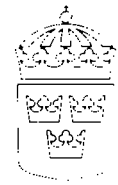
Socialutskottets betänkande 1985/86:16

om bidrag till allmän sjukvård m. m. (prop. 1985/86:100 bil. 7 delvis)



SoU
1985/86:16

I betänkandet behandlas regeringens i proposition 1985/86:100 bil. 7 (socialdepartementet) framlagda förslag om anslag för budgetåret 1986/87 till hälso- och sjukvård, såvitt avser punkterna E 3–10 och E 18–22.

Sammanfattning

I samband med regeringens förslag till medelsanvisningar för ett antal olika ändamål på hälso- och sjukvårdens område behandlar utskottet 28 motionsyrkanden om olika sjukvårdsfrågor, bl. a. rörande psykiatrin, specialistvård, oral galvanism, läkarförsörjningen och köerna inom sjukvården.

Utskottet tillstyrker förslagen i budgetpropositionen och avstyrker samtliga motioner.

Till betänkandet har fogats elva reservationer (m, fp, c, vpk) och ett särskilt yttrande (c).

FEMTE HUVUDTITELN

Proposition 1985/86:100 bil. 7

Regeringen har under punkterna E 3–10 och E 18–22 (s. 76–88 och 100–109) föreslagit

(E 3) att riksdagen till Statens rättskemiska laboratorium för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 23 283 000 kr.,

(E 4) att riksdagen till Statens rättsläkarstationer för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 24 806 000 kr.,

(E 5) att riksdagen till Rättspsykiatriska stationer och kliniker för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 84 770 000 kr.,

(E 6) att riksdagen till Statens miljömedicinska laboratorium för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 20 021 000 kr.,

(E 7) att riksdagen till Statens giftinformationscentral för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 5 405 000 kr.,

(E 8) att riksdagen till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 4 558 000 kr.,

(E 9) att riksdagen till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 1 574 000 kr.,

(E 10) att riksdagen till Statens institut för psykosocial miljömedicin för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 3 133 000 kr.,

(E 18) att riksdagen till Bidrag till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut för budgetåret 1986/87 anvisar ett anslag av 20 500 000 kr.,

(E 19) att riksdagen till Bidrag till allmän sjukvård m. m. för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 4 533 682 000 kr.,

(E 20) att riksdagen till Vidareutbildning av läkare m. m. för budgetåret 1986/87 anvisar ett reservationsanslag av 37 953 000 kr.,

(E 21) att riksdagen till Beredskapslagring och utbildning m. m. för hälso- och sjukvård i krig för budgetåret 1986/87 anvisar ett reservationsanslag av 85 464 000 kr.,

(E 22) att riksdagen till Driftkostnader för beredskapslagring m. m. för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 56 099 000 kr.

Motioner

I motion 1985/86:150 av Karin Israelsson (c) hemställs att riksdagen beslutar att utreda möjligheten att i Hällnäs inrätta en enhet för vård och rehabilitering av tortyroffer och handikappade bland flyktingar.

Motionen har överflyttats från socialförsäkringsutskottet.

I motion 1985/86:So206 av Ulf Adelsohn m. fl. (m) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 5), att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådana ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen att patienternas valfrihet stärks i enlighet med vad som i motionen anförts.

I motion 1985/86:So223 av Karin Israelsson m. fl. (c) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 5), att riksdagen hos regeringen begär förslag som syftar till allmän hälsokontroll av äldre.

I motion 1985/86:So241 av Nils Carlshamre m. fl. (m) hemställs såvitt här är i fråga (yrkande 2) att riksdagen hos regeringen begär en utvärdering av hur samarbetet fungerar mellan socialtjänsten och den sektoriserade psykiatriska vården.

I motion 1985/86:So248 av Nils Carlshamre m. fl. (m) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 1) att riksdagen vid behandlingen av proposition 1985/86:100, bilaga 7, beslutar att för budgetåret 1986/87 under anslaget E 19 Bidrag till allmän sjukvård m. m. anvisa 3 408 682 000 kr.

I motion 1985/86:So402 av Arne Andersson i Gamleby (s) och Lena Öhrsvik (s) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om behovet av en riksenhet inom den psykiatriska vården.

I motion 1985/86:So403 av Gullan Lindblad (m) och Siri Häggmark (m) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att specialistläkare inom gynekologi/obstetrik och barnsjukdomar samt övrig specialutbildad vårdpersonal, t. ex. barnsjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer, skall ha sin givna plats inom primärvården.

I motion 1985/86:So411 av Inga Lantz m. fl. (vpk) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkandena 2 och 4),

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att tandläkare och läkare inom ramen för fortbildningen delges de nyaste rönen inom forskning om amalgamets risker och skadeverkningar,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att en utredning tillsätts med syfte att ytterligare klarlägga amalgamets skadeverkningar.

I motion 1985/86:So417 av Karin Israelsson (c) hemställs att riksdagen beslutar som sin mening ge regeringen till känna att regeringen snarast bör godkänna ett avtal som medger att verksamheten vid den rättspsykiatriska kliniken i Umeå kan påbörjas.

I motion 1985/86:So421 av Bo Finnkvist (s) och Jarl Lander (s) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om kvotering av läkare till vårdinrättningar med dålig läkarförsörjning.

I motion 1985/86:So423 av Agne Hansson m. fl. (c, m, fp) hemställs att riksdagen beslutar att hos regeringen begära åtgärder som syftar till att den fasta paviljongen vid Västerviks sjukhus hittills behålls som riksenhet för den rättspsykiatriska vården.

I motion 1985/86:So428 av Marianne Andersson (c) och Jan Hyttring (c) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkandena 3 och 4),

3. att riksdagen hos regeringen begär att kvicksilverförgiftning av amalgam klassas som sjukdom.

4. att riksdagen hos regeringen begär att statistik skall föras över antalet sjuka och andelen som tillfrisknar.

I motion 1985/86:So431 av Marianne Karlsson (c) och Börje Stensson (fp) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag till förbud att använda amalgamfyllning vid lagning av tänder.

I motion 1985/86:So433 av Agne Hansson (c) och Ingrid Hasselström Nyvall (fp) hemställs att riksdagen hos regeringen begär atgärder som innebär att thoraxkirurgi som specialitet kan etableras inom sydöstra sjukvårdsregionen vid regionsjukhuset i Linköping.

I motion 1985/86:So436 av Karin Israelsson (c) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om screeningverksamhet för att i tidigt skede spåra prostatacancer.

I motion 1985/86:So438 av Christina Flink m. fl. (s) hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av huvudman för § 7-undersökningar och kompetenskrav på den som skall utföra arbetet.

I motion 1985/86:So442 av Björn Molin m. fl. (fp) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ökad valfrihet och konkurrens på vårdområdet.

Motiveringen till motionen finns i motion 1985/86:Fi505.

I motion 1985/86:So445 av Margareta Andrén (fp) och Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att utbildningen av dermatologer särskilt belyses i den nu pågående översynen av läkarnas specialistutbildning, så att det långsiktliga behovet av hudspecialister tillgodoses.

I motion 1985/86:So449 av Ulla Orring (fp) och Rune Ångström (fp) hemställs

1. att riksdagen beslutar att begära att regeringen för staten träffar avtal med landstinget i Västerbottens län om att starta en rättspsykiatrisk enhet i Umeå samt avtal om driften av denna,

2. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som principiellt anförts i vad gäller kompetens vid utfärdande av § 7-intyg och därmed behovet av ytterligare läkartjänster.

I motion 1985/86:So450 av Rune Ångström m. fl. (fp) hemställs att riksdagen beslutar ändra tidigare fattat beslut om indelning av landet i fyra thoraxkirurgiska centra samt att den framtida resursförstärkningen inom det thoraxkirurgiska området i första hand får ske inom Umeå sjukvårdsregion, i syfte att där etablera ett femte centrum för thoraxkirurgisk verksamhet.

I motion 1985/86:So452 av John Andersson m. fl. (vpk) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag om att öka försörjningen av läkare och annan vårdpersonal i glesbygd i enlighet med vad som i motionen anförts.

I motion 1985/86:So453 av Inga Lantz m. fl. (vpk) hemställs att riksdagen uttalar sig för att specialistmedverkan i form av gynekologer och barnläkare bör finnas inom primärvården även i framtiden.

I motion 1985/86:So463 av Hugo Bergdahl (fp) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anges om en översyn av åtgärder mot metallförgiftningar av tandlagningsmaterial.

I motion 1985/86:So473 av Gullan Lindblad (m) och Siri Häggmark (m) hemställs att riksdagen uttalar sig för att invandrarkvinnor, som så önskar, bör ha rätt att bli undersökta av kvinnlig gynekolog.

I motion 1985/86:So476 av Daniel Tarchys (fp) och Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som i motionen anförs om åtgärder mot köerna inom sjukvården.

Utskottet

Bibehållande av den fasta paviljongen vid Västerviks sjukhus

Kriminalpatienter inom den psykiatriska vården bereder ofta speciella problem på sjukhusen, vilket lett till behov av särskilda vårdavdelningar. Sedan länge finns därför en speciell vårdorganisation för s. k. särskilt vårdkrävande patienter. Numera finns för dessa patienter fyra specialavdel-

ningar (Sundsvalls sjukhus, Säters sjukhus, S:t Sigfrids sjukhus i Växjö och Karsuddens sjukhus i Katrineholm) och en s. k. fast paviljong vid de psykiatriska klinikerna vid Västerviks sjukhus. De nämnda enheterna är s. k. riksenheter, dvs. de har inte ett begränsat geografiskt upptagningsområde. Utomstående sjukvårdshuvudmäns rätt att utnyttja vårdplatser vid bl. a. enheten i Västervik grundar sig på bestämmelser i de s. k. mentalsjukvårdsavtalen.

En särskild arbetsgrupp inom socialstyrelsen (ASV-gruppen) har utarbetat ett planeringsunderlag, "Förslag till rättspsykiatrisk regionvård", som år 1981 överlämnats till socialstyrelsen. I rapporten föreslås att ansvaret för rättspsykiatriska undersökningar skall samordnas med vårdansvaret för motsvarande patienter inom allmänpsykiatrin. Vidare föreslås att benämningen "särskilt vårdkrävande" skall utgå. I stället för att ge dessa patienter en särskild beteckning anser arbetsgruppen det vara mer ändamålsenligt att definiera den speciella kompetens och organisatoriska utformning som *vårdområdet* måste ges. Arbetsgruppen har som benämning för detta särskilda vårdområde föreslagit "rättpsykiatrisk regionsjukvård". Den rättspsykiatriska regionsjukvården föreslås ansvara för rättspsykiatriska undersökningar, vård av undersökta patienter för kortare eller längre tidsperioder, konsultinsatser inom kriminalvården samt övertagande av patienter från hemortspsykiatrin. Utredningens förslag innebär att den nuvarande rättspsykiatriska organisationen skall överföras från staten till landstingen.

Socialstyrelsens förslag till rättspsykiatrisk regionsjukvård har remissbehandlats och är föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet. Ett genomförande av förslaget förutsätter att sjukvårdshuvudmännen övertar ansvaret för det rättspsykiatriska undersökningsväsendet. Genomförandet blir därigenom i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen.

Socialberedningen överlämnade i augusti 1984 betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. I betänkandet behandlas den psykiatriska tvångsvården. Utredningen föreslår en helt ny lagstiftning på detta område. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande i regeringskansliet.

I *motion 1985/86:So402 av Arne Andersson i Gamleby och Lena Öhrsvik (båda s)* hemställs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad som i motionen anförts om behovet av en riksenhet inom den psykiatriska vården. Motionärerna tar upp den lilla grupp patienter som kräver alldeles speciella vårdinsatser och som i dag finns på den fasta paviljongen på Västerviks sjukhus. Motionärerna anför att dessa patienter blir för få för att man skall kunna ha terapi och annan verksamhet i grupp och att patienterna riskerar isolering om de skall vårdas regionalt. Riksdagen bör enligt motionärerna uttala att god vård i detta fall skall ges företräde framför öppenhet och närhet och att den riksenhet som nu finns vid Västerviks sjukhus bibehålls.

I *motion 1985/86:So432 av Agne Hansson m. fl. (c, m, fp)* hemställs att riksdagen beslutar att hos regeringen begära åtgärder som syftar till att den fasta paviljongen vid Västerviks sjukhus behålls som riksenhet för den rättspsykiatriska vården. Enligt motionärerna talar såväl vårdpolitiska som

regionalpolitiska skäl för att Västerviksenheten bör vara kvar som riksenhet. Vid en organisationsförändring bör regeringen – som ansvarig för riksintresset – verka för en sådan lösning, anser motionärerna.

Utskottet har även under tidigare riksmöten behandlat motioner med motsvarande innehåll (se SoU 1983/84:15 och SoU 1984/85:19). Utskottet avstyrkte då motionsyrkandena med hänvisning till att frågor om den framtida användningen av de nuvarande riksenheterna – med eller utan anknytning till organiserandet av en rättspsykiatrisk regionsjukvård – i första hand var frågor för sjukvårdshuvudmännen. Utskottet hänvisade även till att frågan om en regionalisering av den rättspsykiatriska vården skulle komma att behandlas i samband med en kommande proposition om den psykiatriska tvångslagstiftningen.

Liksom tidigare får utskottet framhålla att användningen av de nuvarande riksenheterna i första hand är en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Som ovan nämnts har vidare socialstyrelsens förslag till rättspsykiatrisk regionsjukvård remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet. En lagrådsremiss om tvångsvård inom psykiatrin har aviserats till våren 1986 och en proposition i ämnet under hösten 1986. Mot denna bakgrund anser utskottet inte att motion 1985/86:So402 (s) och motion 1985/86:So432 (c, m, fp) bör föranleda någon riksdagens åtgärd. Motionerna avstyrks.

Den rättspsykiatriska verksamheten i norra sjukvårdsregionen m. m.

Staten är med socialstyrelsen som chefsmyndighet huvudman för det rättspsykiatriska undersökningsväsendet som omfattar rättspsykiatriska stationer och kliniker. Vid dessa utförs rättspsykiatriska undersökningar i brottmål, vid rättspsykiatriska kliniker av både häktade och icke häktade personer och vid rättspsykiatriska stationer av i regel icke häktade personer. Vid rättspsykiatriska kliniker meddelas även vård för dem som är föremål för undersökning och bedrivs rättspsykiatrisk forskning och utbildning. Rättspsykiatriska kliniker finns i Stockholm, Göteborg, Uppsala och Lund, rättspsykiatriska stationer i Linköping, Örebro och Umeå. En ny klinik i Umeå finns men har inte kunnat tas i bruk som planerat.

I *motion 1985/86:So417 av Karin Israelsson (c)* hemställs att riksdagen beslutar som sin mening ge regeringen till känna att regeringen snarast bör godkänna ett avtal som medger att verksamheten vid den rättspsykiatriska kliniken i Umeå kan påbörjas. Motionären pekar på de olyckliga konsekvenserna av att patienter från de fyra nordligaste länen, i de fall de varit häktade, fått genomgå rättspsykiatrisk undersökning i bl. a. Lund. Angelägna kontakter med patienternas försvarare försvåras, möjligheterna för anhöriga till patienterna att upprätthålla kontakter blir mycket små och för de enskilda kostsamma; kriminalvårdsväsendets transportväsende belastas med långa resor. Motionären hänvisar också till att vård och utredning enligt tillgänglig statistik kan bedrivas i Umeå till kostnader som väl tål att jämföras med kostnader vid övriga enheter i riket.

I *motion 1985/86:So449 av Ulla Orring och Rune Ångström (båda fp)* hemställs också att regeringen skall träffa avtal med landstinget i Västerbottens län om den rättspsykiatriska kliniken i Umeå (*yrkande 1*). Motionärerna menar att det är såväl en rättssäkerhets- som en regionalpolitisk fråga att verksamheten vid Umeåkliniken nu kommer i gång.

Staten och Västerbottens läns landsting träffade år 1974 ett avtal om att landstinget skulle bygga lokaler för statens rättspsykiatriska klinik i Umeå. Lokalerna var färdigställda år 1978. Förhandlingar har därefter förts om ett ianspråktagande av dessa lokaler, men förhandlingarna har ännu inte lett till något nytt definitivt avtal.

Regeringen gav den 21 februari 1985 statens förhandlingsnämnd i uppdrag att förhandla om ett överförande av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten till landstingskommunerna. Enligt vad som framgår av budgetpropositionen (bil. 7 s. 81) har förhandlingar påbörjats när det gäller ett avtal för berörda landstingskommuner och Göteborgs kommun.

I avsnittet ovan om bibehållande av den fasta paviljongen vid Västerviks sjukhus (s. 5) har redovisats det förslag om rättspsykiatrisk regionvård som den s. k. ASV-gruppen inom socialstyrelsen om rättspsykiatrisk regionvård lade fram år 1981. I det sammanhanget redovisades också socialberedningens år 1984 överlämnade förslag (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. En proposition som behandlar båda dessa frågor har aviserats till hösten 1986.

Utskottet kan således konstatera att huvudmannaskapsförhandlingar när det gäller den rättspsykiatriska vården inletts under 1985. Av den lämnade redovisningen framgår också att en proposition om den psykiatriska tvångsvården m. m. för närvarande bereds i regeringskansliet. Med hänsyn till det anförda synes de här aktuella motionerna – motion 1985/86:So417 (c) och motion 1985/86:So449 (fp) yrkande 1 – inte böra föranleda någon åtgärd av riksdagen. Motionsyrkandena avstyrks.

I *motion 1985/86:So438 av Christina Flink m. fl. (s)* begärs ett tillkännagivande av vad som anförts i motionen om behovet av huvudman för § 7-undersökningar och kompetenskrav på den som skall utföra arbetet. I motionen anförs att verksamheten med utfärdande av s. k. § 7-intyg saknar huvudman. Motionärerna hänvisar bl. a. till socialstyrelsens förslag om en rättspsykiatrisk regionvård, enligt vilket rättspsykiatrin även föreslås få ansvaret för § 7-intygen i regionerna. Även i *motion 1985/86:So449 (fp) yrkande 2* behandlas frågan om kompetens vid utfärdande av § 7-intyg och behovet av läkare för dessa. Resurser måste enligt motionärerna tillskapas för att öka kompetensen vid utfärdandet av § 7-intyg. Motionärerna anser det mycket otillfredsställande att domstolarna underlåter att införskaffa § 7-intyg därför att det saknas läkare och lokaliteter.

§ 7-intygen har erhållit sin benämning genom att de regleras i 7 § lagen (1964:542) om personundersökning i brottmål. Enligt detta stadgande får en domstol, när skäl är därtill, förordna läkare att avge läkarintyg angående misstänkt i brottmål. För att någon av domstol skall få överlämnas till öppen psykiatrisk vård, skall läkarintyget vara utfärdat av en psykiater, om inte rättspsykiatrisk undersökning gjorts (7 § andra stycket). I övriga fall

erfordras sålunda endast vanlig läkarkompetens. I samband med tillkomsten av lagen om personundersökning i brottmål uttalades dock att det förhållandet att man inte uppställt kravet att alla § 7-intyg skulle avges av psykiatriker inte innebar att inte psykiater också i andra fall borde anlitas, om det kunde ske. Tillgången på psykiatrer ansågs nämligen inte tillräcklig för att uppställa ett obligatoriskt krav på att § 7-intyg skulle utfärdas av en psykiater. (Se prop. 1964:90 s. 58.)

Även frågan om huvudmannaskapet för § 7-undersökningar m. m. kommer enligt vad utskottet erfarit att behandlas i den kommande propositionen om tvångslagstiftning inom psykiatrin. Mot denna bakgrund är det enligt utskottet inte heller med anledning av motionerna 1985/86:So438 (s) och 1985/86:So449 (fp) yrkande 2 nu erforderligt med någon åtgärd från riksdagens sida. Motionerna avstyrks.

Samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården

Sedan flera år tillbaka pågår ett förändringsarbete och en förnyelse inom psykiatrin. Antalet platser i sluten vård har kunnat minskas till förmån för en ökad satsning på öppen vård. En genomgående strävan är att verksamheten skall bedrivas i så öppna och hemliknande former som möjligt. Vården skall bedrivas decentraliserat i anslutning till patientens normala boendemiljö. Den enskildes problem skall ses med utgångspunkt i en helhetssyn som beaktar individens totala situation och omgivning. Helhetssynen sätter in psykiatrin i ett sammanhang tillsammans med övriga samhällsinsatser som t. ex. övrig hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa, skola, kyrka och föreningsliv. Behandlingsformerna skall anpassas till den enskilde patientens behov och hjälpa honom att mobilisera sina egna och omgivningens resurser. Den nya psykiatrin ställer nya krav på både socialtjänsten och på psykiatrin. Den förutsätter ett samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen och primärkommunerna.

Frågan om samarbetet mellan socialtjänsten och den sektoriserade eller distriktsindelade psykiatriska vården tas upp i *motion 1985/86:So241 av Nils Carlshamre m. fl. (m)*. I motionens *yrkande 2* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära en utvärdering av hur samarbetet fungerar mellan socialtjänsten och den sektoriserade psykiatriska vården. I motionen anförs att den öppna vården kräver en samverkan mellan sjukvård och socialtjänst som långt ifrån alltid fungerar väl. Det har, enligt motionärerna, förekommit att patienter skrivits ut från psykiatriskt sjukhus för att fortsätta behandlingen vid öppen mottagning bokstavligen utan att ha någonstans att ta vägen. Ingen får skrivas ut från eller vägras intagning i sluten psykiatrisk vård förrän de sociala förutsättningarna för ett liv utanför sjukhuset kan garanteras, anför motionärerna. Motionärerna anser att en utvärdering bör göras av hur samarbetet fungerar mellan socialtjänsten och den sektoriserade psykiatriska vården.

I de direktiv som socialberedningen (S 1980:07) fick 1982 (dir. 1982:106) ingick bl. a. att beredningen i sin utvärdering av socialtjänstreformen och vid sin översyn av den psykiatriska tvångslagstiftningen skulle följa den pågående utvecklingen av den psykiatriska vårdens innehåll och organisation och

redovisa de samarbets- och gränsdragningsfrågor som finns mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården på psykiatrins område.

I det betänkande (SOU 1984:64) om psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten som socialberedningen överlämnade år 1984 ingår ett ganska omfattande avsnitt om just socialtjänsten och psykiatrin (se s. 333–387). Däri behandlas frågor om primärkommunernas ansvar, landstingens ansvar, utbildningsbehov, planeringsansvar och samarbetsfrågor. Som framgått ovan har en proposition på grund av betänkandet aviserats senare detta år.

Efter vissa överläggningar år 1982 beslutades att Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och Svenska kommunförbundet i samarbete skulle inventera och beskriva dagsläget inom svensk psykatri samt medverka i en informations- och erfarenhetsåterföring till kommuner och landsting. De nämnda organisationerna har sedan i en gemensam rapport (Spri rapport 176:1984) Psykiatri i samverkan redovisat vissa grundläggande principer för en förnyelse av psykiatrin, om vilka principer det synes råda enighet. I rapporten beskrivs också vissa pågående forsknings- och utvecklingsprojekt.

Spri-rapporten betonar organisatoriska och planerande aspekter medan socialberedningen i sitt betänkande mera framhäver samverkansfrågorna med utgångspunkt från ett klientperspektiv och en verksamhet med så få inslag av tvång som möjligt.

Ett annat viktigt dokument är den rekommendation som Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet gemensamt utfärdade i januari 1984 till landsting och kommuner (Landstingsförbundets cirkulär AC 84:4). Dessa rekommenderades att, i den mån så inte redan skett, snarast kommunvis påbörja ett mellan landsting och primärkommuner samordnat konkret och åtgärdsinriktat planeringsarbete om psykiatrins utveckling, särskilt samverkan kommun–landsting. I rekommendationen uttalades vidare att de ekonomiska konsekvenserna av en ändrad uppgiftsfördelning mellan huvudmännen bör beaktas i planeringen. Till rekommendationen fanns fogat ett underlag om samarbete socialtjänst–psykiatri. Rekommendationen har bl. a. sitt ursprung i den överenskommelse som träffades i mars 1983 mellan Landstingsförbundet och staten om att 200 milj. kr. ≈ 24 kr. per invånare – för åren 1984 skulle avsättas från den allmänna försäkringen för att underlätta en utveckling mot öppna vårdformer inom psykiatrin. Den förutsätter ett samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen och primärkommunerna. Motsvarande ersättning ingår i den nya överenskommelsen om ersättningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för år 1985 och 1986. Där ingår likaså en ersättning med 70 kr./invånare per år för att stimulera hemsjukvården och öka möjligheterna för boende utanför institutioner. Den gemensamma rekommendationen har aktiverat både kommuner och landsting i olika samarbetsprojekt.

Socialstyrelsen har i ett särskilt projekt studerat konsekvenserna av psykiatrins förändring för personalen inom den psykiatriska vården och inom delar av socialtjänsten. Detta arbete har redovisats i två rapporter under 1985 (Socialstyrelsen redovisar 1985:8 och 9) Personal för 90-talets psykiatriska vård. Utifrån en analys av arbetsuppgifter och kompetensbehov diskuteras personaldimensionering och utbildningsbehov för en moderniserad psykiat-

Rättelse: S. 35 **Hemställan** under 24. f) Står: 4 588 000 kr. Rättat till: 4 558 000 kr.

risk vård. Därvid uppmärksammas särskilt det stora fortbildningsbehov som föreligger för alla berörda personalgrupper. I projektrapporten diskuteras också olika vägar för att underlätta den psykiatriska vårdens förändring. Projektrapporten avses kunna utgöra ett väsentligt planeringsunderlag för sjukvårdshuvudmännen.

Svenska kommunförbundet (Hallands länsavdelning) har helt nyligen erhållit statliga medel för ett projekt som syftar till att följa effekterna av utvecklingen av sjukvård i hemmet och sektoriserad psykiatri. Frågor som skall studeras är vårdtagarnas behov av insatser, krav på kompetens hos personalen, arbetsfördelningen mellan kommun- och landstingspersonal, anhörigas medverkan och ekonomiska effekter. Arbetet bedrivs av vårdskolan i Göteborg i samarbete med Hallands läns landsting och kommunerna i länet.

Utskottet gör följande bedömning.

Det råder en bred enighet om önskvärdheten av en omstrukturering av den traditionella psykiatriska vården och om en fortsatt satsning på decentralisering och öppna vårdformer. Utskottet anser det angeläget att utvecklingen på detta område fortsätter och intensifieras. Den nya psykiatriska vården ställer stora krav på att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens huvudmän etablerar ett nära samarbete på såväl central som regional och inte minst lokal nivå. Det är viktigt att det finns resurser att ta emot de patienter som slussas ut från den slutna psykiatriska vården. Som framgår av redovisningen ovan har emellertid mycket hänt som på ett positivt sätt kan påverka utvecklingen av samarbetet mellan landstingen och primärkommunerna. Flera samarbetsprojekt visar att man har en gemensam syn på riktlinjerna för en fortsatt förnyelse av psykiatrin. Mot bakgrund av de ovan redovisade genomförda och pågående verksamheterna anser utskottet inte att motion 1985/86:So241 (m) påkallar något riksdagens initiativ. Motionen avstyrks såvitt här är i fråga (yrkande 2).

Rehabilitering av tortyroffer

I *motion 1985/86:150 av Karin Israelsson (c)*, vilken väckts i anslutning till proposition 1985/86:25 med förslag till tilläggsbudget I i statsbudgeten för budgetåret 1985/86 och överflyttats till socialutskottet från socialförsäkringsutskottet, hemställs att riksdagen skall besluta att utreda möjligheten att i Hällnäs i Västerbotten inrätta en enhet för vård och rehabilitering av tortyroffer och handikappade bland flyktingar. Motionären anför att det i Hällnäs i dag finns ett sjukhem som tidigare varit sanatorium och som skulle lämpa sig för en sådan verksamhet. Där finns, anförs det i motionen, både nyrenoverade lokaler, bostäder och arbetskraft som är lämpad för att delta i ett behandlingsarbete för tortyroffer. Närheten till regionsjukhuset i Umeå möjliggör också experthjälp.

Sedan några år finns vid Rigshospitalet i Köpenhamn ett behandlingscenter för rehabilitering av tortyroffer. Ett liknande center finns också i Canada. I anslutning till Röda korsets sjukhus i Stockholm har under hösten 1985 som det tredje i världen öppnats ett center för torterade flyktingar. Verksamheten som bedrivs av Röda korset i form av öppen vård är en försöksverksamhet som skall utvärderas efter två år. Finansiellt har centret stötts förutom av

Röda korset också av Stockholms läns landsting, Stockholms och Botkyrka kommuner samt försäkringskassan i Stockholms län. Centret har också erhållit en halv miljon kronor i bidrag från allmänna arvsfonden.

Utskottet har tidigare behandlat motioner med yrkanden om stöd för denna av Röda korset bedrivna verksamhet. Utskottet har därvid uttalat sig positivt i fråga om Röda korsets initiativ och det stora värdet av verksamheten (se t. ex. SoU 1984/85:14 s. 21–22).

Tidigare har arbetsmarknadsstyrelsen haft ansvaret för mottagandet av flyktingar i Sverige. I maj 1984 beslutade riksdagen om ett nytt system för mottagande av flyktingar. Statens invandrarverk (SIV) blev från den 1 januari 1985 huvudman. Avsikten är att flyktingarna nu skall vistas 2–4 veckor på SIV:s flyktingförläggningar. De skall sedan erbjudas bostad i en kommun med vilken SIV träffat avtal. I detta avtal förbinder sig kommunen att ta emot ett visst antal flyktingar per år. Till kommuner som tar emot flyktingar utgår särskilda statsbidrag. Bl. a. utgår ett engångsbelopp per flykting för det merarbete och de extra kostnader som kommunen får. Kommunen får vidare ersättning för sina kostnader för socialbidrag. Bidrag kan också utgå till kommunerna i vissa situationer och efter särskild prövning.

Landstinget får statsbidrag till en första hälsoundersökning för flyktingarna och deras anhöriga och för en riktad andra hälsoundersökning. Vidare utgår statsbidrag för akutsjukvård, förlossningsvård och vård vid abort för asylsökande. Statsbidrag utgår även till tolkkostnader.

SIV disponerar slutligen över ett anslag om för närvarande 2 milj. kr. per år, från vilket landstingen kan söka riktade bidrag, främst till psykiatriska insatser för flyktingar. Även för nästa budgetår har avsatts medel för särskilda bidrag till speciella vårdinsatser för handikappade flyktingar och andra flyktingar med särskilda behov.

SIV har hittills tecknat avtal med ca 150 kommuner om mottagande av flyktingar. Hällnäs sjukhem ligger i Vindelns kommun. Denna kommun har enligt vad utskottet erfarit ännu inte träffat något avtal om mottagande av flyktingar.

Kommuner och landsting har på olika sätt sörjt för mottagandet av flyktingar och för den hälso- och sjukvård som flyktingarna är i behov av.

Inom Värmlands läns landsting tillsattes t. ex. en särskild politisk ledningsgrupp och en arbetsgrupp med uppdrag att utreda dels vilka särskilda insatser som fordras från landstingets sida i samband med den framtida decentraliserade flyktingmottagningen, dels vilka möjligheter landstinget har att göra speciella insatser för flyktingar som varit utsatta för tortyr, varvid även familjens och i första hand barnens speciella behov skulle beaktas. Arbetsgruppen lade fram sin rapport under sommaren 1985. I rapporten behandlas bl. a. frågan om särskilda centra för rehabilitering av tortyroffer. Arbetsgruppen hänvisar bl. a. till det forskningscenter som finns i Köpenhamn och sedan hösten 1985 i Stockholm. Gruppen konstaterar att man bland dem som arbetat många år med flyktingar är överens om att det inte bör byggas upp fler rehabiliteringscentra för tortyroffer. Kontinuiteten i behandlingen av dessa flyktingar är liksom i all psykiatri av central betydelse. Risken vid inrättandet av centraliserade rehabiliteringscenter är också, anförs det i rapporten, att de där behandlade tortyroffren får identiteten "tortyroffer".

Detta kan försvåra både individens och familjens anpassning. Enligt arbetsgruppen bör tortyroffer i första hand kunna få behandling inom sitt landsting och i sin kommun. Arbetsgruppen pekar också på att andra traumatiska krisupplevelser kan vara lika svåra att behandla som tortyr.

Arbetsgruppen för särskilda insatser inom Värmlands läns landsting föreslår i sin rapport att, när det gäller det egna landstinget, primärvården skall få en central roll för flyktingarnas hälso- och sjukvård. Vidare föreslås att ett vårdcentralteam i varje kommun skall svara för flyktingarnas hälso- och sjukvård under deras första år i Sverige. Enligt förslaget bör det finnas tillgång till kvinnlig läkare för gynekologisk undersökning (jfr avsnittet nedan om rätt för invandrarkvinnor till undersökning av kvinnlig gynekolog). I rapporten föreslås också en försöksverksamhet med en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Karlstad med familje- och barncentrerat arbetssätt. I rapporten tas också upp frågor om bl. a. tolkar, behovet av tvåspråkig personal och olika utbildningsfrågor.

Vård av utländska patienter vid svenska sjukhus förmedlas, när det gäller personer som kommer till Sverige enbart för vård, av hälso- och sjukvårdshuvudmännens exportbolag, Swede Health AB. Landstingsförbundets styrelse har i september 1985 beslutat rekommendera landstingen och medlemskommunerna att träffa avtal med Swede Health AB om förmedling av utländska patienter för vård i Sverige. Västerbottens läns landsting har ännu (februari 1986) inte träffat avtal med bolaget. Diskussioner pågår emellertid.

När det gäller Hällnäs sjukhem har landstinget i Västerbotten tillsatt en särskild arbetsgrupp med uppgift att studera de olika möjligheter som kan finnas för en lämplig användning av Hällnäs sjukhem. Landstinget har i samband med vissa överläggningar med socialministern överenskommit att man, när arbetsgruppen tagit fram mera underlag, skall återkomma till socialdepartementet för diskussioner om en lämplig lösning när det gäller Hällnäs sjukhem.

Utskottet gör följande bedömning.

Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen skall alla invånare i Sverige erbjudas vård på lika villkor oberoende av språk, religion och kultur. Invandrare och framför allt flyktingar är en medicinsk högriskgrupp. Invandrare som grupp lever under sämre villkor än befolkningen generellt. Många hälsoproblem delar invandrarna med andra socialt och ekonomiskt svaga grupper i samhället. Utskottet vill med hänsyn härtill understryka vikten av att hälso- och sjukvården också anpassas till olika invandrargruppers behov.

Av särskild vikt är också att flyktingar, som kommer till Sverige med svåra psykiska och fysiska men efter tortyr, kan erbjudas en adekvat vård och hjälp för att komma över sina traumatiska upplevelser. Detta måste dock i praktiken främst vara en uppgift för sjukvårdshuvudmännen i de landstingskommuner där flyktingarna som ett resultat av det nya flyktingmottagandet kommer att vistas.

I all psykiatri är kontinuiteten i behandlingen av stor betydelse. Inte minst gör sig detta gällande i behandlingen av flyktingar. Det tar inte sällan lång tid att bygga upp ett förtroende mellan flyktingen och behandlande personal. Förtroendet dem emellan utgör en förutsättning för att en framgångsrik vård

över huvud taget skall kunna meddelas. Det är också viktigt att vård kan erbjudas inte bara den som torterats utan också vederbörandes familj. En utgångspunkt för insatserna bör därför enligt utskottets mening vara att vården bedrivs i öppna former och är tillgänglig där flyktingen vistas.

Utskottet är med hänsyn till vad som nu anförts inte berett att förorda någon riksdagens åtgärd med anledning av motion 1985/86:150 (c), vilken sålunda avstyrks.

Thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå och Linköping

Enligt de av riksdagen under 1980/81 års riksmöte godkända riktlinjerna för den framtida regionsjukvården (prop. 1980/81:9, SoU 1980/81:6, rskr. 1980/81:123) skall vårt land för högspecialiserad vård och för vård som kräver samverkan mellan flera sjukvårdshuvudmän vara indelat i sex sjukvårdsregioner, nämligen Umeåregionen, Uppsala–Örebroregionen, Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Göteborgsregionen och Lund–Malmöregionen. En koncentration av regionenheterna för vissa medicinska verksamhetsområden har förutsatts. Enligt riktlinjerna anses det nödvändigt att bl. a. koncentrera antalet enheter för thoraxkirurgi till fyra platser i landet.

I samband med att riktlinjerna för den framtida regionsjukvården godkändes intogs i den dåvarande sjukvårdslagen ett bemyndigande för regeringen att föreskriva att riket skall indelas i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera sjukvårdshuvudmän och ett åläggande för sjukvårdshuvudmännen att samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Motsvarande bestämmelse finns i nuvarande 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Enligt riktlinjerna bör det ankomma på sjukvårdshuvudmännen själva att överenskomma om hur planeringssamverkan skall läggas upp och genomföras samt om inriktningen och omfattningen av samarbetet inom och mellan regionerna. Det förordas emellertid att en samordning av de regionala planerna sker på riksnivå genom socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Genomförandet av de förändringar av regionsjukvården som riktlinjerna innebär förutsätts vara i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Det förordas att Landstingsförbundet utfärdar rekommendationer beträffande utformningen av regionsjukvårdsavtal samt initierar ett riksavtal.

Fullständig thoraxkirurgisk verksamhet bedrivs för närvarande vid fyra kliniker, nämligen vid lasarettet i Lund, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Karolinska sjukhuset i Stockholm samt Akademiska sjukhuset i Uppsala. Patienter från Umeåregionen hänvisas – enligt avtal mellan berörda sjukvårdshuvudmän – till Akademiska sjukhuset i Uppsala. Patienter från den sydöstra sjukvårdsregionen, dvs. bl. a. Linköping, hänvisas till lasarettet i Lund.

I *motion 1985/86:So433 av Agne Hansson (c) och Ingrid Hasselström Nyvall (fp)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära åtgärder så att thoraxkirurgisk verksamhet kan etableras vid regionsjukhuset i Linköping. Motionärerna hänvisar bl. a. till att väntetiderna för thoraxpatienter i Lund mer än fördubblats under senare tid. Ökningen beror på den utveckling som thoraxkirurgin genomgått med t. ex. kranskärlsoperationer som görs i

förebyggande syfte. Motionärerna anser det vara angeläget att regionsjukvården utvecklas lika över hela landet och anser det därför vara en riktig åtgärd att en thoraxkirurgisk specialitet etableras vid regionsjukhuset i Linköping.

I *motion 1985/86:So450 av Rune Ångström m. fl. (fp)* hemställs bl. a. att den framtida resursförstärkningen inom det thoraxkirurgiska området i första hand skall få ske inom Umeå sjukvårdsregion. Motionärerna pekar bl. a. på de kapacitetsproblem som redan uppstått och på de stora vinster som kan göras för patienterna.

Socialstyrelsen presenterade i skriftserien Socialstyrelsen redovisar 1983:5 ett principprogram för thoraxkirurgi under 1980-talet som underlag för sjukvårdshuvudmännens planering och beslut inom området. Programmet baserades bl. a. på en av socialstyrelsen publicerad expertrapport "Thoraxkirurgisk verksamhet 1981–1985" samt på remissyttranden över denna. Socialstyrelsen förklarade i programmet att det mot bakgrund av då tillgängligt fakta- och prognosmaterial inte fanns skäl för ytterligare centra för fullständig thoraxkirurgisk verksamhet i Sverige. Emellertid förklarade socialstyrelsen att man avsåg att göra en ny samlad översyn av thoraxkirurgin i mitten av 1980-talet.

Som framgått ovan har det förordats att Landstingsförbundet utfärdar rekommendationer beträffande utformningen av regionsjukvård och tar initiativ till riksavtal. Landstingsförbundets styrelse rekommenderade 1984 sjukvårdshuvudmännen att godkänna ett förslag till upptagningsområden för öppen hjärtkirurgi. Denna rekommendation har sedan lett till överenskommelser beträffande patienter från bl. a. Umeå- och Linköpingsregionerna.

Vid Landstingsförbundets kongress i juni 1985 diskuterades med anledning av en motion särskilt frågan om en thoraxkirurgisk klinik i Umeå. Detta föranledde Landstingsförbundets styrelse att i september 1985 fatta ett beslut att ompröva den öppna hjärtkirurgins dimensionering och lokalisering efter det att socialstyrelsen kompletterat det medicinska underlaget. Landstingsförbundets styrelse uppdrog därefter åt socialstyrelsen att utreda dels hur många öppna hjärtoperationer som beräknas för landet, dels hur stora klinikerna måste vara för att en säker och rationell vård skall kunna garanteras. Styrelsens uppdrag avsåg en förutsättningslös prövning och inte endast frågan om lokalisering av en klinik till Umeå.

Socialstyrelsen har i sin tur uppdragit åt en kardiolog och en thoraxkirurg att ta fram visst underlag. En del statistiskt material har presenterats vid en mindre hearing. Socialstyrelsen kommer enligt inhämtade uppgifter att under våren 1986 avlämna en rapport till Landstingsförbundet, varefter Landstingsförbundets styrelse skall ta ställning till frågan på nytt.

Frågan om thoraxkirurgiskt centrum i Umeå har behandlats även tidigare av utskottet. I betänkande SoU 1984/85:19 konstaterade utskottet att Landstingsförbundet, som då nyligen tagit ställning till en rapport om den flerregionala planeringen av thoraxkirurgin, inte funnit skäl att rekommendera etablerandet av ett femte thoraxkirurgiskt centrum i Umeå. Utskottet avstyrkte med hänvisning härtill då aktuella motioner.

Thoraxkirurgins dimensionering och lokalisering har därefter kommit i ett nytt läge. Socialstyrelsen håller för närvarande på med att ta fram nytt

underlag för en förutsättningslös prövning av hela frågan. Landstingsförbundet kommer därefter att ånyo ta upp ärendet. Resultatet härav bör avvaktas. Utskottet avstyrker med hänvisning till det anförda motionerna 1985/86:So433 (c, fp) och 1985/86:So450 (fp).

Specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården

Grundläggande för organisationen av hälsovården för mödrar och barn har tidigare varit ett av socialstyrelsen år 1969 fastställt normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 1969:39). Mödrahälsovården och barnhälsovården skulle enligt normalreglementet meddelas vid lokala centraler, mödravårdscentraler och barnavårdscentraler, av vilka det vardera fanns två typer. Centraler av typ I skulle vara knutna till kvinnoklinik resp. barnklinik vid sjukhus och förestås av specialist. Centraler av typ II skulle förestås av distriktsläkare för allmän läkarvård och vara förlagda till föreståndarens mottagningslokal eller annan lämplig lokal.

1969 års normalreglemente ersattes år 1981 av socialstyrelsens allmänna råd (1981:4) om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. Råden är avsedda att vara ett underlag för planering och drift av sjukvårdshuvudmännens verksamhet. Den del av hälsovården för mödrar och barn som inte behöver länssjukvårdens resurser bör enligt de allmänna råden förläggas till primärvården (vårdcentraler). Den klinikanslutna organisationen för mödra- och barnhälsovården, dvs. centraler av typ I, bör därför försvinna på sikt.

I *motion 1985/86:So453 av Inga Lantz m. fl. (vpk)* begärs att riksdagen skall uttala att specialistmedverkan i form av gynekologer och barnläkare bör finnas inom primärvården även i framtiden. I *motion 1985/86:So403 av Gullan Lindblad och Siri Häggmark (båda m)* begärs att riksdagen skall uttala att specialistläkare inom gynekologi/obstetrik och barnsjukdomar samt övrig specialistutbildad vårdpersonal, t. ex. barnsjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer, skall ha sin givna plats inom primärvården.

I socialstyrelsens ovannämnda allmänna råd om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården förutsätts att antingen specialister i gynekologi/obstetrik och i pediatrik eller läkare i allmänmedicin med vidgad erfarenhet inom nämnda specialistområden skall svara för denna hälsovård. Socialstyrelsen har gjort beräkningar i fråga om tillgången på specialister inom gynekologi/obstetrik och pediatrik. Enligt dessa beräkningar torde i mitten av 1980-talet ca 300–350 specialister i gynekologi/obstetrik och ca 400–450 specialister i pediatrik vara disponibla för primärvården.

I de allmänna råden förutsätts vidare att barnmorskor i stor utsträckning skall ha hand om hälsovården för blivande mödrar. I områden där det inte finns underlag för en barnmorska, t. ex. i glesbygder, bör enligt de allmänna råden distriktssköterskorna få möjlighet att vidareutbilda sig i gynekologi/obstetrik. I de allmänna råden påpekas också att, eftersom det för närvarande ofta finns gott om barnsjuksköterskor främst inom storstadsområdena, det är lämpligt att de utför en stor del av arbetet inom hälso- och sjukvården för förskolebarn. Socialstyrelsen framhåller dock att hälso- och sjukvård för barn i princip skall bedrivas av distriktssköterskor.

I proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården,

m. m. uttalades att huvuddelen av primärvårdens insatser kommer att ske genom vårdlag där allmänläkaren, distriktssjuksköterskan och undersköterskan i kontakt med åtskilliga andra personalkategorier svarar för insatserna och förmedlingen av kontakt med andra specialister. Föredragande statsrådet bedömde att det framför allt i vissa tättbefolkade områden kan vara en praktisk lösning att specialister i t. ex. gynekologi och pediatrik arbetar på heltid vid en vårdcentral. I andra fall kan tjänstgöring vissa dagar, men med organisatorisk anknytning till länssjukvården, vara en bättre lösning. Ibland kan sjukhusanknuten mottagning vara den bästa modellen. Föredragande statsrådet uttalade dock att den enskilde bör ha möjlighet att utan administrativa hinder få söka specialist om önskemål därom finns.

Utskottet har vid ett flertal tillfällen tidigare behandlat motioner som tar upp behovet av specialister inom mödra- och barnhälsovården. Senast behandlade utskottet frågan i betänkandet SoU 1984/85:28. Utskottet erinrade då – liksom i tidigare betänkanden – om att det i socialstyrelsens allmänna råd om hälsovård för mödrar och barn inom primärvården förutsätts att antingen specialister i gynekologi/obstetrik och pediatrik eller läkare i allmänmedicin men med vidgad erfarenhet inom nämnda specialistområden skall svara för denna hälsovård. Utskottet hänvisade också till att tillgången på specialister inom de berörda områdena gör det möjligt för ett betydande antal av dem att arbeta inom primärvården. Utskottet förklarade att man delade den i propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården uttalade uppfattningen att det bör finnas specialistläkare inom primärvården. Utskottet underströk att de kvinnor som så önskar bör ha möjlighet att få konsultera en gynekolog utan att först behöva gå till en allmänläkare och att detsamma bör gälla föräldrar som vill vända sig direkt till en barnläkare. Utskottet uttalade också att det givetvis – anpassat efter lokala förhållanden – även bör finnas tillgång på annan specialistutbildad personal än läkare, t. ex. psykologer, barnmorskor, barnsköterskor och kuratorer.

De av utskottet tidigare uttalade synpunkterna gör sig alltjämt gällande. Med hänsyn till den lämnade redovisningen finns enligt utskottets mening inte anledning att befara att mödra- och barnhälsovårdens kvalitet kommer att försämras genom en integrering i primärvården.

Utskottet avstyrker med det anförda motionerna 1985/86:So453 (vpk) och 1985/86:So403 (m).

Invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog

I *motion 1985/86:So473 av Gullan Lindblad och Siri Häggmark (båda m)* begärs att riksdagen skall uttala sig för att invandrarkvinnor, som så önskar, bör ha rätt att bli undersökta av kvinnlig gynekolog. Motionärerna hänvisar bl. a. till att vissa kvinnor av religiösa och kulturella skäl endast kan tänka sig att bli undersökta av en kvinnlig gynekolog och att undersökning av en manlig gynekolog för många kvinnor vore en katastrof, så även för deras män och familjer.

Allmänna frågor om hälso- och sjukvård för invandrare har behandlats i olika sammanhang. I det principprogram för hälso- och sjukvården för

1990-talet som en arbetsgrupp, sedermera underställd hälso- och sjukvårdsberedningen, med företrädare för staten, Landstingsförbundet och de centrala fackliga organisationerna, utarbetade och år 1984 överlämnade till regeringen (SOU 1984:39, Hälso- och sjukvård inför 90-talet) ingick också en särskild underlagsstudie om invandrarnas situation (SOU 1984:45, Invandrarna i hälso- och sjukvården). I detta delbetänkande framlades vissa förslag till åtgärder för att förbättra invandrarnas situation. Däri belystes också hur olika kulturbarriärer kan försvåra invandrares kontakter med hälso- och sjukvården.

I Invandrarpolitiska kommitténs slutbetänkande (SOU 1984:58) Invandrar- och minoritetspolitiken behandlas också frågor om invandrarna i sjukvården. I betänkandet (s. 162) betonas vikten av att personalen inom vårdsektorn på ett systematiskt sätt, genom utbildning och fortbildning, får grundläggande kunskaper om invandrarna och deras situation i Sverige.

Landstingsförbundet har tagit fram ett studiematerial om invandrare i hälso- och sjukvården, "Olika men ändå jämlika – om invandrare i hälso- och sjukvården". Materialet vänder sig till dem som redan arbetar inom vården men är även tänkt att kunna användas i vårdyrkesutbildningen och av andra som arbetar med invandrarfrågor.

Frågan om invandrarna och sjukvården togs också upp i samband med utvecklingslinjerna för hälso- och sjukvården. I betänkandet SoU 1984/85:28 uttalade sålunda utskottet i anslutning till vissa motioner att det är angeläget att all personal har goda grundläggande kunskaper om invandrarna och att det finns tillgång till flerspråkig personal.

I den nyligen framlagda propositionen 1985/86:98 om invandrarpolitiken betonas att det förutom fungerande tolkservice och tillgång till tvåspråkig personal är viktigt med kunskaper och insikter om de kulturer som invandrarna kommer ifrån. Föredragande statsrådet framhåller att personalen inom bl. a. hälso- och sjukvården ofta behöver grundläggande kunskaper om invandrarnas – inte minst invandrarkvinnornas – situation. Även om situationen under senare år möjligen blivit bättre än tidigare återstår ännu mycket att göra. I propositionen uttalas att det är en viktig uppgift för socialstyrelsen att stimulera till utveckling av nya metoder som kan behövas för att möta invandrarnas särskilda behov.

Utskottet gör följande bedömning.

De frågor om invandrarna och hälso- och sjukvården som hittills behandlats har varit av mer allmän karaktär och bl. a. gällt tillgången på språkkunnig personal. I motion 1985/86:So473 (m) tas en konkret, mera specifik kvinnofråga upp, nämligen den om invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog.

Ett landsting, Värmlands läns landsting, har särskilt uttalat sig för invandrarkvinnors rätt att bli undersökta av en kvinnlig gynekolog. Sålunda biföll landstingsmötet i Värmland i november 1984 en motion i frågan (§ 245, protokoll 287/84).

Gynekologiska problem hos flyktingar kan erbjuda speciella problem. Som framgår av motionen vägrar många invandrarkvinnor att genomgå gynekologisk undersökning av manlig läkare. Tolkfrågan kan ofta också vara känslig. Kvinnor från vissa kulturer vill inte tala om sina besvär med en

manlig tolk närvarande.

Utskottet känner förståelse för de synpunkter som framförs i motion 473 (m). Utskottet vill också understryka vikten av att särskild hänsyn tas till de svårigheter som vissa invandrarkvinnor upplever i samband med besök hos läkare för gynekologisk undersökning. Det bör enligt utskottets mening vara en strävan från sjukvårdshuvudmännens sida att bereda de kvinnor som så önskar möjlighet att bli undersökta av en kvinnlig gynekolog. I många landsting strävar man säkerligen också efter att lösa problemen på ett för patienten medicinskt och psykologiskt tillfredsställande sätt. Det är emellertid ett svårlöst praktiskt problem att kunna ge alla kvinnor som så vill möjlighet till undersökning av kvinnliga gynekologer. Med det nya system för omhändertagande av flyktingar som trätt i kraft den 1 januari 1985 och som beskrivits ovan under avsnittet Rehabilitering av tortyroffer (se s.11) är avsikten att flyktingar skall bli mottagna och kunna bosätta sig i varje kommun i hela landet.

Det är enligt utskottets mening i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen att avgöra i vilken utsträckning invandrarkvinnors önskemål om kvinnliga gynekologer skall kunna tillgodoses. Utskottet vill dock framhålla betydelsen av att sjukvårdshuvudmännen ägnar särskild uppmärksamhet åt denna fråga.

Med det anförda avstyrker utskottet motion 1985/86:So473 (m).

Specialistutbildning i dermatologi

I *motion 1985/86:So445 av Margareta Andrén och Ingrid Ronne-Björkqvist (båda fp)* tas frågan om utbildningen av dermatologer upp. I motionen begärs ett tillkännagivande av riksdagen att utbildningen av dermatologer särskilt skall belysas i den nu pågående översynen av läkarnas specialistutbildning, så att det långsiktiga behovet av hudspecialister tillgodoses.

Den nuvarande läkarutbildningen utformades genom riksdagens beslut om reformerad läkarutbildning 1969 (prop. 1969:35, SoU 83, rskr. 215). I enlighet med 1969 års reform omfattar grundutbildningen studier under fem och ett halvt år. Utbildningen efter läkarexamen är uppdelad i två delar. Den första delen utgörs av allmäntjänstgöring (AT) i 21 månader. Denna del är lika för alla läkare. Efter godkända kunskapsprov i internmedicin, kirurgi och psykiatri erhålles läkarlegitimation. Den andra delen är vidareutbildning som leder fram till specialistkompetens. Tiden för tjänstgöringen varierar för de olika specialiteterna, för närvarande från fyra till fem och ett halvt år.

Utbildningen efter läkarexamen utgörs främst av tjänstgöring som läkare i underordnad ställning inom offentlig hälso- och sjukvård. All tjänstgöring förutsätts vara motiverad av sjukvårdsbehov och kunna inordnas i hälso- och sjukvårdens organisation. För närvarande finns drygt 7 000 läkare under vidareutbildning.

I specialistutbildningen ingår utöver den praktiska tjänstgöringen s. k. systematisk undervisning. Denna består av självstudier och särskilda kurser med kunskapsprov. För att få specialistkompetens krävs för närvarande genomgång av sex veckolånga kurser.

Specialistutbildningen i dermatologi omfattar 4 år. För närvarande antas årligen ca 7–8 nya läkare till sådan utbildning (7 antagna för 1986, 8 för 1987).

Vidareutbildningen av läkare avses uppfylla två mål. Den skall ge läkarna de kunskaper, färdigheter och attityder som är nödvändiga för att de självständigt skall kunna utöva läkaryrket inom sina medicinska verksamhetsområden (specialiteter). Specialistutbildningen skall också utgöra ett instrument för att fördela läkarna på olika specialiteter för att på bästa sätt gagna samhällets behov. För sistnämnda ändamål har utvecklats ett särskilt läkarfördelningsprogram.

Hudsjukvården har under senare tid genomgått vissa förändringar. Sålunda har behovet av sluten vård avsevärt minskat. Vården av de Psoriasis-sjuka har förbättrats. Möjligheterna till bestrålning har tillkommit. Denna behandling ges främst i form av öppen vård. Antalet anläggningar för bestrålning har ökat. I t. ex. Stockholm har psoriasisförbundet flera egna anläggningar.

I januari 1985 beslutade regeringen tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över läkarnas specialistutbildning och föreslå hur vidareutbildningen efter läkarexamen skall utformas i framtiden. I direktiven till utredningen (dir. 1985:2) hänvisas till att merparten av vårdbehoven i den framtida hälso- och sjukvården kommer att tillgodoses inom primär- och länssjukvården. Detta kommer att ställa särskilda krav på utbildningen av de läkare som arbetar där och som kommer att utgöra basen i det medicinska arbetet. Utbildningen av dessa läkare måste, anförs det i direktiven, på ett bättre sätt än i dag leda till en bred kompetens. Huvuduppgiften för utredaren är därför enligt direktiven att utforma sådana krav på teoretisk undervisning och på praktisk tjänstgöring att utbildningen kan ge dessa förutsättningar. Utredaren skall också överväga om och i vilken utsträckning mera specialiserade utbildningar skall inrymmas i systemet.

Utskottet kan sålunda konstatera att specialistutbildningen för läkare för närvarande är föremål för en översyn. Översynen omfattar all vidareutbildning. Enligt vad utskottet inhämtat kommer utredningen att vara klar med sin översyn under slutet av detta år. Enligt vad som framgår av budgetpropositionen kan ett förändrat vidareutbildningssystem genomföras tidigast något år därefter.

Utskottet vill betona betydelsen av en god sjukvård för dem som drabbas av hudsjukdomar, däribland inte minst de psoriasissjuka, och att det för en sådan vård också ställs krav på tillgång på specialister i dermatologi. Utskottet utgår emellertid från att även utbildningen av dermatologer kommer att belysas i samband med översynen av läkarnas vidareutbildning. Motion 1985/86:So445 (fp) avstyrks därför.

Amalgam som tandlagningsmaterial

Under allmänna motionstiden har väckts flera motioner som tar upp olika frågor rörande s. k. oral galvanism och amalgam som tandlagningsmaterial.

I *motion 1985/86:So411 av Inga Lantz m. fl. (vpk)* hemställs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna att tandläkare och läkare inom ramen för fortbildningen bör delges de nyaste rönen inom forskning om amalgamets risker och skadeverkningar (*yrkande 2*) och att en utredning tillsätts med syfte att ytterligare klarlägga amalgamets skadeverkningar

(*yrkande 4*). Yrkande 3 behandlas av socialutskottet i ett betänkande om anslag till forskning m. m. (SoU 1985/86:18), yrkande 1 av socialförsäkringsutskottet.

I *motion 1985/86:So428 av Marianne Andersson och Jan Hyttring (båda c)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära dels att kvicksilverförgiftning av amalgam skall klassas som sjukdom (*yrkande 3*), dels att statistik skall föras över antalet sjuka och andelen som tillfrisknar (*yrkande 4*). Yrkandena 1 och 2 behandlas i det ovannämnda betänkandet SoU 1985/86:18 och yrkande 5 av socialförsäkringsutskottet.

I *motion 1985/86:So431 av Marianne Karlsson (c) och Börje Stensson (fp)* hemställs att riksdagen hos regeringen bör begära förslag till förbud att använda amalgamfyllning vid lagning av tänder.

I *motion 1985/86:So463 av Hugo Bergdahl (fp)* begärs ett tillkännagivande av vad som i motionen anförs om en översyn av åtgärder mot metallförgiftningar av tandlagningsmaterial. I motionen tas upp frågor om förstärkning av hänvisningstandläkarorganisationen, utveckling och tillämpning av särskilda vårdprogram och tandhälsoprogram och om särskild information till tandläkare. I motionen tas också upp frågan om ett temporärt förbud avseende amalgambehandling av barn och gravida kvinnor ävensom ett flertal andra frågor.

Utskottet har vid åtskilliga tillfällen tidigare behandlat motionsyrkanden gällande oral galvanism. Sålunda behandlade utskottet sådana frågor vid två tillfällen under föregående riksmöte. I betänkandet SoU 1984/85:12 uttalade utskottet att det liksom tidigare ville understryka att det är viktigt att patienter som lider av oral galvanism tas om hand på ett adekvat sätt, helst av personal med erfarenhet av behandling av sådana patienter. Utskottet förklarade sig också vara medvetet om att det på senare tid gjorts allt flera rön kring amalgamets verkningar på människan och att vissa av dessa rön ger anledning till oro. Utskottet anförde vidare att forskning bedrivs på området och att det måste förutsättas att man inom odontologin gör vad som är möjligt för att klarlägga amalgamets eventuella skadeverkningar och för att få fram fullgoda, alternativa tandlagningsmaterial. Utskottet hänvisade också till flera uppdrag som regeringen gett socialstyrelsen med anknytning till problemen med oral galvanism och tandlagningsmaterial. Utskottet konstaterade slutligen att flera initiativ tagits som är ägnade att bringa problemen med tandlagningsmaterial och oral galvanism närmare sin lösning och avstyrkte då aktuella motionsyrkanden. I betänkandet SoU 1984/85:20 behandlades en motion om ökade forskningsinsatser. Utskottet erinrade om vad som sagts i det tidigare betänkandet och uttalade att ingenting framkommit som motiverade en annan bedömning. Den då aktuella motionen avstyrktes.

I slutet av förra året tillsatte socialstyrelsen en särskild från styrelsen fristående expertgrupp med uppgift att utreda eventuella risker vid s. k. lågdosexponering av kvicksilver. I arbetsgruppen ingår ett antal professorer under ordförandeskap av professor Olov Lundberg vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Tandvårdsskadeförbundet, som särskilt engagerat sig för patienter med oral galvanism, har erbjudits föreslå en expert att ingå i gruppen. De frågor som expertgruppen särskilt skall belysa är om kvicksilver

från amalgam kan orsaka kvicksilverförgiftning eller kvicksilverallergi och om det finns fall där det kan bevisas förgiftning eller allergi där ett utbyte av amalgam medfört förbättringar. Expertgruppen skall också belysa de risker som användning av amalgam kan medföra för tandvårdspersonalen.

Socialstyrelsen arrangerade under hösten 1985 en hearing med deltagande av forskare som presenterade vissa preliminära forskningsresultat. Enligt ett pressmeddelande från socialstyrelsen (nr 73, 1985-09-12) enades deltagarna vid mötet om att det finns ett samband mellan kvicksilverhalt i hjärnan och amalgamfyllning. Däremot har det ännu inte kunnat slås fast ett samband mellan kvicksilver från amalgam och olika kroppsliga besvär. Det anses dock att pågående forskning bör kunna ge nya infallsvinklar. Socialstyrelsen har inventerat aktuell och pågående forskning i Sverige kring tandvårdsmaterial. Socialstyrelsen har också uttalat sig för en intensifierad forskning kring amalgam och kvicksilver.

Socialstyrelsen gav under 1985 också Nordisk Institut for Odontologisk Materialprovning (NIOM, de nordiska ländernas gemensamma institution för testning av tandersättningsmaterial) i uppdrag att utföra en riskvärdering av kvicksilver i dentalt amalgam. NIOM rapporterade i september 1985 på basis av tillgängliga vetenskapliga dokument, rapporter och internationella jämförelser att amalgam är ett väl lämpat tandfyllningsmaterial med mycket få kända biverkningar.

En särskild projektgrupp inom socialstyrelsen har i januari 1986 föreslagit att socialstyrelsen skall införa en obligatorisk registrering av tandvårdens material, t. ex. amalgam och plaster. Enligt förslaget bör registreringen finansieras genom en årlig avgift som tas ut för varje produkt som är registrerad. Vad gäller annonsering och marknadsföring föreslår projektgruppen att socialstyrelsen ges i uppdrag att sätta upp särskilda regler för detta. Det finns i dag väl utarbetade rutiner för registrering och utvärdering av läkemedelsbiverkningar. För dentala material saknas ett sådant rapporteringssystem. Projektgruppen föreslår därför att tandläkare och läkare skall vara skyldiga att rapportera biverkningar av dentala material till ett särskilt biverkningsregister vid styrelsen. Från detta register föreslås sedan en återrapportering ske genom någon form av biverkningsmeddelanden till tandvården. Förslaget redovisas i rapporten (Ds S 1986:2) Kontroll och tillsyn av dentala medel. I rapporten redovisas också frågor om forskning. Rapporten remissbehandlas för närvarande.

I februari i år gav socialstyrelsen ut ett meddelandeblad (nr 5/86) om kompositionsplast som möjligt alternativ till dentala amalgam. Meddelandebladet utgör en överarbetning av ett tidigare meddelandeblad (nr 5/84) med motsvarande innehåll. I meddelandebladet behandlas bl. a. de situationer då kompositionsplaster kan användas som ersättning för amalgam.

Socialstyrelsen har likaledes i februari i år i ett meddelandeblad (nr 4/86) tagit fram ett underlag till vårdprogram för patienter med besvär som kan sättas i samband med tandersättningsmaterial. Underlaget till vårdprogram riktar sig i första hand till landets tandläkare men även till läkare och övrig personal inom hälso- och sjukvården som kan komma att medverka i omhändertagandet av den aktuella patientgruppen. Underlaget förutsätts bli föremål för vidare bearbetning inom de olika landstingsområdena. Avsikten

är inte att underlaget skall vara styrande utan endast verka informerande. På uppdrag av regeringen har socialstyrelsen utarbetat förslag till och genomfört utbildning av s. k. hänvisningstandläkare som nu finns inom varje landstingsområde. Dessa tandläkare är speciellt utbildade att bedöma och informera patienter med besvär som kan sättas i samband med tandersättningsmaterial. De skall också kunna råda allmäntandläkarna och förmedla kontakter med tandvårdens resp. sjukvårdens specialister.

Slutligen skall här redovisas att en expertgrupp inom statens miljömedicinska laboratorium för närvarande arbetar med en undersökning om cancerrisker för tandläkare.

Utskottet gör följande överväganden.

Utskottet kan med tillfredsställelse konstatera att ytterligare ett flertal initiativ tagits under senaste tid när det gäller frågan om verkningar av amalgam som tandlagningsmaterial. Det är viktigt att ansträngningarna fortsätter för att bringa denna fråga närmare sin lösning. Liksom tidigare vill utskottet också understryka vikten av att patienter som säger sig lida av oral galvanism och känner oro inför amalgam och kvicksilvrets skadeverkningar verkligen tas på allvar. Dessa patienter måste beredas en adekvat vård och bör få möjlighet till behandling av personal med erfarenhet av sådana frågor.

När det gäller yrkande 4 i motion 1985/86:So411 (vpk) om tillsättandet av en särskild utredning kan konstateras att en sådan nyss tillsatts genom socialstyrelsens försorg. Syftet med motionsyrkandet får därmed anses tillgodosett. Yrkandet avstyrks därför.

I samma motions yrkande 2 begärs att alla läkare och tandläkare inom ramen för fortbildningen skall få del av de nyaste forskningsrönen. I såväl grund- som fortutbildning av tandläkare tas i dag upp frågan om oral galvanism och amalgam. Inom varje landsting finns numera s. k. hänvisningsläkare med särskilda kunskaper om bl. a. oral galvanism. Dessa läkare skall också medverka med information till tandläkare, läkare och annan vårdpersonal som kommer i beröring med sådana frågor. Utskottet anser med hänvisning härtill det inte erforderligt med någon åtgärd från riksdagens sida med anledning av motion So411 (vpk) yrkande 2.

I motion 1985/86:So428 (c) begärs att kvicksilverförgiftning skall klassas som sjukdom (yrkande 3). En motion om att oral galvanism skulle erkännas som sjukdom behandlades av utskottet i betänkande SoU 1982/83:1. Utskottet remitterade motionen för yttrande till bl. a. socialstyrelsen, Karolinska institutet, Landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund. De remissinstanser som yttrade sig över motionen framhöll att oral galvanism är ett elektrokemiskt fenomen och inte i sig kan betecknas som en sjukdom. Utskottet anslöt sig till denna mening och avstyrkte därför motionsyrkandet. Utskottet framhöll emellertid – i likhet med vad som påpekats i ett yttrande från riksförsäkringsverket – att sjukpenning i vanlig ordning utgår, om symtomen från munhålan på grund av t. ex. oral galvanism skulle leda till sådana fysiska eller psykiska besvär att arbetsoförmåga kan anses föreligga.

Verkningarna på människan av förekomst av små mängder kvicksilver är inte klarlagda. Enligt utskottets mening finns det därför för närvarande inte anledning beteckna ett sådant tillstånd som sjukdom. Skulle tillståndet ge

sjukdomssymtom och därigenom leda till arbetsoförmåga, föreligger självfallet sjukdom såsom utskottet tidigare framhållit. I det hänseendet bör erinras om att frågan om huruvida amalgam och kvicksilvret i amalgam kan orsaka sjukdom eller allergi är en av de huvudfrågor som den av socialstyrelsen nyligen tillsatta expertgruppen har att utreda. Utskottet avstyrker därför motionsyrkandet (So428 yrkande 3).

I samma motion 428 (c) finns också ett yrkande att statistik skall föras över antalet sjuka och andelen som tillfrisknar efter sanering av tandfyllnader (yrkande 4). När det gäller registrering av biverkningar av dentala ersättningsmedel har som framgått ovan en särskild projektgrupp inom socialstyrelsen nyligen föreslagit en registrering av alla dentala ersättningsmaterial och en skyldighet för tandläkare att anmäla kända biverkningar till ett sådant register. Förslaget är för närvarande föremål för remissbehandling.

Med hänvisning till det anförda anser utskottet inte att motion So428 (c) yrkande 4 påkallar någon åtgärd från riksdagens sida.

I motion 1985/86:So431 (c, fp) begärs ett förbud mot användning av amalgam vid lagning av tänder. Frågan om förbud mot amalgam i vissa sammanhang nämns också i motiveringen till motion 1985/86:So463 (fp).

NIOM (Nordisk Institut for Odontologisk Materialprovning) har, som framgått av den tidigare redovisningen (s. 21), nyligen till socialstyrelsen rapporterat att amalgam på vetenskapens nuvarande nivå måste anses vara väl lämpat som tandfyllnadsmaterial. Andra material har hittills visat sig ha mindre goda egenskaper. Socialstyrelsen har i meddelandeblad nr 5/86 gett synpunkter på bl. a. kompositionsplasters möjligheter att utgöra alternativ till dentala amalgam. Utskottet är mot denna bakgrund inte berett förorda någon riksdagens åtgärd med anledning av motion So431 (c, fp). Motionen avstyrks.

I motion 1985/86:So463 (fp) begärs ett tillkännagivande om behovet av olika åtgärder mot metallförgiftningar av tandlagningsmaterial. Ovan har redovisats ett stort antal åtgärder som under den senaste tiden vidtagits när det gäller att utreda frågan om och förbättra vården av patienter med oral galvanism. Utskottet är i avvaktan på resultatet härav inte berett att nu föreslå ytterligare åtgärder i frågan. Motion So463 (fp) avstyrks således.

Hälsokontroller för äldre m. m.

I två motioner tas frågan om hälsokontroller för äldre upp. I *motion 1985/86:So223 av Karin Israelsson m. fl. (c)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära förslag som syftar till allmän hälsokontroll av äldre (*yrkande 5*). Yrkande 3 i motionen behandlas av socialutskottet i annat sammanhang, övriga yrkanden av andra utskott. I motionen anförs att en allmän hälsokontroll av äldre är ett sätt att förebygga och upptäcka sjukdomar i ett tidigt skede. Det är lika betydelsefullt som den förebyggande hälsovården för barn och skolungdom, men har inte uppmärksammats på samma sätt. I *motion 1985/86:So436 av Karin Israelsson (c)* begärs ett tillkännagivande av vad som i motionen anförts om screeningverksamhet för att i tidigt skede spåra prostatacancer. Motionären pekar på att prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män. Hon anför att prostatatumörer

ofta upptäcks vid rutinkontroller eller som ett led i en smärtutredning. I motionen anförs också att den moderna kirurgin möjliggjort nya operationsmetoder med färre komplikationer, varför det finns starkare skäl att intressera sig för en tidig upptäckt av sjukdomen.

Målet för hälso- och sjukvården är enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 §). I en ny paragraf, 2 b §, föreskrivs numera uttryckligen att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa.

Mot bakgrund av de stora vårdbehov och de särskilda hälsorisker som föreligger för äldre föreslog HS 90 att landstingen på sikt borde inrätta hälsovård för äldre inom ramen för primärvårdsverksamheten enligt samma principer som sedan länge tillämpats inom barn- och mödrahälsovården och med samma goda täckning.

Frågan om en hälsovård för äldre togs också upp i den av riksdagen (SoU 1984/85:28, rskr. 400) sedermera godkända propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m. m. Föredragande statsrådet uttalade därvid (s. 102) att en sådan hälsoservice för äldre är ett angeläget led i utvecklingen av det förebyggande arbetet och omvårdnadsinsatserna för de äldre genom primärvårdens försorg. Vidare utalades att förslaget var väl ägnat att öka möjligheterna för de äldre att bo kvar i det egna hemmet. Denna utveckling kunde ses som en fortsatt utveckling av den goda service som många distriktssköterskor ger till äldre, anfördes det i propositionen. Forsknings- och utvecklingsresultat ansågs också peka i riktningen att livskvaliteten kan stärkas genom en sådan aktiv hälsovård för de äldre.

I propositionen framhölls också det angelägna i att socialstyrelsen i samverkan med Spri närmare utvärderar de försöksverksamheter som hittills bedrivits. Socialstyrelsen borde, om det bedömdes väl motiverat, utarbeta ett program för innehållet i en sådan äldrehälsovårdsservice till ledning för huvudmännen och den personal som skall svara för denna service.

Flertalet sjukvårdshuvudmän har utarbetat eller är i färd med att utarbeta "hälsoplaner". I dessa framhålls de äldre som en s. k. riskgrupp, vilket gör det motiverat med åtgärder av olika slag. Detaljerade program för äldrehälsovården finns däremot endast i ett fåtal av hälsoplanerna.

Några sjukvårdshuvudmän har emellertid redan för flera år sedan beslutat eller rekommenderat att man skall bedriva en särskild äldrehälsovård. Det gäller särskilt Västerbottens, Skaraborgs och Gävleborgs läns landsting.

I Göteborg bedrivs sedan lång tid ett forskningsprojekt, den s. k. H70-undersökningen, i syfte att ge svar på frågor om åldrandet, framtida vårdbehov för äldre och olika förebyggande insatser. Det är ännu lång tid kvar innan projektet slutförs, men man anser sig ändå redan nu vara övertygad om att åldrandet kan påverkas av olika åtgärder i såväl positiv som negativ riktning. Hur ett förebyggande arbete skulle kunna se ut studeras i två projekt med viss anknytning till H70-undersökningen. I ett av dem, det s. k. IVÄG-projektet (Interventionsprogrammet "De äldre i Göteborg – förr, nu och i framtiden"), studerar man tre grupper, där en grupp utgör kontroll- och referensgrupp medan de två övriga på olika nivåer bereds möjligheter till bl. a. hälsoundersökning men även en mängd andra aktiviteter som syftar till att förebygga ohälsa och åldrandeprocesser. I ett annat

projekt görs en studie som avses kunna ge vägledning för hur hälsokontroller för äldre personer bör läggas upp.

Exempel kan också ges på andra aktuella hälsovårdsprojekt för äldre: Robertsfors (Västerbottens läns landsting), Skara och Habo (Skaraborgs läns landsting), Sjöbo, Staffanstorp och Lomma (Malmöhus läns landsting), Sigtuna och Sollentuna (Stockholms läns landsting) och Sundsvall (Västernorrlands läns landsting). Vid Tegs vårdcentral i Umeå (Västerbottens läns landsting) startade en distriktssköterska redan år 1973 en organiserad hälsovård för 65-åringar och äldre. Verksamheten har ansetts mycket framgångsrik och bedrivs ännu i dag. I de sålunda nämnda äldrehälsovårdsprojekten ingår också hälsokontroller för de äldre.

Spri har nyligen publicerat en rapport (Spri rapport 198, 1985) Hälsovård för äldre. I rapporten föreslår Spri att även äldre skall garanteras samma trygghet som den övriga befolkningen redan har. Hälsovården för äldre bör enligt rapporten med tiden kunna ingå som en naturlig del i främst distriktssköterskornas och distriktsläkarnas arbete. I rapporten rekommenderas att samtliga äldre inbjuds till en hälsoundersökning ett år efter det att de gått i pension. Hälsovård för äldre ger förslag på hur man kan bygga upp en organiserad hälsovård för pensionärer inom primärvårdens ramar. Rapporten hävdar dock inte att det finns någon allmängiltig modell för detta. I rapporten beskrivs även mera ingående de olika aktiviteter och verksamheter som redovisats ovan.

Inom socialstyrelsen bedrivs för närvarande ett arbete med att konkretisera ett äldrehälsovårdens basprogram. Socialstyrelsen har härvid uppdragit åt forskare att ta fram underlag för innehållet i en hälsokontroll för äldre. Detta underlag beräknas vara färdigt under hösten 1986. Socialstyrelsen räknar med att så småningom kunna ge ut allmänna råd i frågan.

Utskottet gör följande bedömning.

När det gäller människor i yngre åldrar bedriver samhället en aktiv omsorg om deras hälsa. Det sker främst via mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård och den företagshälsovård som är under utbyggnad. Kännetecknande för den nu nämnda hälsovården är att den arbetar förebyggande och uppsökande. Någon motsvarighet härtill finns på de flesta ställen inte efter det att man blivit pensionerad. Det är enligt utskottets mening både naturligt och självklart att en hälsovårdsservice i någon form också bör erbjudas de äldre. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är emellertid i första hand en utbyggd och lättillgänglig primärvård. En regelbunden läkarkontakt är ofta den bästa garantin för att sjukliga förändringar hos en äldre människa uppmärksammas i tid och får en riktig bedömning.

Det åvilar i första hand hälso- och sjukvårdshuvudmännen att utifrån lokala förutsättningar och behov utveckla arbetet med hälsovård för äldre. Ett aktivt utvecklingsarbete och försöksverksamheter pågår. Det finns vidare i dag inte någon given form för en allmän hälsokontroll för äldre. I olika projekt studeras vad som lämpligen bör utgöra innehållet i en äldrehälsovård och därmed även hälsoundersökningar av olika slag. Utskottet anser mot denna bakgrund inte att det finns skäl för något riksdagens initiativ med anledning av yrkande 5 i motion 1985/86:So223 (c), som alltså avstyrks.

När det gäller yrkandet i motion 1985/86:So436 (c) om allmänna kontroller i fråga om förekomsten av prostatacancer hos män bedrivs inte några sådana verksamheter i dag. Det har från flera håll uttalats tveksamhet kring mera generellt genomförda sådana undersökningar, främst med hänvisning till den låga upptäcktsfrekvens av prostatacancer som massundersökningar sannolikt skulle ge. Cancerkommittén har i sitt betänkande (SOU 1984:67) Cancer – Orsaker, förebyggande m. m. uttalat att många fall av prostatacancer även utan behandling har ett påfallande godartat förlopp samtidigt som sjukdomen sällan går att radikalt bota även om diagnosen ställs tidigt. Cancerkommittén redovisar att masshälsoundersökningar därför för närvarande ej har ansetts aktuella.

En annan sak är att enklare undersökningar av prostata hos män möjligen kan tänkas ingå i hälsokontroller för äldre. I övrigt gör sig motsvarande synpunkter gällande som framförs ovan beträffande hälsokontroller för äldre.

Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet även motion 1985/86:So436 (c).

Valfrihet i vården

I två motioner tas frågan om ökad valfrihet i vården upp.

I *motion 1985/86:So206 av Ulf Adelsohn m. fl. (m)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära förslag till sådana ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen att patienternas valfrihet stärks i enlighet med vad som anförs i motionen (*yrkande 5*). Yrkandena 1 och 7 i motionen behandlas av utskottet i andra sammanhang, yrkandena 2–4 och 6 av andra utskott. Utgångspunkten för motionsyrkandet är en förändrad sjukförsäkring. Motionärerna föreslår en försäkring i två delar, en sjukvårdsförsäkring och en sjukpenningsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringen avses ersätta landstingsskatten som främsta finansieringskälla för hälso- och sjukvården. I ett första steg skall sjukvårdsförsäkringen enligt motionen som tidigare omfatta den öppna vården. I ett andra steg föreslås att även vården vid sjukhem och vårdhem skall innefattas. Fullt utbyggd bör försäkringen enligt vad som anförs i motionen omfatta även sjukhusvården. Även när det gäller tandvården föreslås en valfrihet på motsvarande sätt. Huvudsyftet med förslaget är att patienterna skall ha rätt att fritt och på likvärdiga ekonomiska villkor välja vårdgivare och vårdform. Denna rätt för patienterna bör enligt vad som anförs i motionen skrivas in i såväl hälso- och sjukvårdslagen som i tandvårdslagen med giltighet fr. o. m. år 1987.

I *motion 1985/86:So442 av Björn Molin m. fl. (fp)* hemställs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad som i motionen anförts om ökad valfrihet och konkurrens på vårdområdet (motivering till motionen finns i motion 1985/86:Fi505). Motionärerna anser att konkurrens även på vårdområdet kan vara till fördel för verksamheten och därför bör stimuleras jämfört med nuvarande förhållande. En ökad konkurrens kan bli till stimulans för de offentliga institutionerna att förbättra sin verksamhet, sägs det i motionen. Samtidigt är det enligt motionärerna uppenbart att de privata

alternativen på vårdsektorn alltid kommer att omfatta en mindre del av verksamheten och att huvudmannaskapet på vårdområdet kommer att vara till övervägande delen offentligt.

Utskottet har vid flera tillfällen tidigare behandlat frågor om ökad valfrihet i vården och därvid också redovisat sin syn på privat bedriven hälso- och sjukvård. Utskottet har därvid uttalat sitt stöd för den grundläggande principen att all yrkesmässigt bedriven hälso- och sjukvård skall stå under offentlig insyn, tillsyn och kontroll. Samtidigt har emellertid framhållits att privata vårdinitiativ utgör ett viktigt alternativ och komplement till den offentliga vården (se t. ex. SoU 1983/84:4y). I proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m. m. uttalade statsrådet Gertrud Sigurdsen också följande (s. 16).

Jag vill även framhålla att den privat bedrivna hälso- och sjukvården, främst genom heltidspraktiserande läkare och sjukgymnaster, är ett värdefullt komplement till den offentliga hälso- och sjukvården. Denna verksamhet bör även fortsättningsvis bedrivas med samhällsstöd via den allmänna sjukförsäkringen. Den bidrar liksom t. ex. psykologernas verksamhet till den valfrihet inom vården, som jag anser det angeläget att så långt möjligt bibehålla och utveckla och som jag även berör i det följande. Den kan också visa på metoder och distributionssätt som bör prövas mot de vedertagna inom de offentliga huvudmännens organisation. Verksamheten måste dock underordnas kravet på en rättvis fördelning av vårdresurserna så att hela befolkningen får del av en vård på lika villkor.

I betänkandet över nämnda proposition (SoU 1984/85:28) behandlade utskottet en motion av liknande innehåll som den nu aktuella motionen 1985/86:So206 (m). Utskottet uttalade därvid bl. a. (bet. s. 10) att fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser enligt utskottets mening måste utgå från hela befolkningens behov av vård. Utskottet anslöt sig därför till vad som anfördes i propositionen om ett offentligt ansvar för hälso- och sjukvården. Utskottet ansåg sig inte kunna dela motionärernas uppfattning när det gäller finansieringen av hälso- och sjukvården. Utskottet hänvisade härvid till att det – som också anfördes i propositionen – är en grundläggande princip för den svenska hälso- och sjukvården att den skall finansieras solidariskt av medborgarna genom skatter och socialförsäkringsavgifter eller andra allmänna medel. Det då aktuella motionsyrkandet avstyrktes.

De nu redovisade synpunkterna gör sig alltjämt gällande. Någon anledning till ändrat ställningstagande har inte framkommit. Motion 1985/86:So206 avstyrks sålunda i nu aktuell del (yrkande 5).

När det gäller motion 1985/86:So442 (fp) vill utskottet vidare erinra om vad som anfördes i propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m. m. angående konkurrens m. m. inom hälso- och sjukvården (prop. 1984/85:181 s. 14). En utveckling mot ett privatiserat och mer marknadsorienterat hälso- och sjukvårdssystem skulle enligt propositionen innebära minskade möjligheter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Ett privat vinstbaserat system gör en åtskillnad mellan olika grupper i samhället utifrån andra kriterier än att tillgängliga resurser skall fördelas efter behovet av vård. Större tätorter ger i ett marknadsorienterat system bättre underlag för en lönsam verksamhet än vård och service i glesbygden. Hälften av alla privatpraktiserande läkare

finns också i de tre största städerna med omkring en fjärdedel av befolkningen. Lättbehandlade sjukdomar och patienter är ofta mer lönsamma än de som kräver en lång tids vård eller mycket kostnadskrävande vård. I en privatfinansierad verksamhet har människor med goda ekonomiska resurser större möjlighet än de med små resurser att få sina vårdbehov tillgodosedda. Hälso- och sjukvården passar därför, enligt föredragande statsrådet, inte in i marknadsekonomin, eftersom vårdbehovet ofta är större hos dem som har sämst möjlighet att hävda sina intressen.

Utskottet delar den uppfattning som kommit till uttryck i propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården och avstyrker med hänvisning härtill motion 1985/86:So442 (fp).

Läkarförsörjning m. m.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger som ett av de övergripande målen för hälso- och sjukvården en vård på lika villkor för hela befolkningen. En förutsättning för uppfyllande av detta mål är en fördelning av tillgängliga finansiella och personella resurser som utgår från hela befolkningens behov av vård. Vårdresurserna måste med andra ord fördelas rättvist oberoende av var man bor i landet. Stora förbättringar har utan tvekan uppnåtts, inte minst under de senaste årtiondena, i fråga om vårdens tillgänglighet. Trots att olika åtgärder vidtagits under årens lopp för att få till stånd en jämnare fördelning av vårdresurserna, särskilt i fråga om läkartillgången, är det dock fortfarande svårt att rekrytera läkare till mindre attraktiva verksamhetsområden och orter. Detta gör att det fortfarande råder en både verksamhetsmässig och geografisk snedfördelning av läkarresurserna.

En god hälso- och sjukvård och en vård på lika villkor förutsätter inte endast en god geografisk fördelning av resurserna. Ett uppfyllande av hälso- och sjukvårdslagens mål förutsätter också en god kontinuitet i vården och att erforderlig behandling kan ges när behovet därav uppstår och utan alltför långa väntetider för den enskilde.

I några motioner tas upp frågor om läkarförsörjningen och om köer inom sjukvården.

I *motion 1985/86:So421 av Bo Finnkvist och Jarl Lander (båda s)* begärs ett tillkännagivande av vad som i motionen anförs om kvotering av läkare till vårdinrättningar med dålig läkarförsörjning. Motionärerna menar att någon form av kvotering nu måste tillgripas. De anser också att regeringen bör ta upp förhandlingar med Landstingsförbundet och läkarnas organisationer, så att i varje fall nyutbildade läkare åläggs att tjänstgöra vid vårdinrättningar med dålig läkarförsörjning. I *motion 1985/86:So452 av John Andersson m. fl. (vpk)* föreslås att riksdagen hos regeringen skall begära förslag om att öka försörjningen av läkare och annan vårdpersonal i glesbygd i enlighet med vad som anförs i motionen. Motionärerna framhåller att riksdagen nu med kraft måste ta itu med problemet och på olika sätt styra läkartillgången till de platser där behoven finns. Motionärerna anser att man väl skulle kunna pröva en upprepning av metoderna som användes för att rekrytera lärare till bl. a. Norrbotten under 1940- och 1950-talen med särskilda stipendier för

utbildning och uppehälle till studerande som förband sig att arbeta ett visst antal år i bristområden. Motionärerna menar att det är viktigt att rekryteringen till utbildningen sker lokalt så att människor från glesbygder kommer i fråga i första hand. En annan åtgärd som motionärerna talar för är att i vidareutbildningen till specialist i allmänmedicin införa ett obligatoriskt praktikår på vårdcentral i glesbygd. Motionärerna nämner också metoden att låta tjänstgöringsår i glesbygd räknas som särskilt meriterande.

Som framgått av den tidigare redovisningen av specialistutbildningen för läkare (s. 19) har som ett mål för läkarutbildningen uttalats att läkarutbildningen och specialistutbildningen också skall utgöra ett instrument för att fördela läkarna för att på bästa sätt gagna samhällets behov. För detta ändamål har utvecklats ett särskilt läkarfördelningsprogram.

Riksdagsbeslutet år 1969 om läkarutbildning har utgjort basen för det arbete med läkarfördelningsprogram som socialstyrelsen utvecklade under 1970-talet. Riksdagen ansåg det angeläget att socialstyrelsen – i samverkan med bl. a. Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund – vid fördelningen av läkare på olika specialiteter gör avvägningar och prioriteringar med hänsyn både till den framtida vårdefterfrågan och till den aktuella hälso- och sjukvårdssituationen. Både det långsiktiga och det kortsiktiga behovet förutsattes bli utslagsgivande då man skulle inrätta nya tjänster för läkare under utbildning efter läkarexamen.

Fördelningen av läkare på olika geografiska områden, allmäntjänstgöring och specialiteter baseras på särskilda läkarfördelningsprogram. Programmen fastställs numera av hälso- och sjukvårdsberedningen, tidigare socialdepartements sjukvårdsdelegation, att gälla för ett visst antal år framåt i tiden. Nya läkarfördelningsprogram beslutas vanligtvis vartannat år men har under de senaste åren beslutats varje år. Förslag till program utarbetas av socialstyrelsen i samråd med UHÄ, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund.

I riksdagens beslut om den nya hälso- och sjukvårdslagen m. m. (prop. 1981/82:97, SoU 51, rskr. 381) föreslogs ingen principell förändring beträffande planeringen av vidareutbildningen av läkare. Socialstyrelsen skall även i fortsättningen fördela s. k. block för läkarnas allmäntjänstgöring och specialistutbildning mot bakgrund av de ramar som fastställs av hälso- och sjukvårdsberedningen. Till skillnad mot tidigare regleras dock inte förutsättningarna för detta fördelningsarbete i lag. I stället har en överenskommelse träffats mellan staten och Landstingsförbundet. Däri förutsätts bl. a. att särskilda läkarplaneringsramar utarbetas för varje sjukvårdsområde för en tid av fem år men med de två första åren mer preciserade.

Trots samverkan mellan staten, landstingen och de fackliga organisationerna har den avsedda balansen i fördelningen av läkare mellan olika delar av landet och mellan olika medicinska specialiteter inte uppnåtts. Detta har också lett till svårigheter att planera vården.

I samband med att hälso- och sjukvårdsberedningen år 1984 fastställde läkarfördelningsprogram för år 1985 beslutade beredningen att göra ett uttalande angående effektivare läkarplanering, bakom vilket också Sveriges läkarförbund ställde sig.

I uttalandet påpekades den geografiska obalansen beträffande läkarresurserna och skevheten i fördelningen av läkare inom olika specialiteter. Hälso-

och sjukvårdsberedningen konstaterade att planeringen via läkarfördelningsprogram måste fortsättas med beslutsamhet och med kraftfull politisk förankring och att läkarplaneringen måste bli effektiv på ett annat sätt än tidigare. Man kritiserade sjukvårdshuvudmännen för en del av deras tjänstetillsättningsåtgärder. Huvudmännen uppmanades att försöka lösa problemen utan att bemanna kliniker med hjälp av vikarier, detta för att öka intresset bland läkarna att söka sig till vakanta tjänster och utbildningsblock.

I motion 1985/86:So452 (vpk) tas upp frågan om särskilt meritvärde för tjänstgöring i glesbygd. Ett sådant system tillämpades under en lång tid i vissa distrikt. På framställning av socialstyrelsen förordade emellertid regeringen att den tidigare möjligheten till s. k. förhöjd tjänsteårsberäkning skulle upphöra att gälla fr. o. m. 1975, bl. a. därför att det inte ansågs föreligga tillräckliga bevis för att möjligheten att räkna extra tjänstetid verkligen haft den rekryteringsfrämjande effekt som varit avsedd.

Socialstyrelsen och Landstingsförbundet har under hösten 1985 gjort en s. k. läkarbemanningsundersökning. En preliminär sammanställning visar att det är storstadsregionerna och läkarutbildningsorterna som nu – liksom tidigare – har den högsta läkartätheten i Sverige. När det gäller vakanssituationen på läkarsidan är den ungefär densamma som på 1970-talet. Drygt 10 % av alla läkartjänster är obesatta. De högsta vakanstalen visar allmän psykiatri, långvårdsmedicin och röntgendiagnostik. Antalet tjänster har emellertid ökat kraftigt. I absoluta tal har antalet läkare ökat med ca 650 per år sedan den senaste undersökningen för tre år sedan. En avsevärd ökning har också skett av totalantalet befattningar inom den offentliga hälso- och sjukvården, särskilt inom den slutna vården.

Som upplysts tidigare är läkarnas vidareutbildning m. m. för närvarande föremål för en översyn (se ovan s. 19). Ett resultat av denna översyn har aviserats till slutet av detta år.

En särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet är engagerad i ett arbete med att se på läkarförsörjningsfrågorna till glesbygden. Arbetsgruppen skall lämna förslag till åtgärder till hälso- och sjukvårdsberedningen.

Utskottet har vid flera tillfällen tidigare behandlat frågor om läkarfördelningen, senast i betänkande SoU 1983/84:19. Utskottet uttalade då (s. 17) sitt stöd för att åtgärder vidtas för att lösa problemen med läkarbrist geografiskt och verksamhetsmässigt. Enligt utskottet måste kraftiga ansträngningar göras för att läkarplaneringen skall bli mer effektiv. Det ansågs inte minst viktigt att landstingen uppmärksammas på effekterna av att anställa vikarier. Utskottet var dock inte då berett att ta ställning till vilka övriga styrmedel som skulle kunna komma i fråga.

Utskottet gör nu följande bedömning.

Läkarvakanser och köer inom vården är problem som gäller såväl resursfördelningen mellan regioner som inom en region. Samhället har en skyldighet att förse hela befolkningen med en god hälso- och sjukvård. En sådan kräver också god tillgång på kvalificerade läkare och annan sjukvårdspersonal. Den ojämna fördelning som nu råder är en allvarlig orättvisa och kan i längden inte accepteras.

Som framgått av den lämnade redovisningen är emellertid läkarförsörj-

ningsproblemen redan väl uppmärksammade av såväl regeringen som sjukvårdshuvudmännen. Utredningsarbete pågår på olika områden för att analysera situationen och finna lämpliga åtgärder. Mot bakgrund av det arbete som pågår anser utskottet det dock inte erforderligt med något initiativ från riksdagens sida med anledning av motionerna 1985/86:So421 (s) och 452 (vpk). Dessa avstyrks således.

I *motion 1985/86:So476 av Daniel Tarschys och Ingrid Ronne-Björkqvist (båda fp)* begärs ett tillkännagivande av vad som i motionen anförs om åtgärder mot köerna inom sjukvården. I motionen tas bl. a. upp frågor om vård på lika villkor, ökad kontinuitet i vården och en ökad effektivitet för att minska köerna. Enligt motionärerna krävs dels en inventering av kösituationen och att statistik upprättas för köer inom sjukvården, dels att regeringen genom t. ex. socialstyrelsen ser över vilka hinder som finns för att snabbt korta ned köerna.

Utskottet har i det föregående redovisat problemen med de ojämnt fördelade sjukvårdsresurserna, vilket är en viktig orsak till att köer till vård uppstår på vissa håll.

I detta sammanhang kan vidare nämnas att en särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet för närvarande inventerar kösituationen inom vården, särskilt köerna till höftleds- och starroperationer.

Socialstyrelsen har i en rapport konstaterat att det i dag främst finns köer till starroperationer, operationer av höftleder och kranskärl.

Som framgått ovan under avsnittet om thoraxkirurgi (s. 14) görs för närvarande genom Landstingsförbundets försorg en inventering när det gäller behovet och utformningen av den öppna hjärtkirurgin m. m.

I det tidigare nämnda betänkandet SoU 1984/85:28 behandlades en motion (fp) av motsvarande innehåll som den nu aktuella motionen 1985/86:So476 (fp), dvs. frågor om vård på lika villkor, ökad kontinuitet och ökad effektivitet för att minska köerna inom vården. Utskottet hänvisade (s. 11) till vad som uttalas i proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m. m. och konstaterade att det inte förelåg några principiella motsättningar mellan kraven i den aktuella motionen och vad som anfördes i dessa frågor i propositionen. Utskottet underströk dock vikten av en förbättrad planering i syfte att få bort köer till vissa behandlingar. Samtidigt erinrades om att det i propositionens riktlinjer ingick att den långsiktiga planeringen måste förbättras, liksom metoder för behovsbaserad resursfördelning. Motionen ansågs därför inte påkalla något riksdagens uttalande.

Dessa synpunkter gör sig enligt utskottets mening alltjämt gällande. Utskottet avstyrker med hänvisning härtill motion 1985/86:So476 (fp).

Medelsanvisningarna

Utskottet vill inledningsvis lämna följande bakgrund beträffande anslaget E 19. Bidrag till allmän sjukvård m. m.

Sedan statsmakterna beslutat att huvudmannaskapet för den av staten drivna mentalsjukvården m. m. skulle överföras till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1967, godkände regeringen – med stöd av bemyndigande av

riksdagen – dels den 28 oktober 1966 avtal med landstingskommunerna om övertagande av statens mentalsjukvård den 1 januari 1967, dels den 24 februari 1967 avtal med dåvarande städerna Stockholm, Göteborg och Malmö om deras övertagande av hela den psykiatriska sjukvården i dessa städer. Enligt nämnda avtal – mentalsjukvårdsavtalen – skulle sjukvårdshuvudmännen för övertagandet av mentalsjukvården erhålla ekonomisk kompensation dels i form av driftbidrag, dels i form av byggnadsbidrag m. m. för upprustning och nybyggnad av anläggningar för vården.

Efter förhandlingar mellan parterna träffades år 1981 en överenskommelse om att staten fr. o. m. år 1982 skall lämna bidrag till sjukvårdshuvudmännen för den psykiatriska vården i form av ett allmänt och ett särskilt bidrag. Dessa bidrag ersatte samtliga bidrag enligt tidigare avtal utom ersättning för pensionsåtaganden. Det särskilda bidraget skall utgå t. o. m. år 1991 och innebär att staten på tio år avlöser de tidigare byggnads- och utrustningsbidragen. Bidragen har härefter bestämts i tvååriga avtal som godkänts av riksdagen.

Genom riksdagens beslut våren 1984 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, den s. k. Dagmarreformen, (prop. 1983/84:190, Sfu 31, rskr. 393) har det allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården inlemmats i den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen. Det särskilda bidraget till den psykiatriska vården regleras fortfarande i ett separat avtal.

Det nya ersättningssystemet bygger på en överenskommelse mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen om ändrade regler för vissa statsbidrag och ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen fr. o. m. år 1985 och om ersättningsbelopp m. m. för åren 1985 och 1986. Överenskommelsen innebär att det tidigare allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården samt de olika försäkringsersättningar som tidigare utgick för åtgärder inom den öppna sjukvården har omvandlats till en schablonberäknad allmän sjukvårdsersättning. Denna ersättning, som främst är avsedd för primärvård och övrig öppen vård, grundas på en fördelning per invånare inom sjukvårdsområdet. Från detta ersättningsbelopp avräknas sjukförsäkringens utgifter för läkarvård och annan sjukvårdande behandling hos privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. För att underlätta utvecklingen av hemsjukvården, öppnare vårdformer inom psykiatrin samt förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet utgår särskilda ersättningsbelopp för dessa ändamål.

Den allmänna sjukvårdsersättningen betalas dels via sjukförsäkringen – i vilken del det enligt lagen om allmän försäkring överlämnats åt regeringen att bestämma grunden för ersättning – dels via statsbidrag från förevarande anslag, i sak motsvarande det tidigare avtalade bidraget till den psykiatriska vården.

Av budgetpropositionen framgår att det från anslaget Bidrag till allmän sjukvård m. m. utgår dels ett särskilt statsbidrag till den allmänna sjukvårdsersättningen som fr. o .m. den 1 januari 1985 utgår till sjukvårdshuvudmännen från den allmänna försäkringen, dels ett bidrag till sjukvårdshuvudmännen enligt överenskommelse med Landstingsförbundet om ändring i 1966 års avtal om den psykiatriska vården m. m. (prop. 1983/84:190, SfU 31, rskr.

393). Vidare beräknas medel för viss ersättning för pensioner till provinsialläkare, för vilken medel tidigare beräknats under anslaget Bidrag till undervisningssjukhus m. m.

Anslagsbehovet för budgetåret 1986/87 beräknas till 4 533 682 000 kr. Av detta anslag föreslås riksförsäkringsverket disponera 4 300 milj. kr. som statsbidrag till den allmänna sjukvårdsersättningen. Socialstyrelsen föreslås disponera 233 682 000 kr., varav 148 milj. kr. avser det särskilda bidraget till den psykiatriska vården. Anslagsberäkningarna bygger på oförändrade belopp jämfört med föregående år i avvaktan på resultatet av nya överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Överläggningarna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om statsbidrag och ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1987 har helt nyligen avslutats. En proposition på grund av den träffade överenskommelsen kommer i dagarna att framläggas för riksdagen.

I *motion 1985/86:So248 av Nils Carlshamre m. fl. (m)* hemställs att riksdagen vid behandlingen av proposition 1985/86:100, bil. 7, beslutar att för budgetåret 1986/87 under anslaget E 19. Bidrag till allmän sjukvård m. m. anvisa 3 408 682 000 kr. (*yrkande 1*). Yrkandet innebär en minskning med 1 125 milj. kr. jämfört med regeringens förslag. Minskningen avser bidraget till den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen. Motionärerna framhåller att det är oacceptabelt med en fortsatt expansion av den kommunala sektorn i ett läge med ett mycket stort statligt budgetunderskott och en alltför stor offentlig sektor. För att den kommunala volymökningen skall upphöra är en minskning av statsbidragen nödvändig. Kommuner och landsting skall dock själva göra den omfördelning mellan olika verksamhetsområden som de anser nödvändig, menar motionärerna.

Utskottet behandlade även vid förra riksmötet en motion med motsvarande innehåll (se SoU 1985/86:19 s. 11–13). Utskottet uttalade därvid följande.

Utskottet vill mot bakgrund av vad som anförs i motionen erinra om att den träffade överenskommelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen bl. a. omfattar ersättningsbeloppen för åren 1985 och 1986, dvs. hela nästkommande budgetår. Det finns inget utrymme för att under löpande avtalsperiod minska den överenskomna ersättningen om inte avtalet mellan staten och sjukvårdhuvudmännen skall rivas upp. Detta är enligt utskottets mening helt uteslutet. Detta måste beaktas vid den nu aktuella medelsanvisningen. Utskottet vill dessutom erinra om det särskilda sambandet mellan detta statsbidrag och sjukvårdshuvdmännens övertagande av den tidigare statliga mentalvården. Riksdagen får anledning att återkomma till frågan om bestämmande av ersättningen för tiden efter 1986 såvitt avser de medel som utgår vid sidan av den allmänna försäkringen.

Utskottet avstyrkte med hänvisning till det anförda den då aktuella motionen.

Motsvarande synpunkter gör sig gällande även i dag. Riksdagen måste självfallet anvisa medel av en storleksordning som svarar mot statens åtagande enligt den överenskommelse som gäller t. o. m. år 1986 (jfr SoU 1984/85:26 s. 7 f.). När det gäller första halvåret 1987 vill utskottet erinra om att staten och sjukvårdshuvudmännen helt nyligen träffat en ny överenskommelse om ersättning för år 1987. Resultatet av överenskommelsen kommer i

dagarna att redovisas för riksdagen genom en särskild proposition. Av 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring framgår att det ankommer på regeringen att fastställa grunderna för sjukvårdsersättning. Riksdagen kan därför inte gå in i prövning av innehållet i överenskommelsen. En annan fråga är hur staten skall finansiera sitt åtagande. Utskottet ser för sin del ingen anledning att frångå den kostnadsfördelning mellan sjukförsäkringen och statsbudgeten som förutsattes i samband med att de nya reglerna antogs (jfr prop. 1983/84:190 s. 26). Utskottet vill dessutom liksom tidigare erinra om det särskilda sambandet mellan det nu aktuella statsbidraget och sjukvårdshuvudmännens övertagande av den tidigare statliga mentalvården.

Med det anförda tillstyrker utskottet den i propositionen föreslagna medelsanvisningen under anslaget E 19. Bidrag till allmän sjukvård m. m. och avstyrker motion 1985/86:So248 yrkande 1.

Utskottet har inte något att erinra mot den av regeringen föreslagna medelsanvisningen under anslagen E 3. Statens rättskemiska laboratorium, E 4. Statens rättsläkarstationer, E 5. Rättspsykiatriska stationer och kliniker, E 6. Statens miljömedicinska laboratorium, E 7. Statens giftinformationscentral, E 8. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, E 9. WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar, E 10. Statens institut för psykosocial miljömedicin, E 18. Bidrag till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, E 20. Vidareutbildning av läkare m. m., E 21. Beredskapslagring och utbildning m. m. och E 22. Driftkostnader för beredskapslagring m. m.

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *bibehållande av den fasta paviljongen vid Västerviks sjukhus*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So402 och motion 1985/86:So423,

2. beträffande *den rättspsykiatriska kliniken i Umeå*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So417 och motion 1985/86:So449 yrkande 1,

3. beträffande *verksamheten med s. k. § 7-intyg*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So438 och motion 1985/86:So449 yrkande 2,

4. beträffande *samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So241 yrkande 2,

5. beträffande *rehabilitering av tortyroffer*

att riksdagen avslår motion 1985/86:150,

6. beträffande *thoraxkirurgisk verksamhet i Linköping*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So433,

7. beträffande *thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So450,

8. beträffande *specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So403 och motion 1985/86:So453.

9. beträffande *invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So473,

10. beträffande *specialistutbildningen i dermatologi*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So445,

11. beträffande *tillsättandet av en utredning om oral galvanism*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So411 yrkande 4,

12. beträffande *fortbildning av tandläkare och läkare*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So411 yrkande 2,

13. beträffande *klassning av oral galvanism som sjukdom*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So428 yrkande 3,

14. beträffande *statistik över patienter med oral galvanism*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So428 yrkande 4,

15. beträffande *förbud mot användning av amalgam*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So431,

16. beträffande *åtgärder mot oral galvanism*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So463,

17. beträffande *allmänna hälsokontroller för äldre*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So223 yrkande 5,

18. beträffande *screeningverksamhet för prostatacancer*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So436,

19. beträffande *ändring i hälso- och sjukvårdslagen m. m.*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So206 yrkande 5,

20. beträffande *ökad valfrihet och konkurrens i vården*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So442,

21. beträffande *åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So421 och motion So452,

22. beträffande *köerna i vården m. m.*
att riksdagen avslår motion 1985/86:So476,

23. beträffande *medelsanvisning för bidrag till allmän sjukvård*
att riksdagen med bifall till propositionen och med avslag på motion 1985/86:So248 yrkande 1 till *Bidrag till allmän sjukvård m. m.* för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 4 533 682 000 kr.,

24. att riksdagen för budgetåret 1986/87 anvisar

a) till *Statens rättskemiska laboratorium* ett förslagsanslag av 23 283 000 kr.,

b) till *Statens rättsläkarstationer* ett förslagsanslag av 24 806 000 kr.,

c) till *Rättspsykiatriska stationer och kliniker* ett förslagsanslag av 84 770 000 kr.,

d) till *Statens miljömedicinska laboratorium* ett förslagsanslag av 20 021 000 kr.,

e) till *Statens giftinformationscentral* ett förslagsanslag av 5 405 000 kr.,

f) till *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* ett förslagsanslag av 4 558 000 kr.,

g) till *WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar* ett förslagsanslag av 1 574 000 kr.,

h) till *Statens institut för psykosocial miljömedicin* ett förslagsanslag av 3 133 000 kr.,

i) till *Bidrag till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut* ett anslag av 20 500 000 kr.,

j) till *Vidareutbildning av läkare m. m.* ett reservationsanslag av 37 953 000 kr.,

k) till *Beredskapslagring och utbildning m. m. för hälso- och sjukvård i krig* ett reservationsanslag av 85 464 000 kr.,

l) till *Driftkostnader för beredskapslagring m. m.* ett förslagsanslag av 56 099 000 kr.

Stockholm den 10 april 1986

På socialutskottets vägnar

Daniel Tarschys

Närvarande: Daniel Tarschys (fp), Evert Svensson (s), Kjell Nilsson (s), Rune Gustavsson (c), Blenda Littmarck (m), Gunnar Ström (s), Aina Westin (s), Per Arne Aglert (fp), Yvonne Sandberg-Fries (s), Ulla Tillander (c), Inga Lantz (vpk), Ingrid Andersson (s), Ingvar Eriksson (m), Karl-Gösta Svenson (m) och Maud Björnemalm (s).

Reservationer

1. Samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården (mom. 4 i hemställan)

av Blenda Littmarck, Ingvar Eriksson och Karl-Gösta Svenson (alla m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 10 börjar med "Det rader" och slutar med "(yrkande 2)." bort ha följande lydelse:

Ingen har någon invändning mot att de gamla, stora mentalvardsinstitutionerna bryts upp och att flertalet patienter erbjuds vård och behandling i öppna former. Men den öppna vården kräver en samverkan mellan sjukvård och socialtjänst som långt ifrån alltid fungerar väl. Inte alla patienter har hem och familj som kan göra livet utanför sjukhuset, mellan behandlingstillfällena, meningsfullt, stimulerande eller ens möjligt.

Det har förekommit att patienter skrivits ut från psykiatriskt sjukhus för att fortsätta behandlingen vid öppen mottagning bokstavligen utan att ha någonstans att ta vägen i väntan på första besöket hos läkare eller kurator. Utan bostad, arbete eller pengar behöver det inte gå många dagar innan alla förutsättningar för den tänkta behandlingen är borta. Utskottet vill därför betona att ingen får skrivas ut fran eller vägras intagning i sluten psykiatrisk vård förrän de sociala förutsättningarna för ett liv utanför sjukhuset kan garanteras.

Det är bra att institutionerna nu öppnas, att de många som egentligen aldrig behövt vara där far komma ut i samhället, till eget boende och ett så långt möjligt självständigt liv med tillgång till den vård och det bistånd de behöver i öppna och värdiga former. Det behövs dock inte minst för de

psykiskt sjuka fullgoda alternativ. Dessa alternativ finns inte i dag. Inte heller är den öppna vården utbyggd i sådan omfattning att alla som behöver kan få hjälp.

Utskottet anser mot denna bakgrund att en utvärdering bör göras av hur samarbetet fungerar mellan socialtjänsten och den sektoriserade psykiatriska vården.

Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med anledning av motion 1985/86:So241 yrkande 2 ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 4 bort hemställa

4. beträffande *samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So241 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört.

2. Thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå (mom. 7 i hemställan)

av Daniel Tarschys (fp), Rune Gustavsson (c), Per Arne Aglert (fp) och Ulla Tillander (c) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 14 med "Thoraxkirurgins dimensionering" och slutar på s. 15 med "1985/86:So450 (fp)" bort ha följande lydelse:

Fördelningen av thoraxkirurgiska vårdresurser är mycket ojämn över landet, med sämsta tillgången i de norra delarna. Den nya regionindelningen ställer ökade krav på thoraxkirurgiska resurser till Umeåregionen. Thoraxkirurgisk expertis saknas inom regionen. Akut thoraxkirurgisk behandling handläggs i dag av äldre kirurger med bred basutbildning. Yngre kirurger saknar emellertid denna utbildning, vilket innebär betydande risker för patienter som kräver adekvat akut thoraxkirurgisk behandling, exempelvis vid olycksfall. Därtill kommer utbildningsmässiga behov inom den grundläggande läkarutbildningen. Behovet av kranskärlskirurgi förväntas öka i framtiden. Det är mot denna bakgrund som utskottet anser det angeläget att behovet av thoraxkirurgi resursmässigt kan tillgodoses och att nya resurser i första hand bör lokaliseras till norra delen av landet. Utskottet anser därför att det tidigare fattade beslutet om indelning av landet i fyra thoraxkirurgiska centra bör ändras och att den framtida resursförstärkningen inom det thoraxkirurgiska området i första hand bör ske inom Umeå sjukvårdsregion.

Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med anledning av motion 1985/86:So450 ge regeringen till känna.

Utskottet är däremot inte berett att ta något initiativ med anledning av motion 1985/86:So433, vilken avstyrks.

dels att utskottet under mom. 7 bort hemställa

7. beträffande *thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So450 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

3. Specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården (mom. 8 i hemställan)

av Blenda Littmarck, Ingvar Eriksson och Karl-Gösta Svenson (alla m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 16 börjar med "De av" och slutar med "1985/86:So403 (m)." bort ha följande lydelse:

Enligt utskottets mening måste det finnas tillgång till specialutbildad vårdpersonal, såsom läkare med specialistkompetens inom gynekologi/obstetrik och pediatrik, i primärvården. Kravet måste ställas på landstingen att de garanterar tillgång på dessa specialister i den öppna vården.

Utskottet vill vidare understryka att de kvinnor som så önskar skall ha rätt att få konsultera en gynekolog utan att först gå till en allmänläkare. Detsamma skall gälla föräldrar som vill vända sig direkt till en barnläkare.

Vad utskottet nu anfört med anledning av motionerna 1985/86:So403 och 453 bör ges regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 8 bort hemställa

> 8. beträffande *specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården* att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So403 och motion 1985/86:So453 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

4. Specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården (mom. 8 i hemställan)

av Inga Lantz (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 16 börjar med "De av" och slutar med "1985/86:So403 (m)." bort ha följande lydelse:

Mödra- och barnhälsovården har haft en unik ställning inom sjukvården. Om mödra- och barnhälsovården helt integreras i primärvården finns det, som påpekas i vpk-motionen, en klar risk för att den förebyggande verksamheten för mödrar och barn kommer bort. Det föreligger också risk för kvalitetsförsämring, om vårdansvaret överförs på läkare i allmän medicin, då deras utbildning är otillräcklig när det gäller kvinnosjukdomar och förlossningar resp. barnmedicin.

En grundläggande värdering inom mödra- och barnhälsovården är att den skall vara avgiftsfri och frivillig för den enskilde. Om mödra- och barnhälsovården helt inlemmas i primärvården ökar också risken för att dessa verksamheter avgiftsbeläggs på samma sätt som övrig sjukvård.

Utskottet anser att det är angeläget att det finns specialister i form av gynekologer och barnläkare inom primärvården även i framtiden.

Vad utskottet nu anfört med anledning av motion 1985/86:So453 (vpk) bör riksdagen ge regeringen till känna. Med detta tillgodoses också motion 1985/86:So403 (m).

dels att utskottet under mom. 8 bort hemställa

8. beträffande *specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården* att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So403 och motion 1985/86:So453 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

5. Invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog (mom. 9 i hemställan)

av Blenda Littmarck, Ingvar Eriksson och Karl-Gösta Svenson (alla m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 18 börjar med "Det bör" och slutar med "1985/86:So473 (m)." bort ha följande lydelse:

Det är enligt utskottets mening angeläget att sjukvårdshuvudmännen bereder de invandrarkvinnor som så önskar möjlighet att bli undersökta av en kvinnlig gynekolog.

Vad utskottet nu anfört med anledning av motion 1985/86:So473 (m) bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 9 bort hemställa

9. beträffande *invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog* att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So473 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

6. Tillsättandet av en utredning om oral galvanism (mom. 11 i hemställan)

av Inga Lantz (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 22 börjar med "När det" och slutar med "avstyrks därför." bort ha följande lydelse:

I dag borde det enligt utskottets mening inte finnas någon anledning att tveka inför attityden till amalgam. Men det finns behov av att utföra en undersökning på bred statistisk bas av personer som kan misstänkas vara kvicksilverförgiftade på grund av amalgamsituationen i munhålan. Utskottet anser därför att en utredning bör tillsättas med syfte att ytterligare klarlägga amalgamets skadeverkningar. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 11 bort hemställa

11. beträffande *tillsättandet av en utredning om oral galvanism* att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So411 yrkande 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört.

7. Ändring i hälso- och sjukvårdslagen m. m. (mom. 19 i hemställan)

av Blenda Littmarck, Ingvar Eriksson och Karl-Gösta Svenson (alla m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 27 med "Utskottet har" och slutar på s. 28 med "1985/86:So442 (fp)" bort ha följande lydelse:

Den som vänder sig till hälso- och sjukvården bör enligt utskottet ha frihet att själv välja vårdform och vårdmiljö. Alternativa vårdformer bör därför uppmuntras. Utbyggnaden av den öppna vården bör till stor del kunna ske genom privatpraktiker. Dessa bör också kunna ta över verksamhet vid redan befintliga vårdenheter, vilket skulle innebära betydande besparingar för landstingen. Det skulle inte minst skapa bättre ekonomiskt utrymme för den specialiserade slutna vården, som främst måste drivas i landstingens regi. Det är enligt utskottet viktigt att patienter på lika villkor kan välja mellan t. ex. landstingsdrivna sjukhem och enskilda, stiftelse- eller kanske rörelsedrivna sjukhem. Detta kan åstadkommas genom att sjukförsäkringen görs om i enlighet med vad som förordas i motion So206 (m). Sannolikt skulle då flera alternativa sjukhem kunna uppstå. Det avgörande för skilda sjukhems existens bör vara att patienterna trivs där och söker sig dit. Utskottet anser det viktigt att de sjuka får rimlig möjlighet att välja mellan olika vårdalternativ med olika inriktning och olika utformning.

Majoriteten av befolkningen väljer redan i dag att gå i privat tandvård. Utskottet anser det väsentligt att patienterna ges rätt att fritt och på likvärdiga villkor välja vårdgivare och vårdform även när det gäller tandvården.

Mot denna bakgrund anser utskottet det angeläget att sådana ändringar kommer till stånd i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen att patienternas valfrihet stärks. Regeringen bör snarast framlägga erforderliga lagförslag härom för riksdagen.

Vad nu anförts med anledning av motion 1985/86:So206 (m) yrkande 5 bör riksdagen ge regeringen till känna.

Med dessa synpunkter får även motion 1985/86:So442 (fp) anses besvarad. Motionen avstyrks.

dels att utskottet under mom. 19 bort hemställa

19. beträffande *ändring i hälso- och sjukvårdslagen m. m.*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So206 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

8. Ökad valfrihet och konkurrens i vården (mom. 20 i hemställan)

av Daniel Tarschys och Per-Arne Aglert (båda fp) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 27 med "När det gäller" och slutar på s. 28 med "1985/86:So442 (fp)" bort ha följande lydelse:

I en marknadsekonomi är det viktigt att främja konkurrens och motverka monopol. På många områden behövs det i dag åtgärder för att vidga

utrymmet för enskilda initiativ.

Ett sådant område är hälso- och sjukvården. Konkurrens på vårdområdet bör därför stimuleras jämfört med nuvarande förhållanden. En större mångfald i utbudet kan även ge impulser till de offentliga institutionerna. Samtidigt är det uppenbart att de privata alternativen på vårdsektorn alltid kommer att omfatta en mindre del av verksamheten och att huvudmannaskapet på vårdområdet till övervägande delen kommer att vara offentligt. Utskottet delar därmed de uppfattningar som kommer till uttryck i motion 1985/86:So442 (fp).

Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med anledning av motion 1985/86:So442 ge regeringen till känna.

Med dessa synpunkter får även motion 1985/86:So206 (m) yrkande 5 anses besvarad. Motionen avstyrks.

dels att utskottet under mom. 20 bort hemställa

20. beträffande *ökad valfrihet och konkurrens i vården*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So442 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört.

9. Åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen (mom. 21 i hemställan)

av Inga Lantz (vpk) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 30 med "Som framgått" och slutar på s. 31 med "avstyrks således." bort ha följande lydelse:

Mycket kraftiga åtgärder behöver enligt utskottets mening vidtas för att bringa problemen med läkarvakanser och köer inom vården närmare en lösning. Det är inte uteslutet att man nu allvarligt måste överväga kvotering eller andra möjligheter till en starkare styrning av personalresurserna. Tjänstgöring i glesbygder bör ingå i vidareutbildningen till specialist i allmänmedicin. Tjänstgöring i glesbygd bör även i andra sammanhang kunna räknas som särskilt meriterande. Ett annat sätt som kan vara väl värt att pröva är särskilda utbildningsstipendier för den som förbinder sig att som färdigutbildad tjänstgöra ett visst antal år i ett läkarbristområde.

Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med anledning av motion 1985/86:So452 (vpk) ge regeringen till känna. Med detta tillgodoses även motion So421 (s).

dels att utskottet under mom. 21 bort hemställa

21. beträffande *åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So421 och motion 1985/86:So452 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört.

av Daniel Tarschys (fp) och Per Arne Aglert (fp) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 31 börjar med "I det" och slutar med "1985/86:So476 (fp)." bort ha följande lydelse:

Det stora budgetunderskottet och det höga skattetrycket innebär att det inte finns något nämnvärt utrymme för ökade resurser till hälso- och sjukvården. Problemen måste därför lösas genom en effektivare användning och omfördelning av befintliga resurser. På kort sikt kan trycket på sjukvården minskas genom att människor ges större möjligheter att bedriva en aktiv egenvård. Företagshälsovården bör kunna spela en viktig roll för att ge råd och hjälp till människor med enklare sjukdomar. Distriktssköterskorna bör kunna svara för en större del av rådgivningen. Det är också viktigt att det finns en fungerande telefonjour där enklare frågor om sjukdomar m. m. kan besvaras.

Ett utbyggt husläkarsystem innebär en avlastning av sjukhusens akutmottagningar. Varje människa skall ha rätt att välja den läkare som man själv vill till sin eller familjens husläkare. Valfriheten förutsätter att det också finns privatläkare som fungerar som husläkare. En ökad valfrihet förutsätter att etableringskontrollen inom sjukvården avskaffas.

Fler enskilda alternativ inom vården leder till lägre kostnader för landstingen, vilket ger dem ökade möjligheter att satsa resurser på åtgärder som leder till kortare köer.

Självfallet måste alla möjligheter till rationalisering tas till vara. Det krävs metoder som gör det möjligt att tillfredsställa ökade sjukvårdsbehov med i huvudsak befintliga resurser.

Sammanfattningsvis anser utskottet att det krävs en inventering av kösituationen och att statistik upprättas för köer inom sjukvården. Utskottet anser också att regeringen genom t. ex. socialstyrelsen bör se över vilka hinder som finns för att snabbt korta ned köerna.

Vad utskottet nu anfört med anledning av motion 1985/86:So479 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 22 bort hemställa

22. beträffande *köerna i vården m. m.*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So476 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

11. Medelsanvisning för bidrag till allmän sjukvård (mom. 23 i hemställan)

av Blenda Littmarck, Ingvar Eriksson och Karl-Gösta Svenson (alla m) som anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 33 med "Motsvarande synpunkter" och slutar på s. 34 med "yrkande 1" bort ha följande lydelse:

Som anförs i motionen är det med ett mycket stort budgetunderskott och en alltför stor offentlig sektor oacceptabelt med fortsatt expansion av den

kommunala sektorn. Ett primärt mål för den ekonomiska politiken måste vara att nedbringa den kommunala volymökningen till s. k. nolltillväxt. Härtill kommer att kommunerna efter kontinuerlig förstärkning av sin finansiella situation nu med vissa undantag har mycket god likviditet, ca 5 miljarder kronor i finansieringskapital.

I detta läge kan det inte anses rimligt att staten med sitt mycket stora budgetunderskott skulle tillskjuta 65–70 miljarder kronor i statsbidrag till den kommunala sektorn. För att volymökningen skall upphöra är en minskning av statsbidragen nödvändig. Eftersom dessa är specialdestinerade kan den nödvändiga minskningen komma att uppfattas som riktad mot nominellt berörda verksamheter. Utskottet vill understryka att detta ingalunda är avsikten. Kommuner och landsting skall själva göra den omfördelning mellan olika verksamhetsområden de anser nödvändig. Minskad statlig detaljreglering ökar dessutom möjligheterna att utnyttja de egna resurserna rationellt. I princip anser utskottet att huvudmannen för en verksamhet också skall ha det ekonomiska ansvaret.

Med hänvisning till det anförda tillstyrker utskottet att anslaget minskas med 1 125 milj. kr. nästa år i enlighet med motionens förslag. Det får ankomma på regeringen att aktualisera de ändringar i avtalen med sjukvårdshuvudmännen som detta kan föranleda.

dels att utskottet under mom. 23 bort hemställa

23. beträffande *Bidrag till allmän sjukvård m. m.*
att riksdagen med anledning av regeringens förslag och med bifall till motion 1985/86:So248 yrkande 1 till *Bidrag till allmän sjukvård m. m.* för budgetåret 1986/87 anvisar ett förslagsanslag av 3 408 682 000 kr..

Särskilt yttrande

beträffande *den rättspsykiatriska kliniken i Umeå* av Rune Gustavsson och Ulla Tillander (båda c) som anför följande:

Motionerna 1985/86:So417 (c) och So449 (fp) aktualiserar verksamheten vid den rättspsykiatriska kliniken i Umeå. Vi anser det angeläget att de frågor som tas upp i motionerna snarast får en lösning. Ett preliminärt avtal om byggande av lokaler för en rättspsykiatrisk klinik träffades 1974. Lokalerna har varit färdiga sedan 1978. Som anförs av utskottet har emellertid huvudmannaskapsförhandlingar när det gäller den rättspsykiatriska vården nyligen inletts. Vidare förbereds för närvarande en proposition om den psykiatriska tvångsvården m. m. Vi förutsätter att de frågor som tas upp i motionerna därvid kommer att behandlas.

Innehållsförteckning

Sammanfattning ... 1
Propositionen ... 1
Motioner ... 2
Utskottet ... 4
Bibehållande av den fasta paviljongen vid Västerviks sjukhus ... 4
Den rättspsykiatriska verksamheten i norra sjukvårdsregionen m. m. ... 6
Samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården ... 8
Rehabilitering av tortyroffer ... 10
Thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå och Linköping ... 13
Specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården ... 15
Invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog ... 16
Specialistutbildning i dermatologi ... 18
Amalgam som tandlagningsmaterial ... 19
Hälsokontroller för äldre m. m. ... 23
Valfrihet i vården ... 26
Läkarförsörjning m. m. ... 28
Medelsanvisningarna ... 31
Hemställan ... 34
Reservationer ... 36
1. Samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården (mom. 4 i hemställan) av m ... 36
2. Thoraxkirurgisk verksamhet i Umeå (mom. 7 i hemställan) av fp och c ... 37
3. Specialisttjänster inom mödra- och barnhälsovården (mom. 8 i hemställan) av m ... 38
4. D:o av vpk ... 38
5. Invandrarkvinnors rätt till kvinnlig gynekolog (mom. 9 i hemställan) av m ... 39
6. Tillsättandet av en utredning om oral galvanism (mom. 11 i hemställan) av vpk ... 39
7. Ändring i hälso- och sjukvårdslagen m. m. (mom. 19 i hemställan) av m ... 40
8. Ökad valfrihet och konkurrens i vården (mom. 20 i hemställan) av fp ... 40
9. Åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen (mom. 21 i hemställan) av vpk ... 41
10. Köerna i vården m. m. (mom. 22 i hemställan) av fp ... 42
11. Medelsanvisning för bidrag till allmän sjukvård (mom. 23 i hemställan) av m ... 42
Särskilt yttrande betr. den rättspsykiatriska kliniken i Umeå av c ... 43

gotab Stockholm 1986 10727