

### § 1 Justering av protokoll

Protokollet för den 27 september justerades.

### § 2 Anmälan om ny riksdagsledamot

Följande berättelse hade kommit in från Valprovsningsnämnden:

#### *Berättelse om granskning av bevis för riksdagsledamot*

Till Valprovsningsnämnden har från Valmyndigheten inkommit bevis om att Pål Jonson (M) utsetts till ny ledamot av riksdagen fr.o.m. den 12 oktober 2016 sedan Pia Hallström (M) avlidit.

Valprovsningsnämnden har denna dag granskat beviset för den nye ledamoten och därvid funnit att det blivit utfärdat i enlighet med 14 kap. 28 § vallagen (2005:837).

Stockholm den 17 oktober 2016

*Svante O. Johansson*

ersättare för ordföranden

*/Mattias Andersson*

sekreterare

### § 3 Meddelande om parentation

Tredje vice talmannen meddelade att *onsdagen den 26 oktober kl. 16.00* skulle parentation hållas för att hedra minnet av riksdagsledamoten Pia Hallström.

#### § 4 Avsägelse

Tredje vice talmannen meddelade att *Maria Ferm* (MP) avlagt sig uppdraget som ledamot i riksdagsstyrelsen från och med den 1 november.

Kammaren biföll denna avsägelse.

Tredje vice talmannen meddelade att *Jonas Eriksson* (MP) avlagt sig uppdraget som suppleant i riksdagsstyrelsen från och med den 1 november.

Kammaren biföll denna avsägelse.

#### § 5 Anmälan om kompletteringsval

Tredje vice talmannen meddelade att Moderaternas riksdagsgrupp anmält Pål Jonson som suppleant i justitieutskottet samt att Miljöpartiets riksdagsgrupp anmält Jonas Eriksson som ledamot i riksdagsstyrelsen och Maria Ferm som suppleant i riksdagsstyrelsen.

Tredje vice talmannen förklarade vald till

*suppleant i justitieutskottet*  
Pål Jonson (M)

Tredje vice talmannen förklarade valda *från och med den 1 november* till

*ledamot i riksdagsstyrelsen*  
Jonas Eriksson (MP)

*suppleant i riksdagsstyrelsen*  
Maria Ferm (MP)

#### § 6 Meddelande om frågestund

Tredje vice talmannen meddelade att frågestund skulle äga rum *torsdagen den 20 oktober kl. 14.00*.

#### § 7 Anmälan om subsidiaritetsprövningar

Tredje vice talmannen anmälde att utdrag ur följande protokoll i ärenden om subsidiaritetsprövning av EU-förslag hade kommit in:  
prot. 2016/17:3 för tisdagen den 4 oktober från miljö- och jordbruksutskottet,  
prot. 2016/17:4 för torsdagen den 13 oktober från trafikutskottet samt  
prot. 2016/17:6 för torsdagen den 13 oktober från socialutskottet.

## § 8 Anmälan om fördröjt svar på interpellation

Prot. 2016/17:16

18 oktober

Följande skrivelse hade kommit in:

-----

*Interpellation 2016/17:35*

Till riksdagen

Interpellation 2016/17:35 CETA-avtalet

av Håkan Svenneling (V)

Interpellationen kommer att besvaras fredagen den 8 november 2016.

Skälet till dröjsmålet är resor.

Stockholm den 13 oktober 2016

Utrikesdepartementet

Ann Linde (S)

Enligt uppdrag

*Håkan Åkesson*

Expeditionschef

## § 9 Anmälan om faktapromemoria

Tredje vice talmannen anmälde att följande faktapromemoria om förslag från Europeiska kommissionen hade kommit in och överlämnats till utskott:

2016/17:FPM8 Översyn av EU:s fleråriga budgetram för perioden 2014–2020 *KOM(2016) 603*, *KOM(2016) 604*, *KOM(2016) 606*, *KOM(2016) 607* till finansutskottet

## § 10 Ärende för hänvisning till utskott

Följande dokument hänvisades till utskott:

Motion

2016/17:3502 till skatteutskottet

## § 11 Ärenden för bordläggning

Följande dokument anmäldes och bordlades:

Konstitutionsutskottets betänkande

2016/17:KU2 Ändrat regionalt utvecklingsansvar i vissa län

Skatteutskottets betänkande

2016/17:SkU5 Särskilda bestämmelser om undantag från trängselskatt för

Backaområdet i Göteborg

Utbildningsutskottets betänkande

2016/17:UbU4 Stiftelsen Riksbankens Jubileumsfonds bidrag till svensk forskning

**§ 12 Svar på interpellation 2015/16:781 om förföljelse av kvinnor i Sudan**

Anf. 1 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S):

Fru talman och ärade ledamöter! Amineh Kakabaveh har frågat mig vad jag avser att ta för initiativ för att Sverige inom EU, i FN och som enskild stat ska verka för att

1. stärka kvinnors rättigheter i länder där kvinnoförtrycket är en del av statens maktutövning
2. stärka kvinnors rättigheter i Sudan
3. förhindra att religionen utnyttjas för att rättfärdiga kvinnoförtryck.

Låt mig inledningsvis understryka att den feministiska utrikespolitiken, som bland annat innebär främjande av och skydd för kvinnors fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna, är en prioritering för Sveriges agerande inom EU och FN liksom i bilaterala kontakter.

Vi lyfter konsekvent fram betydelsen av kvinnors och flickors egenmakt och åtnjutande av de mänskliga rättigheterna inom FN:s forum för mänskliga rättigheter, oavsett om det gäller situationen i ett enskilt land eller en tematisk människorättsfråga. Sverige är också en stark röst inom EU för att vi gemensamt ska kunna stärka skyddet för kvinnors och flickors mänskliga rättigheter i hela världen.

Fru talman! Kakabavehs andra fråga berör hur regeringen arbetar med att stärka kvinnors rättigheter i Sudan. Låt mig vara tydlig: Jag delar fullt ut Amineh Kakabavehs frustration över de bristfälliga möjligheterna för kvinnor och flickor att hävda sina mänskliga rättigheter i Sudan.

Vid granskningen av Sudan i FN:s råd för mänskliga rättigheter tidigare i år ställde Sverige frågor om arbetet mot sexuellt och könsrelaterat våld i Sudan. Sverige framförde även en rekommendation om att Sudan bör tillträda FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, Cedaw. Erfarenheter visar att sådana granskningar kan ha en positiv påverkan på stater och deras efterlevnad av internationella åtaganden.

Kvinnors och flickors fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna är ett av regeringens högst prioriterade områden, något som också genomsyrar Sveriges bilaterala dialog med Sudan. Under hösten 2015 inledde ambassaden en satsning för att sprida information om FN:s säkerhetsråds resolution 1325 om kvinnor, fred och säkerhet i Sudan. Inom ramen för satsningen verkar Sverige även för att en nationell handlingsplan för resolution 1325 ska antas av den sudanesiska regeringen.

Med utgångspunkt i Sveriges ordförandeskap för Call to Action on Protection from Gender-based Violence in Emergencies har ambassaden även tagit initiativ till ett samtal om könsrelaterat våld bland givarna i Sudan. Målsättningen är att identifiera specifika prioriteringar för Sudan och längre fram att följa upp dessa gemensamt. Ambassaden har även varit pådrivande för att aktörer inom det humanitära systemet i Sudan ska anta och genomföra en särskild strategi som beaktar kvinnors och flickors särskilda behov i humanitära situationer.

Sverige har sedan flera år ett utvecklingssamarbete med Sudan. En av de huvudsakliga målsättningarna är att öka kunskap och möjligheter för

kvinnor och flickor att hävda sina mänskliga rättigheter, inklusive sexuella och reproduktiva rättigheter. Sverige lämnar därför ett betydande stöd till Unicef i Sudan, bland annat för insatser mot barnäktenskap och kvinnlig könsstympning.

För att besvara Kakabavehs tredje fråga vill jag lyfta fram att Sverige också är engagerat i arbetet mot religiös intolerans och för jämställdhet genom en rad samarbetsformer, både bilaterala och multilaterala. Vi ger stöd till United Nations Alliance of Civilizations, Anna Lindh Foundation och Unionen för Medelhavet, som arbetar för pluralism, med interreligiös dialog och jämställdhetsfrågor. Vårt institut i Alexandria är aktivt med projekt kring ungdomar, kvinnor och religionens roll. Sveriges stöd till det civila samhället runt om i världen bidrar även till att stärka underifrån-initiativ som syftar till att förhindra att religionen utnyttjas för att rättfärdiga kvinnoförtryck.

Sammanfattningsvis, fru talman, arbetar Sverige på bred front för att stärka främjande av och skydd för kvinnors och flickors fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna, både globalt och i enskilda länder som Sudan. Vi är övertygade om att detta är en förutsättning för att vi ska nå våra mål om fred, säkerhet och utveckling.

Anf. 2 AMINEH KAKABAVEH (V):

Fru talman! Jag vill innerligt tacka utrikesminister Margot Wallström för det mycket utförliga svaret och för den ambition Sverige och utrikesministern har i dessa frågor.

Det är naturligtvis viktigt att vi här i Sveriges riksdag lyfter fram kvinnor, särskilt på kontinenten Afrika. Kvinnorna där har sällan lyfts fram i samma utsträckning som kvinnorna i Iran, Irak, Pakistan, Afghanistan och så vidare. Det innebär dock inte att det inte finns problem där – snarare tvärtom.

När Omar al-Bashir utropade sig själv till president gjorde han precis som Khomeini i Iran för 37 år sedan. Man har helt enkelt sett till att sharia-lagar införts. I Förenta nationernas rapport 2015 uppgavs att 26 av artiklarna i Sudans Public Order Act innehåller lagparagrafer som innebär systematiskt förtryck och förföljelse av kvinnor. Därför är det väldigt viktigt att lyfta fram dessa frågor.

Vi har mottagit information och rapporter från särskilt Sveriges Radio, där man i de senaste reportagen berättar om flyktingar från Etiopien, Eritrea och andra länder. Både män och kvinnor som kommer till Sudan fångslas och våldtas. ”Sara” är en av dem som intervjuades i P1 av Axel Kronholm för några veckor sedan. Hon sa att hon och fem andra kvinnor tillfångatogs och blev våldtagna, och i fängelset betraktades de som våldtäktsmännens fruar.

I delar av Afrika, liksom i Mellanöstern, är våldtäkt tabu. Man pratar inte om det ens i sin egen familj. ”Sara” är ett fingerat namn, och hon var inte den första. Även kvinnorättsaktivister betraktas som dåliga kvinnor, som förrädare och som otrogna när de protesterar och demonstrerar på gator och torg. Polisen själv våldtog dem i staden Khartoum; det kunde man också höra i Sveriges Radio i augusti.

Det är väldigt viktigt att gentemot dessa länder, som man gör affärer med och som man – precis som utrikesministern var inne på – träffar i FN:s korridorer och i EU-sammanhang, trycka på att kvinnors rättigheter

Prot. 2016/17:16

18 oktober

-----

Svar på

interpellationer

faktiskt är mänskliga rättigheter och att detta måste stoppas. Det gäller särskilt regimer som Saudiarabien, Sudan och Iran, som använder religionen för att legitimera och upprätthålla det systematiska förtrycket mot kvinnor.

Man måste helt enkelt se till att det görs något konkret åt detta. Därför hoppas jag att Margot särskilt kommer att lyfta fram dessa frågor i FN. Jag hoppas att man tar tag i detta och ser över hur man kan visa effekterna av den politik som Sverige, EU och Margot själv för.

Anf. 3 MARIA ANDERSSON WILLNER (S):

Fru talman! Fokus för vårt utvecklingssamarbete med Sudan är konfliktförebyggande och mänskliga rättigheter med fokus på kvinnor och på att stärka civilsamhället. Utvecklingsbiståndet är väldigt begränsat i omfattning, och de medel som finns går inte till regeringen. Genom utvecklingssamarbetet bidrar Sverige bland annat till Unicef med stöd till deras barnskyddsprogram.

Sudan är Afrikas tredje största land. Landet är rikt på mineraler, bland annat olja, men också utsatt för återkommande torka och översvämningar. Fattigdomen är stor, och flera regionala konflikter gör livet svårt för människorna i Sudan.

Sudan är bland de länder i världen som har störst antal internflyktingar; över 3 miljoner människor beräknas vara på flykt inom landet. 5 miljoner människor lider av matosäkerhet, och ytterligare 1 miljon behöver humanitär hjälp.

Kvinnorna är fruktansvärt utsatta. Förutom regionala konflikter och svält är det vanligt med könsstympning och barnäktenskap. Dessutom råder stränga sharialagar som begränsar friheten.

Sverige stöder UN Women, som bland annat arbetar för kvinnors rätt till rättshjälp tillsammans med lokala kvinnoorganisationer. Sverige ska öka kontakterna med kvinnorrättsförsvarare och civilsamhällets organisationer.

Det är allvarligt att Sudan inte har ratificerat tilläggsprotokollet till AU:s deklaration om mänskliga rättigheter, som syftar till att garantera att de mänskliga rättigheterna även omfattar kvinnor. Den garanterar kvinnor rätt till politiskt deltagande, social och politisk jämställdhet med män, större självständighet i beslut som rör reproduktiv hälsa, och den syftar också till att kvinnlig könsstympning ska upphöra.

Sudan har inte ratificerat detta. Självklart ska Sverige på olika sätt påpeka vikten av att jobba för att förverkliga detta tilläggsprotokoll. Jag är säker på att utrikesministern också, i olika sammanhang, sätter just kvinnors mänskliga rättigheter högt på agendan.

Anf. 4 HILLEVI LARSSON (S):

Fru talman! Jag tror inte att det kommer att bli så mycket av konfrontation i den här interpellationsdebatten. Jag tror att de flesta är överens om att detta är en väldigt viktig fråga.

Det jag tycker är positivt med regeringens feministiska utrikespolitik är att den omfattar alla flickor och kvinnor i hela världen. På ett sätt omfattar den även män, eftersom jämställdhet är bra för båda könen.

Just i Sudan finns, förutom fattigdom, detta kvinnoförtryck i form av sharialagar. Det är grundläggande att religion ska vara en privatsak. Religionsfrihet är någonting väldigt viktigt, men religion ska vara en privatsak.

Samhället eller staten ska inte styras av religion – det blir väldigt fel, och det slår extra hårt mot just flickor och kvinnor.

Det är väldigt positivt att regeringen lyfter upp detta – specifikt könsstymning och barnäktenskap, som redan på ett tidigt stadium förstör dessa flickors och kvinnors liv. Man har tittat på vad det skulle innebära om man hjälpte tonårsflickor i världen. Det skulle vara som dynamit för utvecklingen; det finns få saker som förändrar världen så positivt som just detta. Det rör ju halva befolkningen – den förtryckta delen – och att låta de här flickorna utbilda sig och vänta med äktenskap kan ha enormt positiva effekter. I och för sig kan hela befolkningen vara förtryckt, men det är ofta extra mycket förtryck mot flickor och kvinnor.

När vi talar om mänskliga rättigheter är det alltid viktigt att påminna om att kvinnors och flickors rättigheter är mänskliga rättigheter. All diskriminering är en kränkning av de mänskliga rättigheterna.

Någonting som tyvärr fortfarande är känsligt i många delar av världen – faktiskt även i europeiska länder – är sexuella och reproduktiva rättigheter. Detta är också en del av de mänskliga rättigheterna. Där har man ibland satt en gräns: hit men inte längre! Människor får inte styra över sina egna kroppar, och då kan de heller inte styra över sina egna liv. Detta får konsekvenser för de enskildas liv och för deras familjer, men det är också väldigt negativt för hela samhället.

Jag tycker att det är positivt i allmänhet att man lyfter fram flickors och kvinnors rättigheter. Jag tycker även att det var positivt att Amineh Kaka-baveh talade om just Sudan, för det är ett land som inte har diskuterats så mycket. Här i Sverige har Sudan kommit upp till diskussion på grund av ett enskilt fall där tre flickor blev kidnappade av sin pappa. Mamman var svensk, och pappan kom ursprungligen från Sudan. Han kidnappade flickorna för ungefär 30 år sedan och flyttade till Sudan med dem. Mamman, hennes syster och hela familjen har kämpat i 30 år för att få tillbaka dem. Just i detta enskilda fall bidrar lagarna i landet negativt; männen har makten över kvinnorna i familjen.

Det finns kvinnorörelser i Sudan, och jag tror att det är viktigt att stärka dem. Demokratirörelser och kvinnorörelser finns även i det värsta förtrycket. Till och med i Saudiarabien finns en kvinnorörelse – den jobbar visserligen i en väldig motvind, men den finns ändå.

Jag tycker att detta är väldigt positivt. Jag tror också att det är viktigt att vi inte blandar ihop alla länder i Afrika i en enda soppa, för det finns tyvärr en tanke om att alla är likadana. Det finns stora skillnader, både positiva framsteg och negativa saker som vi behöver kämpa emot.

Anf. 5 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S):

Fru talman! Tack för dessa inlägg! Det är väl skönt att vi ibland inte alls behöver vara konfrontativa utan i stället kan visa att vi håller ihop kring någonting som är så viktigt som mänskliga rättigheter. Dessa är även kvinnors rättigheter och måste definieras på det sättet.

Situationen i världen – när vi ser oss omkring – kräver verkligen en feministisk utrikespolitik. Det räcker med att för ett ögonblick titta på hur livet för en flicka eller kvinna i Sudan ser ut för att inse situationens allvar. Det gäller inte bara Sudan utan också andra länder i Afrika och på andra håll i världen, där till exempel barnäktenskap är vanligt förekommande.

Prot. 2016/17:16

18 oktober

-----

Svar på  
interpellationer

För ett tag sedan besökte jag just ett sådant land, där hälften av flickorna blir bortgifta innan de blir myndiga. Detta hindrar förstås det landets utvecklingsmöjligheter och ekonomiska tillväxt på ett mycket påtagligt sätt. För många länder innebär det att man har svårt att ta sig ur den fattigdom man befinner sig i.

Alla stater har ett ansvar gentemot sin egen befolkning och är skyldiga att efterleva internationella åtaganden och konventioner. Det gäller såväl Sverige som Sudan och andra stater. Den feministiska utrikespolitiken innebär att vi tittar på om flickor och kvinnor åtnjuter samma rättigheter och om de är representerade där de bör finnas med när det gäller att fatta beslut. Vi tittar också på hur resurser fördelas runt om i världen – går de i lika hög grad till kvinnor? Vi arbetar varje dag för att stärka kvinnors och flickors mänskliga rättigheter i humanitära situationer.

Eftersom det var en av Amineh Kakabavehs frågor vill jag säga att det inom FN finns flera mekanismer för att följa upp enskilda länders genomförande av internationella åtaganden. Sverige deltar mycket aktivt i den granskningsmekanism som FN har inrättat för att titta på mänskliga rättigheter. Den förkortas UPR, vilket står för Universal Periodic Review.

Där granskas alla världens länder regelbundet av övriga stater. Vi ställer frågor och gör rekommendationer som ofta har bäring på kvinnors och flickors rättigheter och deras åtnjutande av mänskliga rättigheter.

Stater som har tillträtt en FN-konvention är ålagda att rapportera om genomförande till FN:s konventionskommittéer, som består av oberoende invalda experter. I samband med granskningarna ger kommittén rekommendationer om vad staterna bör göra.

Det finns också ett mellanstatligt arbete. Där arbetar vi med många afrikanska länder och andra länder runt om i världen för att uppmärksamma olika människorättsfrågor i både FN:s MR-råd och generalförsamlingens tredje utskott. Våld mot kvinnor, rätten till utbildning, diskriminering av kvinnor och kvinnlig könsstympning är exempel på sådana frågor – frågor som ni också har nämnt här.

Vi har ett aktivt biståndsarbete med Sudan. Ett av våra tre områden för insatser har varit just ökad kunskap och möjligheter för kvinnor att hävda sina mänskliga rättigheter. Det har varit fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och ökad respekt för barns rättigheter.

Det ska vara en självklarhet att de mänskliga rättigheterna också innebär varje enskild människas rättigheter. Vi kommer att agera enligt den principen såväl här hemma som bilateralt och i internationella sammanhang.

#### Anf. 6 AMINEH KAKABAVEH (V):

Fru talman! Jag vet att ambitionen och viljan finns hos utrikesministern att förändra, påverka och göra ännu mer. Men problemet är den politiska dimensionen.

Jag vill bara påminna om att utrikesministern själv kritiserat Saudiarabien för de brott de begår i form av medeltida straff när det gäller kvinnors rättigheter. Sedan åker näringsministern dit och skakar hand för att reparera situationen.

Det är en kyskhetskultur. Lagstiftningen i Saudiarabien, Iran, Sudan och många andra länder diskriminerar kvinnorna, som mördas genom kyskhetskulturen.



Inte nog med det. FN:s generalsekreterare, som säger att han är en stolt feminist, vill i praktiken ta bort könsapartheiddiktaturen Saudiarabien från listan över stater som begår brott mot mänskliga rättigheter.

Våra insatser och utvecklingsprojekt är jättebra. Men politiker även i demokratins korridorer är handfallna, till exempel i FN, när man gör på detta sätt, trots att alla de här länderna själva har skrivit under deklARATIONER om mänskliga rättigheter. Det är dem man måste påverka och säga: Det här går inte.

Jag vet att ansvaret inte bara är Margot Wallströms. Detta måste också biståndsministern och näringsministern ta tag i. Det är flera ministrar som är ansiktet utåt, och frågan måste förankras hos dem.

Sverige är befolkningsmässigt den femte största givaren. När man är i andra delar av världen är det en stolthet att Sveriges röst är så stark. Senast jag var i USA var förrföra veckan, och Sverige är ett namn där, till och med bland vanliga människor. Då förväntas det naturligtvis mer av oss. Därför hoppas jag att det finns uppbackning från andra ministrar på det här området, för det går inte att bara skaka hand och bortse från det barbari som halva befolkningen utsätts för. Precis som utrikesministern sa utsätts de för de värsta formerna av repression och förföljelse i sina egna hemländer.

År 2016 gäller sharialagar i många länder som också är med i FN. Sudan är en av de stater som begår brott, inte bara mot kvinnor utan mot alla människor som hävdar frihet. Det är många människorötsaktivister där som mördas, förföljs och fängslas. Inte minst utsätts de flera tusentals flyktingar som flyr från fattigdom, elände och förtryck för barbari och systematiskt förtryck av poliser och av systemet i Sudan. Därför hoppas jag att Margot i korridorerna i Sverige, i EU och i FN följer upp effekterna av våra insatser.

Anf. 7 MARIA ANDERSSON WILLNER (S):

Fru talman! Kvinnorna i Sudan är fruktansvärt utsatta för konflikt, svält, fattigdom och könsbaserat våld. En feministisk utrikespolitik förpliktar i detta.

Sverige tar kontinuerligt upp frågor om jämställdhet och alla kvinnors och flickors fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna i våra olika dialoger med såväl officiella företrädare som andra aktörer, oavsett om det handlar om utrikes- och säkerhetspolitik, utvecklingspolitik eller handelspolitik.

Situationen i Sudan är allvarlig. Men en feministisk utrikespolitik kan hjälpa till att, i den akuta humanitära situationen och i det långsiktiga utvecklingsarbetet, lyfta också kvinnors ställning i Sudan.

Anf. 8 HILLEVI LARSSON (S):

Fru talman! En väldigt viktig fråga som är kopplad till reproduktiva och sexuella rättigheter är mödradödligheten. Den är ett problem oavsett om man får barn frivilligt eller ofrivilligt genom tvångsäktenskap eller hur det än går till. Det innebär att även om man vill ha barnet finns det en risk i samband med förlossningen.

Den senaste siffran jag sett var från 2010. Den har alltså några år på nacken, men det finns fortfarande stora problem. Då var risken att dö vid

förlossning tusen gånger så hög i Sudan som i Sverige. Sudan är ett av de länder där det är farligast att bli mamma.

Jag vet att utrikesministern gör mycket just när det gäller mödradödligheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är ett brett område. Det är alltifrån att bekämpa mödradödlighet till att bekämpa barnnäkenskap och tvångsäktenskap. Grundläggande är att kvinnan ska bestämma över sin egen kropp. Att man ska överleva när man föder ett barn måste vara målet.

I detta ingår sexualrådgivning, sexualupplysning och preventivmedel. Här har vi problem över hela världen, alltså även i europeiska länder. Men i ett land som Sudan är det såklart lång väg att gå.

Jag vill verkligen instämma i något som Kofi Annan sa när han var generalsekreterare i FN. Han sa att girlpower är det bästa botemedlet mot fattigdom. I Sudan finns det både djup fattigdom och även kvinnoförtryck. Genom att kämpa för kvinnors och flickors rättigheter kan vi bekämpa både fattigdom och kvinnoförtryck.

Sverige har ju blivit historiskt genom att ha den första feministiska regeringen med en feministisk utrikespolitik, och jag ser fram emot det fortsatta arbetet.

#### Anf. 9 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S):

Fru talman! Till beskrivningarna av vad som händer i Sudan kan man lägga rapporten *Scorched earth, Poisoned air*, som kom från Amnesty i slutet av september. Den beskriver konflikten och situationen för civila, apropå det Amineh tog upp om flyktingars situation och hur det ser ut i läger. Det är hjärtskärande berättelser som Amnesty har samlat in om omfattande kränkningar av mänskliga rättigheter, inklusive sexuellt våld, och anklagelser om att regeringen kan ha använt kemiska vapen i Darfur. Det förtryck och det våld som den civila befolkningen i Darfur utsätts för är helt oacceptabelt. Därför måste vi förstås agera för att få slut på konflikten och på brotten mot mänskliga rättigheter. Här är situationen den att Sudans regering, liksom den väpnade oppositionen, förhindrar Afrikanska unionens och FN:s gemensamma insatser i Darfur från att skydda civila. Vi kan inte acceptera att Unamid, som är FN:s styrka, eller de humanitära organisationerna förhindras att verka i någon del av Sudan.

När nu Sverige tar plats i FN:s säkerhetsråd nästa år kommer vi att ta ansvar för säkerhetsrådets hela dagordning. Det betyder att vi får ansvar för alla de situationer och fredsbevarande insatser som redan finns på dagordningen, de rapporter som regelbundet kommer, konventionens efterlevnad och så vidare. Det kommer att bli också Sveriges dagordning. Situationen kommer alltså att behandlas, och det gäller Unamids mandat och humanitära organisationers möjligheter att nå ut och arbeta.

Vi kommer naturligtvis att göra allt vi kan för att föra dessa diskussioner framåt, och vi kommer att göra det mot denna bakgrund. Jag har sagt förut att den återkommande frågan i säkerhetsrådet måste bli: Var är kvinnorna? Finns de i fredsförhandlingar? Finns de bland dem som skriver under fredsavtal? Finns de i de fredsbevarande styrkorna? Finns de i uppföljningen? Finns de runt de bord där viktiga beslut fattas? Det kommer att bli vår roll att ställa dessa frågor.

Låt mig nämna ett par saker som kan läggas till. Det gäller ett initiativ som vi har tagit på sistone. Vi hade en stor internationell workshop häromveckan där vi hade bjudit in åklagaren från brottmålsdomstolen ICC, Fatou Bensouda. Vi hade också bjudit in representanter från Världsbanken och människorättsförespråkare från olika delar av världen för att diskutera om det fortfarande finns diskriminering av kvinnor. Finns det lagstadgad diskriminering av kvinnor, och i vilka länder? Det kunde Världsbanken informera om. Vad gör ICC för att se till att det inte är straffrihet för den här typen av brott runt om i världen? Hur behandlar man till exempel sexuella övergrepp?

Det var en mycket givande konferens, som vi förstås kommer att använda utfallet av. Vi ska se till att vi också får in det i vår process. Varje år fastställer vi en handlingsplan som är mycket konkret och som förs ut via alla våra ambassader runt om i världen med tydliga prioriteringar. Nu har vi till exempel arbetat med frågan om sexuell och reproduktiv hälsa. Det betyder att alla våra ambassader runt om i världen tittar på hur vi kan göra för att till exempel sprida kunskap om den kampanj som vi har haft om barnmorskor och tillgång till barnmorskehjälp.

Vi har dessutom ett nätverk av kvinnliga utrikesministrar där vi talar om just sådana här saker: Hur får man ned födelsetal i de länder där man behöver det? Hur bevakar man att kvinnor och flickor inte gifts bort i unga år?

Vi fortsätter att arbeta mycket aktivt med dessa frågor, och jag vill särskilt uppmärksamma vad Amineh sa: I flyktingsituationerna är det särskilt viktigt att bevaka detta.

Anf. 10 AMINEH KAKABAVEH (V):

Fru talman! Tack än en gång, utrikesminister Margot, för insatserna och insikten att man i maktens korridorer och regeringar särskilt vill lyfta fram kvinnor och flickor!

Jag vet själv om att Sverige gör detta. Jag var i Chile i Latinamerika förra året. Ambassadören och alla diplomater där var engagerade och ville tala om de här sakerna, särskilt om kvinnor. Jag fick då en tankeställare: Jag önskar att vi i Sverige skulle vara exakt likadana och inte göra ett tillbakadragande på grund av religionen i många delar av världen. Religionen och kulturen spelar en stor roll i många länder, och man borde där precis som i andra europeiska och latinamerikanska länder lyfta fram kvinnors och flickors frågor och rättigheter.

Jag håller med om det som Hillevi och de andra vännerna var inne på: Fattigdom spelar stor roll för flickors och kvinnors roll och för alla människors påverkan på demokratiutveckling. Det är helt sant, men det finns också en annan aspekt av det hela: När religionen blir landets lagar och när regimer medvetet använder religionen och kulturen för att behålla och upprätthålla förtryck, då har vi ett problem. I Saudiarabien och många andra länder råder inte direkt någon ekonomisk brist. Det råder brist på insikt och demokrati. Därför är det viktigt att lyfta fram detta, särskilt eftersom lagarna i en del länder gör att människor systematiskt förtrycks. Sudan är ett av dessa länder.

Därför är det angeläget att poängtera att 1325 är väldigt viktig, inte bara i Sudan utan också i Syrien och i många andra länder. Jag hoppas att vi följer upp effekterna.

Anf. 11 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S):

Fru talman! Tack så mycket, Amineh Kakabaveh för interpellationen! Tack också till alla som har deltagit i debatten! Den är fortsatt mycket viktig.

Vi kan se varje dag i rapporterna hur krigets fasa drabbar civilbefolkningen. Kvinnor och barn är kanske de som drabbas hårdare än några andra. Oskyldiga och obebäpnade hamnar de på krigets frontlinjer, där det på många håll i världen ständigt råder förtryck av kvinnor och flickor. De åtnjuter inte samma rättigheter som pojkar och män. Vi måste göra mycket mer för att se till att kunna skydda också de mest utsatta.

Det är spännande att se att till exempel Kanada har bett att få ta del av våra erfarenheter. Jag skulle inte bli förvånad om de också snart deklarerar att de vill föra en feministisk utrikespolitik. I de situationer som vi just nu diskuterar innebär en sådan politik till exempel att Sverige har varit det land som under lång tid har sekunderat en kvinna till Staffan de Mistura och hans team som FN:s sändebud.

Vi har varit de som har utbildat kvinnor i den syriska oppositionen och sett till att de har kunnat träffas, resa till Genève och få en röst i det som var förhandlingar till för en tid sedan. Detta kommer fortsatt att vara en viktig kraft.

Sverige kan vara det land som inspirerar andra länder, och med hjälp av vårt bistånd och vårt utvecklingsstöd till många länder kan vi bli ett exempel på hur vi tänker när det gäller att världen består till hälften av kvinnor. I vissa länder består en majoritet av befolkningen av kvinnor. Då måste man se till att de har samma rättigheter och samma representation och får del av samma resurser som männen.

Överläggningen var härmed avslutad.

### **§ 13 Svar på interpellation 2016/17:8 om samhällets stöd vid problematiskt dataspelande**

Anf. 12 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Rickard Nordin har frågat mig dels hur jag ser på att resurser helt saknas för att stötta personer med ett överdrivet dataspelande och deras anhöriga, dels hur jag kommer att agera för att dessa personer ska få ökat stöd.

Dataspelande kan, vilket Rickard Nordin också lyfter fram, ha positiva effekter på exempelvis kognitiv förmåga och språkförståelse. Vissa dataspel bygger på att spelarna samarbetar och umgås i grupper, vilket stärker en social gemenskap även utanför den virtuella världen. Dataspelande sågs för inte så länge sedan som någonting världsfrånvänt och negativt. I dag är dataspelandet för många en livsstil som är självklar och långt ifrån asocial. Utvecklingen inom området e-sport är ytterligare ett exempel på detta.

Dock förekommer också att dataspelande sker i sådan omfattning och under sådana omständigheter att det påverkar de spelandes vardagsliv, sociala kontakter, skolgång eller arbete. Jag uppfattar att det är detta Rickard Nordin avser med problematiskt dataspelande.

Rickard Nordin tar upp den senaste versionen av den amerikanska diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), som publicerades 2013. Diagnosen spelberoende om pengar, hasardspelsyndrom, placerades då i samma kategori av diagnoser som beroende av beroendeframkallande substanser, det vill säga alkohol, tobak, narkotika och dopningsmedel. Tidigare sågs diagnosen som en impuls-kontrollstörning och inte som ett beroendetillstånd. Även problematiskt dataspelande behandlades i översynen av tidigare DSM men togs inte upp som beroendediagnos.

Den svenska översättningen hasardspelsyndrom syftar till att tydliggöra att det är spel om pengar som avses och inte annan spelproblematik, exempelvis dataspelande. Dataspelande är relativt nytt i samhället, och kunskapen om varför vissa hamnar i ett okontrollerat spelande är bristfällig. För vissa som spelar för mycket kan det nog vara som Rickard Nordin säger: Spelandet är ett symptom på andra saker i livet som inte fungerar. Det är därför inte självklart att denna problematik ska mötas med samma typ av behandling som hasardspelberoende.

Hälso- och sjukvården har ansvar för att förebygga och behandla även problematiskt dataspelande om det bedöms finnas ett vårdbehov, precis som vid andra psykiatriska sjukdomstillstånd.

Genom ett samarbete mellan kommuner och landsting kan varje individ få det stöd som just han eller hon behöver för att komma ur ett problematiskt dataspelande. Samarbetsformerna finns reglerade i sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Regeringen avsätter ca 1 miljard kronor per år under 2016–2019 för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa.

Den 17 december 2015 beslutade regeringen om en ny strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa 2016–2020. Syftet med regeringens strategi är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser.

Anf. 13 RICKARD NORDIN (C):

Fru talman! Tack för svaret, ministern!

Jag är glad att höra att ministern och regeringen har förstått och uppfattar gamingens och e-sportens fördelar, som faktiskt är ganska stora. Jag tycker att det finns en positiv approach i inledningen till interpellations-svaret, och jag ser fram emot en positiv behandling av min e-sportmotion, som tar upp många av dessa saker, i vår.

Som ministern refererade till hänvisar den ordinarie sjukvården på många håll i landet de facto till exempelvis Spelberoendes Förening när det kommer till dessa frågor. Det beror kanske framför allt på att vi i Sverige inte gör skillnad på gaming och gambling, som man gör i engelska,

utan vi pratar om spel generellt sett. Detta har gjort att man på många platser har börjat bygga upp en kunskap, för man vill ju inte neka människor som har ett problem.

Även om det inte är ett beroende i traditionell mening, för det är det inte, och behandlingen inte heller är likadan finns det ett problem och ett behov. Det finns exempelvis ett projekt inom Arvsfonden som snart tar slut. Det är egentligen de enda medel som finns i kommunerna för att hantera detta. Uppenbarligen hänvisar den ordinarie sjukvården till Spelberoendes Förening på olika platser i landet, och där finns inte möjligheter och resurser att ta emot dessa människor. Resurser saknas, och detta ligger inte i deras uppdrag just nu.

Hur ser ministern på att den ordinarie sjukvården uppenbarligen inte har tillräcklig kunskap för att hantera problemen? Detta är ett stort problem bland dem som har psykisk ohälsa, och det här är ett tecken på det på många sätt.

Finns det något ministern kan göra för att hjälpa till här, för att kunna adressera de problem och behov som uppenbarligen finns?

Anf. 14 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Det som Rickard Nordin påpekar stämmer: Hälso- och sjukvården är inte alltid den bästa när det gäller att bemöta personer med spelproblematik eller, för den delen, psykisk ohälsa i allmänhet. Det beror till stor del på att strukturerna inte är tillräckligt väl utbyggda.

De satsningar man har gjort under en lång rad år på arbetet för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa har ofta skett i projektform. Det har handlat om tillfälliga medel, och inte alltför sällan har det varit inriktat mot den specialiserade psykiatrin. Detta har gjort att vi inom svensk hälso- och sjukvård inte har haft så bra möjligheter att tidigt möta människor som lider av psykisk ohälsa eller en problematik som kan kopplas till spel eller andra beroenden. Vi har inte heller kunnat arbeta tillräckligt mycket förebyggande.

Det som regeringens nya strategi på detta område syftar till är att prioritera insatser som handlar om att förebygga psykisk ohälsa i olika former men också tidiga insatser. I dag är det primärvården som ska vara vägen in till hälso- och sjukvården, men många inom primärvården känner inte att de i första hand har ett ansvar för att behandla psykisk ohälsa och känner heller inte alltid att de har kunskapen. Då hamnar individer många gånger mellan stolarna, och det är ett stort problem.

Med tanke på att utvecklingen när det gäller psykisk ohälsa visar på ett växande behov har regeringens inriktning och nya strategi tagit formen av att satsa på tidiga insatser och förebyggande arbete.

Anf. 15 RICKARD NORDIN (C):

Fru talman! Jag delar självfallet ministerns syn att vi ska satsa på det förebyggande och tidiga arbetet, men det finns de som behöver en annan hjälp. Jag håller med ministern om att detta inte fungerar i dag.

Ministern nämnde projektform och tillfälliga medel, och det är precis detta som är problemet just nu: När det gäller den kunskap som finns i Sverige om människor som har ett överdrivet dataspelände är det tillfälliga medel och projektform som gäller. Kunskapen riskerar att gå förlorad om man inte gör något och fångar upp kunskapen och möjligheterna.

Vi vet att ungdomars psykiska ohälsa är ett av de största folkhälsoproblem vi har i Sverige i dag. Här tar det sig ett nytt uttryck. Det har en ny form, och det behöver hanteras därefter.

Jag vill ge ett tips till ministern: Det finns människor som är experter på detta. De har tvingats att bli det därför att folk söker sig till dem och de inte vill neka någon. Man behöver kunna fånga upp detta på ett bättre sätt. Det finns en enorm kunskap om detta ute i Sverige i dag, men det behövs stöd och hjälp för att kunna ta till vara denna kunskap och möta fler människor. Detta kommer de olika spelberoendeföreningarna att behöva.

Även om det inte är ett regelrätt beroende utan ett annat problem har kunskap byggts upp dels med tillfälliga medel, dels med ideellt engagemang. Här finns en möjlighet för regeringen att hjälpa till att permanenta saker och fånga upp den kunskap som finns.

Jag är lite nyfiken: Ser ministern någon möjlighet att göra något och fånga upp kunskapen? Hur tänker sig ministern att man ska bygga vidare på de tillfälliga projekt som finns för att de inte ska rinna ut i sanden och kunskapen försvinna?

Anf. 16 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Jag tror att det bästa sättet att ta till vara de goda exempel som har uppkommit i tillfälliga projekt eller genom ideella krafter är att bygga starkare strukturer för att möta den psykiska ohälsan.

Det handlar om tidiga insatser. Dessa kan till exempel ta sig uttryck i att man etablerar barn- och ungdomshälsocentraler, som jag vet finns på sina håll i landet, eller att man stärker kompetensen inom primärvården när det gäller att hantera psykisk ohälsa av olika grad.

Ett exempel som regeringen tittar på tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting för att skapa bättre strukturer, men också för att sprida kunskap över landet, är att inrätta så kallade psykiatricentrum, som kan fungera som en väg mellan akademien, den specialiserade psykiatrien, primärvården och, naturligtvis, det ideella samfundet.

Jag tror att det är just genom att stärka denna typ av strukturer och bygga ett långsiktigt arbete som vi kan ta till vara den kunskap som har uppkommit och som finns om olika typer av problematik. Om vi återigen börjar diskutera enskilda aspekter av psykisk ohälsa eller beroendeproblematik utan att göra det i ett sammanhang är risken stor att vi på nytt hamnar i en karusell av tillfälliga insatser, projektmedel och ideella krafter, som trots den kunskap och det engagemang man besitter tvingas ägna en stor del av tiden åt att söka projektpengar.

Jag ser det därför som helt självklart för staten att satsa långsiktigt, satsa på strukturer och fokusera på ett antal områden. Annars kommer vi inte att komma framåt vare sig när det gäller den psykiska ohälsan i stort eller beroendeproblematik specifikt.

Anf. 17 RICKARD NORDIN (C):

Fru talman! Tack, ministern, för svaret!

Jag tror att vi i grund och botten har ungefär samma syn på detta: Vi är måna om människors hälsa.

Det finns mycket gott som vi kan ta med oss från gamingen och spelandet över huvud taget. Detta behöver vi använda för att skapa en bättre hälsa hos människor, både fysisk och psykisk. Jag ser fram emot att vi förhoppningsvis kan göra det tillsammans, inte minst genom min e-sportmotion.

Om ministern vill ha lite informationsspridning tycker jag att det finns en bra potential i att fånga upp de människor som är kompetenta och som har funnits i de tillfälliga projekten, för att hjälpa dem att sprida dem vidare. Jag vill passa på att bjuda in ministern till Göteborg. Den 8 december kommer det att hållas ett seminarium om detta, för att sprida informationen bättre och skapa möjligheter till nya strukturer så att vi får en bättre kunskap om dessa problem. För det är ett problem som tar sig nya uttryck. Det är ett gammalt problem som växer och som vi behöver hantera. Det hoppas jag att ministern och jag är överens om.

Anf. 18 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Jag tackar Rickard Nordin för interpellationen. Precis som Rickard Nordin tror jag att vi i grund och botten är överens och att vi båda ser behoven av att bygga långsiktiga och hållbara strukturer för att möta bland annat spelproblematiken. Jag tackar också för inbjudan.

Överläggningen var härmed avslutad.

#### **§ 14 Svar på interpellation 2016/17:19 om akutsjukhus**

Anf. 19 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Lotta Finstorp har frågat mig om jag har för avsikt att ta initiativ som grundar sig på hållningen att det finns ett samband mellan stora vårdenheter, kvalitet och köer. Vidare ställer hon frågan vilka andra åtgärder än stora regioner som jag anser måste vidtas för att komma till rätta med de stora utmaningar som vården har.

Inledningsvis vill jag påpeka att det inte finns någon koppling mellan regionfrågan som sådan och antalet sjukhus i Sverige. Hur många och vilka sjukhus vi ska ha i Sverige är en fråga för landstingen och regionerna att besluta om, såväl i dag som efter en regionreform.

Studier visar dock att det finns ett tydligt samband mellan kvalitet och volym, det vill säga hur många operationer eller åtgärder av ett visst slag ett sjukhus gör. Utredningen om högspecialiserad vård bedömer att vi skulle rädda åtminstone 500 liv per år om sjukhus generellt gjorde ca 100 åtgärder per år av respektive typ. Många sjukhus gör i dag betydligt färre. Många patienter skulle även slippa komplikationer och försämrad livskvalitet. Sambandet talar därför för ökad koncentration av olika åtgärder i vården.

Detta innebär inte per automatik att de största sjukhusen i alla avseenden skulle vara bättre – stora sjukhus har inte alltid de bästa resultaten. Enligt Utredningen om högspecialiserad vård bidrar hög personalörklighet, höga kostnader och andra effektivitetsproblem till att stora sjukhus inte alltid lyckas utnyttja fördelarna av höga volymer. Mindre sjukhus som är



specialiserade kan också uppnå höga volymer av enskilda ingrepp, och därmed få väl tränade medarbetare.

Utredningen om högspecialiserad vård överlämnade i vintras betänkandet *Träning ger färdighet*. Betänkandet har remissbehandlats och bereds fortsatt i Regeringskansliet.

När det gäller frågan om tillgänglighet och köer är detta ett mångfasetterat område. Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården bedömer att primärvården behöver stärkas och få ett tydligare uppdrag, så att fler människor kan få sina huvudsakliga vårdbehov tillgodosedda på denna vårdnivå. Jag delar utredarens bedömning och menar att det skulle underlätta ett snabbt och nära omhändertagande och i flera fall leda till minskade behov av sjukhusvård.

En stor utmaning som hälso- och sjukvården möter handlar om att tillgodose behovet av kompetenta medarbetare och att använda medarbetarnas kompetens på bästa sätt. Detta är en avgörande fråga för att förbättra vården, och inte minst för att förbättra tillgängligheten. Problem med kompetensförsörjningen minskar vårdens kapacitet och därmed tillgängligheten. Omvänt kan förbättringar också öka tillgängligheten. Regeringen har, förutom en särskild professionsmiljard och en till den kopplad överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting, gett flera myndigheter i uppdrag att se över och lämna förslag inom centrala områden såsom bättre data för planering av kompetensförsörjning, ledarskap och bred samverkan mellan viktiga aktörer.

Regeringen genomför också ett flertal andra satsningar för att förbättra vården. De generella statsbidragen till landstingen höjs. Stora investeringar görs i kvinnors hälsa, insatser för att möta den psykiska ohälsan samt för att göra cancervården mer tillgänglig och jämlik.

Vi vet att många patienter vårdas på sjukhus i onödan. Patienter som är färdiga att skrivas ut från sjukhus blir liggande i väntan på öppenvård och kommunala insatser. Utredningen om betalningsansvarslagen har lämnat förslag på åtgärder som kan förbättra situationen för patienterna och frigöra vårdplatser i slutenvård.

Det finns flera utmaningar som är angelägna att hantera och där regeringen redan har tagit initiativ. Ett sådant handlar om behovet av att säkerställa att hälso- och sjukvården i alla delar av landet är kunskapsbaserad och jämlik. Här har regeringen tillsatt en utredare som ska överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås.

Det är emellertid min uppfattning att färre och starkare regioner är en viktig förutsättning för att svensk hälso- och sjukvård ska utvecklas på ett positivt sätt. Det är av stor vikt för att kunna upprätthålla och utveckla hög kompetens i alla delar av landet, och det är nödvändigt för att alla ska ha likvärdig tillgång till vård oavsett var i landet de bor.

Anf. 20 LOTTA FINSTORP (M):

Fru talman! Jag tackar ministern för svaret. Jag har åtskilliga gånger stått i den här kammaren och försökt få svar på ett antal frågor angående den föreslagna storregionen som för oss i Sörmland benämns Svealandsregionen. Dessa frågor kommer inte sällan från människor i Sörmland som är oroliga för vad som kommer att hända, och de vill ha svar på vissa frå-

Prot. 2016/17:16

18 oktober

-----

Svar på

interpellationer

gor: Hur mycket kommer skatten att höjas? Kommer vårt hett efterlängtrade kollektivtrafiksystem att komma på plats 2017 som planerat? Kommer pendlarkortet att bli dyrare? Kommer Sörmland att få ha kvar sina tre akutsjukhus? Ger ett stort landsting högre kvalitet på vården än mindre landsting? På vilket sätt blir vårdköerna kortare och vårdplatserna fler? Kommer akutsjukhus att läggas ned?

Det är dags för ministern att klart och tydligt svara på frågor om den oro och frustration som finns där ute.

Att känna trygghet är en av de mest grundläggande hörnstenarna för oss människor. Det handlar om förutsägbarhet, att veta att polisen kommer när vi utsätts för fara, att äldreomsorgen är värdig och att vården är tillgänglig och har hög kvalitet när vi har behov av den. Men det är inte självklart så i dagens Sverige. I stället för att fokusera på vårdens kvalitet och tillgänglighet ägnar sig regeringen åt att rita om och expandera länsgränser under förevändning att stora regioner är en förutsättning för vårdens framtida utmaningar.

Storskalighet är inte likvärdigt med hög kvalitet och tillgänglighet. Det skriver ministern också i sitt svar på ett mycket bra sätt. Av svenska landsting är det faktiskt de små och medelstora landstingen som levererar de bästa välfärdstjänsterna till de lägsta kostnaderna.

I ministerns svar står också följande, som jag tycker är mycket klokt och riktigt: ”Mindre sjukhus som är specialiserade kan också uppnå höga volymer av enskilda ingrepp, och därmed få väl tränade medarbetare.” Träning ger färdighet, precis som utredningens betänkande heter. I Sörmland är Kullbergska sjukhuset ett sådant exempel. Man är mycket bra på att göra höftledsoperationer och gör det ofta. Då visar man också att man ligger i topp när det handlar om kvalitet.

Indelningskommittén menar att större regioner medför att landstingen blir mer resursstarka utan att kunna belägga detta påstående. Det skulle jag vilja att ministern vidareutvecklar. Sex fattiga landsting blir inte per automatik en rik region. Däremot är det riktigt att byråkratin sväller. Det ser vi mycket tydligt. Exempelvis kommer skatten att höjas i många av de landsting som nu ska ingå i stora regioner. Västra Götalandsregionen har till exempel sedan sin tillkomst höjt skatten med 2 kronor. Ändå är den regionen till ytan bara en tredjedel så stor som Svealandsregionen ska bli.

En ny region måste ha legitimitet hos invånarna. De måste känna trygghet och veta att de har en tillgänglighet till hälso- och sjukvården och att köerna blir kortare. I Indelningskommitténs underlag, det som vi har tagit del av, finns det väldigt lite som svarar upp mot dessa frågeställningar.

Förslaget om bildande av nya regioner redan 2019 är ett gigantiskt socialdemokratiskt prestigebygge utan folklig förankring. Varför är det så bråttom, ministern?

Frågan om legitimitet i en folkvald församling är komplex och måste också utredas ytterligare. Anser till exempel invånarna att besluten om hälso- och sjukvården är legitima om deras del av regionen konsekvent och återkommande drabbas av de strukturella förändringar som delbetänkandet förutskickar?

Anf. 21 ANN-BRITT ÅSEBOL (M):

Fru talman! Sjukvårdsministern har i ett antal sammanhang sagt att vi har för många akutsjukhus i Sverige. Detta uttalande har upprört många som redan i dag har långt till akutsjukvården.

I mitt hemlän Dalarna har vi långa avstånd, speciellt i den nordligaste delen av länet som är ett område där det finns många turister under vintersäsongen men även året runt. Hur långt är det rimligt att man som patient ska behöva åka när man behöver akut vård? Blir detta bättre när vi inför storregioner?

Den nya regionen skulle omfatta hela 64 kommuner och geografiskt sträcka sig från Östersjön till norska gränsen och från Grövelsjön ned till Oxelösund. Det är en sträcka på drygt 60 mil som det tar närmare åtta timmar att köra. Vad kommer att finnas kvar i den regionen vad gäller sjukhusvård? Kan man anta att de stora sjukhusen kommer att ta alla resurser?

Landstinget Dalarna har ett gott samarbete med länets kommuner. I ett storlän med 64 kommuner finns det anledning att anta att kommunerna, som har olika intressen och prioriteringar, skulle tappa inflytande. Erfarenhet från Västra Götaland visar att förankring är oerhört svårt med 49 kommuner, till exempel i fråga om närvård.

Vårdbarometern visar att stora landsting är sämre på att erbjuda likvärdig vård i praktiken. Ur den viktiga aspekten, förmågan att ge vård på lika villkor, ligger alla tre stora landsting i botten. En jämförelse av nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser ger också vid handen att det inte finns något samband mellan storleken på sjukvårdshuvudmännen och kvaliteten på sjukvården. Det hörde vi just Lotta Finstorp tala om när det gäller sjukvården i Sörmland.

Bäst cancervård finns inte i de tre stora landstingen. Det gör inte heller lägst dödlighet vid hjärtinfarkt, kortast responstid för ambulans, lägst andel överbeläggningar eller lägst strukturerad kostnad per invånare. Inte i någon av alla tillgängliga jämförelser av svensk sjukvård kommer de tre stora landstingen bäst ut samtidigt.

Sjukvårdsministern har också uttalat att det ska vara statlig styrning. Jag skulle vilja veta lite mer om hur sjukvårdsministern ser på den frågan. Kommer regionformer som inte bygger på ett underifrånperspektiv, att bli bättre? Här är det nog fråga om det motsatta. Regeringen har gett kommittén i uppdrag att rita en karta med storlän. Den bärande tanken bakom idén med storregioner skulle vara att de är resursstarka. Men det finns inte belegg för det.

En sammanslagning av alla sex sjukvårdshuvudmän innebär att hälso- och sjukvården behöver enas om en gemensam organisation. En ny region ska ha gemensam personalpolitik, ersättningsmodell, modell för facklig samverkan och kunskapsstyrning etcetera. Mer byråkrati är inte svaret på många frågor. De administrativa vinsterna med Region Svealand beräknas till blott 10 procent, vilket är ca 400 miljoner kronor. Det kan man jämföra med att Landstinget Dalarna i dag omsätter ca 8 miljarder kronor. Hur skulle det göra sjukvården effektivare?

Landstinget Dalarna har ett omfattande och utmärkt samarbete med andra regioner och landsting. Ett ovanifrånperspektiv skulle knappast gagna den enskilde patientens rätt till god sjukvård inom rimliga gränser.

Anf. 22 LENA ASPLUND (M):

Fru talman! För ungefär ett år sedan, närmare bestämt den 10 november, stod jag och statsrådet här i kammaren och diskuterade den akuta krisen i bland annat Landstinget Västernorrland och i svensk sjukvård generellt. Statsrådet berättade då att han skulle besöka olika landsting. Det tyckte jag var trevligt och bra. Den 2 december var statsrådet i mitt län, i Västernorrland. Då kom uttalandet om att vi har för många akutsjukhus i Sverige.

Det är nästan så att man baxnar. Jag tänker därför hålla mig till att diskutera akutsjukhusen. Vi har diskuterat det andra tidigare. Jag har diskuterat regionindelningen med statsrådet Shekarabi. Jag tänker därför tala om akutsjukhus och Sverige.

I svaret till Lotta Finstorp koncentrerar sig statsrådet mycket på högspecialiserad vård och primärvård. Jag håller absolut med om att primärvård är otroligt viktigt. Det är kostnadseffektivt, och det är dit man ska söka sig när det gäller små saker, till exempel när man har en infektion eller när barnen har inflammation i öronen. Högspecialiserad vård är någonting som många människor kanske inte ens utnyttjar, och om man utnyttjar det gör man det förhoppningsvis bara någon eller ett par gånger i livet. Akutsjukvård däremot är något som ska finnas relativt nära människor, så att man kan känna att man har en chans ifall något händer.

I mitt län, där statsrådets och den feministiska regeringens partikamrater styr – jag utgår alltså från att man för en feministisk sjukvårdspolitik – ska man lägga ned BB och all kvinnovård i Sollefteå. Det kommer att leda till att vissa kvinnor kommer att få åka mellan 10 och 22 mil för att föda barn. Nu pratar vi inte om E4:an eller stora fina vägar. Det är ganska smala, ganska dåligt underhållna vägar vintertid, vilket är oacceptabelt.

Man säger att konsekvensutredningen inte är särskilt bra. Men det som kommer att hända är att fler barn nog kommer att födas i taxi och bilar – ambulanser är väl okej.

Statsrådet sa nyss att färre och starkare regioner är att föredra. Nja, jag tror inte det. I vissa fall ja, när det gäller högspecialiserad vård, men inte när det gäller den nära vården. Den måste vi ha. Människor måste kunna känna sig trygga, att man törs bo där och att man törs bli med barn. Ungefär 300 förlossningar per år sker på BB i Sollefteå. Det är inte några riskförlossningar på något sätt. Det är tvärtom en av de bästa förlossningsavdelningarna i Sverige, som utför en väldigt låg andel kejsarsnitt.

Det är intressant att statsrådets partikamrat, landstingsrådet i Västernorrland, säger att det är rimligt att lägga ned och att flytta verksamheterna till de största städerna i Sverige. Tycker statsrådet att det är rimligt att människor ska få längre till vård, att de ska utsättas för att dö under transporter på vägarna när de ska ha en och en halv till två timmar till sin akuta vård? Det skulle jag vilja få svar på. Jag tror inte att det är den vården vi vill ha.

Läkarföreningen i Jämtland har gjort en utredning. I Stornorrland ser det i dag ut som på den bild som jag visar för kammarens ledamöter. Det är 100 mil mellan Sveg och Kiruna. Efter att en storregion har införts tror man att det ska se ut som på denna nya bild som jag visar upp. Är det så här vi vill ha det i Sverige? I detta stora område är det fyra sjukhus. Vad ger det för jämlik och bra vård för svenska folket?

Anf. 23 HILLEVI LARSSON (S):

Fru talman! Sjukvården handlar om väldigt mycket mer än storregioner. Sjukvårdsministern har lyft fram det på ett bra sätt i svaret. Det här är ändå bara ett axplock av allt som görs inom sjukvården.

När det gäller geografiska avstånd finns det inget objektiva sätt att se på vad som är rimligt. I till exempel Skåne, som jag kommer från, blir det ramaskri om man ska få lite längre till sjukvården, även om det jämfört med i Norrland handlar om korta avstånd. Det är alltså alltid en bedömningsfråga.

Det finns möjlighet att öka kvaliteten och att göra effektiviseringar genom att specialisera vården. Om det till exempel handlar om en planerad operation och som alltså inte behöver göras akut, som kanske bara görs en gång eller sällan – med flera års mellanrum – tror jag att de flesta patienter kan tänka sig att åka en längre sträcka. Det behöver inte vara i den kommun där patienten bor. Det kan bli en specialiseringsvinst genom att man gör väldigt många operationer, bygger upp kvaliteten och får personal som kan denna typ av operation. Det är inte effektivt att genomföra sådana operationer överallt, på alla sjukhus.

Vilken vård som ska ligga var är alltid en bedömningsfråga. Jag tror att just planerade operationer är ett exempel där man kan tänka sig längre avstånd. Det kan till och med korta köerna, i bästa fall, om man verkligen specialiserar det på ett bra sätt så att det fungerar praktiskt. Jag tror att många till och med kan tänka sig att åka till ett annat landsting för att göra en sådan operation, om det är lång väntetid i det egna landstinget, trots att det blir en lång sträcka att förflytta sig.

Jag vill inte ge mig in i diskussionen om storregioner och är varken för eller emot. Det är långt ifrån avgjort om det kommer att bli några storregioner. Men det är inte självklart att storregioner per automatik skulle leda till det ena eller det andra. Det får man i så fall göra upp om i regionerna.

Ett exempel på en storregion är polisen. Polisen är statlig. Hela Sverige är en region, och sedan organiserar man det såklart lokalt. Men det betyder ju inte per definition att det är långt till polisen. Det finns självklart människor som har långt till polisen, men man kan ju organisera den verksamheten i ett större geografiskt område.

Man måste se på så mycket mer när det gäller sjukvården. Regeringen arbetar nu till exempel för att fler ska komma till primärvården eftersom det är alltför många som kommer till akutsjukvården. Det kan bygga på okunskap eller på att man för säkerhets skull skickas till akutsjukvården därför att det finns en oro för att det kan vara något allvarligt. Men det gäller framför allt tillgängligheten till primärvården. Ju bättre tillgänglighet, desto större chans att människor kan ta sig dit på till exempel kvällar och helger. Då behöver man inte sitta och vänta på akuten. Det kan innebära en risk för alla som verkligen har ett livshotande tillstånd om andra borde söka sig till primärvården upptar en köplats.

Det finns mycket som man kan göra. Målet är att primärvården ska vara nära medborgarna. Akutsjukvården ska naturligtvis också vara så nära som möjligt, men akutsjukhus kan inte finnas i varje liten kommun. Det går inte, men akutsjukvård och förlossningsvård ska finnas så nära som möjligt. Där är det också viktigt att man inte skickas runt mellan olika kliniker. Det är en annan fråga, men den påverkar patienterna negativt.

Frågan om hur vi får bättre sjukvård är en komplex fråga som är mycket större än frågan om storregioner.

Anf. 24 ROLAND GUSTBÉE (M):

Fru talman! Det här handlar om två olika saker. Det ena är om större regioner leder till bättre sjukvård, och det andra är om ökad specialisering leder till bättre sjukvård.

Att större regioner skulle leda till bättre sjukvård har jag väldigt svårt att tro. I så fall skulle vi se evidens för det i dagens Sverige. Sjukvården i Skåne eller i Västra Götaland är inte bättre än den i Halland eller i Kronoberg. Tvärtom har nog hallänningarna det bättre förspant med möjlighet att välja mellan två regioner för att få högspecialiserad vård.

Däremot kan det vara bra för operatörer med större volymer att få göra ett ingrepp många gånger, det tror jag att vi är överens om. Men det finns också en baksida med det. Om man driver specialiseringen för långt utarmanas akutsjukhusen på kompetens. Då händer det två saker. Det ena är att de specialister som kan hjälpa till i akuta skeden på akutsjukhusen inte finns där. Det andra är att de läkare som trots allt finns kvar ofta känner att de inte kan utvecklas. Många läkare har kommit till mig och sagt att de inte ser några utvecklingsmöjligheter på de medelstora sjukhusen om de ingrepp som görs i dag ska förflyttas.

Därmed inte sagt att det inte behövs volymer på insatserna. Men man måste också ha i bakhuvudet vad som händer med akutsjukhusen när man driver omorganiseringen.

Jag vill ställa en rak fråga till ministern om han anser att sjukvården har högre kvalitet i Skåne och Västra Götaland än vad den har i de mindre regionerna. Finns det en sådan evidens för sjukvårdens kvalitet, det vill säga att den blir bättre med större regioner?

Anf. 25 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Vad roligt att ha en sjukvårdsdebatt i den här kammaren och en debatt om sjukvårdens förutsättningar!

För att debatten ska bli begriplig för dem som lyssnar på den måste man börja med att berätta i vilket läge svensk hälso- och sjukvård befinner sig. Svensk hälso- och sjukvård håller väldigt hög medicinsk kvalitet jämfört med andra länder. Det är på många sätt ett alldeles utmärkt system, men systemet är i hög grad anpassat efter 1900-talets stora sjukdomar och besvär. Det är ett jättebra system när det handlar om att behandla infektionssjukdomar, olycksfall, benbrott och liknande men det är sämre på att möta de patienter som har de allra största behoven i dag.

Vilka är då dessa patienter? Ett tydligt mått på vad hälso- och sjukvården i större utsträckning kommer att behöva ägna sig åt i framtiden och det som är den stora utmaningen för hälso- och sjukvården är att i dag går 80–85 procent av alla pengar som vi satsar på hälso- och sjukvård i det här landet till människor som lider av åtminstone *en* kronisk sjukdom.

Det finns en skillnad mellan den här patientgruppen och de patientgrupper som hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt efter. Det ena är att om man har en infektion, har brutit ett ben eller har råkat ut för en olycka får man behandling i hälso- och sjukvården och efter ett antal dagar, veckor eller i värsta fall efter ett antal månader går man förhoppningsvis

därifrån frisk och kry. Sedan behöver man inte komma tillbaka till sjukvården på flera decennier. Så såg patienterna i princip ut under 1900-talet.

Det andra är att om man har en kronisk sjukdom – eller flera kroniska sjukdomar som många patienter har – kommer man kanske aldrig att lämna hälso- och sjukvården. Man kommer att behöva behandlingar och träffa läkare under resten av sitt liv. För denna patientgrupp är våra system inte anpassade i dag.

Det är de människor som lider av minst en kronisk sjukdom eller de som är multisjuka äldre som tvingas vänta på akutmottagningar fyra, fem eller sex timmar på att få behandling, bara för att vi inte har riggat ett system som är anpassat efter dessa människors behov.

För ett år sedan kunde vi läsa om en man här i Stockholmsområdet som hade besökt olika delar av hälso- och sjukvården 74 gånger på ett år utan att riktigt ha fått hjälp för sina besvär. Det är orimligt. Därför måste vi ställa om svensk hälso- och sjukvård.

Regeringen har nu fått en utredning på sitt bord som i långa stycken beskriver hur detta ska gå till. Den har tagits emot väldigt väl av hela Hälso- och sjukvårdssverige. Man arbetar redan med att implementera förslagen i många landsting och regioner.

Jag utgår från att de moderata debattörerna här i dag har läst utredningen om effektiv vård. Om man har gjort det inser man också att det som bland annat Lena Asplund tar upp, om att vården måste vara nära människor, inte innebär någon motsättning till att bygga ut primärvården. Tvärtom behöver framtidens akutvård i större utsträckning bedrivas inom primärvården för att den ska komma mycket närmare människorna jämfört med hur dagens situation är riggad.

Jag hoppas att få ägna min återstående talartid åt att närmare precisera hur vi ska utveckla svensk hälso- och sjukvård.

Anf. 26 LOTTA FINSTORP (M):

Fru talman! Tack, ministern, för en intressant och viktig debatt om svensk hälso- och sjukvård samt storregionförslaget!

Det som ministern avslutade med om multisjukas problematik och svårighet att komma till rätt vårdnivå är otroligt viktigt. Det måste man komma till rätta med. Då kommer jag osökt att tänka på: Hur ska storregionaliseringen hjälpa multisjuka att snabbare komma in på rätt vårdnivå? Det är en fråga som jag inte riktigt förstår och som jag gärna vill ha svar på. Det är den nära vården som man har störst behov av när man är multisjuk. Den lär ju komma längre ifrån medborgarna om man har större regioner. Jag hoppas att få svar på den frågan senare.

Ministern säger i sitt svar: ”Inledningsvis vill jag påtala att det inte finns någon koppling mellan regionfrågan som sådan och antalet sjukhus i Sverige.” Han säger också att kvaliteten inte har något att göra med om det är stora eller små landsting.

Samtidigt står det i sista stycket av svaret: ”Det är emellertid min uppfattning att färre och starkare regioner är en viktig förutsättning för att svensk hälso- och sjukvård ska utvecklas på ett positivt sätt.”

Då utgår jag från att ministern menar att större geografiska områden ger svensk hälso- och sjukvård en bättre förutsättning. Jag hoppas att jag har uppfattat ministerns svar fel.

Ministern talar även om att patienter vårdas på sjukhus i onödan. I Landstinget Sörmland, mitt landsting, finns en förskräcklig brist på vårdplatser. Hur skulle det kunna se annorlunda ut för patienterna i en storregion? Tror ministern att det blir fler sängplatser om vi lägger ned akut-sjukhus? Detta vill jag också få veta.

Vilka problem ska regionreformen lösa? Varje förändring av den regionala indelningen måste göras med utgångspunkt i vilka problem som ska lösas. Vad är det som ska bli bättre? Och vad är det mer specifikt som blir bättre inom hälso- och sjukvården om vi får större geografiska enheter?

Jag har tagit del av myndigheten Vårdanalys remissyttrande, där man avstyrker förslaget i delbetänkandet mot bakgrund av att myndigheten anser att delbetänkandet inte utgör ett fullgott underlag för en långsiktigt hållbar förändring av samhällsorganisationen. Bristerna består enligt myndigheten bland annat av följande:

1. De problem som utredningen anger som grund för den föreslagna strukturförändringen är otillräckligt preciserade, och relevanta problem saknas helt i analysen.
2. Det är otillräckligt belyst att den föreslagna strukturreformen på ett effektivt sätt åtgärdar de utmaningar som vården och omsorgen står inför.
3. Det saknas en konsekvensanalys ur ett patient- och brukarperspektiv.

Att det saknas en konsekvensanalys ur ett patient- och brukarperspektiv, som det talas om under den tredje punkten, är väldigt allvarligt. Om man inte kan få en folklig förankring för en så stor reform som att vidga länsgränserna har det inte längre legitimitet hos medborgarna.

Jag vill att ministern i sitt nästa anförande kommenterar denna allvarliga del i myndigheten Vårdanalys remissyttrande.

Anf. 27 ANN-BRITT ÅSEBOL (M):

Fru talman! Tack, ministern, för debatten! Även jag tycker att det är viktigt att debattera just hälso- och sjukvård. Frågorna är viktiga, och det är viktigt att jämlik vård också kommer att vara tillgänglig runt om i hela landet.

Det för mig tillbaka till mitt hemlandsting Dalarna. Ministern har varit där på besök, så han vet hur det ser ut där. Det är långa avstånd för dem som bor i till exempel den norra länsdelen. Vi har i dag sjukvård i Mora, Ludvika, Avesta och Falun. Det är klart att befolkningen blir rädd när man hör någon säga eller läser i medierna att ett akutsjukhus ska läggas ned. Vilket av sjukhusen ska läggas ned? Hur ska det se ut i en större struktur? Jag vill gärna att ministern säger något om detta. Då kan jag komma hem till Dalarna och säga att det inte finns någon risk att man lägger ned sjukhusen i Ludvika, Avesta, Mora eller Falun så att vi alla måste åka längre.

Det jag inte förstår är talet om att bygga reformer ur ett underifrånperspektiv. Här kommer en reform där ett antal landsting själva kan säga att de vill gå samman, och utifrån det kan vi få en bättre hälso- och sjukvård.



Jag förstår inte detta, så ministern får gärna utveckla vad som blir bättre i en storregion än när man som patient känner närheten i det lilla.

Patientlagen ska ju trots allt stärka patientens ställning i vården. Man ska ha rätt till trygghet, och patientens behov ska kunna tillgodoses. Hur gör man detta i en storregion när man inte har sett någon konsekvensanalys eller när man inte har en folklig förankring för hur detta kommer att se ut i ett större perspektiv? Det är därför storregioner och sjukvården hänger så väl ihop.

Jag tror att vi alla är överens om att vid sjukdomar där det krävs högspecialiserad vård kan vi åka vart som helst. Det kan vi ju i dag. Vi kan åka ut i hela Europa, och det tycker jag är bra.

Anf. 28 LENA ASPLUND (M):

Fru talman! Låt oss göra klart att detta inte handlar om akutsjukvård eller akutsjukhus. Det handlar många gånger inte heller om sällanoperationer och högspecialiserad vård, utan det handlar om det nära, till exempel de kroniskt sjuka och de multisjuka. Då behövs de mindre sjukhusen. Detta kan man inte klara av inom primärvården.

Jag sitter i försvarsutskottet nu, inte socialutskottet, men jag har jobbat inom sjukvården i över 25 år och tror att jag kan lite grann i alla fall.

Det här handlar om att ha akut ortopedi, akut kirurgi och sådant. Hur hjälper det den multisjuka herr Johansson i Junsele om han måste åka 25 mil till Sundsvall när han har brutit lårbenshalsen? Eller för den delen fru Karlsson i Kiruna när hon måste åka 34 mil till Sunderbyn? Det blir ju inte bättre för dem, tvärtom. Vi måste ha kvar de mindre akutsjukhusen som kan klara av det dagsaktuella och viktiga. Många gånger är detta också livsviktigt.

Jag tycker att debatten har blivit lite skev när statsrådet ägnar mycket tid åt högspecialiserad vård och utredningen om denna. Vi är överens om just det – det är ingen som tycker något annat. Vi kan åka någon annanstans, och till och med lämna Sverige om vi behöver, när det gäller sådant som sker sällan.

I stället gäller det näravård och om när ens barn eller barnbarn ramlar och bryter handleden. Då ska man inte behöva åka i flera timmar för att bli röntgad och opererad. Det handlar även om att den gamla människan ska ha nära till vården. Det handlar inte om när man är riktigt sjuk. Givetvis kan man då åka iväg.

Vi behöver skilja på äpplen och päron i den här diskussionen. Nu handlar det om akutsjukhus och om den nära vården. Jag vill ha svar på vad ministern egentligen tycker om detta. Inget mer om högspecialiserad vård, tack!

Anf. 29 HILLEVI LARSSON (S):

Fru talman! Jag kan försäkra att problemen inom den skånska sjukvården har lite att göra med att det är en större region. Avstånden är dessutom korta i Skåne. Det stora problemet i den skånska sjukvården är i stället att den är underfinansierad.

Vi har sedan tidigare ett underskott som den förra regionledningen byggde upp under åtta år. De ville inte höja skatten, utan höll emot under

lång tid. Den nya regionledningen, som leds av Socialdemokraterna, försöker förgäves att få igenom en skattehöjning, men en sådan blockeras av de borgerliga partierna och Sverigedemokraterna.

Skåne har Sveriges lägsta landstingsskatt, trots stora behov och ett stort underskott. Vi skulle behöva resurser för att täcka upp underskottet och för att göra ytterligare satsningar, så därför behövs en höjning av skatten.

Många experter, inte minst läkare, står bakom detta och menar att det inte går att köra med underskott hur länge som helst. Det slutar med att det går ut över patienterna. Det blir färre vårdplatser, mindre personal och ökad stress för personalen, vilket i sin tur leder till fler sjukskrivningar och en ökad risk för att misstag begås. Just finansieringen av sjukvården är helt avgörande för detta.

Så här ser det ut på många håll i landet. Finansieringen är en grundfråga. Om vi verkligen vill ha en sjukvård som är jämlik och tillgänglig kostar det pengar. Jag tror att folk är beredda att betala för det.

Jag vill avsluta med några ord om den specialiserade vården. Jag tycker att Gabriel Wikström var tydlig i sitt svar: Specialiseringen kan, enligt utredningen som gjorts, rädda 500 liv om året. Men det behöver inte handla om stora enheter, utan de kan vara mindre. Det är dock viktigt med specialisering, och det måste vi jobba för i sjukvården i framtiden.

Anf. 30 ROLAND GUSTBÉE (M):

Fru talman! Ministern lyfte i föregående inlägg upp en viktig fråga. Det handlade om de multisjuka och de kroniskt sjuka. Göran Stiernstedt tar i sin utredning upp att vi behöver stärka primärvården och kanske också få lättakuter. Detta är en motsatt rörelse till den centralisering som vi behöver för den högspecialiserade vården.

Har ministern några idéer om hur vi ska stärka primärvården? I Kronobergs län, som jag känner till väl, har vi ca 50 procent vakanser bland allmänspecialister. Det är allmänt svårt att locka till sig folk till just denna specialitet. Vi har till och med en situation i Kronobergs län där vi betalar mer för allmänspecialister än vad vi gör för övriga specialister. Trots det råder rekryteringssvårigheter.

Vi har från Alliansens sida försökt komplettera med exempelvis fler kirurger, ortopedier och medicinare till primärvården för att förstärka där. Men det får vi inte med oss den ledande S–V–MP-majoriteten på, utan de tycker att det ska vara allmänspecialister. Man lyckas dock inte rekrytera dem.

Hur ska vi stärka primärvården så att vi kan ta hand om de multisjuka?

Anf. 31 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Jag tackar för alla inlägg. Det blandas högt och lågt här.

Till att börja med kan jag säga till Lena Asplund att jag inte pratade en enda gång om den specialiserade vården i mitt senaste inlägg. Jag pratade om den nära vården som behöver finnas för multisjuka äldre, för dem som är kroniskt sjuka och behöver besöka vården kanske många gånger i månaden eller till och med veckan. Det är dem vi måste ha för ögonen när vi nu går in i en storreformerings av svensk hälso- och sjukvård.

Jag har fått flera frågor om vad större regioner kan bidra med för att utveckla svensk hälso- och sjukvård. Det refereras till Indelningskommitténs betänkande, men det är inte det enda betänkande som har kommit i

den här frågan. Hela debatten om större regioner kom ju igång på allvar när Ansvarskommittén presenterade sitt slutbetänkande 2007. Där har man ett långt och utförligt resonemang om sjukvården och ställer upp ett antal argument för att större regioner skulle kunna bidra till en bättre hälso- och sjukvård.

Det handlar bland annat om att dagens landsting många gånger är för små och inte har den kritiska massa som krävs för effektiva investeringar inom sjukvården – investeringar som kommer att kräva belopp i kanske hundramiljoners- eller till och med miljardklassen. De har inte heller alla gånger den kritiska massan för att kunna bedriva forskning och vård av hög kvalitet, särskilt inte för att möta framtidens utmaningar. Man bedömer också att landstingen i dag inte är tillräckligt stora för att kunna bära och utveckla spetskompetens och för att kunna svara för kompetensförsörjningen i största allmänhet. Man menar dessutom att storleken påverkar förmågan att ta emot och omsätta ny kunskap samtidigt som gamla metoder ska kunna mönstras ut. Men det här känner naturligtvis de moderata företrädarna i debatten väl till, för det var moderaten Mats Svegfors som ledde Ansvarskommitténs arbete.

Ibland kan man få intrycket att Moderaterna skulle vara emot allt vad större regioner innebär, men det är inte riktigt sant. Sanningen är att åtminstone några moderater är för större regioner. Man är ganska splittrad inom sitt eget parti. Men det regionförslag som har lagts fram av Indelningskommittén är inte helt i linje med den typ av regionindelning som Moderaterna vill se. Det är där skon klämmer. Man försöker piska upp en debatt mot regionförstoring som sådan och låtsas att man är helt emot när man i själva verket är för – bara för att dölja att man egentligen är sur över att man inte får igenom sitt eget förslag.

Dessutom försöker man påvisa att det skulle finnas något slags borgerlig enighet i detta. Det gör det inte heller. Man kan titta på de remissvar som har kommit in från landstingen. Inte minst i den tilltänkta Svealandsregionen har bland annat Centerpartiet varit en stark förespråkare för större regioner. Moderaterna står många gånger ensamma eller tillsammans med Sverigedemokraterna.

Jag tycker att det här starkt tyder på att Moderaterna gör detta mer av maktambitioner och för att sätta käppar i hjulet för en regionbildning som kommer att vara helt nödvändig för att utveckla svensk hälso- och sjukvård. Man har dock väldigt låga ambitioner när det gäller att diskutera vad svensk hälso- och sjukvård faktiskt behöver för att utvecklas och moderniseras.

Anf. 32 LOTTA FINSTORP (M):

Fru talman! Jag vill gärna kommentera det som ministern nyss sa. Framför allt gäller det Landstinget Sörmland, vars remissvar kan sammanfattas på följande sätt: Nej tack, år 2019 vill vi absolut inte få en storregion. Det är detta som det finns ett majoritetsbeslut om från Landstinget Sörmland.

När det handlar om Ansvarskommittén och Svegforsutredningen byggde storregiontanken på funktionella samband, arbetsmarknad och tillväxt. Den hade inte hälso- och sjukvården som grund.

Prot. 2016/17:16

18 oktober

-----

Svar på  
interpellationer

Varför så bråttom? Varför försöka få igenom det här 2019 i stället för att ha ett val emellan så att det finns en folklig förankring? Nu blir det väldigt konstigt, för vi som är politiker från länen i bland annat Svealandsregionen men också Norrlandsregionen kan inte svara våra invånare. Vi har inga svar, för ni har inte gett några sådana. Vad är syftet?

Det är därför vi står här, dag ut och dag in, och ställer de här frågorna, som vi får medskickade från våra medborgare i länen. Den folkliga förankringen och ett majoritetsbeslut om hur man ska dela in Sverige borde egentligen vara det minsta som ni skulle vilja ha. Det bästa att få är en bred majoritet för att gå in i denna storregionalisering. I stället vill man få det här undanstökat snabbt. Redan 2019 ska det alltså vara nya länsgränser i Sverige.

Det tar väldigt lång tid att göra om organisationer. Jag håller med – staten borde absolut ha en annan indelning. Det är som ett lapptäcke i dag. Men innan man får det på plats? Jag sitter i ett regionpolisråd som nyligen har bildats med anledning av den nya nationella polisorganisationen, som håller på och sätter sig. Nu ska den förmodligen göras om igen på grund av att det blir nya storregioner. Det finns väldigt mycket som gör att människor är otroligt oroliga. När då dessutom det här med att lägga ned akutsjukhus kom blev det en stor oro – vi har tre sjukhus i länet. Detta leder till en väldigt negativ syn på storregioner.

Anf. 33 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S):

Fru talman! Jag kan väl börja där Lotta Finstorp slutade, bara för att förtydliga. Staten lägger inte ned några akutsjukhus. Staten startar heller inte några akutsjukhus. Det är landstingens och regionernas ansvar att organisera hälso- och sjukvården. Så kommer det också att vara efter en storregionalisering. Det vill jag vara väldigt tydlig med.

Däremot står vi inför stora utmaningar. Vi har berört en del av dem, bland annat att hälso- och sjukvården inte är anpassad efter de stora patientgrupperna. Jag nämnde att 80–85 procent av resurserna går till människor som lider av åtminstone *en* kronisk sjukdom. Vi vet att ungefär 1 procent av patienterna, de allra svåraste, står för hela 35 procent av alla pengar som finns inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Jag vill knyta an till något som Hillevi Larsson tog upp. Hälso- och sjukvården behöver inte bara bättre förutsättningar i form av större regioner och i form av bättre anpassad och modernare organisation utan också bättre förutsättningar i form av mer resurser. Från regeringens sida tillför vi nu ett antal miljarder till hälso- och sjukvården. Totalt handlar det nästa år om 3 miljarder i generella statsbidrag som kommer att kunna användas av landsting och regioner till att möta de behov som man ser inom sitt område. Det är en helt annan politik än vad medborgarna vande sig vid under åtta år av alliansstyre, när pengar inte tillskötts till hälso- och sjukvården och inte kom landsting och regioner till del utan det var stora skattesänkningar för dem som tjänade mest som prioriterades.

Nu lägger vi om politiken. Jag förstår att det svider för Moderaterna. Men vi tror att en politik för mer resurser i välfärden är rätt väg att gå.

Överläggningen var härmed avslutad.

Följande dokument anmäldes och bordlades:

Propositioner

2016/17:19 Utbyte av upplysningar om förhandsbesked i gränsöverskridande skattefrågor och förhandsbesked om prissättning

2016/17:24 Golv för statslåneräntan i skattelagstiftningen

2016/17:25 Ändrade regler för uppskov med kapitalvinst vid avyttring av privatbostad

2016/17:26 Ömsesidigt bistånd med indrivning av vissa administrativa sanktionsavgifter

2016/17:27 Utökade möjligheter för migrationsdomstolar att överlämna mål

Skrivelse

2016/17:29 Regeringens strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter

Motioner

med anledning av prop. 2016/17:4 Ett reformerat bilstöd

2016/17:3499 av Carina Herrstedt m.fl. (SD)

2016/17:3500 av Barbro Westerholm m.fl. (L)

2016/17:3501 av Anders W Jonsson och Emma Henriksson (C, KD)

§ 16 Anmälan om interpellationer

Följande interpellationer hade framställts:

*den 14 oktober*

**2016/17:51 Inrättande av en angränsande zon**

av *Allan Widman* (L)

till utrikesminister *Margot Wallström* (S)

**2016/17:52 Framtidens samhällsnät för mobil kommunikation**

av *Anti Avsan* (M)

till statsrådet *Anders Ygeman* (S)

**2016/17:53 Finansiering av Norrbotniabanan**

av *Edward Riedl* (M)

till statsrådet *Anna Johansson* (S)

**2016/17:54 Situationen för polishundar och polishästar**

av *Lotta Finstorp* (M)

till justitie- och migrationsminister *Morgan Johansson* (S)

**2016/17:55 Hedersvåld och förtryck mot kvinnor**

av *Erik Andersson* (M)

till statsrådet *Åsa Regnér* (S)

den 17 oktober

**2016/17:56 Tillämpningen av strandskyddet**  
av *Lars-Arne Staxäng* (M)  
till miljöminister *Karolina Skog* (MP)

**§ 17 Anmälan om frågor för skriftliga svar**

Följande frågor för skriftliga svar hade framställts:

den 14 oktober

**2016/17:109 Begränsning av MRSA-smitta**

av *Betty Malmberg* (M)  
till statsrådet *Sven-Erik Bucht* (S)

**2016/17:110 Snabbspår för utlandsfödda akademiker**

av *Betty Malmberg* (M)  
till statsrådet *Helene Hellmark Knutsson* (S)

**2016/17:111 Möjligheten att bygga i attraktiva miljöer**

av *Åsa Coenraads* (M)  
till miljöminister *Karolina Skog* (MP)

**2016/17:112 Ny lagstiftning för elektroniska cigaretter**

av *Martin Kinnunen* (SD)  
till statsrådet *Gabriel Wikström* (S)

**2016/17:113 Lärarlönelyftet och IB-lärare**

av *Betty Malmberg* (M)  
till statsrådet *Helene Hellmark Knutsson* (S)

**2016/17:114 Internationell överenskommelse som möjliggör fossilfritt flyg**

av *Jonas Jacobsson Gjörtler* (M)  
till miljöminister *Karolina Skog* (MP)

**2016/17:115 Handläggningen av uppehållstillstånd för studenter och forskare**

av *Barbro Westerholm* (L)  
till statsrådet *Helene Hellmark Knutsson* (S)

**2016/17:116 Oklarheter gällande solcellsskatten**

av *Maria Malmer Stenergard* (M)  
till finansminister *Magdalena Andersson* (S)

**2016/17:117 Det framtida samarbetet med Danmark mot den organiserade brottsligheten**

av *Jens Holm* (V)  
till statsrådet *Anders Ygeman* (S)

**2016/17:118 Arbetskraftsinvandring**

av *Johan Forssell* (M)  
till justitie- och migrationsminister *Morgan Johansson* (S)

**2016/17:119 Långa väntetider för att nå polisen**

av *Lotta Finstorp* (M)  
till statsrådet *Anders Ygeman* (S)

**2016/17:120 Vägpirater i Bohuslän**

av *Lars-Arne Staxäng* (M)

till justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S)

**2016/17:121 Poliser som säger upp sig**

av *Lars-Arne Staxäng* (M)

till statsrådet Anders Ygeman (S)

**2016/17:122 Ett skärpt regelverk för förvar**

av *Johan Forssell* (M)

till justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S)

**2016/17:123 Missbruk av Migrationsverkets resehandlingar**

av *Johan Forssell* (M)

till justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S)

**2016/17:124 Distanshandel med alkoholhaltiga drycker**

av *Sten Bergheden* (M)

till statsrådet Gabriel Wikström (S)

**2016/17:125 Sörmland och Svealandsregionen**

av *Lotta Finstorp* (M)

till statsrådet Ardalan Shekarabi (S)

**2016/17:126 Biståndet till Palestina**

av *Boriana Åberg* (M)

till statsrådet Isabella Lövin (MP)

**2016/17:127 Migrationsverkets skuld till Hällefors kommun**

av *Lotta Olsson* (M)

till justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S)

**2016/17:128 En verksamhet av god kvalitet för utsatta barn**

av *Cecilia Widegren* (M)

till statsrådet Åsa Regnér (S)

den 17 oktober

**2016/17:129 Statens skuld till kommunerna**

av *Johan Forssell* (M)

till justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S)

**2016/17:130 Högskolors lokalisering**

av *Christer Nylander* (L)

till statsrådet Helene Hellmark Knutsson (S)

**2016/17:131 Riksrevisionens kritik mot skattereglerna**

av *Maria Malmer Stenergard* (M)

till finansminister Magdalena Andersson (S)

**2016/17:132 Slarv med läkemedel**

av *Saila Quicklund* (M)

till statsrådet Gabriel Wikström (S)

**2016/17:133 Distansförsäljning av alkohol**

av *Edward Riedl* (M)

till statsrådet Gabriel Wikström (S)

**2016/17:134 Statens försäljning av SAS**

av *Sofia Fölster* (M)

till närings- och innovationsminister Mikael Damberg (S)

**2016/17:135 Åtgärder kring Postnord**

av *Sofia Fölster* (M)

till närings- och innovationsminister Mikael Damberg (S)

Prot. 2016/17:16  
18 oktober  
-----

**2016/17:136 Polisen och väntetider på 114 14**

av *Håkan Bergman* (S)

till statsrådet Anders Ygeman (S)

**2016/17:137 Av- och utvisning av personer som fått avslag på sin asylansökan**

av *Johan Forssell* (M)

till justitie- och migrationsminister Morgan Johansson (S)

**2016/17:138 Kontroll av LOK-stödet**

av *Saila Quicklund* (M)

till statsrådet Gabriel Wikström (S)

§ 18 Kammaren åtskildes kl. 14.39.

Sammanträdet leddes av tredje vice talmannen.

Vid protokollet

ANDERS NORIN

*/Olof Pilo*



§ 1 Justering av protokoll.....	1
§ 2 Anmälan om ny riksdagsledamot .....	1
§ 3 Meddelande om parentation .....	1
§ 4 Avsägelse .....	2
§ 5 Anmälan om kompletteringsval.....	2
§ 6 Meddelande om frågestund.....	2
§ 7 Anmälan om subsidiaritetsprövningar .....	2
§ 8 Anmälan om fördröjt svar på interpellation .....	3
§ 9 Anmälan om faktapromemoria .....	3
§ 10 Ärende för hänvisning till utskott .....	3
§ 11 Ärenden för bordläggning.....	3
§ 12 Svar på interpellation 2015/16:781 om förföljelse av kvinnor i Sudan .....	4
Anf. 1 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S).....	4
Anf. 2 AMINEH KAKABAVEH (V) .....	5
Anf. 3 MARIA ANDERSSON WILLNER (S) .....	6
Anf. 4 HILLEVI LARSSON (S) .....	6
Anf. 5 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S).....	7
Anf. 6 AMINEH KAKABAVEH (V) .....	8
Anf. 7 MARIA ANDERSSON WILLNER (S) .....	9
Anf. 8 HILLEVI LARSSON (S) .....	9
Anf. 9 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S).....	10
Anf. 10 AMINEH KAKABAVEH (V) .....	11
Anf. 11 Utrikesminister MARGOT WALLSTRÖM (S).....	12
§ 13 Svar på interpellation 2016/17:8 om samhällets stöd vid problematiskt dataspelade .....	12
Anf. 12 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	12
Anf. 13 RICKARD NORDIN (C) .....	13
Anf. 14 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	14
Anf. 15 RICKARD NORDIN (C) .....	14
Anf. 16 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	15
Anf. 17 RICKARD NORDIN (C) .....	15
Anf. 18 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	16
§ 14 Svar på interpellation 2016/17:19 om akutsjukhus.....	16
Anf. 19 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	16
Anf. 20 LOTTA FINSTORP (M).....	17
Anf. 21 ANN-BRITT ÅSEBOL (M).....	19
Anf. 22 LENA ASPLUND (M).....	20
Anf. 23 HILLEVI LARSSON (S).....	21
Anf. 24 ROLAND GUSTBÉE (M) .....	22
Anf. 25 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	22
Anf. 26 LOTTA FINSTORP (M).....	23
Anf. 27 ANN-BRITT ÅSEBOL (M).....	24
Anf. 28 LENA ASPLUND (M).....	25
Anf. 29 HILLEVI LARSSON (S).....	25
Anf. 30 ROLAND GUSTBÉE (M) .....	26
Anf. 31 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S) .....	26

Prot. 2016/17:16  
18 oktober  
-----

Anf. 32 LOTTA FINSTORP (M).....	27
Anf. 33 Statsrådet GABRIEL WIKSTRÖM (S).....	28
<b>§ 15 Bordläggning.....</b>	<b>29</b>
<b>§ 16 Anmälan om interpellationer .....</b>	<b>29</b>
<b>§ 17 Anmälan om frågor för skriftliga svar .....</b>	<b>30</b>
<b>§ 18 Kammaren åtskildes kl. 14.39. ....</b>	<b>32</b>

Tryck: Elanders, Vällingby 2016