilateralt och genom multilaterala processer. Inom utvecklingssamarbetet är SRHR ett prioriterat område där Sverige arbetar bland annat med aktörer inom FN och det civila samhället för att stärka kvinnors situation och minska mödradödligheten. Regeringen avser att förstärka arbetet med att uppnå millenniemål 5 om förbättrad mödr hälsa genom ytterligare initiativ inom utvecklingssamarbetet som syftar till att stävja mödradödligheten, inklusive att öka tillgången till säker och laglig abort. Sverige är drivande både genom EU och FN i syfte att förmå andra länder att efterleva åtaganden när det gäller alla människors åtnjutande av de mänskliga rättigheterna. Sverige är en tydlig röst för kvinnors rättigheter världen över. Regeringen prioriterar och driver därför frågan om kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

En interdepartemental arbetsgrupp inom Regeringskansliet, med Anders Milton som ordförande, överlämnade den 15 juni 2009 en promemoria med förslag på åtgärder för att förbättra det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter. Huvudinriktningen på arbetet var att förstärka det förebyggande arbetet så att antalet oönskade graviditeter minskar.

En ändring i abortlagen (1974:595), 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). Genom ändringen togs kravet att kvinnan ska vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige för att genomgå abort eller avbrytande av havandeskap bort. I samband med lagändringen fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att för verksamhetsåret 2009 samla in statistik över antalet utländska kvinnors aborter i Sverige. Socialstyrelsen redovisade i februari 2010 sitt uppdrag i rapporten Utländska kvinnors aborter i Sverige under år 2009 (artikelnr 2010-2-11).

Socialstyrelsen anordnade den 25–26 november 2010 en konferens som tog upp nordiska perspektiv på sexuell och reproduktiv hälsa med fokus på förebyggande arbete mot oönskade graviditeter. Konferensen vände sig till experter på hälso- och sjukvårdsområdet och skulle leda till förslag till förebyggande åtgärder mot oönskade graviditeter.

Utskottets ställningstagande

När det gäller frågan om att ge barnmorskor rätt att utföra medicinsk abort anser utskottet att det är önskvärt att kvinnor som söker för att avbryta en graviditet får en så snabb behandling som möjligt. Utskottet vill påminna om att Socialstyrelsen i sin rapport Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk gör bedömningen, att detta i vissa fall redan är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten. Motion So322 (MP) får anses åtminstone delvis tillgodosedd. Motionen avstyrks.

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.

När det gäller frågor som rör omyndiga abortsökande och informationen till deras vårdnadshavare påminner utskottet om att Socialstyrelsens nya föreskrifter om abort (3 kap. 3 och 4 §§ SOSFS 2009:15) föreskriver att vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra om information ska lämnas till vårdnadshavarna samt om en anmälan ska göras till socialnämnden eller motsvarande. Några initiativ från riksdagen behövs inte. Motion So461 (KD) avstyrks.

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om att ta fram statistik med anledning av att utländska kvinnor fick möjlighet att genomgå abort i Sverige avsåg endast året 2009 och är numera avslutat. Utskottet noterar i samband med detta att Socialstyrelsen årligen tar fram abortstatistik som ingår i Sveriges officiella statistik. Abortstatistiken innehåller uppgifter om abortmetod, graviditetslängd, tidigare aborter och förlossningar samt kvinnans ålder, hemortslän och kommun. Mot denna bakgrund anser utskottet inte att det finns skäl för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motion So462 (KD). Utskottet, som ställer sig bakom de svar som tidigare getts av ministrarna vid olika tillfällen, anser inte heller att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna So460 (KD) och So492 (S) yrkandena 1–3, vilka därmed avstyrks.

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om ändringar i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall och om könskorrigering av vård för transsexuella.

Jämför reservationerna 24 (S) och 25 (MP, V).

Motioner

I motion So466 av Hillevi Larsson (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om förändring av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall. Liknande yrkanden finns i motionerna So493 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1, Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP) yrkandena 5 och 7, So582 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1 och 3–5, So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (M) yrkande 3 och So348 av Fredrick Federley (C).

I motion So466 av Hillevi Larsson (S) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att öka tillgången till könskorrigering av vård för alla transpersoner.

I motion Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP) yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om transsexuellas möjligheter att spara könsceller inför en könskorrigering operation. Ett liknande yrkande finns i motion So582 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 2.

Gällande rätt

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall trädde i kraft den 1 juli 1972. För att få en juridisk fastställelse uppställs enligt lagen fyra krav: den sökande ska vara 18 år, svensk medborgare, ogift och steril.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Könstillhörighetsutredningen (dir. 2006:8) överlämnade den 16 mars 2007 betänkandet Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag (SOU 2007:16). Utredningen har gjort en översyn och utvärdering av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall. Betänkandet innehåller ett förslag till en ny lag. Könstillhörigheten kan ändras i huvudsak i två olika situationer: dels när någon är transsexuell, dels i vissa fall när någon är intersexuell. Av sammanfattningen till betänkandet framgår följande.

Utredningens uppdrag har varit att göra en översyn av den lagstiftning som gäller vid ändring av könstillhörighet. I betänkandet lämnas förslag till en ny lag.

Lagförslaget innehåller bl.a. bestämmelser om villkor för ändring av könstillhörighet och om verkan av ett sådant beslut. För att en transsexuell person ska få sin könstillhörighet ändrad krävs enligt förslaget, förutom att han eller hon ska vara konstaterat transsexuell, att han eller hon kan förväntas klara av att leva i en ny könsroll och ha fyllt 18 år.

Det tidigare gällande kravet på att personen ska vara ogift har i princip tagits bort. Ett äktenskap ska omvandlas till ett registrerat partnerskap och vice versa om en av makarna eller partnern får ändrad könstillhörighet, förutsatt att den andre maken eller partnern samtycker till omvandlingen.

Kravet på att sökanden ska vara steriliserad eller ha fått sin fortplantningsförmåga upphävd är borttaget och ersatt med ett krav att könskörtlarna ska vara borttagna. Vidare har kretsen av personer som kan få ändrad könstillhörighet i Sverige utvidgats till att även avse utländska medborgare som varit bosatta i Sverige i minst ett år.

Den nya lagen omfattar även bestämmelser om ändring av könstillhörighet för personer med tvetydig könstillhörighet (s.k. intersexuella).

Enligt uppgift från Socialdepartementet har betänkandet varit ute på remiss.

Socialstyrelsen gav i juni 2010 ut rapporten Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar – Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd (artikelnr 2010-6-31).⁴ Syftet med utredningsuppdraget var, enligt rapporten (s. 3), att Socialstyrelsen skulle komma med konkreta förslag på hur insatser till transsexuella och intersexuella personer kan förbättras. Det gällde särskilt insatser inom hälso- och sjukvårdens område. Även andra frågor skulle belysas om de påverkade behovet av vård och stöd. Rapporten har varit föremål för remissbehandling.

Enligt uppgift från Socialstyrelsen pågår ett arbete med remissammanställning, som beräknas vara klart före sommaren 2011. Därefter kommer rapporten och remissammanställningen att överlämnas till Socialdepartementet.

Utskottets ställningstagande

Utskottet vill betona att frågan om intersexuellas och transsexuellas situation är viktig. Utskottet konstaterar att Socialstyrelsens rapport Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar – Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd har remissbehandlats och att det nu pågår ett arbete inom Socialstyrelsen med att sammanställa remissyttrandena. Därefter kommer rapporten att överlämnas till Socialdepartementet. Utskottet anser att det arbetet inte bör föregripas.

Motionerna So348 (C), So396 (M) yrkande 3, So466 (S) yrkandena 1 och 2, So493 (S) yrkande 1, So582 (V) yrkandena 1–5 och Ju222 (MP) yrkandena 5–7 avstyrks.

⁴ Utredare var Karin Lindell, jurist och f.d. riksrevisor, som fick uppdraget från Lars-Erik Holm, generaldirektör vid Socialstyrelsen.

Könsstymning av flickor

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om behovet av hälsointyg för att skydda unga flickor från könsstymning.

Motioner

I motion Ju287 av Désirée Pethrus (KD) yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om behovet av ett hälsointyg för att skydda unga flickor från könsstymning. Motionären anför att ett sådant hälsointyg tydligt ska visa att könsstymning är förbjudet enligt svensk lag och att föräldrarna har ansvaret för flickan och kan dömas enligt svensk lag även om könsstymningen utförs i ett annat land.

Gällande rätt

Av 1 § lagen (1982:316) med förbud mot könsstymning av kvinnor framgår att ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstymning) inte får utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte. Den som bryter mot bestämmelsen kan enligt 2 § första stycket samma lag dömas till fängelse i högst fyra år. Om brottet har medfört livsfara, allvarlig sjukdom eller i annat fall inneburit ett synnerligen hänsynslöst beteende ska det bedömas som grovt. Straffet för grovt brott är enligt bestämmelsens andra stycke fängelse lägst två år och högst tio år.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

I ett beslut den 23 oktober 2008 uppdrog regeringen åt Rikspolisstyrelsen att, i samverkan med Åklagarmyndigheten, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen, ta fram gemensamma nationella riktlinjer för samverkan vid utredningar kring barn som misstänks vara utsatta för brott. De gemensamma nationella riktlinjerna skulle beskriva hur samverkan bör bedrivas och hur de problem som har identifierats ska hanteras på ett rättssäkert sätt. Målgruppen i de nationella riktlinjerna har utökats till att omfatta även barn som utsatts för människohandel eller kvinnlig könsstymning samt barn som lever med våld i familjen. En redovisning av den del av uppdraget som avsåg nationella riktlinjer lämnades den 1 oktober 2009 (POA-428-6530/08).

En annan del av uppdraget till Rikspolisstyrelsen m.fl. myndigheter gick ut på att låta utvärdera verksamheter där myndigheter samverkar i gemensamma lokaler vid utredningar kring barn som misstänks vara utsatta för brott. Denna del av uppdraget redovisades till Justitiedepartementet den 15 december 2010.

Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet (NCK) har enligt förordningen (2006:72) om ett nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor i uppgift att med ett rikstäckande perspektiv sprida kunskap och information om mäns våld mot kvinnor. Centrumet har även till uppgift att följa, sammanställa och sprida forskningsresultat samt analysera behovet av forskning inom området mäns våld mot kvinnor. Inom ramen för arbetet med hedersrelaterat våld och förtryck planeras inom NCK att i en svensk kontext göra en kunskaps- och forskningsöversikt om könsstympning och dess konsekvenser. Kunskapsöversikten kommer att ha ett genus- och brottsofferperspektiv och fokusera på konsekvenserna för de drabbade och på samhällets bemötande. Den ska också innehålla en nationell kunskaps- och resursinventering samt en presentation av svensk och internationell forskning om könsstympning. Enligt uppgift från NCK kommer översikten att presenteras under våren 2011.

Enligt uppgift från Socialstyrelsen pågår inget speciellt projekt inom Socialstyrelsen som är inriktat på kvinnlig könsstympning. Socialstyrelsen bevakar och ansvarar emellertid för att arbeta vidare med frågan om könsstympning utifrån handlingsplanen⁵ och utifrån det generella ansvar myndigheten har för att förebygga att barn riskerar att fara illa. Socialstyrelsens webbplats, som uppdateras vid behov, har information om könsstympning och besöks av professionella inom socialtjänsten, skolan, hälso- och sjukvården och polisen som söker information och litteratur.

I regeringens faktapromemoria 2010/11:FPM14 Strategi för jämställdhet 2010–2015 (KOM(2010) 491) behandlas kommissionens meddelande om en strategi för jämställdhet av den 21 september 2010. Strategin bygger vidare på färdplanen för jämställdhet 2006–2010 och den europeiska pakten för jämställdhet. I strategin ingår åtgärder på sex prioriterade områden som fastställdes i kvinnostadgan. Åtgärdsförslagen omfattar både jämställdhetsintegrering och särskilda åtgärder. Ett av de sex prioriterade områdena är värdighet, integritet och ett slut på könsbaserat våld. Inom detta område kommer kommissionen, enligt faktapromemorian, att anta en EU-strategi för att bekämpa våld mot kvinnor med särskilt fokus på att bekämpa kvinnlig könsstympning samt genomföra en EU-omfattande informationskampanj om våld mot kvinnor.

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har ett generellt ansvar för att förebygga att barn far illa liksom ett specifikt ansvar för att arbeta vidare med frågan om könsstympning utifrån handlingsplanen mot könsstympning. Något initiativ från riksdagen är inte nödvändigt. Motion Ju287 (KD) yrkande 6 avstyrks.

⁵ Nationell handlingsplan mot kvinnlig könsstympning presenterades av regeringen i juni 2003.

Omskäreelse av pojkar

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om införande av en åldersgräns för omskäreelse av pojkar.

Jämför reservation 26 (SD) och särskilt yttrande 1 (V).

Motioner

I motion So489 av Bengt-Anders Johansson och Finn Bengtsson (M) begärs ett tillkännagivande om omskäreelse av pojkar. Motionärerna anför bl.a. att ett ingrepp utan medicinsk indikation men med risker för oåterkallelig skada inte ska påtvingas någon som inte är myndig.

I motion So546 av Marietta de Pourbaix-Lundin (M) begärs ett tillkännagivande om att man bör införa en åldersgräns för manlig omskäreelse som inte är medicinskt motiverad.

Gällande rätt

Lagen (2001:499) om omskäreelse av pojkar tillämpas på omskäreelse av pojkar upp till 18 års ålder. Enligt lagen får omskäreelse av pojkar utföras endast av en legitimerad läkare eller av den som har särskilt tillstånd att utföra omskäreelse av pojkar. Enligt 3 § får omskäreelse utföras på begäran eller efter medgivande av pojkens vårdnadshavare och efter att vårdnadshavarna har informerats om vad ingreppet innebär. Vidare ska sådan information 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 möjligt klarläggas. Ett ingrepp får inte utföras mot en pojkes vilja.

Syftet med lagen är att förebygga att ingrepp sker på ett sätt som skadar pojkarnas hälsa.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Utskottet behandlade senast motionsyrkanden om omskäreelse av pojkar i betänkande 2009/10:SoU11 Hälso- och sjukvårdsfrågor som godkändes av riksdagen. Utskottet uttalade följande (s. 54):

Utskottet konstaterar att omskäreelse av pojkar enligt lagen (2001:499) om omskäreelse av pojkar är tillåten i Sverige. I enlighet med barnkonventionen och i likhet med regeringen anser utskottet att det är viktigt att förhindra att barn far illa. Utskottet ser därför positivt på att regeringen löpande följer frågan. Mot bakgrund av det arbete som pågår inom Sveriges Kommuner och Landsting bör riksdagen inte ta något initiativ i denna fråga. Motionerna [...] avstyrks.

I syfte att förhindra att pojkar omskärs av obehöriga beslutade förbundsstyrelsen i Sveriges Kommuner och Landsting (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 ickemedicinska 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 ickemedicinska 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 ickemedicinska 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 kr i Dalarna till 7 000 kr i Gävleborg.

Utskottets ställningstagande

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 So489 (M) och So546 (M) avstyrks.

Speciallivsmedel

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om speciallivsmedel.

Jämför reservation 27 (S).

Motioner

I motion So383 av Eva Sonidsson och Christina Karlsson (S) begärs ett tillkännagivande om en nationell plan för att alla med glutenintolerans ska få samma möjligheter till behandling, oavsett var i landet de bor. Motionärerna anför bl.a. att för att det inte ska bero på i vilken del av landet eller i vilket landsting eller region man bor bör man från nationell nivå se till att alla får samma behandling och ersättning. I motion So303 av Christer Winbäck (FP) begärs ett tillkännagivande om speciallivsmedel. Den mat

som de mag- och tarmsjuka måste äta är enligt motionären den medicin som behövs. Att även dessa grupper ska få subventionerade ”mediciner”, liksom övriga sjuka, är en självklarhet.

Gällande rätt

Enligt 20 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner har, om regeringen föreskriver det, den som är under 16 år rätt till reducering av sina kostnader för inköp av sådana av läkare förskrivna livsmedel som avses i 20 § livsmedelslagen (1971:511) med det belopp som vid varje inköpstillfälle överstiger 120 kr. Enligt 6 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. gäller den nedsättning av priset på vissa livsmedel som föreskrivs i 20 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. när ett barn lider av någon av de sjukdomar som anges i bilagan till förordningen. Läkemedelsverket ska, enligt 6 § 2 st. samma förordning, upprätta en förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Denna förteckning finns i bilagan till Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:13) om förskrivning av vissa livsmedel.

För personer över 16 år kan landstingen, på frivillig basis, erbjuda landstingssubventioner. Subventionssystemen skiljer sig således åt mellan landstingen när det gäller glutenintolerans hos personer över 16 år.

Tidigare behandling m.m.

Motionsyrkanden om speciallivsmedel behandlades av socialutskottet senast i betänkande 2009/10:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg (s. 21). Utskottet anförde då följande:

Motionsyrkanden om speciallivsmedel behandlades av socialutskottet senast i bet. 2008/09:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m. (prop. 2008/09:1, rskr. 2008/09:127–128). Utskottet ansåg då att riksdagen inte borde ta något initiativ. Yrkandena avstyrktes (ingen reservation). Av Läkemedelsverkets regleringsbrev för 2009 framgår att verket ska uppdatera innehållet i bilagan till Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:13) om förskrivning av vissa livsmedel. Syftet är att förteckningen över livsmedel för särskilda näringsändamål, vilka får lämnas ut till nedsatt pris till den som är under 16 år vid vissa av regeringen fastställda sjukdomar, årligen ska göras aktuell. Den 24 juni 2009 meddelades att förteckningen i Läkemedelsverkets föreskrift om förskrivning av vissa livsmedel reviderats efter samråd med Livsmedelsverket. Bilagan till föreskriften (LVFS 1997:13), med förteckningen över livsmedel som får lämnas ut till nedsatt pris vid vissa av regeringen fastställda sjukdomar, har nu reviderats genom LVFS 2009:7. Både nya produkter och nya varianter av tidigare inkluderade livsmedel har tillkommit på listan.

Motionsyrkanden om speciallivsmedel behandlades av socialutskottet även i betänkande 2006/07:SoU8 Hälso- och sjukvårdsfrågor (s. 58 f.). Utskottet anförde då följande:

Frågan om hur ett förmånssystem för dem som av medicinska skäl är beroende av speciallivsmedel ska utformas har under en lång följd av år och i olika sammanhang varit föremål för översyn av kommittéer och utredningar. Detta till trots har inte något väl fungerande och rättvist system presenterats. Dagens system är orättvist och ineffektivt, enligt utskottets mening, ekonomiska orimligheter i olika avseenden. Riksdagen riktade 2005 ett tillkännagivande till den tidigare regeringen om att återkomma till riksdagen med förslag till nytt förmånssystem som åtgärdar de brister som det nuvarande systemet har. En påminnelse om detta tillkännagivande riktades till regeringen för ett år sedan.

Utskottet vill åter betona att det är angeläget att regeringen återkommer till riksdagen i denna fråga. Då ett förändrat system skulle medföra betydande kostnader, utgår utskottet från att frågan prövas vid kommande budgetarbete.

Motionerna [...] avstyrks i den mån de inte är tillgodosedda med det anförda (res. V).

Den 15 september 2010 besvarade socialminister Göran Hägglund en skriftlig fråga om ekonomiskt stöd för glutenfri kost (fr. 2009/10:1021):

Eva Sonidsson har frågat mig om jag kommer att verka för att det införs en nationell ersättning till personer med glutenintolerans – celiaki – eller om det även fortsättningsvis kommer att bero på vilket landsting man bor i för att få ekonomiskt stöd för merkostnaderna för den glutenfria kosten.

I dag har barn och unga upp till 16 år möjlighet att via livsmedelsanvisning få subventionerad specialkost och näringslösningar. Livsmedlen hämtas ut på apotek. Egenavgiften är 120 kronor vid varje inköpstillfälle och det som skrivs ut avser att täcka behovet i högst tre månader.

Speciallivsmedel kan även förskrivas på licens genom Läkemedelsverkets försorg när det gäller andra sjukdomar än de som omfattas av förordningen om läkemedelsförmåner. Barn och unga garanteras således att vid behov få speciallivsmedel till mycket rimliga kostnader. Detta är oerhört viktigt.

För personer över 16 år kan landstingen, på frivillig basis, erbjuda landstingssubventioner. Precis som Eva Sonidsson påtalar skiljer sig subventionssystemet mellan landstingen åt för vuxna med glutenintolerans. Regeringen är medveten om att det finns viss problematik när det gäller subventioneringen av speciallivsmedel. Frågan huruvida subventionssystemet eventuellt ska förändras bereds fortsatt inom Regeringskansliet.

Enligt uppgift från Socialdepartementet (januari 2011) bereds frågan huruvida subventionssystemet eventuellt ska förändras fortsatt inom Regeringskansliet.

Utskottets ställningstagande

Frågan om hur ett förmånssystem för dem som av medicinska skäl är beroende av speciallivsmedel ska utformas har under en lång följd av år och i olika sammanhang varit föremål för översyn av kommittéer och utredningar. I mars 2005 beslutade riksdagen om ett tillkännagivande om att regeringen bör ta fram ett förslag till förmånssystem för speciallivsmedel som används av medicinska skäl (bet. 2004/05:SoU10, rskr. 166, 167)

Utskottet noterar med tillfredsställelse att frågan om en eventuell förändring av subventionssystemet nu bereds inom Regeringskansliet. Utskottet ser fram emot att ta del av resultatet av beredningsarbetet. Utskottet, som anser att riksdagen bör avvakta resultatet av beredningsarbetet, avstyrker motionerna So303 (FP) och So383 (S).

Tandvårdsfrågor

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om det statliga tandvårdsstödet, metallrelaterade skador m.m. samt utbildning av tandvårdspersonal.

Jämför reservation 28 (S, MP) och särskilt yttrande 2 (V).

Motioner

Det statliga tandvårdsstödet

I motion So202 av Christina Oskarsson (S) begärs ett tillkännagivande om förbättring av den förebyggande tandvården. Stödet till tandvårdsundersökning och annan förebyggande tandvård i den nu gällande tandvårdsreformen är enligt motionären otillräckligt. Det är av yttersta vikt att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården.

I motion So211 av Ann-Christin Ahlberg (S) begärs ett tillkännagivande om att inte göra tandvården till en klassfråga. Enligt motionären måste det ske en satsning på bastandvård och förebyggande åtgärder så att kostnaderna för tandvård inte riskerar att öka ytterligare i framtiden – för såväl patienter som samhälle.

I motion So447 av Hillevi Larsson m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om tändernas betydelse för hälsan. Enligt motionären är det nu dags att betrakta tänderna som en del av kroppen. Målet måste vara att tandvården görs till en del av den övriga sjukvården och bekostas på samma sätt.

I motion So410 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om vikten av en översyn kring det statliga tandvårdsstödet. Ett av målen med det nya statliga tandvårdsstödet var att förenkla vårdgivarens administration. Detta mål har enligt motionären ej uppfyllts. Det bör därför göras en översyn av tandvårdsstödet så att den offentliga och privata tandvården inte drabbas av ökad administration och högre kostnader.

I motion So497 av Andreas Carlson och Annelie Enochson (KD) begärs ett tillkännagivande om ett rättvist tandvårdsstöd. Motionärerna anför att det finns en detaljbestämmelse i det statliga tandvårdsstödet som gör att patienter som valt abonnemangstandvård missgynnas jämfört med de patien-

ter som betalar tandvård per besök eller behandling. Därför anser motionärerna att lagen om statligt tandvårdsstöd (2008:145), och särskilt 2 kap. 5 §, bör ses över.

I motion So417 av Karin Nilsson och Solveig Zander (C) begärs ett tillkännagivande om behovet av att utreda frågan huruvida tandvårdens högkostnadsskydd även bör omfatta tandhygienistens arbete när det finns särskilda medicinska skäl.

I motion So416 av Karin Nilsson och Solveig Zander (C) begärs ett tillkännagivande om behovet av att inkludera tandvårdens kostnader i sjukvårdens högkostnadsskydd när det finns särskilda medicinska skäl.

Metallrelaterade skador m.m.

I motion So432 av Anita Brodén (FP) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att tillförsäkra patienter med amalgamfyllningsproblem lika behandling i hela landet. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att undanröja de låsningar som förhindrar möjligheten att utnyttja högkostnadsskydd vid amalgamsanering. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om angelägenheten av att sambandet ohälsa–kvicksilverexponering för tandvårdspersonal utreds för att de som drabbats ska kunna återropa arbetsskada.

Utbildning av tandvårdspersonal

I motion So364 av Maria Lundqvist-Brömster m.fl. (FP) begärs ett tillkännagivande om behovet av utbildning för tandvårdspersonal för att förebygga och uppmärksamma omsorgsbrist och övergrepp mot barn. Motionärerna anför att tandvårdens viktiga roll för att skydda utsatta barn ska uppmärksammas i det nationella arbete som bedrivs för att förebygga och uppmärksamma omsorgsbrist och övergrepp mot barn.

Pågående arbete m.m.

I april 2008 godkände riksdagen regeringens förslag om ett nytt statligt tandvårdsstöd (prop. 2007/08:49, bet. 2007/08:SoU9, rskr. 2007/08:145). Den nya tandvårdsreformen trädde i kraft den 1 juli 2008 och består dels av ett allmänt tandvårdsbidrag i vårdförebyggande syfte, dels ett nytt skydd mot höga kostnader. Regeringens ambition med reformen är att via det allmänna tandvårdsbidraget bibehålla en god tandhälsa hos individer med små tandvårdsbehov samt via högkostnadsskyddet möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.

Det årliga bidraget på 150 kr per person kan sparas och ackumuleras under två år och därmed leda till en undersökning som rabatteras med 300 kr. För åldersgrupperna 20–29 år samt 75 år och äldre är det årliga bidraget 300 kr.

Enligt gällande mål för tandvården ska det statliga tandvårdsstödet

- stimulera den vuxna befolkningen till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte
- möjliggöra att patienterna med de största tandvårdsbehoven får en kostnadseffektiv vård efter vars och ens behov och till en rimlig kostnad.

Regeringen tillsatte våren 2009 en arbetsgrupp med uppgift att utforma ett särskilt stöd för personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har ett ökat behov av tandvård. Målgrupperna för uppdraget är t.ex. personer med svårinställd diabetes, inflammatoriska mag- och tarmsjukdomar, neurologiska skador och sjukdomar, personer som är immunsupprimerade samt psykiskt funktionshindrade personer. Läkemedelsbehandling kan också påverka tandhälsan negativt. I december 2010 presenterade arbetsgruppen sina förslag i departementspromemorian *Friskare tänder till rimliga kostnader* – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning (Ds 2010:42).

För att möta de olika behoven föreslår arbetsgruppen ett tvådelat selektivt stöd. Den första delen består av ett särskilt tandvårdsbidrag inom ramen för det statliga tandvårdsstödet knutet till betalning av förebyggande tandvårdsåtgärder. Bidraget riktas till den stora gruppen personer som får ökad risk för försämrad tandhälsa på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning och där risken kan minskas genom förebyggande tandvård. Syftet är att bidraget ska uppmuntra till förebyggande tandvård och egenansvar. Den andra delen av det selektiva stödet innebär att personer som får stora tandvårdsbehov som följd av långvarig sjukdom och funktionsnedsättning och där förebyggande tandvård inte är tillräckligt ska få sina behov tillgodosedda genom tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Målet med stödet är att undanröja ekonomiska hinder för att dessa utsatta personer ska få sina tandvårdsbehov tillgodosedda. Arbetsgruppen föreslår att reformen träder i kraft den 1 juli 2012, och kostnaderna beräknas uppgå till högst 500 miljoner kronor per helt år.

Sedan den 1 juli 2008 är det s.k. tandhälsoregistret under uppbyggnad hos Socialstyrelsen. På sikt kommer detta att kunna svara på frågor som hur tandhälsan utvecklas över tiden, 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 har regeringens uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. En preliminär version av Nationella riktlinjer för vuxentandvård presenterades i oktober 2010. I dessa ges rekommendationer inom sju områden: patientundervisning, karies, parodontit, endodonti, bettfysiologi, ortodonti samt protetik. Den slutliga versionen beräknas vara klar under våren 2011.

Socialstyrelsen har sedan 2006 regeringens uppdrag att fördela medel till kunskapsutveckling och metodutveckling samt att förbättra diagnostik, behandling och bemötande av patienter vars hälsoproblem förknippas med amalgam eller andra dentala material. Kunskapscentrum för dentala mate-

rial (KDM) inom Socialstyrelsen sammanställer och sprider vetenskapligt baserad kunskap om dentala materials egenskaper och användning till tandvården och sjukvården. De kunskapsöversikter som KDM tagit fram finns bl.a. på centrumets webbplats (<http://www.socialstyrelsen.se/tandvard/dentalamaterial>).

Regeringen gav 2008 Försäkringskassan i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram för reformeringen av det statliga tandvårdsstödet. Utvärderingen ska i ett första steg gälla 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. En andra delrapport lämnades i maj 2010; uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2011.

Försäkringskassan har startat en elektronisk prisjämförelsetjänst för att på ett enklare sätt möjliggöra jämförelser av olika vårdgivares priser. SKL har startat en tandvårdsrådgivningstjänst på Internet som nås via Sjukvårdsrådgivningens webbplats (www.1177.se). I december 2009 lämnade regeringen ett uppdrag till SKL att i en förstudie klarlägga förutsättningarna för att integrera Försäkringskassans elektroniska prisjämförelsetjänst med Sjukvårdsrådgivningens tandvårdsrådgivningstjänst. Förstudien redovisades den 5 mars 2010 av Inera AB (f.d. Sjukvårdsrådgivningen AB) och visade att den nuvarande lösningen hade omfattande utvecklingsbehov och att det fanns flera synergieffekter med att flytta prisjämförelsetjänsten från Försäkringskassan till Inera AB. Tjänsten kan bl.a. integreras med övrig tandvårdsinformation och frågetjänst på www.1177.se. Regeringen gav i juni 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att betala ut medel till SKL för att myndigheten i enlighet med förstudien skulle utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvård. Tjänsten ska vara leveransklar i januari 2012.

I november 2010 presenterade barnombudsmannen (BO) en kartläggning av tandvårdens erfarenhet av att möta barn som far illa på olika sätt och vilken beredskap som finns på klinikerna för att hantera sådana situationer (Barnombudsmannen rapporterar [BR2010:02] Tandvården och barn som far illa). Kartläggningen visar på stora skillnader mellan olika lands- ting när det gäller hur många kliniker som gjort orosanmälningar till socialtjänsten. Klinikerna kontaktar endast undantagsvis socialtjänsten när ett barn trots upprepade kallelser uteblir helt från tandvårdsbesök. En majoritet av klinikcheferna bedömer att deras personal har behov av ytterligare stöd för att kunna agera när de möter barn som de misstänker har blivit utsatta för våld och övergrepp, omsorgssvikt eller dental försummelse.

Den 27 december 2010 begärde barnombudsmannen i en skrivelse (dnr 9.2:1122/10) till statsrådet Maria Larsson bl.a. att lagstiftaren skulle förtydliga 14 kap. 1 § socialtjänstlagen så att det uttryckligen framgår att tandvården omfattas av bestämmelsen samt att regeringen i högskoleförord-

ningen skulle införa en bestämmelse om att det för läkar-, tandläkar- och sjuksköterskeexamen krävs att studenten har kunskap om hur man upptäcker barn som far illa.

Utskottets ställningstagande

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 So202 (S), So211 (S), So410 (M), So416 (C), So417 (C), So447 (S) och So497 (KD).

När det gäller problem som kan förknippas med amalgam och andra dentala material kan utskottet konstatera att det pågår ett löpande arbete om detta inom Kunskapscentrum för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen. Något initiativ från riksdagens sida behövs inte med anledning av motion So432 (FP) yrkandena 1–3.

Vad gäller motion So364 (FP) anser utskottet att det är önskvärt om tandvårdspersonal utbildas i och uppmärksammas på denna problematik. Riksdagen bör dock inte ta något initiativ på området. Motionen avstyrks.

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

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Carina Moberg (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 motionerna

2010/11:So372 av Hans Olsson m.fl. (S),

2010/11:So439 av Fredrik Lundh Sammeli och Helén Pettersson i Umeå (båda S),

2010/11:So522 av Sven-Erik Bucht m.fl. (S),

2010/11:So524 av Patrik Björck m.fl. (S),

2010/11:So569 av Veronica Palm m.fl. (S) och

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 3, 4, 6, 7 och 9 samt avslår motionerna

2010/11:Ju403 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 18,

2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 2,

2010/11:So244 av Lars-Axel Nordell och Emma Henriksson (båda KD),

2010/11:So265 av Gustav Nilsson (M),

2010/11:So315 av Fredrik Schulte (M),

2010/11:So394 av Désirée Pethrus (KD),

2010/11:So406 av Lars-Axel Nordell (KD),

2010/11:So478 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2010/11:So481 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So525 av Erik Bengtzboe (M),

2010/11:So552 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So562 av Finn Bengtsson m.fl. (M) och

2010/11:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1–3.

Ställningstagande

Ett gott samhälle kännetecknas av att det finns tillgång till hjälp och stöd när medborgarna behöver det. Den hjälpen och det stödet ska vara solidarisksk finansierat med skattemedel och ges utifrån behov. Det är en självklarhet att den som har störst behov ska behandlas först. Det är inte kontakter eller förmögenhet som ska bestämma om du får rätt vård i rätt tid eller inte. Valfärdsfrågorna måste vara i fokus de kommande åren och det är angeläget att vi skapar en modern och framtidsinriktad hälso- och sjukvård till gagn för alla medborgare. En grundläggande målsättning för sjukvården måste vara en köfri sjukvård och att sjukvården för barn och ungdomar ska vara avgiftsfri.

Barn väljer inte sina föräldrar. Därför har Sverige och många andra länder försökt jämna ut skillnaderna mellan barn från hem med olika ekonomiska förutsättningar. FN-konventionen slår fast barns rätt till bästa möjliga hälsa. Detta ska gälla alla barn utan någon diskriminering.

Försäkringsbolagen ser en växande marknad för privata vårdförsäkringar. En sådan utveckling är oroväckande på många sätt – dels ger den rika företräde till vård, dels hotar den hela den gemensamma välfärden på sikt. Risker är stor att den som tecknar försäkringen till slut kommer att protestera mot skatteuttaget, eftersom den enskilde då tycker att hon eller han redan betalat vården via sin försäkring. Den diskussion som nu förs i vårt land om privatiseringar av sjukvården är oroande, inte minst ur ett solidaritetsperspektiv. Vi får inte låta utvecklingen gå tillbaka till gångna tider när den mest välbeställda fick den bästa vården.

Vi kan konstatera att befolkningen i vårt land blir allt äldre. Men samtidigt är vi också friskare och lever allt längre. Detta gör att hälso- och sjukvården måste förändras i takt med förändringarna hos befolkningen. Det behöver avsättas mer av våra gemensamma resurser till hälso- och sjukvården i framtiden.

Om en privatperson låter utföra ett kirurgiskt ingrepp som finansieras med privata medel hos en privatklinik och det uppstår komplikationer, övervältras ansvaret för den fortsatta vården på den offentligt finansierade vården. Det innebär att de privata vårdenheterna inte behöver ta konsekvenserna för sina egna misstag medan den offentliga sjukvården får ta hand om de eventuella problem och komplikationer som uppstår för patienterna. Enligt vår mening är detta orimligt. Vi föreslår att regeringen skyndsamt tar initiativ till ett klargörande av ansvarsfrågorna i sådana här fall.

Enligt vår mening har lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, stora och avgörande brister. Det är medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska få välja patienter. En ny lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg bör därför utformas. Vidare bör en utredning tillsättas med uppdraget att undersöka möjligheten att främja ett utökat utbud och ett utökat inflytande av personal, brukare och medlemsbaserade organisationer när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården och omsorgen.

Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att bl.a. ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Därför ska det enligt vår mening inte vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.

Enligt vår mening är statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet i vården i dag i alltför hög grad fokuserade på tillsyn när något händer. Men det räcker inte att rätta till saker i efterhand, utan det bör bli rätt från början. Därför ska alla offentligt finansierade vårdgivare aktivt medverka i forskning och utbildning.

Stora delar av våra gränsområden i Norden är relativt glest befolkade, varför sjukvårdsinsatser måste samordnas mellan länderna i dessa områden om man ser till trygghetskostnaderna. Oklarheter finns dock kring lagstiftning, förordningar, ansvarsfrågor och försäkringsfrågor vid sådana insatser. Vi föreslår därför att förhandlingar snarast upptas mellan de nordiska länderna i syfte att skyndsamt undanröja gränshinder för sjukvården till gagn för vår befolkning och våra länder.

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

2. Allmänna utgångspunkter m.m. 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

2010/11:So372 av Hans Olsson m.fl. (S) och

2010/11:So439 av Fredrik Lundh Sammeli och Helén Pettersson i Umeå (båda S) samt

avslår motionerna

2010/11:Ju403 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 18,

2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 2,

2010/11:So244 av Lars-Axel Nordell och Emma Henriksson (båda KD),

2010/11:So265 av Gustav Nilsson (M),

2010/11:So315 av Fredrik Schulte (M),

2010/11:So394 av Désirée Pethrus (KD),

2010/11:So406 av Lars-Axel Nordell (KD),

2010/11:So478 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2010/11:So481 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So522 av Sven-Erik Bucht m.fl. (S),

2010/11:So524 av Patrik Björck m.fl. (S),

2010/11:So525 av Erik Bengtzboe (M),

2010/11:So552 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So562 av Finn Bengtsson m.fl. (M),

2010/11:So569 av Veronica Palm m.fl. (S),

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 3, 4, 6, 7 och 9 samt

2010/11:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1–3.

Ställningstagande

Ett gott samhälle kännetecknas av att det finns tillgång till hjälp och stöd när medborgarna behöver det. Den hjälpen och det stödet ska vara solidariskt finansierad med skattemedel och ges utifrån behov. Det är en självklarhet att den som har störst behov ska behandlas först. Det är inte kontakter eller förmögenhet som ska bestämma om du får rätt vård i rätt tid eller inte. Välfärdsfrågorna måste vara i fokus de kommande åren och det är angeläget att vi skapar en modern och framtidsinriktad hälso- och sjukvård till gagn för alla medborgare. En grundläggande målsättning för sjukvården måste vara en köfri sjukvård och att sjukvården för barn och ungdomar ska vara avgiftsfri.

Barn väljer inte sina föräldrar. Därför har Sverige och många andra länder försökt jämna ut skillnaderna mellan barn från hem med olika ekonomiska förutsättningar. FN-konventionen slår fast barns rätt till bästa möjliga hälsa. Detta ska gälla alla barn utan någon diskriminering.

Försäkringsbolagen ser en växande marknad för privata vårdförsäkringar. En sådan utveckling är oroväckande på många sätt – dels ger den rika företräde till vård, dels hotar den hela den gemensamma välfärden på sikt. Risken är stor att den som tecknar försäkringen till slut kommer att protestera mot skatteuttaget, eftersom den enskilde då tycker att hon eller han redan betalat vården via sin försäkring. Den diskussion som nu förs i vårt land om privatiseringar av sjukvården är oroande, inte minst ur ett solidaritetsperspektiv. Utvecklingen får inte gå tillbaka till gångna tider när den mest välbeställda fick den bästa vården.

Befolkningen i vårt land blir allt äldre, samtidigt som vi också är friskare och lever allt längre. Detta gör att hälso- och sjukvården måste förändras i takt med förändringarna hos befolkningen. Det behöver avsättas mer av våra gemensamma resurser till hälso- och sjukvården i framtiden.

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

3. Allmänna utgångspunkter m.m. 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
2010/11:Ju403 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 18,
2010/11:So372 av Hans Olsson m.fl. (S),
2010/11:So439 av Fredrik Lundh Sammeli och Helén Pettersson i Umeå (båda S),
2010/11:So522 av Sven-Erik Bucht m.fl. (S),
2010/11:So569 av Veronica Palm m.fl. (S),
2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 3, 4, 6, 7 och 9 samt
2010/11:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1–3 och avslår motionerna
2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 2,
2010/11:So244 av Lars-Axel Nordell och Emma Henriksson (båda KD),
2010/11:So265 av Gustav Nilsson (M),
2010/11:So315 av Fredrik Schulte (M),
2010/11:So394 av Désirée Pethrus (KD),
2010/11:So406 av Lars-Axel Nordell (KD),
2010/11:So478 av Finn Bengtsson m.fl. (M),
2010/11:So481 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M) yrkandena 1 och 2,
2010/11:So524 av Patrik Björck m.fl. (S),
2010/11:So525 av Erik Bengtzboe (M),
2010/11:So552 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M) yrkandena 1 och 2 samt
2010/11:So562 av Finn Bengtsson m.fl. (M).

Ställningstagande

Hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas så att mest vård ges till dem som har de största vårdbehoven. Detta kan tyckas självklart men är en princip som den svenska vården i dag flyttas allt längre bort ifrån. I stället för att behoven får styra blir det i allt högre grad vinstmöjligheterna som bestämmer vem som ska ges vilken vård.

Jag anser att vinsten som drivkraft inom vården måste begränsas och därigenom skapas en mer rättvis, demokratisk och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård av högre kvalitet. Det bör enligt min mening tillsättas en utredning för att se över lagstiftningen så att specialistsjukvården och primärvården skyddas från vinstintresse.

Vidare anser jag att konsekvenserna av den genomförda konkurrensut-sättningen bör utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv. Regeringen bör även vidta åtgärder för att bonussystem inom hälso- och sjukvården ska förbjudas.

Enligt min mening har lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, stora och avgörande brister. Det är medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska få välja patienter. En ny lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg bör därför utformas. Vidare bör en utredning tillsättas med uppdraget att undersöka möjligheten att

främja ett utökat utbud och ett utökat inflytande av personal, brukare och medlemsbaserade organisationer när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården och omsorgen.

Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att bl.a. ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Därför ska det enligt min mening inte vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.

Alla människor i Sverige ska ha lika rätt till bra kvalitet i och god tillgänglighet till vården, oavsett var man bor, vem man är, vad man tjänar eller vilket kön eller religion man tillhör. En grundläggande förutsättning för detta är att privata sjukförsäkringar inte ska blandas in i den offentliga vården. Enligt min mening ska gräddfiler för privatbetalande patienter därför inte vara tillåtet i den offentligt finansierade vården.

Enligt min mening är statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet i vården i dag i alltför hög grad är fokuserade på tillsyn när något händer. Men det räcker inte att rätta till saker i efterhand, utan det bör bli rätt från början. Därför ska alla offentligt finansierade vårdgivare aktivt medverka i forskning och utbildning.

Om en privatperson låter utföra ett kirurgiskt ingrepp som finansieras med privata medel hos en privatklinik och det uppstår komplikationer, övervältras ansvaret för den fortsatta vården på den offentligt finansierade vården. Det innebär att de privata vårdenheterna inte behöver ta konsekvenserna för sina egna misstag medan den offentliga sjukvården får ta hand om de eventuella problem och komplikationer som uppstår för patienterna. Enligt min mening är detta orimligt. Regeringen bör skyndsamt ta initiativ till ett klagande av ansvarsfrågorna i sådana här fall.

Stora delar av våra gränsområden i Norden är relativt glest befolkade, varför sjukvårdsinsatser måste samordnas mellan länderna i dessa områden om man ser till trygghetskostnaderna. Oklarheter finns dock kring lagstiftning, förordningar, ansvarsfrågor och försäkringsfrågor vid sådana insatser. Enligt min mening bör förhandlingar snarast upptas mellan de nordiska länderna i syfte att skyndsamt undanröja gränshinder för sjukvården till gagn för vår befolkning och våra länder.

Slutligen anser jag att det är viktigt att samhällets stöd når alla kvinnor som är i behov av det. Rikskvinnocentrum har numera ombildats till ett nationellt centrum för kvinnofrid. Jag anser att det är dags att inrätta regionala centrum för kvinnofrid i varje sjukvårdsregion.

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

4. Nationella kvalitetsregister, punkt 3 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (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

2010/11:So236 av Hans Hoff (S) och

avslår motionerna

2010/11:So264 av Gustav Nilsson (M),

2010/11:So551 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M) och

2010/11:So554 av Yvonne Andersson (KD).

Ställningstagande

Medborgaren har rätt att få ett vänligt och professionellt bemötande i sjukvården. Läkare och annan personal som tar sig tid att lyssna på patienten har större möjligheter att ställa rätt diagnos och få genomslag för en riktig behandling. Alla patienter, oavsett bakgrund eller hälsotillstånd, måste få sina problem tagna på allvar och en god och snabb service – från den första kontakten till färdig behandling.

Patienten måste kunna påverka vårdens innehåll och när den ges och av vem. Om en läkare och en patient får en dålig relation med bristande förtroende, försvåras behandlingen och rehabiliteringen. Då måste patientens vilja respekteras. Det kräver dock att sjukvården som en skattefinansierad verksamhet också ställs inför tydliga kvalitetskriterier och öppna jämförelser för att vägleda medborgarna. I kraven måste rätten till kontinuitet under hela behandlingen finnas med. Det är regeringens uppgift att återkomma med förslag på hur kvalitetsregistren kan förtydligas i enlighet med det nu sagda.

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

5. Patientsäkerhet, punkt 4 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi 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 motion 2010/11:So237 av Hans Hoff (S) yrkande 1 och avslår motionerna 2010/11:So237 av Hans Hoff (S) yrkandena 2 och 3 samt 2010/11:So366 av Magdalena Andersson (M).

Ställningstagande

Alla som jobbar inom vård och omsorg har patienternas bästa för sina ögon i alla situationer. När skador och dödsfall uppstår är det därmed inte bara patienterna och deras anhöriga som berörs utan även vårdpersonalen. Vägen mot att minska skador i sjukvården är därför inte att skuldbelägga vårdpersonalen utan att sätta upp en gemensam målsättning och skapa nationella system för att minimera skador. Att skador uppstår är avvikelser, vilket kräver ett förhållningssätt där alla inom sjukvården har en gemensam nollvision för antalet vårdskador. Målet om noll skador i sjukvården kan tyckas vara en utopi men någon annan målsättning är enligt vår mening inte tänkbar.

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

6. Behörighetsfrågor m.m., punkt 5 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

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 2010/11:So209 av Jan Lindholm (MP) och avslår motionerna 2010/11:So365 av Magdalena Andersson (M), 2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 26 och 2010/11:So574 av Finn Bengtsson (M).

Ställningstagande

Som EU-medborgare har vi möjlighet att söka vård i hela unionen. En av anledningarna till att personer söker vård i andra länder är att man anser sig kunna få en adekvat vård för sin sjukdom där. Det gäller bl.a. elöverkänsliga och tandvårdsskadade. Att den vården inte är tillgänglig i Sverige beror på att vår ansvariga myndighet (Socialstyrelsen) har en annan uppfattning än sina motsvarande myndigheter i de flesta andra EU-länder om vad vård på vetenskaplig grund kan vara. Läkare som i Sverige praktiserar behandlingsmetoder som är godkända i våra grannländer riskerar att bli fråntagna sin legitimation.

Enligt min mening bör det vara möjligt att skapa ett undantag i regelverket som gör att vårdgivare exempelvis i Finland, Österrike eller Tyskland kan starta och driva kliniker i Sverige med behandlingsformer som inte begränsas av Socialstyrelsens uppfattning. Undantaget skulle innebära att en sådan klinik får bedriva vård i Sverige enligt de metoder som är tillåtna i andra EU-länder.

Min förhoppning är att regeringen i samarbete med Tandvårdsskadeförbundet och Elöverkänsligas Riksförbund ska försöka lösa den orimliga situation de nämnda patienterna befinner sig i.

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

7. Behörighetsfrågor m.m., 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 motion

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 26 och avslår motionerna

2010/11:So209 av Jan Lindholm (MP),

2010/11:So365 av Magdalena Andersson (M) och

2010/11:So574 av Finn Bengtsson (M).

Ställningstagande

En stor del av befolkningen använder sig av komplementära eller alternativmedicinska metoder vid sidan av besök i sjukvården. Det kan t.ex. gälla besök hos kiropraktorer, naprapater eller akupunktörer. Människor gör ibland dessa besök i stället för att besöka den traditionella vården; ibland görs parallella besök. Det är inte alltid människor berättar om dessa behandlingar i vården eftersom man utgår från att det är separata världar. Det är problematiskt både för patienter och för sjukvården.

Det finns behov av en diskussion om hur konventionella och komplementära metoder vid behov kan integreras på ett bättre sätt. Förutsättningarna för att bygga broar mellan konventionella och komplementärmedicinska behandlingar bör utredas, och en av flera viktiga aspekter som ska belysas i en sådan utredning är patientsäkerheten. Det är regeringens uppgift att tillsätta en utredning med detta syfte.

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

8. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, punkt 6 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi 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

2010/11:So385 av Christina Oskarsson och Jörgen Hellman (båda S) och avslår motionerna

2010/11:So273 av Anne Marie Brodén (M),

2010/11:So275 av Anne Marie Brodén (M),

2010/11:So291 av Gustav Nilsson (M),

2010/11:So352 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svanteson (båda M) yrkande 2,

2010/11:So357 av Per Svedberg (S),

2010/11:So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP) i denna del,

2010/11:So422 av Marta Obminska (M) yrkandena 1 och 2,

2010/11:So429 av Anita Brodén m.fl. (FP),

2010/11:So452 av Hillevi Larsson (S),

2010/11:So520 av Penilla Gunther (KD),

2010/11:So561 av Finn Bengtsson m.fl. (M) och

2010/11:So566 av Finn Bengtsson och Saila Quicklund (båda M).

Ställningstagande

Den mest vanliga cancerformen bland män är prostatacancer. Många märker inte av några symptom när de fått sjukdomen. Detta i kombination med att prostatacancer är svår att diagnostisera gör den svår att upptäcka. I vissa fall har sjukdomen hunnit sprida sig till intilliggande organ innan den upptäckts, vilket innebär att den kan ha dödlig utgång. Därför är det viktigt med hälsokontroller för att upptäcka sjukdomen i tid. PSA-testet är ett hjälpmedel för att upptäcka prostatacancer. Testresultatet kan ge en varningssignal som följs upp med ytterligare utredning.

Prostatacancer drabbar framför allt äldre män. Sjukdomen är ovanlig före 50-årsåldern, och hälften av männen är över 70 år när de får diagnosen. För att öka chanserna för att sjukdomen upptäcks i tid bör män över 50 år erbjudas PSA-test i hälsokontroller.

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

9. Patientdatalagen och IT i vården, punkt 7 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttopp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So337 av Désirée Liljevall (S) och

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1 och 2 samt avslår motionerna

2010/11:So228 av Johan Pehrson (FP),

2010/11:So389 av Eliza Roszkowska Öberg (M),

2010/11:So414 av Gustav Nilsson (M) yrkandena 1 och 2 samt

2010/11:So515 av Edward Riedl (M).

Ställningstagande

Det finns enorma möjligheter att med hjälp av informations- och kommunikationsteknik förbättra och utveckla vården för patienterna. En väl utvecklad IT-infrastruktur leder till att vårdpersonalen kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov. När IT används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården kan de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt. Men för att detta ska bli verklighet krävs en nationell och uthållig kraftsamling. Enligt vår mening måste den nationella IT-strategin moderniseras och uppdateras för att sedan omgående sjsättas.

Journalerna är i dag splittrade och svåröverskådliga. Olika personalkategorier för var sin journal med dubbelarbete som följd. All information om en patient ska samlas på ett ställe så att patienten slipper berätta sin sjukdomshistoria vid varje ny vårdkontakt. Patienten ska ha tillgång till sin egen journal. Det administrativa arbetet minskar, man sparar tid och patient-säkerheten ökar. Mot denna bakgrund anser vi att man bör ta fram ett system med en journal per patient.

Många människor, oavsett ålder, behöver hjälp med att hålla ordning på information som har med den egna hälsan att göra. På samma sätt som de flesta människor i dag har ett bankkonto på Internet kan man ha ett säkert konto för att samla information som rör hälsan. Hälsokontot ska vara individuellt och innehålla t.ex. den egna journalen, kortfattad information från vårdcentraler, sjukhus och hemsjukvård, information från apoteket, tandläkaren, optikern, vaccinationer, utlandsvård etc. Vi anser därmed att regeringen bör se över möjligheten att ge medborgarna ett eget hälsokonto för hälsoinformation på nätet.

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

10. Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården, punkt 8 (S, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi 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

2010/11:So293 av Ann-Christin Ahlberg (S),

2010/11:So342 av Gunilla Svantorp (S) och

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 27 och 29,

bifaller delvis motion

2010/11:So266 av Gustav Nilsson (M) och

avslår motionerna

2010/11:So206 av Eva Flyborg (FP) och

2010/11:So274 av Anne Marie Brodén (M).

Ställningstagande

Lika rätt till god hälsa är ett av välfärdssamhällets mest oomtvistade mål. Detta mål är inte uppnått ännu. Vi har i dag kunskaper också om kvinnors särskilda behandlingsbehov, men ändå är kvinnor alltför missgynnade inom vården. Det krävs därför ett systematiskt genomförande av ändrade rutiner och behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvårdsområdet så att människor garanteras adekvat vård och behandling på lika villkor oavsett kön.

I § 14 i svensk statistikförordning står det att ”individbaserad officiell statistik ska vara uppdelad efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta”. Även om statistiken har förbättrats under senare år är det ett faktum att många sjukvårdshuvudmän fortfarande inte har viktiga delar av sin statistik könsuppdelad. Om all statistik vore könsuppdelad, skulle de könsrelaterade problemen inom hälso- och sjukvården synliggöras bättre och bli lättare att åtgärda. Därför är det viktigt att lagstiftningen skärps så att all statistik inom hälso- och sjukvården blir könsuppdelad.

Att nå ökad jämställdhet i vården kräver ett brett och långsiktigt arbete med sikte på forskning, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor och män ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser. En nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör därför tas fram med inriktning på hur man kan öka och sprida

kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården. Slutligen anser vi att jämställd vård ska vara ett eget uppföljningsområde i de nationella jämförelserna.

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

11. Jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården, punkt 8 (MP)

av Agneta Luttropp (MP).

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

2010/11:So293 av Ann-Christin Ahlberg (S),

2010/11:So342 av Gunilla Svantorp (S) och

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 29,

bifaller delvis motion

2010/11:So266 av Gustav Nilsson (M) och

avslår motionerna

2010/11:So206 av Eva Flyborg (FP),

2010/11:So274 av Anne Marie Brodén (M) och

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 27.

Ställningstagande

Lika rätt till god hälsa är ett av välfärdssamhällets mest oomtvistade mål. Detta mål är inte uppnått ännu. Vi har i dag kunskaper också om kvinnors särskilda behandlingsbehov, men ändå är kvinnor alltjämt missgynnade inom vården. Det krävs därför ett systematiskt genomförande av ändrade rutiner och behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvårdsområdet så att människor garanteras adekvat vård och behandling på lika villkor oavsett kön.

I § 14 i svensk statistikförordning står det att ”individbaserad officiell statistik ska vara uppdelad efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta”. Även om statistiken har förbättrats under senare år är det ett faktum att många sjukvårdshuvudmän fortfarande inte har viktiga delar av sin statistik könsuppdelad. Om all statistik vore könsuppdelad, skulle de könsrelaterade problemen inom hälso- och sjukvården synliggöras bättre och bli lättare att åtgärda. Därför är det viktigt att lagstiftningen skärps så att all statistik inom hälso- och sjukvården blir könsuppdelad.

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

12. Läkares specialiseringstjänstgöring m.m., punkt 10 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi 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

2010/11:Ub246 av Björn von Sydow (S) yrkande 1,

bifaller delvis motionerna

2010/11:So262 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M),

2010/11:So472 av Anders Flanking och Ulrika Carlsson i Skövde (båda C) och

2010/11:So503 av Barbro Westerholm och Finn Bengtsson (FP, M) yrkande 1 och

avslår motionerna

2010/11:So204 av Anders Andersson (KD) yrkande 3,

2010/11:So249 av Anders Andersson (KD),

2010/11:So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP) i denna del och

2010/11:So463 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD).

Ställningstagande

Sverige är ett land med en växande andel äldre som lever allt längre. Samtidigt som dagens äldre är friskare än tidigare generationer kommer så småningom de flesta att drabbas av åldersrelaterade sjukdomar. Många drabbas av flera sjukdomar samtidigt, s.k. multisjuka. Stor uppmärksamhet riktas i dag mot äldreomsorgens olika områden, och det är bra. Vinsterna, både de mänskliga och de ekonomiska, av att de äldre är friskare och kan leva ett självständigt liv allt längre, är uppenbara. För att göra detta möjligt måste dock den geriatriska kompetensen stärkas i alla led.

Den medicinska forskningen och kompetensen har utvecklats snabbt de senaste decennierna. Vi anser att det finns anledning att se över såväl geriatrikens omfattning som dess kvalitativa innehåll i den svenska läkarutbildningen, och den geriatriska specialistutbildningen bör förstärkas både kvalitativt och kvantitativt. Det är regeringens uppgift att vidta de åtgärder som krävs för att förstärka den geriatriska kompetensen inom medicinsk vård och omsorg.

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

13. Hälso- och sjukvårdens stöd till personer som utsatts för övergrepp, punkt 11 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttopp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 11 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:Ju293 av Morgan Johansson m.fl. (S) yrkande 14 och

2010/11:So219 av Ann-Christin Ahlberg (S) samt

avslår motionerna

2010/11:Ju238 av Carina Hägg (S) yrkande 1,

2010/11:So225 av Eva Flyborg (FP) och

2010/11:So317 av Solveig Zander (C).

Ställningstagande

Vi anser att förståelsen för och kompetensen när det gäller bemöta kvinnor och barn som blivit utsatta för våldtäkter, sexuellt utnyttjande etc. ofta brister bl.a. inom sjukvården. Det är enligt vår mening viktigt att de som råkat illa ut känner att de får den hjälp som de behöver. Denna kunskap bör finnas inom sjukvården i hela landet och man bör således se till att fler får tillräcklig kompetens.

På vissa sjukhus, där man har arbetat mycket för att förbättra för dessa barn och kvinnor med speciella avdelningar där man säkrar bevis, finns en speciell kunskap bl.a. om det bemötande och den vård och omsorg som just dessa kvinnor och barn behöver med tanke på den utsatta situation som de har varit med om. Det är regeringens uppgift att vidta de åtgärder som krävs för att stärka kompetensen.

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

14. Höjd hbt-kompetens inom hälso- och sjukvården, punkt 13 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 13 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So581 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1.

Ställningstagande

Hälso- och sjukvården ska säkerställa rätten till likabehandling utan åtskillnad på grund av sexuell läggning eller könsidentitet. Mot denna bakgrund anser jag att det behövs en medveten strategi för att kvalitetssäkra vården för homosexuella, bisexuella och transpersoner. Jag bedömer att risken annars är stor att människor inte söker hjälp om de upplever att hälso- och sjukvården inte respekterar dem. Det finns enligt min mening en stor risk att hbt-personer får en sämre hälso- och sjukvård på grund av bristande kunskap och kompetens. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att se över vilka åtgärder som krävs för att höja hbt-kompetensen inom hälso- och sjukvårdsområdet.

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

15. Nationellt krav på kompetens för utryckningsförare, punkt 15 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 15 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2010/11:So252 av Kerstin Engle (S).

Ställningstagande

Strukturförändringar inom svensk sjukvård innebär bl.a. ökade vårdtider för ambulanssjukvården. Detta anser vi ställer högre krav på kompetens.

Det nuvarande regelverket ställer inga särskilda krav som säkerställer de krav och den kompetens som finns för annan yrkesmässig trafik. Vi anser att det är angeläget att även ambulansverksamheten kvalitetssäkras. Att införa nationella regler för utbildning och förarbevis är inte bara ett kompetensbevis för att fordonet framförs på ett säkert sätt. Det är minst lika viktigt att arbetsmiljön är sådan att ambulansförare och medtrafikanter kan känna trygghet vid trängande fall av utryckningskörning.

År 2008 presenterade Arbetsmiljöverket, dåvarande Räddningsverket, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen och Vägverket ett förslag till grundläggande målsättningar för kompetenskraven för utryckningsförare. Dokumentet säger inget om hur en utbildning för förarna ska regleras eller utformas. Förvisso är detta ett steg i rätt riktning, men med hänsyn till att vi ser en utveckling mot allt tyngre ambulanser och att det varje år händer olyckor vid utryckning anser vi att det krävs en reglering på nationell nivå. Det är regeringens uppgift att vidta de åtgärder som krävs.

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

16. Likvärdiga villkor vid behandling av ofrivillig barnlöshet, punkt 17 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 17 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2010/11:So212 av Fredrik Lundh Sammeli (S), 2010/11:So384 av Anna Wallén (S), 2010/11:So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) yrkande 1, 2010/11:So440 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1 och 2010/11:So450 av Hillevi Larsson (S) samt bifaller delvis motion 2010/11:So309 av Penilla Gunther (KD).

Ställningstagande

Att inte kunna få barn innebär ofta en utdragen livskris som få öppet vågar eller orkar prata om. I dag upplever omkring 15–20 % av alla i fertilitetsålder i Sverige svårigheter att få barn utan någon form av medicinsk hjälp. Vi anser att möjligheterna för ofrivilligt barnlösa till medicinsk behandling behöver förbättras, och rätten till lika vård var man än bor i landet bör säkerställas.

I dag råder stora skillnader och orättvisa villkor för behandling av ofrivillig barnlöshet mellan våra landsting och regioner. Det handlar om väntetider för såväl utredning som behandling, hur många IVF-behandlingar (in vitro-fertilisering) som erbjuds och vilka åldersgränser som gäller. Vissa landsting har korta väntetider och erbjuder tre landstingsfinansierade behandlingar medan andra landsting har betydligt sämre villkor och snävare åldersgränser. För den som inte längre uppfyller villkoren i det egna landstinget återstår endast att vända sig till en privat klinik där möjligheten att få barn inte bara begränsas av ofrivilligheten utan också av den egna plånboken.

Vi anser att det är hög tid att införa nationella riktlinjer inom vården när det gäller ofrivilligt barnlösa. Det är regeringens uppgift att ta fram förslag till sådana riktlinjer.

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

17. Tillgång till assisterad befruktning, punkt 18 (MP, V)

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

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 18 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP) yrkande 2 och

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 5.

Ställningstagande

Vi konstaterar att donerade spermier enligt gällande lag endast får hanteras vid landets sju universitetssjukhus och att det endast är där som det är möjligt att söka behandling för insemination.

Den 1 juni 2005 fick lesbiska par tillgång till assisterad befruktning inom den svenska sjukvården och därmed har sjukhusens köer ökat. Det är redan i dag möjligt för barnmorskor i Danmark och Finland att utföra insemination. Vi anser att det finns anledning att tillåta insemination även i Sverige på t.ex. barnmorskemottagningar. Då skulle belastningen på universitetssjukhusen minska.

Vi anser således att reglerna bör ändras så att det blir möjligt att få tillgång till assisterad befruktning på andra sjukhus än på universitetssjukhusen samt även på barnmorskemottagningar. Det är regeringens uppgift att ta fram ett förslag om detta.

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

18. Ändringar i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., punkt 19 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 19 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (båda MP) yrkande 2, bifaller delvis motionerna

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 2 och

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 7 och avslår motionerna

2010/11:So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 2 och

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 3.

Ställningstagande

Äggdonation är tillåtet i Sverige sedan den 1 januari 2003. I dag har endast den kvinna som lever i en heterosexuell parrelation möjlighet att få tillgång till behandling med donerat ägg då det inte är tillåtet med både ägg- och spermadonation. Detta får enligt min mening till följd att de kvinnor som är infertila och ensamstående inte ges samma möjligheter till behandling som de kvinnor som valt att leva med en man.

Av samma orsaker som lesbiska och bisexuella kvinnor som lever i en relation med en kvinna bör få tillgång till behandling med donerade ägg bör även de kvinnor som är ensamstående, oavsett sexuell läggning, få tillgång till sådan behandling. Jag anser inte att det är rimligt att kvinnors möjlighet att få behandling med donerade ägg ska vara beroende av civilstånd och sexuell läggning.

Jag anser att en utredning bör få i uppdrag att se över bestämmelserna om befruktning utanför kroppen i syfte att ge ensamstående kvinnor möjlighet att få tillgång till behandling med donerade ägg. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

19. Ändringar i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., punkt 19 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 19 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkandena 3 och 7,

bifaller delvis motionerna

2010/11:So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (båda MP) yrkande 2 och

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 2 och

avslår motion

2010/11:So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 2.

Ställningstagande

I dag saknas en uttrycklig möjlighet för ett par att välja vilken man de vill ha som donator. Enligt uppgift är dock detta redan möjligt vid vissa av universitetssjukhusen.

Enligt 6 kap. 4 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. ska val av lämplig spermagivare göras av en läkare. Hur valet ska gå till regleras i föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. I huvudsak ska läkarens val styras av att den tänkte givaren inte ska vara olämplig av medicinska

skäl, men läkaren bör enligt föreskrifterna även eftersträva att finna en man som liknar den blivande sociala fadern med avseende på ögonfärg, hårfärg och kroppsbyggnad. Jag anser att föreskrifterna om att donatorn bör likna den blivande fadern helt saknar relevans.

Under våren 2002 beslutade riksdagen att ändra vissa regler i den dåvarande lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen som innebär att även behandling med donerade ägg blev tillåten. Lagen är dock skriven enbart med tanke på heterosexuella kvinnor som lider av infertilitet och ofrivillig barnlöshet. Eftersom både ägg och sperma inte får komma från en givare betyder det att infertila lesbiska kvinnor saknar möjlighet att få behandling med donerade ägg. Jag anser att lesbiska kvinnor som är infertila och som skulle kunna få hjälp genom en äggdonation självklart ska kunna ha samma rättigheter och möjligheter som heterosexuella kvinnor. Min uppfattning är därför att det inte ska ställas krav på att den kvinna som vill ta emot ett donerat ägg är gift eller sambo med en man.

En möjlighet att få behandling med könsceller från två donatorer skulle även ge de heterosexuella par där båda parter är infertila en möjlighet att skaffa barn. Vidare skulle den kvinna-till-man-transsexuella man som vill donera ägg till sin kvinnliga partner därigenom kunna bli biologisk förälder.

Lagstiftningen kan inte längre utgå från kärnfamiljen som norm utan måste bejaka de familjebildningar som finns i praktiken. Det är inte rimligt att kvinnors möjlighet till behandling med donerade ägg ska vara beroende av civilstånd och sexuell läggning.

Mot denna bakgrund anser jag att ändringar bör göras i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. som innebär dels att ett par får uttrycklig rätt att välja en donator för assisterad befruktning, dels att kvinnor får möjlighet att få tillgång till behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

20. Ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning, punkt 20 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Lutropp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 20 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So256 av Kerstin Engle (S),

2010/11:So295 av Börje Vestlund (S),

2010/11:So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (båda MP) yrkande 1,
2010/11:So465 av Hillevi Larsson (S) och
2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 6 och
bifaller delvis motionerna
2010/11:So259 av Anna SteeleKarlström (FP),
2010/11:So260 av Lena Asplund (M),
2010/11:So305 av Åsa Coenraads (M) yrkande 1,
2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M)
yrkande 2,
2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 3 och
2010/11:So596 av Annika Qarlssohn och Abir Al-Sahlan (båda C).

Ställningstagande

I Sverige är assisterad befruktning för lesbiska par tillåten sedan 2005, men möjligheten finns inte för ensamstående som på detta sätt önskar skaffa barn. Däremot kan ensamstående godkännas som adoptivförälder.

Sverige har länge varit i framkant när det gäller familjepolitiska frågor. Mot den bakgrunden anser vi inte att det är rimligt att man i dag diskriminerar en hel grupp barnlängtande kvinnor på grund av deras civilstånd och tvingar dem att söka sig utomlands där lagstiftningen kommit ett steg längre som exempelvis i Danmark, Finland, Lettland, England och Belgien.

Vi anser att Sverige behöver en modernare lagstiftning för insemination som inkluderar ensamstående. Då får även denna grupp ta del av den kunskap den svenska sjukvården har att erbjuda, och deras barn har vid 18 års ålder rätt att få reda på donatorns identitet. Men framför allt sänder det en signal till barnen att det sätt de kommit till på är annorlunda men inte fel, ett budskap som de i dag inte får från det svenska samhället. Det är hög tid att Sverige tar sitt ansvar även för ensamstående som vill skaffa barn och ger dem rätt till assisterad befruktning. Det är regeringens uppgift att återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

21. Surrogat- och värdmoderskap, punkt 21 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 21 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So323 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP),
2010/11:So419 av Börje Vestlund m.fl. (S) och

2010/11:So591 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkandena 1 och 2 samt avslår motionerna

2010/11:So296 av Carina Hägg (S),

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M) yrkande 1,

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C) yrkande 1 och

2010/11:So501 av Barbro Westerholm (FP) yrkandena 2 och 3.

Ställningstagande

Vi anser att målet för all lagstiftning, oavsett politikområde, ska vara att den är jämlik och könsneutral. Det ska inte finnas några juridiska skillnader mellan hbt-personers eller andras möjligheter att bli föräldrar.

Ett traditionellt surrogatmoderskap innebär att en kvinna föder ett barn åt någon annan. För homosexuella män kan detta vara ett alternativ till adoption. Vi noterar emellertid att det finns svårigheter som har tydlig koppling till klass och kön. I vissa länder har det börjat växa fram en verksamhet där fattiga och utsatta kvinnor föder barn åt rika barnlösa par på beställning. Vi anser att detta är oetiskt och oacceptabelt.

Det finns emellertid surrogatmoderskap utan ekonomisk vinning. Det är ett faktum att det i dag finns barn i Sverige som har fötts genom surrogatmoderskap och att deras legala familjesituation upplevs som oklar.

Det finns också en typ av surrogatmoderskap som innebär att hälften av arvsmassan kommer från de blivande föräldrarna och kvinnorna i relationen. Det handlar dels om när en kvinna insemineras med sin mans sparade ägg, i ett par där mannen har en transsexuell bakgrund. Det handlar också om lesbiska par som donerar ägg till varandra. I båda fallen tillförs spermier utifrån, precis som vid annan insemination på klinik. I dag räknas båda dessa exempel enligt lagen som förbjudna former av surrogatmoderskap, trots att det inte kan ha varit lagstiftarens avsikt med lagen. Detta omöjliggör för en del familjer att skaffa barn på lika villkor som andra par, och lagen måste därför ändras så att denna form av surrogatmoderskap inte är förbjuden.

Vi konstaterar att frågan om surrogatmoderskap är svår och komplicerad, men trots att det i princip är förbjudet med surrogatmoderskap i Sverige så finns det ändå ett antal barn och föräldrar som har använt sig av surrogatmödrar. Det finns därför skäl att utreda surrogatmoderskap ur såväl barnens, surrogatmammans som föräldrarnas perspektiv. Regeringen bör tillsätta en utredning med denna uppgift.

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

22. Organdonation, punkt 22 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttropp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 22 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So334 av Lars Mejern Larsson och Désirée Liljevall (båda S) och 2010/11:So469 av Hillevi Larsson (S) samt

avslår motionerna

2010/11:So285 av Johan Hultberg och Åsa Coenraads (båda M),

2010/11:So289 av Anna SteeleKarlström (FP) yrkandena 1–3,

2010/11:So320 av Annie Johansson (C),

2010/11:So350 av Olof Lavesson (M) yrkande 2,

2010/11:So415 av Johan Linander (C),

2010/11:So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (båda M) yrkandena 1–6,

2010/11:So519 av Penilla Gunther och Andreas Carlson (båda KD),

2010/11:So531 av Mikael Cederbratt (M) och

2010/11:So563 av Finn Bengtsson och Abdirizak Waberi (båda M).

Ställningstagande

Det råder brist på organ i Sverige. Alldeles för många personer får vänta alldeles för länge för att få ett nytt organ. Under tiden försämras deras hälsa och en del avlider.

Väntelistan på organtransplantation fylls ständigt på av människor i alla åldrar som är svårt sjuka och behöver hjälp, men halvårsstatistik från Donationsrådet visar att det inte på åtta år funnits så få donatorer som nu. Samtidigt som svenska läkare är bland de bästa i världen på transplantationer är det svenska folket bland de sämsta på att donera organ.

Mot bakgrund av att det är viktigt att frågan om organdonation diskuteras och ständigt hålls levande anser vi att det behövs initiativ till en översyn av de nuvarande reglerna och den nuvarande hanteringen i syfte att ta fram förslag på hur man ska få fler att donera organ. Det behövs ett enkelt och tydligt sätt för medborgare att uttrycka sin inställning till att donera organ. Detta skulle kunna göras genom att man markerar sin övilja att donera organ i stället för som i dag sin vilja att donera. En majoritet av svenska folket har i olika undersökningar svarat ja på frågan om de kan tänka sig att donera organ efter sin död. Många av dem som är posi-

tiva har dock inte anmält det till donationsregistret. Regeringen bör göra en översyn av det nuvarande regelverket och därefter återkomma till riksdagen med ett förslag till åtgärder.

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

23. Rätt för barnmorska att utföra medicinsk abort, punkt 24 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 24 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So322 av Gunvor G Ericson och Agneta Luttröpp (båda MP).

Ställningstagande

Sedan abortlagen trädde i kraft 1975 har den medicinska abortmetoden tillkommit som ett alternativ till den kirurgiska metoden vid aborter före den nionde graviditetsveckans utgång. Enligt abortlagen är det endast den som är behörig att utöva läkaryrket som får utföra abort eller avbryta havandeskap.

Socialstyrelsen konstaterar i en kartläggning från 2008 av verksamheten för tidiga aborter i Sverige att barnmorskor bör kunna få en större roll under abortprocessen än i dag vid okomplicerade graviditeter. Det kan kännas tryggare för kvinnan att träffa en och samma person under hela abortprocessens förlopp. Det konstateras också att ansvaret för att utföra aborter bör förbli en läkaruppgift. Läkare behövs inom abortverksamheten för att säkerställa patientsäkerheten och för att kunna ta hand om komplicerade fall, men även för att kvinnan har rätt att träffa en läkare om hon så önskar.

I Socialstyrelsens bedömning redovisas inga egentliga skäl som hindrar att barnmorskan handlägger aborten enligt sitt yrkeskunnande. Det görs också rent praktiskt på många kliniker.

Vi anser att barnmorskor ska ges laglig rätt att ansvara för medicinska aborter. Självklart ska kvinnor som så önskar kunna träffa en läkare men om en kvinna som vill ha medicinsk abort redan har en väletablerad kontakt med sin barnmorska ska det räcka, om det inte finns några medicinska skäl. Barnmorskans yrkesansvar handlar om normaltillstånden i verksamheten. Vid avvikelse från det normala är det naturligt att konsultera den kompetens som är relevant för varje situation. Då är det viktigare

att abortverksamheten är bemannad med någon form av beteendekompetens eftersom kvinnan har laglig rätt till samtal både före och efter en abort. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

24. Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, punkt 26 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 26 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So466 av Hillevi Larsson (S) yrkandena 1 och 2 samt

2010/11:So582 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1, 3 och 5,

bifaller delvis motionerna

2010/11:Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP) yrkandena 5 och 7,

2010/11:So348 av Fredrick Federley (C),

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M) yrkande 3 och

2010/11:So493 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1 och

avslår motionerna

2010/11:Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP) yrkande 6 och

2010/11:So582 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 2 och 4.

Ställningstagande

Den svenska lag som reglerar de krav som ställs för att en person ska få ändra sitt juridiska kön tillkom 1972 och speglar den tidsanda som då fanns och de lagar som då var gällande. För att få ändra den juridiska könstillhörigheten krävs att den sökande är över 18 år, ogift, svensk medborgare och steril.

Socialstyrelsen föreslår i en utredning från 2010 bl.a. att kraven på att vara svensk medborgare, ogift och steril ska tas bort. De förslag till lagändringar som framförs i Socialstyrelsens utredning skulle dramatiskt förbättra livet för transpersoner i Sverige. De bör därför skyndsamt bli verklighet. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

25. Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, punkt 26 (MP, V)

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

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 26 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP) yrkandena 5–7,

2010/11:So493 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 1 och

2010/11:So582 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkandena 1–5 och

bifaller delvis motionerna

2010/11:So348 av Fredrick Federley (C),

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M) yrkande 3 och

2010/11:So466 av Hillevi Larsson (S) yrkandena 1 och 2.

Ställningstagande

Transsexualism klassas som en sjukdom och behandling ges inom den allmänna sjukförsäkringens ramar. Transpersoner som vill genomgå någon form av könskorrigering och byta juridiskt kön möter emellertid åtskilliga krav. Bland annat måste personen vara steril, ogift och svensk medborgare.

Könstillhörighetsutredningen föreslår att kraven på att personen ska vara ogift och svensk medborgare slopas, men förslaget innebär att sterilitetskravet ändras till att könskörtlarna ska tas bort. Detta är visserligen något som de flesta transsexuella önskar, men det är inte ett ingrepp som staten ska kräva. Däremot är det positivt att utredningen föreslår ett tydliggörande om att transsexuella har rätt att spara könsceller inför operationen. Vi anser att en förälders könstillhörighet och könsidentitet är fullständigt ovidkommande för förmågan att ta hand om ett barn. Kravet på att transsexuella ska vara sterila för att få genomgå en könskorrigering bör tas bort, utan nya krav på borttagande av könskörtlar.

Ett könsbyte kan bara beviljas den person som inte lever i äktenskap eller i partnerskap. Därför tvingas de som är gifta eller registrerade partner och som önskar genomföra ett könsbyte till skilsmässa. Detta är oacceptabelt. Vi anser att kravet på att sökanden inte får vara gift eller registrerad partner bör tas bort.

I dag krävs att sökanden har svenskt medborgarskap för att tillstånd till ändrad könstillhörighet ska kunna meddelas. Utredningen om ändrad könstillhörighet poängterar att den medicinska delen av byte av könstillhörighet

är en sjukvårdsfråga och därför styrd av reglerna om utländska medborgares rätt till sjukvård i Sverige. Vi anser att kravet på att sökanden måste vara svensk medborgare ska tas bort.

I könstillhörighetslagen finns också en åldersgräns på 18 år för att kunna få behandling. Denna åldersgräns innebär att unga transsexuella tvingas genomgå puberteten i en kropp som upplevs som fel och främmande. Det är märkligt att juridiskt hindra människor som fått en diagnos av läkare från att få behandling i enlighet med diagnosen. Läkares bedömning ska räcka och åldersgränsen tas bort. Sverige måste säkerställa att alla transpersoner som önskar medicinska insatser kan få tillgång till dessa.

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

26. Omskärelse av pojkar, punkt 28 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 28 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So489 av Bengt-Anders Johansson och Finn Bengtsson (båda M) och

2010/11:So546 av Marietta de Pourbaix-Lundin (M).

Ställningstagande

Omskärelse genomförs i dag ofta på blott några dagar gamla pojkar. Spädbarn har naturligtvis ingen möjlighet att själva samtycka eller säga nej till ett sådant ingrepp. I stället är det vårdnadshavarnas perspektiv som ensidigt värnas.

Vi lever i ett samhälle som bygger på friheter och rättigheter. Tyvärr uppstår ibland situationer när två friheter krockar mot varandra. Det är ur denna synvinkel som man ska se på frågan om omskärelse av små barn. Å ena sidan har vi religionsfriheten som fastställer föräldrarnas rätt att utöva sin religion. Mot denna frihet ställs samhällets skyldighet att se till barnets bästa (barnkonventionen, artikel 3), barnets rätt till skydd mot övergrepp (artikel 19) samt barnets egen religionsfrihet (artikel 14). Här blir det alltså upp till lagstiftaren att fastställa vilka rättigheter som har företräde. Jag anser att det inte finns ett enda skäl till att låta religionsfriheten övertrumfa barnkonventionen i detta avseende.

Kvinnlig könsstympning är förbjuden i Sverige enligt lag. Förbudet lutar sig mot FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna som ger varje människa, även barn, rätt till sin egen kropp. Om vi motsätter oss att små flickor könsstympas, borde vi naturligtvis också sätta stopp för omskärelse av pojkar.

Ingrepp utan medicinsk indikation men med risker för oåterkallelig skada ska inte påtvingas någon som är omyndig. Om omskärelse på icke medicinska grunder ska göras, bör denna anstå tills barnet fyllt 18 år och självt kan bestämma.

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

27. Speciallivsmedel, punkt 29 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 29 borde ha följande lydelse:

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

2010/11:So383 av Eva Sonidsson och Christina Karlsson (båda S) och bifaller delvis motion

2010/11:So303 av Christer Winbäck (FP).

Ställningstagande

Celiaki (glutenintolerans) är en kronisk sjukdom som orsakas av överkänslighet mot gluten och leder till skada på tunntarmen. Glutenfri kost är den enda behandlingsformen mot denna sjukdom. Den glutenfria kosten måste hållas livet ut eftersom celiaki är en livslång sjukdom.

I dag är det ålder och bostadsort som avgör om patienten får ersättning för sina merkostnader för speciallivsmedel. Barn under 16 år får sina varor via apoteket, men efter 16 års ålder är det upp till varje landsting att besluta om merkostnadsersättning. Detta är djupt orättvist. För att inte det ska bero på i vilken del av landet eller i vilket landsting eller region man bor bör man från nationell nivå se till att alla får samma behandling och ersättning. Det är regeringens uppgift att ta fram ett förslag.

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

28. Det statliga tandvårdsstödet, punkt 30 (S, MP)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP) och Carina Moberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 30 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2010/11:So202 av Christina Oskarsson (S) och 2010/11:So211 av Ann-Christin Ahlberg (S) samt avslår motionerna 2010/11:So410 av Gustav Nilsson (M), 2010/11:So416 av Karin Nilsson och Solveig Zander (båda C), 2010/11:So417 av Karin Nilsson och Solveig Zander (båda C), 2010/11:So447 av Hillevi Larsson m.fl. (S) och 2010/11:So497 av Andreas Carlson och Annelie Enochson (båda KD).

Ställningstagande

Efter drygt två år med den nya tandvårdsreformen framgår allt tydligare reformens brister. En grundläggande utgångspunkt när arbetet inleddes med det som senare blev tandvårdsreformen var att det skulle bli ekonomiskt möjligt för var och en att besöka tandvården regelbundet.

För att förhindra nya klasskillnader i tandhälsa i vårt land är det nödvändigt att tandvårdsstödet har starkt fokus på den förebyggande tandvården samtidigt som det införs ett skydd mot höga kostnader. Ingen ska behöva avstå från regelbunden tandvård av ekonomiska skäl. Målsättningen på sikt måste vara att patientkostnaderna i tandvården ska omfattas av ett högkostnadsskydd av samma modell som inom hälso- och sjukvården.

Ett bättre skydd mot höga kostnader är bra och riktigt men det räcker inte för att uppnå bättre total tandhälsa i befolkningen. Man måste även göra en motsvarande satsning på bastandvård och förebyggande åtgärder, annars riskerar kostnaderna för tandvård att öka ytterligare i framtiden, för såväl patienter som samhället.

Tandvårdsbehov som är orsakade av kronisk sjukdom eller funktionshinder ska inte medföra merkostnader. Personer med diabetes, som tidigare fick ett bättre stöd genom ett förhöjt grundbelopp, löper större risk än andra att få problem med tänder och munhälsa. Stödet till tandvårdsundersökning och annan förebyggande tandvård i den nu gällande tandvårdsreformen är därför otillräckligt. Det är av yttersta vikt att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården.

Tandvårdsförsäkringen bör utformas så att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården och åtgärda tandvårdsproblem i tid. Särskilt viktigt för att förebygga framtida kostnader är att höja åldersgränsen för dagens avgiftsfria tandvård från 19 år till 24 år samt att genomföra en satsning på förbättrad tandvård för äldre.

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

Särskilda yttranden

1. Omskärelse av pojkar, punkt 28 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

Jag delar de synpunkter som framförs i motionerna So489 och So546 (båda M) men har valt att inte avlämna en reservation då 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 förbjudas. 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.

2. Det statliga tandvårdsstödet, punkt 30 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

Jag vill erinra om att Vänsterpartiet vid behandlingen av proposition 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd (bet. 2007/08:SoU9, rskr. 2007/08:145) i ett särskilt yttrande framförde sin syn på hur en tandvårdsreform borde vara utformad. Vänsterpartiet anser att en god tandvård är en klassfråga och att regeringens tandvårdsreform inte har förbättrat fördelningspolitiken. I stället bör en reform genomföras som ska leda fram till ett verkligt högkostnadsskydd liknande det som finns inom hälso- och sjukvården. Jag vidhåller dessa synpunkter och avser att återkomma i frågan.

BILAGA

Förteckning över behandlade förslag

Motioner från allmänna motionstiden hösten 2010

2010/11:Ju222 av Helena Leander m.fl. (MP):

5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kravet på att transsexuella ska vara ogifta, sterila och svenska medborgare för att få genomgå en könskorrigering tas bort, utan nya krav på borttagande av könskörtlar.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om transsexuellas möjligheter att spara könsceller inför en könskorrigerande operation.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om unga transpersoner och slopande av åldersgränsen för att få behandling.

2010/11:Ju238 av Carina Hägg (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bättre stöd till våldtagna kvinnor i hela landet.

2010/11:Ju287 av Désirée Pethrus (KD):

6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av ett hälsointyg för att skydda unga flickor från könsstympning.

2010/11:Ju293 av Morgan Johansson m.fl. (S):

14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om särskild kompetens på akutsjukhus för den som utsatts för sexuella övergrepp.

2010/11:Ju403 av Lars Ohly m.fl. (V):

18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om inrättande av regionala centrum för kvinnofrid i varje sjukvårdsregion.

2010/11:So202 av Christina Oskarsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättring av den förebyggande tandvården.

2010/11:So204 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.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt centrum för palliativ medicin.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en påbyggnadsspecialitet i palliativ medicin.

2010/11:So206 av Eva Flyborg (FP):

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

2010/11:So209 av Jan Lindholm (MP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att vård som ges i Sverige kan tillmötesgå de vårdbehov som människor med diagnoser inom områdena elöverkänslighet och metallrelaterade skador har.

2010/11:So211 av Ann-Christin Ahlberg (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inte göra tandvården till en klassfråga.

2010/11:So212 av Fredrik Lundh Sammeli (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om de orättvisa villkor för behandling av ofrivillig barnlöshet som i dag gäller mellan olika regioner och landsting.

2010/11:So219 av Ann-Christin Ahlberg (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av kunskap om hur man bemöter den som har utsatts för våldtäkt eller blivit sexuellt utnyttjad.

2010/11:So225 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 våldsutsatta kvinnor.

2010/11:So227 av Roger Haddad (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om åtgärder för att underlätta läkarrekryteringen i Sverige.

2010/11:So228 av Johan Pehrson (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hur patientdatalagen ska tillämpas i förhållande till vuxna patienter som tillfälligt eller varaktigt brister i beslutsförmåga.

2010/11:So229 av Pia Hallström (M):

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

2010/11:So236 av Hans Hoff (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ökade krav på sjukvården.

2010/11:So237 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 Socialstyrelsen ska få i uppgift att ha en sammanhållande roll i det praktiskt förebyggande arbetet i sjukvården, och att ett nationellt system för inrapportering av avvikelser och kunskaper om dessa lex Maria-anmälningar och anmälningar till Hsan som en del i detta arbete ska spridas till alla sjukhus i Sverige.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att system för samarbete inom EU på detta område bör utredas liksom hur ekonomiska drivkrafter kan bidra till att minska vårdskadorna.

2010/11:So241 av Yvonne Andersson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av ökad kunskap och kunskapspridning om förmaksflimmer.

2010/11:So244 av Lars-Axel Nordell och Emma Henriksson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att öka antalet vårdplatser.

2010/11:So249 av Anders Andersson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av åtgärder för att effektivisera och kvalitetssäkra allmäntjänstgöringen i läkarutbildningen.

2010/11:So251 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M):

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

2010/11:So252 av Kerstin Engle (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över och lägga fram förslag till ett nationellt krav på tydliga regler och kompetensmål för utryckningsförare.

2010/11:So256 av Kerstin Engle (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ensamståendes rätt till assisterad befruktning.

2010/11:So259 av Anna SteeleKarlström (FP):

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

2010/11:So260 av Lena Asplund (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insemination för ensamstående kvinnor i Sverige.

2010/11:So261 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M):

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

2010/11:So262 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om det ökade behovet av geriatriker.

2010/11:So263 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om rätt person på rätt plats inom vården.

2010/11:So264 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om öppna kvalitetsregister i vården.

2010/11:So265 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att organisera vården efter patientflödena och om att sätta patienten i centrum.

2010/11:So266 av Gustav Nilsson (M):

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

2010/11:So273 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hur rehabiliteringen av patienter kan förbättras.

2010/11:So274 av Anne Marie Brodén (M):

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

2010/11:So275 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att göra Halland till ett försökslän för kultur på recept i sjukvården.

2010/11:So276 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dyslektikers rätt till stöd och hjälpmedel från landstingen.

2010/11:So285 av Johan Hultberg och Åsa Coenraads (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att möjliggöra anmälan till donationsregistret i samband med pass-, id-korts- och körkortsansökan.

2010/11:So289 av Anna SteeleKarlström (FP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla som föds i Sverige automatiskt ska registreras i donationsregistret.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla som invandrar till eller får arbetstillstånd i Sverige automatiskt ska upptas i donationsregistret i samband med att de får sitt samordnings- eller personnummer.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en koordinationsenhet skapas med ansvar på nationell nivå för optimal hantering av donerade organ och donationsmottagare.

2010/11:So291 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om införande av screening för bukaortaaneurysm.

2010/11:So293 av Ann-Christin Ahlberg (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om kvinnors rätt till god hälsa och vård.

2010/11:So295 av Börje Vestlund (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insemination av ensamstående.

2010/11:So296 av Carina Hägg (S):

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

2010/11:So303 av Christer Winbäck (FP):

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

2010/11:So305 av Åsa Coenraads (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om rätt till insemination för ensamstående kvinnor.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att donatorns rätt till anonymitet skyddas.

2010/11:So309 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av nationella riktlinjer för behandlingen av ofrivillig barnlöshet.

2010/11:So315 av Fredrik Schulte (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att införa nationella regler för vårdval.

2010/11:So317 av Solveig Zander (C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av barn som far illa bör tas fram.

2010/11:So320 av Annie Johansson (C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda frågan om donationsförberedande behandling.

2010/11:So322 av Gunvor G Ericson och Agneta Luttröpp (båda MP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att modernisera lagstiftningen och ge barnmorskor laglig rätt att ansvara för medicinska aborter.

2010/11:So323 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om värdmödraskap.

2010/11:So324 av Gunvor G Ericson och Ulf Holm (båda MP):

1. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag som möjliggör för ensamstående kvinnor att få tillgång till assisterad befruktning på samma sätt som kvinnor som lever i en parrelation.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning med uppdrag att se över bestämmelserna med syftet att ge ensamstående kvinnor tillgång till behandling med donerade ägg.

2010/11:So334 av Lars Mejern Larsson och Désirée Liljevall (båda S):

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

2010/11:So337 av Désirée Liljevall (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om IT:s roll för säkerheten i vården.

2010/11:So342 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.

2010/11:So348 av Fredrick Federley (C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vård för transpersoner och förändring av lagen (1972:119) om fastställelse av könstillhörighet i vissa fall.

2010/11:So350 av Olof Lavesson (M):

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

2010/11:So352 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Elisabeth Svantesson (båda M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att verka för att vårdutbildningar och vårdgivare upplyses om endometrios, dess symtom och effekter.

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om adekvat behandling av endometrios genom tidig diagnos.

2010/11:So357 av Per Svedberg (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om satsningar på särskilda flimmermottagningar.

2010/11:So364 av Maria Lundqvist-Brömster m.fl. (FP):

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

2010/11:So365 av Magdalena Andersson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utvidga förskrivningsrätten för sjuksköterskor och barnmorskor.

2010/11:So366 av Magdalena Andersson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om riktlinjer för att motverka vårdrelaterade infektioner.

2010/11:So372 av Hans Olsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en bra och gedigen vård och omsorg som fördelas efter behov.

2010/11:So378 av Jan Ericson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att slopa förbudet mot homosexuella blodgivare.

2010/11:So381 av Nina Lundström (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda möjligheten att stärka rätten till vård, omsorg och socialtjänst på finska, om tillgång finns till språkkunnig personal.

2010/11:So383 av Eva Sonidsson och Christina Karlsson (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell plan för att alla med glutenintolerans ska få samma möjligheter till behandling, oavsett var i landet man bor.

2010/11:So384 av Anna Wallén (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om IVF-behandlingar oavsett var man bor.

2010/11:So385 av Christina Oskarsson och Jörgen Hellman (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om PSA-test i hälsokontrollen för män över 50 år.

2010/11:So386 av Peter Johnsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ta till vara inflyttade läkares kompetens.

2010/11:So389 av Eliza Roszkowska Öberg (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om IT och ny teknik för att utveckla vården.

2010/11:So394 av Désirée Pethrus (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda en anpassning av mödravården och föräldrautbildningen för att möta invandrarkvinnors behov.

2010/11:So396 av Maria Abrahamsson och Olof Lavesson (båda M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en reglering av surrogatmödraskap.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ensamståendes rätt att insemineras inom svensk sjukvård.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om villkoren för könskorrigering.

2010/11:So398 av Ulf Nilsson m.fl. (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella riktlinjer för MS-vården och utarbetandet av en nationell strategi för att öka antalet neurologer i svensk sjukvård.

2010/11:So406 av Lars-Axel Nordell (KD):

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

2010/11:So410 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av en översyn kring det statliga tandvårdsstödet.

2010/11:So414 av Gustav Nilsson (M):

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

2010/11:So415 av Johan Linander (C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda hur antalet donationer av organ och vävnader ska kunna öka.

2010/11:So416 av Karin Nilsson och Solveig Zander (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att inkludera tandvårdens kostnader i sjukvårdens högkostnadsskydd då det finns särskilda medicinska skäl.

2010/11:So417 av Karin Nilsson och Solveig Zander (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att utreda frågan om att tandvårdens högkostnadsskydd även bör omfatta tandhygienistens arbete då det finns särskilda medicinska skäl.

2010/11:So419 av Börje Vestlund m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om utredning av surrogatmödraskap.

2010/11:So421 av Marta Obminska (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett införande av en patienträttighetslag.

2010/11:So422 av Marta Obminska (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alternativa behandlingsmetoder.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att undersöka möjligheterna till att underlätta för fler landsting att erbjuda alternativa behandlingsmetoder.

2010/11:So425 av Gunvor G Ericson m.fl. (MP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om diskriminering av lesbiska par vad gäller insemination.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör bli möjligt att få tillgång till assisterad befruktning på andra sjukhus och kliniker, såsom barnmorskemottagningar, än de sju universitetssjukhusen.

2010/11:So427 av Otto von Arnold och Irene Oskarsson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utredningar av neuropsykiatriska funktionshinder tydligt ska omfattas av vårdgarantin.

2010/11:So429 av Anita Brodén m.fl. (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utöka palliativ vård.

2010/11:So432 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–kvicksilverexponering för tandvårdspersonal utreds för att de som drabbats ska kunna åberopa arbetsskada.

2010/11:So437 av Cecilia Widegren och Walburga Habsburg Douglas (båda M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ställningstagande till organdonation ska vara ett obligatoriskt villkor för att få körkortstillstånd och förnyat körkort.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att verka för att människor regelbundet ställs inför ett ställningstagande om organdonation.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att vården också bör inriktas på att organ ska hållas transplantationsdugliga så länge som möjligt.

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ökat samarbete i EU för att öka tillgången på organ.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över Donationsrådets uppgifter och organisation.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att verka för att information och en möjlighet till ställningstagande om donation regelbundet kommer medborgarna till del.

2010/11:So439 av Fredrik Lundh Sammeli och Helén Pettersson i Umeå (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att säkerställa en skattefinansierad sjukvård som ges efter behov.

2010/11:So440 av Börje Vestlund m.fl. (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av lagen (1984:1140) om insemination, lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen och lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. för att säkerställa alla kvinnors rätt till lika behandling och lika tillgång till behandling också i praktiken vid ofrivillig barnlöshet.

2010/11:So447 av Hillevi Larsson m.fl. (S):

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

2010/11:So450 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga en utredning om villkoren för vård åt ofrivilligt barnlösa.

2010/11:So452 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av synliggörande och ökad forskning om den dolda kvinnosjukdomen endometrios.

2010/11:So460 av Tuve Skånberg och Annelie Enochson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alla människors lika värde och utsorterande fosterdiagnostik.

2010/11:So461 av Tuve Skånberg och Annelie Enochson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram riktlinjer för sjukvården i relation till de rättsvårdande myndigheterna när det gäller aborter för flickor under 15 år.

2010/11:So462 av Tuve Skånberg (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om Socialstyrelsens uppdrag om abortstatistik.

2010/11:So463 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att palliativ medicin bör bli en egen medicinsk specialitet.

2010/11:So465 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att möjliggöra insemination för ensamstående.

2010/11:So466 av Hillevi Larsson (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förändring av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att öka tillgången till könskorrigering vård för alla transpersoner.

2010/11:So469 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att den som inte motsatt sig organdonation under sin livstid ska klassas som organdonator efter sin död.

2010/11:So471 av Hillevi Larsson (S):

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

2010/11:So472 av Anders Flanking och Ulrika Carlsson i Skövde (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av att stärka den geriatriska kompetensen i sjukvården och äldreomsorgen.

2010/11:So475 av Fredrick Federley (C):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas för att se över möjligheterna att göra juridiskt gällande surrogatmödraskapsöverenskommelser.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheterna att tillåta embryodonationer.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillåta assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

2010/11:So478 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en obligatorisk statlig vårdförsäkring.

2010/11:So481 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att säkerställa fri konkurrens och mångfald inom sjukvårdens område.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att se över reglerna i LOV så att hälso- och sjukvården omfattas, implementeras och tillämpas i denna lagstiftning.

2010/11:So489 av Bengt-Anders Johansson och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om omskärelse av pojkar.

2010/11:So490 av Lena Asplund 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 till blodgivning.

2010/11:So492 av Carina Hägg m.fl. (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uttala att abort är en mänsklig rättighet.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt lagstiftningen bör förstärkas för att garantera kvinnor abort.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att göra en översyn för att lagstiftningen ska garantera att såväl offentlig som privat vård utför abort.

2010/11:So493 av Börje Vestlund m.fl. (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en moderniserad lagstiftning om ändrad köns-tillhörighet.

2010/11:So496 av Lars-Axel Nordell och Andreas Carlson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en sjukvård utan köer, också för dem med stora behov av regelbundna återbesök.

2010/11:So497 av Andreas Carlson och Annelie Enochson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett rättvist tandvårdsstöd.

2010/11:So501 av Barbro Westerholm (FP):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av internationell reglering av ersättningen till värdmödrar.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av forskning om situationen för barn som kommit till genom värdmödraskap, deras värdmödrar och deras föräldrar.

2010/11:So503 av Barbro Westerholm och Finn Bengtsson (FP, M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om grundutbildningen och specialistutbildningen av läkare i geriatrik.

2010/11:So515 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 upp-lysa den enskilde om möjligheten till samtycke.

2010/11:So519 av Penilla Gunther och Andreas Carlson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att belysa tillämpningen av lagstiftning och etiska och praktiska frågeställningar kring organdonation, i syfte att öka antalet organdonationer.

2010/11:So520 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en ny delegation för att följa upp prioriteringsrikt-linjer i svensk hälso- och sjukvård.

2010/11:So522 av Sven-Erik Bucht m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av att undanröja gränshinder inom sjukvården.

2010/11:So524 av Patrik Björck m.fl. (S):

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

2010/11:So525 av Erik Bengtzboe (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av huvudmannskapet för offentlig vård.

2010/11:So531 av Mikael Cederbratt (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en översyn av lagar och regelverk vad gäller ersättning till levande organdonatorer.

2010/11:So546 av Marietta de Pourbaix-Lundin (M):

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

2010/11:So551 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om obligatorisk inrapportering till Nationella Diabetesregistret.

2010/11:So552 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationellt finansierad sjukvård.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om fler fristående sjukhus.

2010/11:So554 av Yvonne Andersson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en strategi för utveckling av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården.

2010/11:So561 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ny etisk plattform i sjukvården.

2010/11:So562 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningsmodeller för fritt etablerade vårdyrkesarbetande.

2010/11:So563 av Finn Bengtsson och Abdirizak Waberi (båda M):

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

2010/11:So566 av Finn Bengtsson och Saila Quicklund (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av hälso- och sjukvårdslagen i synen på rehabiliteringsinsatser i vården.

2010/11:So569 av Veronica Palm m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av klargörande av ansvarsförhållandena mellan privat och offentligt finansierad vård.

2010/11:So573 av Eva Olofsson m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett system med en journal per patient bör tas fram.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör se över möjligheten med personliga hälsokonton.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en ny lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg bör utformas.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas med uppdrag att undersöka möjligheten att främja ett utökat utbud och ett utökat inflytande av personal, brukare och medlemsbaserade organisationer när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården och omsorgen.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte bör vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionalsjukhus.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att gräddfiler för privatbetalande patienter inte ska vara tillåtet i den offentligt finansierade vården.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla offentligt finansierade vårdgivare aktivt ska medverka i forskning och utbildning.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning med uppdrag att se över förutsättningarna för att bygga broar mellan konventionella och komplementärmedicinska behandlingar.

27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör tas fram.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om könsuppdelad vårdstatistik och att jämställd vård ska vara ett eget uppföljningsområde i de nationella jämförelserna.

2010/11:So574 av Finn Bengtsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av missvisande auktorisationer och legitimationer inom hälso- och sjukvården.

2010/11:So581 av Eva Olofsson m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att se över vilka åtgärder som krävs för att höja hbt-kompetensen inom hälso- och sjukvårdsområdet.

2010/11:So582 av Eva Olofsson m.fl. (V):

1. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall som innebär att kravet på att sökanden ska vara steriliserad tas bort.
2. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall som innebär att det uttryckligen blir tillåtet för transexuella att spara könsceller för eventuell framtida assisterad befruktning.
3. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall som innebär att kravet på att sökanden inte får vara gift eller registrerad partner tas bort.
4. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall som innebär att 18-årsgränsen för fastställande av könstillhörighet tas bort.
5. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall som innebär att kravet på att sökanden måste vara svensk medborgare tas bort.

2010/11:So583 av Marianne Berg m.fl. (V):

3. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. som innebär att ett par får uttrycklig rätt att välja en donator för assisterad befruktning.

5. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till lagändring som innebär att det blir möjligt att få tillgång till assisterad befruktning på andra kliniker än de sju universitetssjukhusen.
6. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag till ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. som innebär att ensamstående kvinnor får tillgång till assisterad befruktning vid allmänt sjukhus.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning med uppdrag att utreda möjligheten att ändra bestämmelserna om befruktning utanför kroppen i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. som innebär att det blir möjligt för kvinnor att få behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt.

2010/11:So590 av Lars Ohly m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning för att se över lagstiftningen i syfte att specialistsjukvården och primärvården skyddas från vinstintresse.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att bonussystem inte ska vara tillåtna inom hälso- och sjukvård.

2010/11:So591 av Marianne Berg m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning som ser över situationen för de barn som tillkommit genom surrogatmoderskap.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning som ser över frågan om att bli förälder genom surrogatmoderskap.

2010/11:So596 av Annika Qarlsson och Abir Al-Sahlani (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten för ensamstående att insemineras inom svensk sjukvård.

2010/11:Ub246 av Björn von Sydow (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att den geriatriska specialistutbildningen stärks kvalitativt och kvantitativt.