

Sammanfattning

I betänkandet behandlas regeringens skrivelse 1999/2000:21 Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000 samt fem motionsyrkanden i anledning av skrivelsen. Den ekonomiska ramen för år 2000 uppgår till sammanlagt 1 182 miljoner kronor. Beloppet skall fördelas mellan landets 21 landsting. Bidraget har huvudsakligen betydelse som signal- och stimulansmedel gentemot sjukvården och bör ställas i relation till de drygt 95 miljarder kronor som landstingen använder för att finansiera hälso- och sjukvården.

I betänkandet behandlas också drygt 200 motionsyrkanden om hälso- och sjukvård från den allmänna motionstiden 1999.

Utskottet föreslår att skrivelsen inte skall föranleda någon åtgärd av riksdagen.

Samtliga motionsyrkanden avstyrks.

I betänkandet finns 58 reservationer och 2 särskilda yttranden.

Regeringens skrivelse

I skrivelsen 1999/2000:21 Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000 lämnas en redogörelse för den överenskommelse som den 28 september 1999 träffades mellan företrädare för staten och landstingen.

Motionerna

Motioner i anledning av skrivelsen

1999/2000:So18 av Chris Heister m.fl. (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om regeringens lösning på vårdkrisen,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om införande av en nationell vårdgaranti,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om införande av en obligatorisk hälsoförsäkring.

1999/2000:So19 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om införande av en vårdgaranti,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om finansiell samverkan.

Motioner väckta under allmänna motionstiden 1999

1999/2000:So204 av Kenth Skårvik och Kerstin Heinemann (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vården av fibromyalgisjuka,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om försäkringskassornas gemensamma syn på diagnoser vid fibromyalgi,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av hjälpmedel för fibromyalgisjuka,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ergonomiska åtgärder på arbetsplatsen.

1999/2000:So205 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om Nollvision i vården.

1999/2000:So206 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder mot orättvisor i vården.

1999/2000:So207 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om äggdonationer.

1999/2000:So208 av Sofia Jonsson (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förebyggande insatser för ätstörningar,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om forskning,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om rätt att välja vårdform.

1999/2000:So215 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om analys av orsakerna bakom missöden och komplikationer i vården,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om program för förebyggande av missöden och komplikationer i vården.

1999/2000:So217 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder för att lösa medicinska och hälsopolitiska konflikter.

1999/2000:So225 av Barbro Westerholm m.fl. (fp, s, v, c, mp) vari yrkas

14. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att tillgodose homo-/bisexuellas och transpersoners behov av hälso- och sjukvård,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om möjligheten till anonym testning av hiv.

1999/2000:So226 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om analys av orsakerna till de tekniska missöden och skador som inträffat i vården inklusive de läkemedelsbiverkningar som förorsakat sjukhusvård.

1999/2000:So233 av Inger Strömbom (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en obligatorisk registrering av vårdrelaterade infektioner.

1999/2000:So234 av Bertil Persson och Hans Hjortzberg-Nordlund (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att ta Prioriteringsutredningens ställningstaganden på allvar och om behovet av att prioritera den tunga akutsjukvården och kronikervården.

1999/2000:So236 av Kenneth Johansson m.fl. (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om satsning på ett nationellt hälsonät,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en samlad översyn av lagstiftningen,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en samordning av utbyggnaden av ett nationellt hälsonät.

1999/2000:So238 av Maud Ekendahl och Cristina Husmark Pehrsson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att införa en särskild lag om dödsfallsutredning.

1999/2000:So242 av Siw Persson (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder mot bristande rehabilitering för barn med hjärnskada.

1999/2000:So243 av Siw Persson (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om tvärvetenskapligt samarbete angående kvinnor och smärta.

1999/2000:So245 av Siw Persson (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att skapa nödvändiga resurser för att psykologisk kompetens skall kunna bli en obligatorisk resurs och en självklar tillgång för patienten i primärvården.

1999/2000:So247 av Carlinge Wisberg m.fl. (v) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en kartläggning av lobotomeringsverksamheten under 1940- och 1950-talen.

1999/2000:So254 av Marietta de Pourbaix-Lundin (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av ett rikstäckande ambulanshelikoptersystem där läkare ingår i grundbemanningen.

1999/2000:So255 av Liselotte Wågö (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att speciellt studera värdet av den samhällsnytta som kan tillföras hälso- och sjukvården genom brukarägande.

1999/2000:So258 av Dan Ericsson (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en statlig utredning om omfattningen av lobotomioperationer i Sverige,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om statlig ersättning till lobotomerade från 1940- och 50-talen som fortfarande är i livet.

1999/2000:So261 av Ingvar Eriksson och Göte Jonsson (m) vari yrkas

1. att riksdagen hos regeringen begär förslag om ny vårdgaranti inom sjukvården i enlighet med vad som anförts i motionen,

2. att riksdagen hos regeringen begär förslag om en allmän hälsoförsäkring i enlighet med vad som anförts i motionen.

1999/2000:So262 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åldersdiskriminering utförd av vårdgivare,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åldersgräns för yrkesutövning.

1999/2000:So265 av Kerstin-Maria Stalin (mp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av inrättande av platser för den praktiska tjänstgöringen för psykologer (PTP).

1999/2000:So267 av Lennart Fridén (m) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär en utredning om vad en abort innebär för smärtupplevelser för fostret och vad resultatet skall få för konsekvenser.

1999/2000:So274 av Bo Lundgren m.fl. (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om erfarenheter av planekonomi i sjukvården,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om problemen i svensk sjukvård,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om sjukvårdens finansiering,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om monopol respektive mångfald och valfrihet i sjukvården,

5. att riksdagen beslutar att införa en allmän obligatorisk hälsoförsäkring i enlighet med vad som anförts i motionen,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om den s.k. nationella handlingsplanen för sjukvården,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om hinder mot att sjukhus drivs utifrån privata vinstintressen,

9. att riksdagen beslutar införa en nationell vårdgaranti och utkrävbara patienträttigheter i enlighet med vad som anförts i motionen,

10. att riksdagen beslutar ändra reglerna för etablering och drift av privat verksamhet på sjukvårdens område så att de överensstämmer med vad som gällde vid utgången av år 1994, i enlighet med vad som anförts i motionen,

11. att riksdagen beslutar avskaffa den övre åldersgränsen för rätten att, utan huvudmannens beslut, erhålla sjukvårdsersättning, i enlighet med vad som anförts i motionen,

12. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en sjukvård utan gränser.

1999/2000:So280 av Elizabeth Nyström och Jeppe Johnsson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att uppdra åt Socialstyrelsen att initiera en samlad strategi.

1999/2000:So283 av Kenth Skårvik (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om Socialstyrelsens utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att överväga möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som patientansvarig behandlare.

1999/2000:So285 av Sonja Fransson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att se över omkostnadsersättningen för levande organdonatorer.

1999/2000:So288 av Chatrine Pålsson (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om Socialstyrelsens utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som patientansvarig behandlare.

1999/2000:So289 av Margareta Andersson och Lena Ek (c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att förbättra de överviktigas situation.

1999/2000:So290 av Chatrine Pålsson (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att utreda behovet av formerna för ersättning från samhället för privat psykologisk utredning, behandling och psykoterapi.

1999/2000:So292 av Tuve Skånberg (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om implementering i svensk lagstiftning av WHO:s rekommendation om när foster juridiskt sett skall räknas som barn,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om praxis för den gräns för hur sent i graviditeten aborter får beviljas.

1999/2000:So294 av Helena Bargholtz (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att den av socialutskottet föreslagna utredningen rörande en samlad tillsynslagstiftning och ett utökat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet snarast bör initieras.

1999/2000:So300 av Lars Hjertén och Liselotte Wågö (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av bättre samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare.

1999/2000:So302 av Yvonne Oscarsson m.fl. (v) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att ätstörningsproblemen bör bli föremål för åtgärder i arbetet med den nationella handlingsplanen som skall upprättas för sjukvården.

1999/2000:So309 av Gustaf von Essen (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att det bör utredas om utlämnande av kön utifrån fosterdiagnostik som kan utnyttjas i abortivt syfte strider mot hälso- och sjukvårdslagen och sekretesslagen i övrigt,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att exakt tidsgräns för hur långt upp i graviditeten informationsförbud i så fall skall gälla överläts på Statens medicinsk-etiska råd.

1999/2000:So310 av Gustaf von Essen (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att livstestamenten – om de görs juridiskt bindande – bör upprättas i två standardversioner enligt ovan,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att hospisverksamheten byggs ut inom samtliga landsting,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att utökade resurser till forskning om hospis, anestesi och om palliativ vård frigörs.

1999/2000:So314 av Chris Heister m.fl. (m) vari yrkas

5. att riksdagen hos regeringen begär förslag baserat på Smittskyddsutredningens förslag i enlighet med vad som anförts i motionen.

1999/2000:So320 av Ulla-Britt Hagström m.fl. (kd) vari yrkas

10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om faran av en åldersgräns i sjukvården.

1999/2000:So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att vårddyrkenas status måste höjas,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av att rekrytera studenter inom bristyrken inom vården,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en snabbutredning av kommande behov av personal inom apotekarverksamheten,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att förbättra jämställdheten mellan könen i vårdsektorn,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att svensk vård kan bli en exportsuccé,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om primärvården,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om distriktssköterskornas utbildning,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av mångfald i vården,

9. att riksdagen beslutar att återinföra husläkarlagen,

10. att riksdagen beslutar att all öppenvård skall konkurrensutsättas,

11. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förstärkt kvalitetsgaranti,

12. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ett slopat krav på remisstvång,

13. att riksdagen beslutar att återinföra den fria etableringsrätten för privata allmänläkare, barnläkare, gynekologer, geriatriker, sjukgymnaster och barnmorskor,

14. att riksdagen beslutar att återinföra rätten för läkare med specialistkompetens att överlåta sin praktik till läkare med samma eller likartad specialistkompetens,

15. att riksdagen beslutar att upphäva 65-årsregeln för privata vårdgivare,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att beställarkompetensen måste stärkas,

17. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om upprättande av nationella vårdprogram,

18. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om valfrihet inom mödravården och barnhälsovården,

19. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om psykiatrin,

20. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att regeringen skall avtala med Landstingsförbundet om att det införs en vårdgaranti fr.o.m. den 1 april 2000,

22. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ett bättre högkostnadsskydd,

24. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att upprätta en handlingsplan för en jämställd hälso- och sjukvård,

25. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kvalitetsutvärderingar.

1999/2000:So327 av Kenneth Johansson m.fl. (c) vari yrkas

9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts rörande forskning om de reumatiska sjukdomarna i ett paramedicinskt och i ett omvårdnadsperspektiv.

1999/2000:So329 av Barbro Feltzing (mp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om forskning för behandling av pisksnärtsskador.

1999/2000:So330 av Lennart Daléus m.fl. (c) vari yrkas

14. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ökad öppenhet för alternativa behandlingsmetoder,

15. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om uppdrag till SBU om att intensifiera arbetet med att utvärdera alternativa behandlingsmetoder för att klarlägga deras vetenskapliga värden,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att uppmuntra inrättandet av brukarråd,

17. att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådan ändring i hälso- och sjukvårdslagen att s.k. second opinion blir tillgänglig för alla patienter,

18. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utvidgad patientutbildning,

19. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av att skilja på finansierings- och utförandeansvaret för att stärka det politiska ansvaret,

20. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ökad mångfald av vårdgivare,

21. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om införande av en vårdgaranti,

22. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förändrad roll för sjukhusen.

1999/2000:So331 av Gunilla Wahlén m.fl. (v) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av kompetensutveckling för alla yrkeskategorier inom vård och omsorg.

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om tolkservicen vid landets sjukhus,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om strategier för samverkan i frågor som rör kvinnors hälsa.

1999/2000:So335 av Torgny Danielsson och Marina Pettersson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av platser för praktisk tjänstgöring för psykologer.

1999/2000:So338 av Agneta Lundberg m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om lagstadgad skyldighet för arbetsterapeuter att föra journal utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

1999/2000:So348 av Carina Hägg (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av analys vad gäller offentlig och privat vård.

1999/2000:So350 av Torgny Danielsson och Marina Pettersson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om rehabiliteringsmöjligheter för barn med traumatiska hjärnskador.

1999/2000:So353 av Carina Hägg (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en förbättrad lagstiftning och tillsyn vad avser det psykologiska verksamhetsområdet.

1999/2000:So355 av Gudrun Schyman m.fl. (v) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om inriktningen av sjukvården inför arbetet med den nationella handlingsplanen,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att inrätta en patientombudsman.

1999/2000:So359 av Stig Sandström m.fl. (v) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder för att underlätta för invandrad sjukvårdspersonal att bli legitimerad i Sverige.

1999/2000:So368 av Mikael Oscarsson m.fl. (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utredning med syfte att utreda varför kvinnor väljer abort, vilket stöd kvinnorna önskar och andra aspekter som kan tänkas påverka aborttalet,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en analys av varför Sverige har högst aborttal i Norden,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ett åtgärdsprogram för hur antalet aborter skall kunna minska.

1999/2000:So370 av Anita Jönsson och Lisbeth Staaf-Igelström (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om bättre samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling för att öka kvaliteten i vården för kvinnor med smärta.

1999/2000:So371 av Kenneth Johansson m.fl. (c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om obduktionsverksamheten i Sverige.

1999/2000:So373 av Mikael Oscarsson och Jan Erik Ågren (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att hospisverksamheten byggs ut inom samtliga landsting,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utökade resurser till forskning om hospis, anestesi och palliativ vård.

1999/2000:So376 av Mikael Oscarsson (kd) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär en utredning om samarbete mellan optiker och ögonläkare för tidig diagnos av glaukom.

1999/2000:So380 av Thomas Julin m.fl. (mp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att utreda möjligheten till ett utgiftstak som täcker de befintliga högkostnadsskydden m.m.

1999/2000:So381 av Kerstin-Maria Stalin (mp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att Socialsty-

relsen utvärderar verksamheten med patientansvarig läkare och överväger möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som patientansvarig behandlare.

1999/2000:So390 av Siw Persson (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om integration av psykoterapi och psykologiska kunskaper i sjukvården.

1999/2000:So394 av Amanda Agestav (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utredning med uppgift att belysa tonårsaborternas ökning,

2. att riksdagen hos regeringen begär förslag på en nationell handlingsplan för att minska antalet tonårsaborter.

1999/2000:So395 av Harald Bergström (kd) vari yrkas att riksdagen begär att regeringen ger Folkhälsoinstitutet i uppdrag att sammanställa lättillgänglig information om möjligheten till adoption.

1999/2000:So396 av Holger Gustafsson och Tuve Skånberg (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om könsbestämning av foster.

1999/2000:So397 av Amanda Agestav (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en djupare studie av termalbad som sjukvårdsbehandling av fibromyalgipatienter.

1999/2000:So399 av Ragnwi Marcelind (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder för att psykoterapi och psykologisk kunskap i större omfattning tillvaratas inom vårdens olika verksamheter.

1999/2000:So401 av Chatrine Pålsson (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om screening för att upptäcka prostatacancer.

1999/2000:So402 av Chatrine Pålsson m.fl. (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om abortförebyggande åtgärder,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om tidsgränsen då Socialstyrelsens prövning krävs,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om livsduglighet,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att se den abortsökande kvinnan i ett psykosocialt sammanhang,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om stödsamtal,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utbildning av personal som deltar i stödsamtal,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om abortförebyggande och graviditetsstödande forskning,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om familjerådgivning och preventivmedelsrådgivning.

1999/2000:So410 av Nils-Göran Holmqvist (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att tillskapa nödvändiga resurser för att psykologisk kompetens skall kunna bli en resurs - och tillgång för patienten - i primärvården.

1999/2000:So426 av Yvonne Oscarsson m.fl. (v) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om den nationella handlingsplanen för sjukvården,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en kartläggning och utredning av Socialstyrelsen.

1999/2000:So430 av Mona Berglund Nilsson m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om bidragssystemet för glasögon till barn.

1999/2000:So432 av Carina Moberg och Liselotte Wågö (s, m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att behovsbilden inom respektive specialismråde inom sjukgymnastiken undersöks och tydliggörs,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att riksdagen begär att regeringen skyndsamt låter utreda kostnaden för den i motionen föreslagna specialistutbildningen för sjukgymnaster,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att kostnaden för den föreslagna specialistutbildningen finansieras inom ramen för det av regeringen föreslagna anslaget för kompetensutbildning.

1999/2000:So436 av Märta Johansson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en snar utredning om ersättningsfrågor till levande donatorer av organ eller vävnader.

1999/2000:So437 av Siw Wittgren-Ahl m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om piercing och tatuering.

1999/2000:So438 av Kerstin-Maria Stalin (mp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av psykologisk kompetens inom primärvården.

1999/2000:So442 av Marianne Jönsson (s) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en ökad tillgång på specialistutbildade neurologer,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att barn med epilepsi måste ges större tillgång till högspecialiserad epilepsivård.

1999/2000:So451 av Kenneth Johansson m.fl. (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om de principiella utgångspunkterna för en mångfald av vårdgivare,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om entreprenad inom sjukhusvården,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att stimulera den sociala ekonomin inom hälso- och sjukvårdens område,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en översyn av lagstiftningen för att säkra lika villkor för olika driftsformer i enlighet med vad som anförts i motionen,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av jämförbara nyckeltal.

1999/2000:So452 av Sonja Fransson (s) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en bredare syn på samsyn mellan den medicinska rehabiliteringen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om otraditionella behandlingsmetoder för patienter med FM.

1999/2000:So455 av Göte Jonsson och Ingvar Eriksson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder för att minska antalet tonårsaborter.

1999/2000:So457 av Marianne Andersson och Rigmor Ahlstedt (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om tillämpning och utvärdering av reformen om amalgamsanering inom hälso- och sjukvårdens ram,

1999/2000:So458 av Lena Ek m.fl. (c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om barnlösa par.

1999/2000:So460 av Carina Hägg (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om inrättande av ett kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor.

1999/2000:So461 av Karin Olsson m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om inrättande av specialitet inom kunskapsområdet ortopedisk medicin.

1999/2000:So463 av Margit Gennser (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behandling av lymfterapeuter vid komplikationer efter bröstcanceroperationer,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att de statliga kostnaderna för behandling av lymfterapeuter skall avräknas mot statens bidrag till landstingen.

1999/2000:So465 av Eva Arvidsson m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av att snabbt ta fram kompletterande utbildningar inom sjukvård för att öka mångfalden inom vård och utbildning och därigenom ta till vara den arbetskraftsresurs som invandrarna utgör.

1999/2000:So467 av Viviann Gerdin och Gunnel Wallin (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att kvinnors sjukdomar och symtom måste tas på lika stort allvar som mäns,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att bearbeta attityder inom Försäkringskassan,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att stödja forskning rörande fibromyalgi,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att stödja smärtforskningen inklusive alternativa behandlingsmetoder,
5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om smärtbehandling och om att följa upp Socialstyrelsens tidigare utredning angående smärta.

1999/2000:So468 av Ulla Wester och Kaj Larsson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behov av statlig styrning vad gäller datasäkerhet inom sjukvården.

1999/2000:So477 av Ewa Larsson m.fl. (mp, s, m, kd, c, fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av kunskap om MSBP i Sverige.

1999/2000:So482 av Alf Svensson m.fl. (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om 20 000 nya vårdplatser under en tioårsperiod,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att resurserna till kommun och landsting främst skall användas till god vård och omsorg för svårt och långvarigt sjuka,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vårdgaranti,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om personalrekrytering till vårdyrken,
6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vårdpersonalens yrkesinnehåll, fortbildning, kompetenskrav och karriärvägar,
7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om bristen på specialistutbildade läkare,
8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av ”fler händer i vården”,
9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om administration inom sjukvården,
10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en värdighetsgaranti,
14. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av ökad mångfald bland vårdgivare,
15. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att ett ackrediteringssystem införs på nationell eller regional nivå,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att förstärka primärvården med kurator och psykolog,

19. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att en översyn bör göras av hela systemet med högstnadsskydd.

1999/2000:So484 av Desirée Pethrus Engström (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att staten ser migrän som en samhällsekonomisk angelägenhet,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av att forskning om barn och migrän uppmuntras,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om migränikers rätt till effektiv behandling och medicinering,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om möjligheten att överväga om migräniker bör få lägre högstnadsskydd eller gratis mediciner.

1999/2000:So486 av Marianne Andersson m.fl. (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av analyser av de sociala och ekonomiska effekterna av alternativa behandlingsmetoder,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förändring av lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av forskning om alternativmedicin,

4. att riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag om riktade resurser till ett kompetenscentrum och till forskning i enlighet med vad i motionen anförts,

6. att riksdagen hos regeringen begär en utredning om alternativa behandlingsmetoder.

1999/2000:So488 av Chatrine Pålsson m.fl. (kd) vari yrkas

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om rehabilitering för barn med hjärnskada,

1999/2000:So493 av Lars Gustafsson m.fl. (kd) vari yrkas

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att migräniker efter behov har rätt till effektiva smärtlindrande mediciner,

12. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om det abortförebyggande arbetet.

1999/2000:Sk693 av Tasso Stafilidis (v) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kostnadsfria preventivmedel.

1999/2000:Sf637 av Lennart Daléus m.fl. (c) vari yrkas

27. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om rätten till tolk.

1999/2000:Ub431 av Yvonne Ruwaida och Mikael Johansson (mp) vari yrkas

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kraven på vetenskapligt beprövad erfarenhet hos legitimerad personal och att Socialstyrelsen ges i uppgift av regeringen att se över om legitimationen hos sådana som överträder detta kan dras in.

1999/2000:A807 av Lars Leijonborg m.fl. (fp) vari yrkas

26. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en handlingsplan för hur hälso- och sjukvården skall utformas så att vården i ordets rätta bemärkelse skall bli jämställd.

1999/2000:A819 av Birger Schlaug m.fl. (mp) vari yrkas

17. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att prioritera forskning om preventivmedel i allmänhet och för män i synnerhet.

Utskottet

Regeringens skrivelse

I skrivelsen 1999/2000:21 lämnas en redogörelse för den överenskommelse som den 28 september 1999 träffades mellan företrädare för staten och lands-tingen om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000.

Parterna har enats om att utgiftsramen för år 2000, 1 182 miljoner kronor, skall fördelas enligt följande.

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för år 2000

1. Att stärka patientens ställning		848 mkr
1.1 Förbättrad tillgänglighet	789	
Ökad delaktighet		
1.2 Ersättning för vissa verksamheter	50	
1.3 Nationella informationssystem (STRAMA		
3 mkr, producentobunden läkemedels-		
information 6 mkr)	9	
2. Rehabiliterings- och behandlingsinsatser		235 mkr
3. Nationellt utvecklingsarbete		31 mkr
3.1 Verksamhetsutveckling	20	
3.2 Särskilda medel för utvecklingsarbete	11	
4. Stöd för kunskapsbaserad vård		5 mkr
5. Stöd till IT-utveckling		10 mkr
6. Nationellt råd		2 mkr

7. Bidrag inom hjälpmedelsområdet

51 mkr

7.1 Ersättning till Hjälpmedelsinstitutet	45,5
7.2 Metod och kunskapsutveckling	5,5

Summa:

1 182 mkr

Enligt överenskommelsen skall huvuddelen av medlen, totalt 848 miljoner kronor, användas för en långsiktig satsning på att stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Parterna vill verka för att patienterna överlag skall finna tillgängligheten inom vården rimlig. Behovet av att påtagligt förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården kvarstår oförändrat.

Landstingsförbundet har med anledning av 1999 års överenskommelse påbörjat ett arbete som syftar till att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom vården. Under hösten 1999 kommer förbundets styrelse att ta ställning till en ny rekommendation till landstingen som tydliggör valmöjligheterna och som innebär större likhet över landet. Parterna har den gemensamma uppfattningen att Landstingsförbundets arbete bör fullföljas innan frågan om en lagstiftning övervägs vidare.

Parterna har i överenskommelsen framfört att de anser att frågan om att förbättra läkarinsatserna i den kommunala äldrevården skall ha fortsatt hög prioritet.

Av överenskommelsen framgår vidare att parterna framfört att de är eniga kring betydelsen av att stärka patientens inflytande och delaktighet i vården. Parterna gör samtidigt bedömningen att det ställer krav på ett fortsatt förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården som utgår från att patienterna är delaktiga och ses som en resurs. I landstingen pågår också utvecklingsarbete för att göra verklighet av dessa ambitioner. I en kartläggning som Landstingsförbundet genomfört framgår att arbetet med att stärka patientens ställning i allmänhet ingår som en integrerad del i landstingens budget- och planeringsarbete. Flera landsting framhåller att informations- och kompetensutvecklingsaktiviteter som syftar till ökad patientfokusering ingår i ordinarie utvecklingsaktiviteter. Parterna konstaterar att ett fortsatt långsiktigt utvecklingsarbete på lokal nivå är avgörande för att åstadkomma förändring i praktiken.

I överenskommelsen påpekas vidare att det finns vissa verksamheter inom den svenska hälso- och sjukvården vars kostnader belastar några få landsting mer än andra och att ett exempel på sådan verksamhet är tvångsisolering av hivsmittade. För att kompensera dessa landsting avsätts enligt överenskommelsen 50 miljoner kronor.

Ett nätverk benämnt STRAMA (Strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) har sedan år 1995 bl.a. arbetat med att sprida information i syfte att åstadkomma en rationell och långsiktigt hållbar användning av antibiotika. Parterna har enats om att under maximalt tre år fördela 3 miljoner kronor årligen till STRAMA. Parterna är vidare överens om att avsätta 6 miljoner kronor för producentobunden läkemedelsinformation.

Även för år 2000 lämnas särskild ersättning för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Ersättningsbeloppet är oförändrat jämfört med åren 1998 och 1999, dvs. 235 miljoner kronor.

Parterna är överens om att arbetet med stöd till kunskaps- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården bör fortsätta och vidareutvecklas. 31 miljoner kronor avsätts för detta ändamål. Medlen skall bl.a. användas till projektet Väntetider i vården samt Socialstyrelsens utvecklingsarbete rörande behandlingsindikationer och prioriteringar.

Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsammans med ökande vårdbehov och knappa ekonomiska resurser förstärker behovet av att säkerställa att vården baseras på vetenskapliga metoder. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har till uppgift att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik samt att förmedla resultaten till sjukvårdshuvudmännen. Parterna har enats om att avsätta 5 miljoner kronor i syfte att stödja arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat.

I överenskommelsen anförs att det finns behov av ett nationellt organ för strategiska frågor på IT-området som arbetar på uppdrag och med finansiellt stöd av alla sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, såväl offentliga som privata. Landstingsförbundet utreder för närvarande de närmare formerna för ett sådant nationellt organ. Inriktningen är att organisationen skall vara i funktion fr.o.m. årsskiftet 1999/2000. För detta ändamål har parterna enats om att avsätta 10 miljoner kronor år 2000.

I 1999 års överenskommelse beslutades inrätta ett råd för hälso- och sjukvårdspolitik. I samband med utvecklingen av Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) har inriktningen för ett sådant råd ytterligare belysts. Avsikten är att rådet skall vara forum för en kontinuerlig dialog mellan staten och huvudmännen i angelägna vårdfrågor. Parterna har beslutat att avsätta 2 miljoner kronor till rådets verksamhet.

Av överenskommelsen framgår vidare att 51 miljoner kronor avsätts till bidrag inom hjälpmedelsområdet.

Slutligen anförs i överenskommelsen att i samband med överenskommelsen för år 1998 kom parterna överens om att samtliga mottagare av ekonomisk ersättning, som utbetalats enligt överenskommelsen, skall följa upp och redovisa användningen och resultaten av de tilldelade medlen.

Landstingsförbundet har gjort en kartläggning av landstingens arbete med att stärka patientens ställning under år 1998. Av denna framgår att arbetet med att stärka patientens ställning i allmänhet ingår som en integrerad del i ordinarie utvecklingsaktiviteter både gällande vård och behandling och vårdens organisation. Det handlar således om fortlöpande aktiviteter som genomsyrar hela organisationen. Mot denna bakgrund har parterna enats om att begränsa redovisningen för år 2000 till de centrala aktörer som erhåller ekonomisk ersättning enligt överenskommelsen.

Hälso- och sjukvårdens organisation, finansiering m.m.

I motion So274 av Bo Lundgren m.fl. (m) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om erfarenheter av planekonomi i sjukvården (*yrkande 1*).

Motionärerna anför att det i utvecklade marknadsekonomier går att ge alla som behöver en kvalificerad vård i tid. Detta är däremot inte möjligt i socialistiska samhällen eller system. Tvärtom måste sjukvården organiseras i friare former, så att patienten kan välja sjukvård som har god kvalitet och som förmår följa med i den snabba globala kunskapsutvecklingen på det medicinska området. Motionärerna begär vidare ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om problemen i svensk sjukvård (*yrkande 2*). Motionärerna anför att väntetiderna är mycket långa och att väntan på behandling skapar mycket lidande och oro hos patienterna. De långa väntetiderna skapar också stora kostnader för samhället i form av bl.a. produktionsbortfall genom sjukfrånvaro och förtidspensioneringar samt de extra sociala stödsatser som inte minst pensionärer kan behöva under väntetiden eller efter en mindre framgångsrik operation. Vidare anförts att personalen inom sjukvården är missnöjd och att utvecklingsmöjligheterna är små. I *yrkande 3* begärs ett tillkännagivande om sjukvårdens finansiering. Enligt motionärerna har tendensen varit att länder med skattefinansierade system söker sig mot lösningar i form av obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Det är också den finansieringsform som de nya industriländerna, t.ex. Korea och Taiwan, väljer. Det ger en mer flexibel finansiering och större utrymme för den enskildes önskemål och prioriteringar. Vidare begär motionärerna i *yrkande 4* ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om monopol respektive mångfald och valfrihet i sjukvården. Motionärerna anför att en ökad mångfald och konkurrens ger stora välfärdsvinster, inte bara genom bättre tillgänglighet och ökad kvalitet utan också därför att resurser frigörs genom ett bättre resursutnyttjande. Alternativ till de offentliga monopolerna är inte viktiga bara för att få resurserna att räcka längre eller för att klara de nya krav som ställs på sjukvårdens organisation. De är också viktiga för att säkra valfrihet åt patienterna, anförts det. I *yrkande 5* begärs att riksdagen beslutar införa en allmän obligatorisk hälsoförsäkring. Alla medborgare skall enligt motionärerna omfattas av en allmän obligatorisk försäkring, oavsett betalningsförmåga, hälsotillstånd eller annat. Försäkringsavgiften skall bero på inkomsten och fastställas av riksdagen. Vidare skall försäkringskassorna tilldelas medel ur dessa avgifter. Riksdagen skall också fastställa vilka typer av behandling och omvårdnad som skall finansieras av hälsoförsäkringen. Försäkringskassan skall ha skyldighet att ersätta vårdgivare för behandling av alla medborgare som är anslutna till kassan. Riksdagen fastställer en miniminivå för den ersättningen. Avgifter vid patientbesök m.m. skall vara tillåtna, men det skall finnas ett högkostnadsskydd som mildrar avgiftsbelastningen för särskilt utsatta patientgrupper. Ett sådant högkostnadsskydd bör utformas som en avtrappningsmodell där patienten alltid betalar ett mindre belopp för ett sjukvårdsbesök, även om beloppet kan vara mycket lågt. Ett liknande yrkande finns i *motion So18 av Chris Heister m.fl. (m) yrkande 3*. I *yrkande 7* i motion So274 vidare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om den s.k. nationella handlingsplanen för sjukvården. Motionärerna anför att förslaget om en nationell handlingsplan för sjukvården andas en närmast obegriplig tilltro till effektiviteten och flexibiliteten hos de planekonomiska planeringsinstrumenten. Förslaget visar en bristande respekt för den lokala demokratin och för landstingens rätt att sköta sina egna angelägenheter i enlighet med det uppdrag som de

fått från sina väljare, anför det. I *yrkande 8* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om hinder mot att sjukhus bedrivs utifrån privata vinstintressen. Motionärerna påtalar att statsministern i regeringsförklaringen i september 1999 slog fast att svenska sjukhus inte skall drivas utifrån privata vinstintressen. Enligt motionärerna låser regeringen fast sig i frågan om organisationsformer i stället för att medverka till en situation där sjukvården kan få utvecklas och förbättras på bästa sätt. Privata inslag och alternativ är en absolut förutsättning för att utveckla och förbättra vården, heter det i motionen. I motionen begärs vidare ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om utkrävbara patienträttigheter (*yrkande 9 delvis*). Motionärerna anför att patienten måste få en starkare ställning i sjukvården. De utkrävbara rättigheterna bör omfatta dels fritt val av distriktssköterska, läkare, sjukgymnast och barnmorska, dels fritt val av vårdcentral, sjukhus eller motsvarande, dels rätt till s.k. second opinion, dvs. en ny och oberoende bedömning gjord av en annan läkare. I motionen begärs vidare ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en sjukvård utan gränser (*yrkande 12*). Sjukvården behöver internationaliseras inte bara vad avser själva den medicinska forskningen utan i lika hög grad när det gäller organisation och arbetssätt. Varje sjukhus av dignitet bör se till att man ingår i någon form av nätverk.

I *motion So255 av Liselotte Wågö (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av att speciellt studera värdet av den samhällsnytta som tillförs hälso- och sjukvården genom brukarägande. Enligt motionären är Spenshults reumatiker- och rehabiliteringssjukhus det enda sjukhus i Sverige som har två unika kvaliteter. Sjukhuset har en tydlig avgränsning av sitt medicinska uppdrag och det är brukarägt. Denna typ av alternativ sjukvårdsdrift och dess samhällsnytta bör uppmärksammas och studeras mer noggrant, anför motionären.

I *motion So18 av Chris Heister m.fl. (m)* begärs ett tillkännagivande om regeringens lösning på vårdkrisen (*yrkande 1*). Motionärerna anför att den medelstillelning som omnämns i regeringens skrivelse 1999/2000:21 framför allt syftar till att genom en symbolisk penningutdelning – som inte följs upp eller utvärderas – avleda uppmärksamhet och intresse från en diskussion om de grundläggande strukturförändringar som skulle behöva genomföras på hälso- och sjukvårdsområdet. Vidare begärs i *yrkande 2* ett tillkännagivande om införande av nationell vårdgaranti. Motionärerna anför att en garanti leder till minskade kötider. Den nationella garantin skall innebära att ingen skall behöva vänta längre än tre månader på operation eller behandling. Även i *motion So274 av Bo Lundgren m.fl. (m)* framställs ett yrkande om nationell vårdgaranti (*yrkande 9 delvis*).

I *motion So261 av Ingvar Eriksson och Göte Jonsson (m)* begärs att riksdagen hos regeringen begär förslag till ny vårdgaranti (*yrkande 1*). Motionärerna anför att vårdgarantin skall innebära att den vårdsökande garanteras operation inom högst tre månader, specialisthjälp inom en månad och hjälp i primärvården inom högst en vecka. I de fall det egna landstinget inte klarar av denna garanti skall den enskilde kunna få vården utförd hos annat landsting eller hos privat vårdgivare. Vidare begär motionärerna att riksdagen hos regeringen begär förslag om en allmän hälsoförsäkring (*yrkande 2*). Motionärerna anför bl.a. att en sådan hälsoförsäkring innebär att patientens behov

sätts i centrum samtidigt som vårdens resurser öronmärks så att de inte kan användas till annat.

I *motion So355 av Gudrun Schyman m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om inriktningen av sjukvården inför arbetet med den nationella handlingsplanen (*yrkande 1*). Motionärerna anför att sjukvården behöver en mer demokratisk arbetsorganisation med minskade löneklyftor, där alla personalgruppers kompetens tas till vara. Arbetsvillkoren och arbetsmiljön bör förbättras, framför allt inom omvårdnadsarbetet. Vårdutbildningen bör byggas ut och rekryteringen till vårdyrken förbättras. Vidare anförts att det förebyggande arbetet bör ställas i centrum samt att arbetet med kvinnors hälsa bör förstärkas. Primärvården bör förstärkas och avgifterna sänkas. Akutsjukvården bör ha tillgång till mycket avancerade undersöknings- och behandlingsmetoder. Den kommunala äldreomsorgen bör ha stöd av geriatriskt utbildade läkare eller distriktsläkare med tillräcklig kompetens och med klara ansvarsområden. Likaså bör psykiatrin förstärkas. Barn- och ungdomspsykiatrin behöver byggas ut. Vidare bör möjligheten att bättre integrera psykoterapins roll i sjukvården diskuteras inom ramen för arbetet med den nationella handlingsplanen. Motionärerna anför slutligen att sjukvården bör demokratiseras. Huvuddelen av vården bör också i framtiden drivas i offentlig regi. Andra vårdformer bör i huvudsak ses som komplement. I *yrkande 2* begärs ett tillkännagivande om inrättande av en patientombudsman. En statlig patientombudsman skulle kunna fungera som en från sjukvården fristående instans dit patienter kan vända sig med klagomål och få aktiv hjälp med att få sina ärenden prövade vid rätt instans.

I *motion So426 av Yvonne Oscarsson m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om den nationella handlingsplanen för sjukvården (*yrkande 1*). Motionärerna anför att det är av största vikt att sjukvård, psykvård, socialtjänst och andra instanser präglas av en helhetssyn med förmåga att "kunna se bakom" de symtom för vilka patienten har sökt hjälp. Ett sådant perspektiv bör finnas med i diskussionerna kring den nationella handlingsplanen för sjukvården.

I *motion So482 av Alf Svensson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om 20 000 nya vårdplatser under en tioårsperiod (*yrkande 1*). Motionärerna anför att antalet vårdplatser på sjukhusen har reducerats så mycket att det blir störningar i patientflödet och flera kliniker har påverkats. Den drastiska minskningen av antalet vårdplatser har inte heller blivit kompenserad genom en motsvarande utbyggnad av sjukhem, ålderdomshem eller av hemtjänsten. I *yrkande 2* anförts att resurserna till kommun och landsting främst skall användas till god vård och omsorg för svårt och långvarigt sjuka. Vidare begärs i *yrkande 3* ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vårdgaranti. Motionärerna anför att vårdköerna ökat stadigt sedan den s.k. vårdgarantin togs bort. Det behövs en utvidgad vårdgaranti jämfört med den som gällde före år 1992 och några år därefter. Vårdgarantin bör på sikt omfatta alla medicinskt motiverade diagnoser och utfästa behandling inom tre månader. De allmänt omfattade slutsatserna från Prioriteringsutredningen skall vara utgångspunkt. Det innebär att den för varje tillfälle aktuella kösituationen inte skall avgöra inriktning och prioritering, utan vårdbehoven. Patienter med svåra kroniska sjukdomar och perso-

ner i livets slutskede, dvs. personer med de allra största vårdbehoven, skall inte behöva stå tillbaka för patienter med lättdiagnostiserade och behandlingsbara sjukdomar. I *yrkande 9* framhålls att administrationen inom sjukvården måste begränsas och utföras av särskilt avdelad personal. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en värdighetsgaranti (*yrkande 10*). Motionärerna anför att frågor om patientens delaktighet i sin egen vård, personlig integritet och respekt för den enskilde liksom tid för omvårdnad och tid för möten mellan människor måste bli centrala delar i en sådan värdighetsgaranti. I motionen begärs också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av ökad mångfald (*yrkande 14*). Enligt motionärerna måste det finnas en ökad öppenhet för nya vårdproducenter och driftsformer som ökar patientens valfrihet. Vidare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att ett ackrediterings-system bör införas på nationell eller regional nivå (*yrkande 15*). Motionärerna anför att ett sådant system innebär att en vårdproducent, privat eller offentlig, måste vara godkänd kvalitetsmässigt för att få tillstånd att verka för landstingets pengar. Systemet kan också fungera som en form av konsumentupplysning till patienterna.

I *motion So330 av Lennart Daléus m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om brukarråd (*yrkande 16*). Motionärerna anför att inrättandet av sådana råd bör uppmuntras. Patienter och anhöriga kan genom deltagande i brukarråd tillföra angelägna synpunkter till sjukvården och fungera som en värdefull länk mellan politiker, personal och patienter/anhöriga. Det finns enligt motionärerna en stor grupp patienter som har mer eller mindre stora svårigheter att själva föra sin talan. Det kan gälla barn, psykiskt sjuka eller personer med vissa funktionshinder. Deras rätt att föra talan måste förbättras och garanteras. Vidare anför i motionen att hälso- och sjukvårdslagen bör ändras så att s.k. second opinion blir tillgänglig för alla patienter (*yrkande 17*). Motionärerna anför att dagens lagstiftning ger den rätten enbart för en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Röststarka patienter inhämtar i dag kompletterande bedömningar genom att själva kontakta en annan läkare medan andra patienter till fullo litar till den bedömning som den medicinska personalen givit och de behandlingar som erbjuds. Rätten till second opinion bör därför tillkomma alla patienter. I *yrkande 18* begärs ett tillkännagivande om utvidgad patientutbildning. Motionärerna anför att patientinformation är en viktig del i sjukvården. Den bör enligt motionärerna utvidgas till att mer vara en fråga om utbildning. Motionärerna anför i *yrkande 19* att det är angeläget att skilja på finansieringsansvar och utföransvar för att stärka det politiska ansvaret. Hälso- och sjukvården skall enligt motionärerna finansieras gemensamt via skatter och fördelas rättvist efter behov. Det politiska och demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården är viktigt och ger medborgarna möjlighet att ha inflytande över och insyn i hur de gemensamma resurserna fördelas. Verksamheten bör i högre grad präglas av lokala förutsättningar och politikerna skall säkerställa kraven på effektivitet och kvalitet. Motionärerna begär vidare ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ökad mångfald av vårdgivare (*yrkande 20*). Att skilja på offentlig kontroll och finansiering å ena sidan och en fri produktion med enskilda, kooperativa och offent-

liga producenter å andra sidan är angeläget för att uppnå en ökad mångfald av vårdformer. En mångfald av vårdgivare kan innebära ökad närhet för patienten och en decentraliserad vårdstruktur. Om en vårdinsats kan utföras lika bra och till en fördelaktig kostnad av andra vårdgivare kan landstingen teckna vårdavtal med privata vårdgivare. Detta kan stimulera anställda inom vårdsektorn att starta företag i olika former och därigenom öppnas möjligheten för nya vårdgivare. Enligt motionärerna bör en ny vårdgaranti införas (*yrkande 21*). Den bör utvecklas till att gälla alla diagnoser och att man inom tre månader skall ha fått anvisad behandling. Valfriheten skall omfatta samtliga godkända vårdgivare inom öppenvården och privata vårdgivare. Patienten skall kunna välja sjukhus i hela landet och på lika villkor kunna besöka specialistläkare såväl hos landstinget som hos privata vårdgivare med avtal. I *yrkande 22* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en förändrad roll för sjukhusen. Motionärerna anför att vårdinsatsen vid ett akut sjukdomstillstånd skall påbörjas direkt i hemmet eller på olycksplatsen för att trygga säkerheten och skapa likvärdiga förutsättningar för patienten var han eller hon än bor. Satsningar bör göras på ambulanssjukvården, som bör vara av hög kvalitet.

I *motion So451 av Kenneth Johansson m.fl. (c)* begärs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om de principiella utgångspunkterna för en mångfald av vårdgivare (*yrkande 1*). Motionärerna anför att staten, landstingen och kommunerna har det yttersta ansvaret för att alla samhällsmedborgare ges god vård och att tillgängligheten är lika för alla. Att skilja på offentlig kontroll och finansiering å ena sidan och en fri produktion med enskilda, kooperativa och offentliga producenter å andra sidan är angeläget för att uppnå en ökad mångfald av vårdformer anför motionärerna. Motionärerna begär vidare ett tillkännagivande om vad som anförts om entreprenad inom sjukhusvården (*yrkande 2*). Regeringen bör enligt motionärernas uppfattning inte begränsa möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att skriva avtal med entreprenörer som skall verka inom sjukvården. Retroaktiv lagstiftning avvisas, heter det i motionen. I *yrkande 3* begärs ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om att stimulera den sociala ekonomin inom hälso- och sjukvårdens område. Motionärerna anför att regeringens initiativ för den sociala ekonomin också bör riktas mot att stimulera verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Vidare bör frågan om självständighet i förhållande till den offentliga sektorn belysas. Motionärerna föreslår också att en översyn av lagstiftningen för att säkra lika villkor för olika driftsformer görs (*yrkande 4*). Motionärerna anför att en särskild utredare har i uppdrag att analysera tillämpningen av lagen om offentlig upphandling på hälso- och sjukvårdstjänster. Dessutom pågår ytterligare ett par utredningar som skall undersöka om den privata vården har samma möjligheter och på vilket sätt det behöver göras förändringar. Enligt motionärerna är det angeläget att översynen sker samlat med utgångspunkten att ge lika villkor oavsett driftsform och att även kooperativa och ideella verksamheter ges likvärdiga förutsättningar. Slutligen begär motionärerna ett tillkännagivande om behovet av jämförbara nyckeltal (*yrkande 5*). Motionärerna anför att såväl myndigheter som vårdgivare och sjukvårdshuvudmän är beroende av att tillförlitlig statistik av hög kvalitet finns tillgänglig. Socialstyrelsen

bör, tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, intensifiera arbetet med nyckeltal som ger möjlighet till jämförande analyser mellan sjukvårdens institutioner i hela landet.

I *motion So236 av Kenneth Johansson m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om satsning på ett nationellt hälsönät (*yrkande 1*). Motionärerna anför att ett sådant hälsönät knyter samman alla vårdcentraler, äldreboenden, stora och små sjukhus och privatklinikerna och gör det möjligt för alla som jobbar inom hälso- och sjukvården att kommunicera med varandra för konsultation och utbildning. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om en samlad översyn av lagstiftningen (*yrkande 2*). Lagstiftningsfrågorna bör enligt motionärerna ses i ett sammanhang, och därför bör det göras en samlad översyn av den lagstiftning som eventuellt kan utgöra ett hinder för utvecklingen men samtidigt klargöra spelreglerna för individens rätt till sekretess. Slutligen begär motionärerna ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en samordning av utbyggnaden av ett nationellt hälsönät (*yrkande 3*). Motionärerna anför att den del av Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) som har byggt upp sin kompetens inom IT-området måste tas till vara och samordnas inom lämplig enhet/myndighet som, tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, tar ansvar för samordningen av utbyggnaden av ett nationellt hälsönät.

I *motion So217 av Barbro Westerholm (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om åtgärder för att lösa medicinska och hälsopolitiska konflikter. Motionären anför att det under 1900-talet förekommit en rad medicinska och hälsopolitiska kontroverser som gått ut över tredje man, de vårdsökande. Som exempel nämner motionären frågor om tandfyllningsmaterial, elallergi, sprututbytesprogram för injektionsnarkomaner och mammografi. Enligt motionären bör det undersökas hur medicinska och hälsopolitiska kontroverser av detta slag uppstår och hur man skulle kunna dels förebygga att de blir så djupa, dels lösa dem.

I *motion So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att förbättra jämställdheten mellan könen (*yrkande 4*). Enligt motionärerna råder det i praktiken en monopolsituation inom stora delar av den offentligt finansierade sektorn, vilket innebär att lönerna hålls nere. Skall lönerna bli rättvisa krävs att anställda i vård och skola får ta del av den dynamik som ligger i att de får fler arbetsgivare att välja mellan. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att svensk vård kan bli en exportsuccé (*yrkande 5*). Motionärerna anför att svensk sjukvård har en stor potential att bli en viktig exportprodukt om den bara ges rätt förutsättningar. Svenskt vårdkunnande, läkemedels- och medicinteknikbolag kan mycket väl bli framtidens viktigaste industrigren. I *yrkande 6* begärs ett tillkännagivande om primärvården. Sverige har enligt motionärerna en mycket svagt utvecklad primärvård jämfört med de flesta andra länder av vår typ. Den rådande läkarbristen har gjort att primärvården haft svårt att fullt ut leva upp till sin uppgift som basen i vården. Vidare anför motionärerna att med de nya uppgifter som ålagts primärvården – mer hemvård, patienter med större vårdtyngd osv. – krävs en förändring av distriktsköterskornas grundutbildning samt fortbildning (*yrkande 7*). Ytterst handlar det om att tillgodose en god patientsäkerhet. Med bättre

fortbildning skulle distriktssköterskorna kunna ta ett bättre ansvar för patienter med folksjukdomar som diabetes, astma, högt blodtryck m.m. I *yrkande 9* begärs ett återinförande av husläkarlagen. All öppenvård bör enligt motionärerna konkurransutsättas (*yrkande 10*). Hur stor andel av vården som drivs i landstingsregi respektive i privat regi blir då beroende av anbuden och patienternas egna val. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om förstärkt kvalitetsgaranti (*yrkande 11*). Kvalitetskraven måste vara höga på alla vårdgivare. Ett sätt att uppnå detta kan vara att förlägga all kontroll av verksamheten – inte bara för privata vårdgivare – till Socialstyrelsen och att beställaren är skyldig att leva upp till Socialstyrelsens kravlista. I *yrkande 12* begärs ett tillkännagivande om ett slopat krav på remisstvång. Motionärerna anför att remisstvånget inte fyller någon stor funktion men verkar hindrande för den privata vården. I *yrkande 8* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vikten av mångfald i vården. Enligt motionärerna innebär en mångfald beträffande utbudet i vården bl.a. att patienterna får större valfrihet att välja vårdgivare efter eget tycke och smak. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om valfrihet inom mödrahälsovården och barnhälsovården (*yrkande 18*). Enligt motionärerna bör en mödravårdspeng införas och de blivande föräldrarna i alla landsting skall kunna välja vilken barnmorska de vill gå till. Vidare anför motionärerna att en barnhälsovårdspeng bör införas så att föräldrarna själva kan välja barnhälsovårdsmottagning. Motionärerna begär i *yrkande 19* ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om psykiatrin. Motionärerna föreslår att en utredning tillsätts som ser över patientens behov av rätt diagnostik på ett tidigt stadium. Denna utredning skulle också kunna se över behovet av en rättighetslagstiftning för vissa kategorier av människor med psykiska sjukdomar. I *yrkande 20* begärs ett tillkännagivande om införande av vårdgaranti fr.o.m. den 1 april 2000. Motionärerna anför att de växande köerna är ett samhällsproblem som fordrar en snabb lösning. I det första steget skall den ursprungliga vårdgarantin med vissa kompletteringar införas för att därefter skyndsamt utvidgas till att omfatta i princip alla medicinskt motiverade behandlingar och diagnoser. Även i *motion So19 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om införande av vårdgaranti (*yrkande 1*). I *yrkande 25* i motion So322 begärs vidare ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om kvalitetsutvärderingar. De utvärderingar som gjorts av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, SBU, måste få större genomslag i hälso- och sjukvårdens arbete.

I *motion So19 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp.)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om finansiell samverkan (*yrkande 2*). Motionärerna anför att försöksverksamheten FINSAM innebär en samverkan mellan olika finansiärer och mellan olika sjukvårdshuvudmän som ger samhällsekonomiska och mänskliga vinster. Motionärerna anför att den finansiella samordningen bör utvidgas fullt ut med alla landsting och försäkringskassor i landet.

I *motion So245 av Siv Persson (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av att skapa nödvändiga resurser för att psykologisk kompetens skall kunna bli en obligatorisk resurs och en självklar tillgång för patienten i primärvården. Även i *motionerna So410 av Nils-*

Göran Holmqvist (s) och *So438 av Kerstin-Maria Stalin (mp)* framförs yrkanden om psykologisk kompetens i primärvården. I *motion So482 yrkande 16 av Alf Svensson m.fl. (kd)* behandlas behovet av att förstärka primärvården med såväl psykolog som kurator. I *motion So390 av Siw Persson (fp)* anförs att skyndsamma åtgärder bör vidtas för att snarast integrera psykoterapi och psykologisk kunskap i sjukvården, såväl i psykiatri och primärvården som i somatiska vården, i den omfattning som motiveras av patienternas rätt, av kostnadseffektivitet och de goda resultaten av sådan behandling. Även i *motion So399 av Rangwi Marcelind (kd)* anförs att åtgärder bör vidtas för att psykoterapi och psykologisk kunskap i större omfattning skall tillvaratas inom vårdens olika verksamheter.

I *motion So348 av Carina Hägg (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av analys vad gäller offentlig och privat vård. Motionären anför att det är viktigt att i en genomgripande analys få fördelar och nackdelar med offentlig respektive privat vård belysta. Denna analys bör göras snarast möjligt för att arbetstagare och beslutsfattare i den offentliga vården skall kunna få den arbetsro som behövs för att de skall kunna genomföra nödvändiga organisationsåtgärder.

Ett par yrkanden avser frågan om invandrad sjukvårdspersonals möjlighet att bli legitimerad i Sverige.

I *motion So359 av Stig Sandström m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om åtgärder för att underlätta för invandrad sjukvårdspersonal att bli legitimerad i Sverige. Motionärerna anför att det finns många utländska läkare och sjuksköterskor som mycket gärna vill återuppta det yrke som de en gång utbildat sig till. Med uppsökande verksamhet och rätt stöd, t.ex. aktiv hjälp med praktikplats, kan denna stora och outnyttjade resurs relativt snabbt förstärka vården. En annan åtgärd är att reservera ett riktat anslag till denna grupp sjukvårdsutbildade invandrare i samband med de årligen återkommande Dagmaröverenskommelserna.

I *motion So465 av Eva Arvidsson m.fl. (s)* anförs att Integrationsverket tillsammans med Skolverket och länsarbetsnämnderna bör få i uppdrag att ta fram kompletterande utbildningar inom sjukvård för att öka mångfalden inom vård och utbildning och därigenom ta till vara den arbetskraftsresurs som invandrarna utgör.

Flera yrkanden rör frågor om specialistkompetens och personalförsörjning.

I *motion So280 av Elizabeth Nyström och Jeppe Johnsson (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att uppdra åt Socialstyrelsen att initiera en samlad strategi för att minska bristen på neurologer. Motionärerna anför att Sverige i jämförelse med många andra västländer har få neurologer i förhållande till befolkningens mängden. Många neurologer kommer vidare att gå i pension de närmaste åren.

I *motion So482 av Alf Svensson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om personalrekrytering till vården (*yrkande 4*). Behovet av att rekonstruera hälso- och sjukvården liksom äldreomsorgen och att återställa personalens framtidstro måste beaktas särskilt under de närmaste åren och komma i första rummet vid fördelningen av samhällets resurser, anförs det i motionen. Vi-

dare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vårdpersonalens yrkesinnehåll, fortbildning, kompetenskrav och karriärvägar (*yrkande 6*). Kompetenskraven bör ses över och nya karriärvägar erbjudas. Möjligheterna till specialisering bör ökas. Fortbildningsmöjligheter och en mer generös lönesättning är viktiga delar av en ny personalpolitik inom vård- och omsorgsområdet anför motionärerna. I *yrkande 7* begärs ett tillkännagivande om bristen på specialistutbildade läkare. Motionärerna anför att det är nödvändigt att snarast se över dimensioneringen med tanke på framtiden. Redan nu kan konstateras att det finns brist på exempelvis barnläkare, reumatologer, geriatriker, neurologer och narkosläkare. Motionärerna anför i *yrkande 8* att det behövs ”fler händer i vården”. Enligt motionärerna uppgår den faktiska personalförlusten inom sjukvården till 63 000 personer. Fram till år 2002 måste sjukvården och äldreomsorgen få ett resurstillskott som bättre motsvarar vårdbehovet.

I *motion So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om att vårddyrkenas status måste höjas (*yrkande 1*). Motionärerna anför att viktiga faktorer för att attraktionskraften skall bli stark är att lönerna blir konkurrenskraftiga och att arbetsvillkoren förbättras. I *yrkande 2* påtalar motionärerna vikten av att rekrytera studenter till bristyrken inom vården. Enligt motionärerna bör den kommission som regeringen tillsatt för att närmare kartlägga framtida utbildningsbehov undersöka hur karriärvägarna inom vårddyrkena kan utvecklas. Kommissionen bör också ta fram förslag om hur de personer som lämnat yrket kan stimuleras att återvända. Vidare bör man underlätta för personer med utländsk bakgrund och som har vårddyrkesutbildning att arbeta inom vårddyrkena. I *yrkande 3* anfördes att en snabbtredning av kommande behov av personal inom apotekarverksamheten bör göras. Motionärerna anför att med tanke på den förändring som apoteksverksamheten står inför med elektroniska recept, distansfarmaci m.m. kommer rekryteringsbehovet att vara stort.

I *motion So265 av Kerstin-Maria Stalin (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av inrättande av platser för den praktiska tjänstgöringen för psykologer. Motionären anför att beräkningar visar på ett möjligt underskott år 2020 på mer än 2 000 psykologer jämfört med i dag. Antalet nybörjarplatser på Psykologprogrammet har successivt utökats från 150 till i dag 300 platser per år. Den nuvarande utbildningskapaciteten och den därav beräknade framtida examinationsfrekvensen pekar enligt motionären på ett fördubblat behov av praktikplatser. En ytterligare ökad svårighet för examinerade psykologer att erhålla praktikplats har redan märkts. I *motion So335 av Torgny Danielsson och Marina Pettersson (s)* anfördes att regeringen snarast bör initiera en översyn av problemsituationen när det gäller praktikplatser för psykologer och försöka finna överenskommelser med framför allt huvudmännen för hälso- och sjukvården men även övriga arbetsgivare som har möjlighet att tillskapa praktiktjänstgöring för psykologer.

I *motion So432 av Carina Moberg (s) och Liselotte Wågö (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att behovsbilden inom respektive specialismråde inom sjukgymnastiken undersöks och tydliggörs (*yrkande 1*). Motionärerna anför att sjukgymnasterna har en självklar plats

inom det medicinska teamet, inte minst beträffande rehabilitering. Den snabba medicinska utvecklingen kräver spetskunskap inom en rad områden. Vidare yrkas att regeringen skyndsamt låter utreda kostnaden för den i motionen föreslagna specialistutbildningen för sjukgymnaster (*yrkande 2*). I motionen anförts att Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har fastställt en specialistordning. Enligt denna ordning är det teoretiska kravet en magisterutbildning i sjukgymnastik, vilket tillhandahålls av högskolan, kurser inom specialistområdet, deltagande i symposier eller seminarier samt en klinisk utbildning omfattande tre års kliniskt arbete under handledning. För att detta skall fungera krävs att utbildningstjänster skapas, motsvarande läkarnas ST-tjänster. Inför detta arbete bör kostnader för ändamålet skyndsamt utredas för att finansieringen skall kunna preciseras inom ramen för det av regeringen föreslagna anslaget för kompetensutbildning (*yrkande 3*).

I *motion So442 av Marianne Jönsson (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av en ökad tillgång på specialistutbildade neurologer (*yrkande 1*). Motionärerna anför att enligt Socialstyrelsens utredningar krävs epilepsiteam vid såväl region- som länsjukhus. Vidare kommer pensionsavgångar att drastiskt minska tillgången på neurologer.

I *motion So461 av Karin Olsson m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om inrättande av specialitet inom kunskapsområdet ortopedisk medicin. Motionärerna anför att primärvården har ansvar för utredning och behandling av alla medicinska och kirurgiska sjukdomstillstånd. Det finns i dag ett stort behov av kunskapsstöd i form av konsultativ ortopedmedicinsk verksamhet för den stora patientgrupp som inte kan remitteras direkt till sjukhusspecialiteterna för diagnos och behandling.

Tidigare behandling, pågående arbete

Motioner om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering behandlades senast av utskottet i *betänkande 1998/99:SoU10*. Utskottet anförde bl.a. följande.

Hälso- och sjukvården är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Principerna om en solidariskt finansierad och rättvist fördelad hälso- och sjukvård är enligt utskottet centrala inslag i den generella välfärdspolitiken och måste hävdas även i ekonomiskt kärva tider. Alla måste kunna känna trygghet i att det finns en hälso- och sjukvård av god kvalitet och att vid sjukdom vård och omsorg ges på lika villkor. Det finns enligt utskottet inga belägg för att Sverige skulle ha något att vinna på att överge skattefinansieringen av vården. Internationella erfarenheter tyder tvärtom på att de skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystemen fungerar bättre i fördelningspolitiskt avseende än de försäkringsfinansierade systemen. Utskottet anser att det finns starka motiv för att slå vakt om skattefinansieringen av sjukvården.

I 2 a § HSL anges hur hälso- och sjukvården skall bedrivas för att uppfylla kraven på en god vård. Vården skall bl.a. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Hälso- och sjukvården skall hålla en god personell och materiell standard, dvs. bedrivas av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. För att hälso- och sjukvård skall fungera krävs väl-

utbildad och i övrigt kompetent personal som utför sina arbetsuppgifter sak-kunnigt och omsorgsfullt. Utbildningsfrågorna har stor betydelse vid utformningen av behörighetsregler för hälso- och sjukvården och närliggande områden. Utöver goda kunskaper inom relevanta ämnesområden är det enligt utskottet viktigt att yrkesutövaren har sådana personliga egenskaper att hon eller han är lämplig för sitt yrke. — — — (Res. m, v, kd, c, fp, mp)

— — —

Hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i huvudsak i offentlig regi. Vid ett flertal tillfällen har regeringen, med instämmande av utskottet, framhållit att det inom ramen för ett sådant integrerat system kan finnas ett värde, från såväl patienternas som personalens synpunkt, av ett varierat vårdutbud i olika driftsformer. Det bör enligt utskottet vara verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet som styr valet av vårdgivare. Hälso- och sjukvården bör präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Primärvården är basen i sjukvårdssystemet. Alla patienter har enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt till en fast läkarkontakt. Utskottet vidhåller att det är viktigt att hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs på rätt vårdnivå eftersom det är mest kostnadseffektivt. Det ankommer dock på sjukvårdshuvudmännen att besluta om vårdens organisation m.m. med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen. (Res. m, kd, c, fp)

Socialstyrelsen överlämnade i mars 1999 rapporten En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser till regeringen. Styrelsen anför bl.a. att de allvarliga köproblemen i vården inte löses med en behandlingsgaranti och att en sådan garanti tvärtom riskerar att leda till felaktiga prioriteringar, exempelvis att patienter med kroniska sjukdomar får svårare att hävda sig. Satsningar bör i stället göras på bättre samverkan i vårdkedjan, på en lagfäst rätt att fritt välja sjukhus och på bra information till patienter om väntetider. Dessutom behövs mer resurser till kommunerna för att ge ”färdigbehandlade” patienter plats, anför styrelsen.

I budgetpropositionen (proposition 1999/2000:1, utgiftsområde 9) anför regeringen bl.a. följande (26 och 28–29).

Regeringen kan konstatera att svensk hälso- och sjukvård generellt sett håller en hög kvalitet. Det pågår en dynamisk utveckling av angreppssätt, metoder och modeller för att säkerställa att kvaliteten i hälso- och sjukvården utvecklas fortlöpande och systematiskt. Trots det relativt goda läget finns en rad områden med utrymme för förbättringar. Ett viktigt material för kvalitetsbedömningar utgörs av de s.k. kvalitetsregistren. Fortfarande saknas dock kvalitetsregister på centrala områden som t.ex. primärvården. Det är därför enligt regeringen angeläget att bygga upp system som gör det möjligt att följa upp kvaliteten även inom bl.a. primärvården. Speciell uppmärksamhet bör ägnas utvecklingen inom äldrevård, hemsjukvård, psykiatri samt rehabilitering.

Trots initiativ på såväl central som lokal nivå består på många håll problemet med bristande läkarinsatser inom särskilt boende och i hemsjukvården. Det är därför enligt regeringen av största vikt att ytterligare åtgärder vidtas för att komma till rätta med problemen. Regeringen har mot bl.a. denna bakgrund tillkallat en särskild utredare med uppgift att beskriva och analysera de problem som i dag finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Även i överenskommelsen mellan staten och landstingen om vissa ersättningar för år 1999 har frågan lyfts fram.

I rapporten Den ljusnande framtid är vård (Ds 1999:44) har kommissionen för rekrytering till vård och omsorg enats om en rad åtgärder för att komma till rätta med den hotande bristen på vårdpersonal. Genomförandet av de åtgärder som föreslås vilar på staten, landstingen och kommunerna. Arbetet för att förbättra personalsituationen måste aktivt drivas vidare.

Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer värden inför nya och svåra etiska frågor. Arbetet med dessa frågor har hittills legat långt framme. Regeringen bedömer att det är av stor vikt att så sker också i fortsättningen.

Regeringen kan konstatera att ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som riksdagen har fattat beslut om. Frågan om att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården handlar, som tidigare påpekats, i mycket om ett aktivt och långsiktigt utvecklingsarbete mot ett förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården. Regeringen anser att det är av största vikt att detta arbete drivs vidare. I överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet för år 1999 om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården enades parterna också om att inriktningen att stärka patientens ställning skulle gälla även för år 2000.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens analys av de konsekvenser införandet av en behandlingsgaranti skulle få i svensk hälso- och sjukvård är regeringen inte beredd att föreslå någon sådan. Kravet på att förbättra tillgängligheten kvarstår dock oförändrat. Socialstyrelsen har pekat ut ett antal åtgärder som myndigheten menar krävs för att komma till rätta med sjukvårdens köproblem. Det handlar bl.a. om kapacitetsförstärkning inom landstingens primärvård och kommunernas vård och omsorg (i huvudsak äldrevård och psykiatri) för att effektivisera vårdkedjan. Som påpekats i det föregående avser regeringen att redan år 2001 tillföra en extra vårdmiljard. Därutöver innebär den s.k. försvarsuppgörelsen att totalt 8 miljarder kronor tillförs vården och omsorgen under perioden 2002–2004. Regeringen bedömer att satsningarna på vård och omsorg ligger väl i linje med de kapacitetsförstärkingar Socialstyrelsen föreslagit.

Mot bakgrund av stora skillnader mellan landstingen och oklara lokala regelverk när det gäller patientens rätt att välja sjukhus och specialistmottagning föreslog Socialstyrelsen en lagfäst rätt till fritt sjukhusval och rätt till relevant väntetidsinformation. Regeringen har erfarit att Landstingsförbundet redan med anledning av 1999 års överenskommelse mellan staten och landstingen inlett ett arbete med att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom vården. Det har därvidlag framkommit att möjligheten att välja sjukhus redan i dag finns på de allra flesta håll, men att informationen brister och stundtals också tillämpningen. Regeringen har erfarit att Landstingsförbundets styrelse under hösten 1999 kommer att ta ställning till en ny rekommendation till landstingen som tydliggör valmöjligheterna och som också eftersträvar en större likhet över landet när det gäller patienternas möjlighet att välja. Vidare arbetar Landstingsförbundet i enlighet med överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1999 med ett projekt vars syfte är att utveckla ett kvalificerat och tillförlitligt system för att följa väntetider i den svenska hälso- och sjukvården. Systemet skall utformas så att det tillgodoser olika intressenters informationsbehov. En första nationell övergripande mätning av väntetider planeras till årsskiftet 1999/2000. Regeringen avser att behandla frågorna om fritt sjukhusval och väntetidsinformation i samband med överläggningarna om ersättningen för år 2000.

I nämnda rapport konstaterade Socialstyrelsen också att vidgade behandlingsindikationer är en viktig förklaring till köproblemen i sjukvården. Det finns enligt verksamhetsföreträdare behov av att fastställa gemensamma och tydliga indikationer för behandling liksom kriterier för förtur. Socialstyrelsen har också inlett en översyn av sitt arbete med dessa frågor med sikte på att ta fram ett underlag som kan ingå i överenskommelsen mellan staten och landstingen om vissa ersättningar för år 2000. Regeringen anser att detta arbete är av stor vikt och avser att ta upp frågan i överläggningarna om ersättning för år 2000. Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (dir. 1997:135) har också en viktig uppgift i detta sammanhang.

Regeringen gör sammantaget bedömningen att ovan redovisade åtgärder kommer att leda till att tillgängligheten i hälso- och sjukvården förbättras och att patientens ställning kan stärkas.

Av Statsrådsberedningens *propositionsförteckning* avseende riksmötet 1999/2000 framgår att regeringen avser att i maj 2000 presentera en nationell handlingsplan för utveckling och förnyelse av sjukvården.

Socialstyrelsen har i januari 2000 överlämnat en rapport om åtgärder för att minska administrationen i vården. I rapporten föreslås bl.a. att gemensamma journaler för olika vårdnivåer införs så att journalen följer patienten genom vårdprocessen. Vidare föreslås att all hälso- och sjukvårdspersonal bör dokumentera i samma journalhandling. I rapporten påtalas också att införandet av datajournaler är eftersatt framför allt i den slutna vården och att datoriseringen därför bör påskyndas. Enligt uppgift från *Socialdepartementet* kommer rapporten att behandlas inom ramen för arbetet med den nationella handlingsplanen för sjukvården.

Den 1 januari 1999 trädde ett antal *bestämmelser om stärkt patientinflytande* i kraft. De i sammanhanget aktuella bestämmelserna beskrivs i korthet nedan.

Av 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Av 2 b § första stycket hälso- och sjukvårdslagen framgår att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vidare framgår av 3 a § och 18 a § samma lag att vårdgivarna i vissa situationer är skyldiga att ta hänsyn till patientens val av behandling där två eller flera alternativ är möjliga.

När det gäller rätten till förnyad medicinsk bedömning, s.k. second opinion, stadgas i 3 a § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen att landstinget skall ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet.

Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

I samband med riksdagsbehandlingen av införandet av den ovan nämnda bestämmelsen om s.k. second opinion föreslog utskottet ett tillkännagivande med innebörd att utskottet ansåg det mycket angeläget att följa effekterna av lagstiftningen. Enligt utskottet borde regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa tillämpningen av lagstiftningen under ett år och därefter lämna en utvärdering (*betänkande 1998/99:SoU3*). Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:54).

Av *regleringsbrev för budgetåret 2000 avseende Socialstyrelsen* framgår att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att under år 1999 noga följa tillämpningen av lagstiftningen om rätten till förnyad medicinsk bedömning. Uppdraget skall avrapporteras i form av en utvärdering senast den 31 mars 2000. Styrelsen skall även följa effekterna av lagstiftningen om patientens möjlighet att i vissa situationer välja mellan olika behandlingsalternativ. Uppdraget skall redovisas senast den 1 mars 2001.

Frågor om remisskrav behandlades senast av utskottet i det ovan nämnda *betänkande 1998/99:SoU3*. Utskottet anförde bl.a. följande:

Remisser fyller en viktig funktion som instrument för att göra riktiga medicinska prioriteringar både i syfte att garantera att de patienter som har störst behov av specialistvård får tillgång till sådan och att kunna utnyttja de samlade resurserna i landstingen optimalt. Utskottet delar således bedömningen att det inte är lämpligt att i lag förbjuda landstingen att ställa krav på remisser för specialistvård. Givetvis får remisskrav inte användas i syfte att försvåra vårdutnyttjandet eller som begränsning för privata vårdgivare.

Det kan finnas skäl att se annorlunda på remisskrav till de sjukhusanknutna specialistmottagningarna än på remisskrav till motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen. Med hänsyn till att sjukhusens specialistmottagningar och de privata specialistmottagningarna genom de senaste årens utveckling har fått skilda roller i hälso- och sjukvården bör det enligt utskottet därför vara möjligt för landstingen att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagning utanför sjukhusen. Däremot kommer landstingen inte att kunna tillämpa remisskrav enbart för privata vårdgivare utanför sjukhus. (Res. m, kd, fp; motivres. c)

Utskottet har vid ett flertal tillfällen behandlat yrkanden om att återinföra husläkarlagen, se *betänkandena 1996/97:SoU1, 1997/98:SoU12, 1997/98:SoU24 och senast 1998/99:SoU3*. I det sistnämnda betänkandet anförde utskottet att det vidhöll sitt tidigare ställningstagande att det inte finns skäl att återinföra lagen. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:54). (Res. fp)

I *betänkande 1998/99:SoU3* behandlades ett motionsyrkande om inrättande av en patientombudsman. Utskottet anförde att det ansåg att patienternas intressen blev väl tillgodosedda med patientnämnder och att det därför saknades anledning att inrätta en särskild patientombudsman. Även frågan om patientutbildning behandlades i *betänkande 1998/99:SoU3*. Utskottet anförde att det inte såg någon anledning att införa regler om en särskild patientut-

bildning. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:54). (Res. v avseende patientombudsman, res. c avseende patientutbildning)

Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg, den s.k. Vårdkommissionen, lämnade i juli 1999 rapporten *Den ljusnande framtid är vård* (Ds 1999:44) till regeringen. I rapporten anförts (s. 179) att kommissionens förslag utgör en gemensam avsiktsförklaring som kommissionen står bakom oavsett vem som avses svara för eller verka för åtgärden. Kommissionen föreslår bl.a. följande:

- att antalet nybörjarplatser i läkarutbildningen ökas med 200 per år senast höstterminen 2002 och i sjuksköterskeutbildningen på motsvarande sätt med 1 000 per år,
- att regeringen är beredd att överväga särskilda mål för antalet utbildningsplatser även beträffande övriga grupper inom vård- och omsorgssektorn, t.ex. psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, i den mån lärosätena inte tillgodoser arbetsmarknadens behov av arbetskraft,
- att huvudmannaskapet för de landstingskommunala vårdutbildningarna bör överföras till staten år 2001 och att diskussioner om detta inleds mellan regeringen och landstingen,
- att det skall vara en målsättning dels att öka examinationen av studenter från gymnasiets omvårdnadsprogram väsentligt för att tillgodose behovet – ambitionen är att ca 7 000 per år skall genomgå utbildningen, dels att ett betydligt större antal skall utbildas inom vuxenutbildningen med relevanta kurser,
- att åtgärder vidtas för att förbättra omvårdnadsprogrammet och stärka dess ställning,
- att staten i syfte att få en generösare tillämpning ser över hur tillgodoräkning av utbildning och yrkeserfarenhet sker vid antagning till högskoleutbildning,
- att regeringen, inom ramen för samarbetet med parterna inom sysselsättningspolitiken i EU, inbjuder de berörda parterna till diskussioner om bl.a. hur de nya medlen till kompetensutveckling kan användas inom vård- och omsorgssektorn,
- att kommunerna erbjuder fler praktikplatser för studerande inom sjuksköterskeutbildningen,
- – –
- att arbetsförmedlingarna får i uppdrag att i samarbete med kommunerna öka antalet anställda invandrare i vård och omsorg, t.ex. genom att erbjuda ett sammanhållet program som innefattar yrkessvenska, praktik, utbildning, anställning och introduktion,

I *budgetpropositionen (proposition 1999/2000:1, utgiftsområde 16, volym 8 s. 106)* anför regeringen att den delar Vårdkommissionens bedömning av behovet av en utökning av dimensioneringen av utbildning för sjuksköterskor och läkare. Regeringen understryker att den regionala fördelningen av den grundläggande läkarutbildningen är ett viktigt instrument för att underlätta för landstingen att rekrytera läkare till specialistutbildningstjänster över hela landet. Det har också visat sig att ett ökat samarbete mellan universiteten och

sjukhusen utanför universitetsorterna underlättar för landstingen att i framtiden rekrytera läkare till orter utanför universitetsorterna, anför regeringen. Vidare framgår av propositionen att den beräknade ökningen av antalet examinerade läkare efter den planerade expansionen åren 2001 och 2002 uppgår till 200.

Utbildningsutskottet föreslog, *betänkande 1999/2000:UbU1*, att riksdagen skulle godkänna vad regeringen förordat angående utbyggnaden av den högre utbildningen åren 2001 och 2002. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1999/2000:94).

I *budgetpropositionen (proposition 1999/2000:1, utgiftsområde 14, volym 7, s. 36)*, redovisar regeringen att den i enlighet med Vårdkommissionens åtagande avser att ge Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) i uppdrag att planera tidiga åtgärder för att utbilda personal från sektorer där övertalighet råder till arbeten inom vård och omsorg. Vidare bör AMS inom ramen för de ordinarie arbetsmarknadsmedlen genom särskilda insatser öka antalet anställda invandrare inom vården och omsorgen, anför det. Detta kan exempelvis ske genom att erbjuda arbetslösa invandrare ett program som innefattar yrkessvenska, praktik, utbildning, anställning och introduktion. Vidare redovisas att ledamöterna i Vårdkommissionen gemensamt har gjort en utfästelse om att verka för att deltidsarbetslösheten bland vård- och omsorgspersonal skall minska. En avstämning och analys kommer att göras per den 31 december 2000.

Sedan den 1 juli 1999 har *Socialstyrelsen* ansvar för ett centralt planeringsstöd för specialistläkare.

Av *regleringsbrev för budgetåret 2000 avseende Socialstyrelsen* framgår att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla ett centralt planeringsstöd för att kunna underlätta lokal och regional planering av det framtida behovet av grund- respektive specialistutbildade sjuksköterskor. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 december 2000.

Socialministern har i ett frågesvar den 15 december 1999 anfört bl.a. följande:

När det gäller kompetensutveckling och rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal har kommuner och landsting ett huvudansvar. Staten har möjlighet att styra och påverka verksamheten, bl.a. genom lagstiftning. Handläggningen av kompetensbevis inom hälso- och sjukvården, t.ex. legitimationer, sker vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen skall bedöma kompetensen och föreskriva kompletteringar för invandrare med utbildning och erfarenhet i yrken som är rättsligt reglerade i Sverige. Socialstyrelsen avsätter varje år medel för olika utbildningsinsatser som ska underlätta för invandrare med vårdutbildning att uppnå legitimation i Sverige. Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, tandläkare och barnmorskor har tillgång till kurser och prov som anordnas av olika institutioner på uppdrag av Socialstyrelsen. En statlig finansiering sker således av ovannämnda kompletteringsvillkor. Jag vill slutligen nämna att regeringen i juni 1998 inrättade en kommission med uppgift att föreslå åtgärder för att underlätta rekrytering av personal till vård- och omsorgssektorn samt att kartlägga framtida utbildningsbehov inom sektorn. Kommissionens arbete omfattade bl.a. frågan om behovet av invandrare

inom hälso- och sjukvården. Den s.k. Vårdkommissionen har presenterat sin slutrapport, Den ljusnande framtid är vård (Ds 1999:44). Bland kommissionens förslag ingår bl.a. att arbetsförmedlingarna skall ges i uppdrag att i samarbete med kommunerna bedriva särskilda insatser i syfte att öka antalet invandrare som är anställda inom vården. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Från *Landstingsförbundet* har inhämtats att förbundet i början av år 1999 tillsatte en utredning om en alternativ organisation till Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) för samverkan i IT-frågor av gemensamt intresse för hälso- och sjukvården. Förbundets styrelse beslutade den 10 december 1999 att ett projekt för IT-samverkan i hälso- och sjukvården skulle startas vid årsskiftet 1999/2000 inom Landstingsförbundet samt att utredningsgruppen fortsätter sitt arbete med sikte på att ett fristående och självständigt IT-samverkansorgan inrättas vid årsskiftet 2000/2001.

Socialministern har i ett frågesvar den 30 november 1999 anfört bl. a. följande:

Den s.k. Behörighetskommittén berörde frågan om PTP för psykologer i betänkandet Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. (SOU 1996:138). Kommittén ansåg att någon form av praktisk tjänstgöring för att pröva lämpligheten för yrket borde finnas kvar för psykologer. Psykologförbundet hade under utredningsarbetet anfört att de tidigare så långa väntetiderna för psykologer kortats ned ganska betydligt. Enligt kommitténs uppfattning fanns det därför inte några skäl att föreslå några ändringar beträffande PTP. Det förhållandet att staten reglerar utbildningen, men inte PTP – som är en förutsättning för full behörighet – kan innebära vissa problem. Jag är beredd att ta initiativ till en översyn av psykologernas PTP om det i framtiden exempelvis skulle uppstå en större diskrepans mellan antalet utbildningsplatser och antalet praktikplatser.

Utbildningsministern har i ett frågesvar den 1 mars 2000 anfört bl.a. följande:

Till farmaceuter räknas både apotekare och receptarier. Den påtalade bristen avser främst receptarier. De ökande pensionsavgångarna är delvis skäl till bristen på receptarier. Vidare har Apoteksbolaget AB löst ställda besparingskrav delvis genom avtalspensioneringar. Under 1997 och 1998 lämnade 560 personer sina anställningar med avtalspension. Av dessa var ca 200 receptarier.

Receptarieutbildning ges för närvarande endast vid Uppsala universitet.

Det är den enskilda högskolan som har ansvaret för att i samverkan med det omgivande samhället besluta om omfattning och inriktning av de utbildningar som högskolan anordnar. Med anledning av den befarade bristen på receptarier har Högskolan i Kalmar och Göteborgs universitet ansökt hos Högskoleverket om rätt att utfärda receptarieexamen. Umeå universitet kommer inom kort att ansöka om sådan examensrätt. Högskoleverket räknar med att beslut i ärendet kommer att fattas i augusti detta år.

Jag har vidare informerats om att Sveriges Farmaceutförbund kommer att diskutera receptarieutbildningen vid ett möte den 6 mars 2000 med avnämare (Apoteket AB, Läkemedelsverket, Läkemedelsindustriföreningen och Astra Zeneca) och Uppsala, Göteborgs och Umeå universitet samt Högskolan i Kalmar.

Jag kommer att uppmärksamt följa den fortsatta utvecklingen i frågan.

Genom *regeringsbeslut den 4 februari 1999 tillkallades en kommitté*, Kommittén Valfärdsbokslut, bestående av forskare med uppdrag att göra ett valfärdsbokslut över 1990-talet (dir. 1999:7). Av direktiven framgår att regeringen ser det som särskilt angeläget att beskriva välfärdsutvecklingen för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper och ur ett livscykelperspektiv. Barns situation skall belysas. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt utsatta grupper. Frågor om folkhälsan och hälsans fördelning i befolkningen skall vara centrala för kommitténs bedömning av välfärdens utveckling under 1990-talet. Kommittén skall redovisa den allmänna hälsoutvecklingen i landet och de skillnader i ohälsa som finns mellan olika sociala grupper och hur detta förändrats under 1990-talet.

Kommittén Valfärdsbokslut har i januari 2000 lämnat ett delbetänkande, *Valfärd vid vägskalet (SOU 2000:3)*. Kommittén anför i betänkandet att ohälsan inte är jämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper. Äldre, kvinnor, utrikes födda och arbetare är grupper med relativt sett högre förekomst av hälsoproblem än yngre, män, svenskfödda och tjänstemän. Skillnaderna mellan grupperna har dock inte förändrats under decenniet. Vidare anför kommittén att fördelningen av nervösa besvär ser i allt väsentligt ut på samma sätt, även om skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper är mindre. Utvecklingen under 1990-talet har medfört en utjämning mellan åldersgrupper, såtillvida att det psykiska välbefinnandet försämrats betydligt mer bland de yngre än bland de äldre. Kommittén påpekar också att kvinnor i okvalificerade arbetaryrken är en av få grupper för vilka dödligheten inte gått ned under 1990-talet.

Med stöd av lagen (1992:863) om *lokal försöksverksamhet med finansiell samordning* mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård bedrevs under åren 1993–1997 försöksverksamhet på lokal nivå inom fem försöksområden (FINSAM). Syftet med försöksverksamheten var att skapa drivkrafter inom systemen för socialförsäkring respektive hälso- och sjukvård för ett bättre utnyttjande av de gemensamma resurserna.

Enligt lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst får, om regeringen medger det, en allmän försäkringskassa, ett landsting och en kommun som har kommit överens om det bedriva sådan försöksverksamhet i syfte att pröva möjligheterna till en effektivare användning av tillgängliga resurser (SOCSAM). Försöksverksamheten, som är begränsad till högst tio försöksområden, startade den 1 juli 1994 och skall avslutas senast vid utgången av år 2002.

Sedan den 1 januari 1998 får försäkringskassan träffa överenskommelse med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser (FRISAM).

Socialförsäkringsutskottet har vid ett flertal tillfällen behandlat yrkanden om att den s.k. FINSAM-modellen borde införas i hela landet, se bl.a. *betänkandena 1997/98:SfU1*, *1998/99:SfU1* och *1998/99:SfU8*. I *betänkande 1999/2000:SfU1* tecknas en bred bakgrund när det gäller frågor om samverkan och finansiell samordning på socialförsäkringsområdet, vartill hänvisas.

Utskottet ansåg sammanfattningsvis att finansiell samordning av FINSAM- eller SOCSAM-modell inte bör införas generellt under år 2000.

Utskottets bedömning

Hälso- och sjukvården är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Principerna om en solidariskt finansierad och rättvist fördelad hälso- och sjukvård är enligt utskottet centrala inslag i den generella välfärdspolitiken och måste hävdas även i ekonomiskt kärva tider. Alla måste kunna känna trygghet i att det finns en hälso- och sjukvård av god kvalitet och att vid sjukdom vård och omsorg ges på lika villkor. Det finns enligt utskottet inga belägg för att Sverige skulle ha något att vinna på att överge skattefinansieringen av vården. Internationella erfarenheter tyder tvärtom på att de skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystemen fungerar bättre i fördelningspolitiskt avseende än de försäkringsfinansierade systemen. Utskottet vidhåller att det finns starka motiv för att slå vakt om skattefinansieringen av sjukvården.

I 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges hur hälso- och sjukvården skall bedrivas för att uppfylla kraven på en god vård. Vården skall bl.a. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Hälso- och sjukvården skall hålla en god personell och materiell standard, dvs. bedrivas av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. För att hälso- och sjukvård skall fungera krävs välutbildad och i övrigt kompetent personal som utför sina arbetsuppgifter sakkunnigt och omsorgsfullt. Utbildningsfrågorna har stor betydelse vid utformningen av behörighetsregler för hälso- och sjukvården och närliggande områden. Utöver goda kunskaper inom relevanta ämnesområden är det enligt utskottet viktigt att yrkesutövaren har sådana personliga egenskaper att hon eller han är lämplig för sitt yrke.

Regeringen har aviserat att den under våren 2000 kommer att presentera en nationell handlingsplan för utveckling och förnyelse av sjukvården. Handlingsplanen skall enligt vad utskottet erfarit bl.a. innehålla en satsning på primärvården, äldrevården och psykiatrin. Vidare kan nämnas att företrädare för Socialdemokraterna och Centerpartiet i fjol träffade en överenskommelse om en särskild satsning på vård och omsorg under perioden 2002–2004. Överenskommelsen innebär att sammanlagt cirka åtta miljarder kronor frigörs under denna period. Parterna har enats om att fyra områden skall prioriteras i sammanhanget, nämligen primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald.

Utskottet vill också erinra om att regeringen i budgetpropositionen (prop. 1999/2000:1, utgiftsområde 25) aviserade att ytterligare en miljard kronor skall tillföras vården och omsorgen. Dessutom aviserade regeringen i samma proposition ett engångsvist tillskott på 700 miljoner kronor till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting. Riksdagen biföll regeringens förslag (rskr. 1999/2000:121). Därigenom kommer nivån på statsbidragen totalt att bli 25,7 miljarder kronor högre år 2001, i förhållande till år 1996.

Utskottet avstyrker motionerna So18 (m) yrkandena 1 och 3, So217 (fp), So261 (m) yrkande 2, So274 (m) yrkandena 1–3, 5, 7 och 12, So322 (fp)

yrkandena 5–7 och 19, So330 (c) yrkandena 16, 19 och 22, So355 (v) yrkande 1, So426 (v) yrkande 1, So451 (c) yrkande 3, So482 (kd) yrkandena 1, 2, 9 och 10. Vidare avstyrks motionerna So245 (fp), So390 (fp), So399 (kd), So410 (s), So438 (mp) och So482 (kd) yrkande 16.

Hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i huvudsak i offentlig regi. Vid ett flertal tillfällen har regeringen, med instämmande av utskottet, framhållit att det inom ramen för ett sådant integrerat system kan finnas ett värde, från såväl patienternas som personalens synpunkt, av ett varierat vårdutbud i olika driftsformer. Det bör enligt utskottet vara verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet som styr valet av vårdgivare. Det är viktigt att så långt som möjligt erbjuda alternativ och utveckla mångfalden inom den kommunala och landstingskommunala verksamheten. Vidare kan alternativa driftsformer prövas för att öka mångfald, valfrihet, tillgänglighet och rättvisa. Hälso- och sjukvården bör präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Primärvården är basen i sjukvårdssystemet. Alla som är bosatta inom ett visst landsting har enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt till en fast läkarkontakt. Utskottet vidhåller att det är viktigt att hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs på rätt vårdnivå eftersom det är mest kostnadseffektivt. Det ankommer dock på sjukvårdshuvudmännen att besluta om vårdens organisation m.m. med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen. Utskottet har vidare erfarit att regeringen avser att under våren 2000 överlämna en proposition om sjukhus med vinstsyfte till riksdagen.

Motionerna So255 (m), So274 (m) yrkandena 4 och 8, So322 (fp) yrkandena 4, 8, 10 och 18, So330 (c) yrkande 20, So348 (s), So451 (c) yrkandena 1–2 och So482 (kd) yrkande 14 avstyrks.

I motion So451 (c) yrkande 4 begärs en översyn av lagstiftningen för att säkra lika villkor för olika driftsformer. Enligt vad utskottet erfarit avser regeringen att under hösten 2000 överlämna en proposition avseende bl.a. frågor som berörs i betänkandet Klara spelregler (SOU 1997:179) samt frågor som berörs i betänkandet Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (SOU 1999:149). Riksdagen bör därför inte ta något initiativ i frågan. Motionsyrkandet avstyrks.

Från Socialstyrelsen har inhämtats att det vid styrelsen för närvarande pågår ett projekt om verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården. Särskild uppmärksamhet ägnas åt att utveckla generellt tillämpbara system för uppföljning. Motion So451 (c) yrkande 5 angående jämförbara nyckeltal får därför anses i huvudsak tillgodosedd och avstyrks.

Vid Socialstyrelsen bedrivs vidare ett aktivt arbete när det gäller kvalitet i vården. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ i den frågan. Motionerna So322 (fp) yrkande 11 och So482 (kd) yrkande 15 avstyrks därför.

Flera motioner avser införande av en ny och vidareutvecklad vårdgaranti.

I rapporten En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården drar Socialstyrelsen slutsatsen att införandet av en generell tre månaders behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården skulle kräva betydande ekonomiska tillskott för att uppfylla kraven på väntetider och samtidigt vara i samklang med riksdagsbeslutet om prioriteringar i vården. Styrelsen anför vidare att införandet av en behandlingsgaranti dels skulle medföra risker för felaktiga prioritering-

ar, dels vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialistutbildad personal. Regeringen har, mot bakgrund av Socialstyrelsens analys av de konsekvenser införandet av en behandlingsgaranti skulle kunna få, i budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1, utg.omr. 9) framhållit att den inte är beredd att föreslå en sådan garanti.

Inte heller utskottet är berett att föreslå införandet av en behandlingsgaranti. Utskottet vill dock betona att kravet att tillgängligheten till vården förbättras kvarstår. För detta krävs både resursförstärkningar, förändrat arbetssätt och utvecklad samverkan. Utskottet noterar att i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar för år 2000 har parterna enats om att avsätta medel till bl.a. projektet Väntetider i vården som syftar till att utveckla metoder som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt beskriva tillgängligheten. Vidare har medel avsatts till Socialstyrelsens utvecklingsarbete rörande behandlingsindikatorer och prioriteringar.

Utskottet anser att riksdagen inte bör ta något initiativ med anledning av motionerna So18 (m) yrkande 2, So19 (fp) yrkande 1, So261 (m) yrkande 1, So274 (m) yrkande 9 delvis, So322 (fp) yrkande 20, So330 (c) yrkande 21 och So482 (kd) yrkande 3. Motionerna avstyrks.

När det gäller rätten till förnyad medicinsk bedömning konstaterar utskottet att Socialstyrelsen haft i uppdrag att under år 1999 noga följa tillämpningen av lagstiftningen om rätten till förnyad medicinsk bedömning samt att detta uppdrag skall avrapporteras senast den 31 mars 2000. Enligt utskottets uppfattning bör denna rapport avvaktas. Utskottet vill vidare påtala att Landstingsförbundet med anledning av 1999 års s.k. Dagmaröverenskommelse påbörjade ett arbete som syftar till att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom vården. Utskottet har erfarit att förbundet utarbetat ett förslag till rekommendation som nyligen remitterats till landstingen. Utskottet anser att även resultatet av detta arbete bör avvaktas.

Utskottet avstyrker med hänvisning till det anförda motionerna So274 (m) yrkande 9 delvis och So330 (c) yrkande 17.

Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. trädde i kraft den 1 januari 1999. Av lagen framgår att nämnderna bl.a. skall hjälpa patienter att få den information som behövs för att de skall kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet. Utskottet anser att patienternas intressen blir tillgodosedda genom patientnämnderna. Det saknas därför enligt utskottets uppfattning anledning att inrätta en särskild patientombudsman. Motion So355 (v) yrkande 2 avstyrks med det anförda.

Utskottet vill betona vikten av att patienter erhåller individuellt anpassad information. En informerad patient är en förutsättning för en effektiv vård. I detta sammanhang vill utskottet peka på de vårdprogram som utarbetats inom landstingen, vars syfte bl.a. är att skapa en dialog med patienterna. Utskottet anser därför att det inte finns anledning att införa regler om en särskild patientutbildning. Motion So330 (c) yrkande 18 avstyrks i den mån den inte är tillgodosedd med det anförda.

Utskottet delar inställningen i motion So236 (c) yrkandena 1 och 3 att det är angeläget att olika enheter i vården på ett enkelt sätt kan kommunicera med varandra och därvid utnyttja de möjligheter som informationstekniken

ger. Inom Landstingsförbundet har ett projekt för IT-samverkan nyligen startats. Vidare pågår en utredning inom förbundet med sikte på att ett fristående och självständigt IT-samverkansorgan skall kunna inrättas vid årsskiftet 2000/2001. Av överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000 framgår dessutom att tio miljoner kronor avsatts för stöd till IT-utveckling inom hälso- och sjukvården. Motionsyrkandena får därmed anses i huvudsak tillgodosedda. Utskottet anser inte att någon översyn av lagstiftningen är erforderlig. Motion So236 (c) yrkande 2 avstyrks därför.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att remisser fyller en viktig funktion som instrument för att göra riktiga medicinska prioriteringar både i syfte att garantera att de patienter som har störst behov av specialistvård får tillgång till sådan och för att kunna utnyttja de samlade resurserna i landstinget optimalt. Motion So322 (fp) yrkande 12 avstyrks därför.

I motion So322 (fp) yrkande 25 anförs att de utvärderingar som gjorts av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik måste få ett större genomslag i hälso- och sjukvårdens arbete. I detta sammanhang vill utskottet erinra om att det av överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000 framgår att parterna enats om att avsätta 5 miljoner kronor i syfte att stödja arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat. Motionsyrkandet är därmed i huvudsak tillgodosett.

Socialförsäkringsutskottet behandlade under hösten 1999 ett förslag från regeringen om att försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM) skulle förlängas till utgången av år 2002 (1999/2000:SfU1). Socialförsäkringsutskottet anförde att det delade regeringens bedömning att det är av stor vikt att försöksverksamheten kan fullföljas under sådana förutsättningar att de utvärderingar som skall göras får sådan kvalitet att de kan fungera som underlag för framtida beslut inom bl.a. rehabiliteringsområdet. Utskottet tillstyrkte förslaget att förlänga försöksverksamheten. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1999/2000:98).

Försäkringskassan har sedan den 1 januari 1998 möjlighet att träffa överenskommelse med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om samverkan för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser (FRISAM). I samband med riksdagens behandling av förslaget om en sådan friare samverkan mellan olika huvudmän (bet. 1997/98:SfU1) avstyrkte socialförsäkringsutskottet motionsyrkanden om att FINSAM-modellen skall införas i hela landet. Socialförsäkringsutskottet framhöll dock att det är angeläget att insikterna om förbättrad metodutveckling och effektivare administration från FINSAM-försöken tas till vara och får genomslag i det nya samverkansarbetet. Utskottet påtalade också vikten av att det fastställs ett gemensamt mål om samverkan för de berörda myndigheterna. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1997/98:111). Också i de av riksdagen godkända betänkandena 1998/99:SfU1 och 1998/99:SfU8 vidhöll socialförsäkringsutskottet att FINSAM-modellen inte borde införas i hela landet. Socialförsäkringsutskottet ansåg att det var rimligt att den nya möjligheten att samverka (FRISAM) fick tid att utvecklas och finna sina former.

Socialutskottet vill betona vikten av samverkan mellan olika huvudmän. Genom sådan samverkan mellan flera parter skapas möjligheter att utifrån det individuella perspektivet åstadkomma en lösning som tar hänsyn till helheten i individens situation. Utskottet ställer sig bakom socialförsäkringsutskottets bedömning att det är angeläget att insikterna om förbättrad metodutveckling och effektivare administration från FINSAM-försöken tas till vara och får genomslag i det nya samverkansarbetet. Socialutskottet delar bedömningen att det är rimligt att den nya möjligheten att samverka (FRISAM) får tid att utvecklas och finna sina former. Med hänvisning till det anförda anser utskottet att finansiell samordning av t.ex. SOCSAM-, FRISAM- eller FIN-SAM-modell bör utvecklas i landet. Motion So19 (fp) yrkande 2 avstyrks.

Utskottet vidhåller sitt ställningstagande att inte återinföra husläkarlagen. Motion So322 (fp) yrkande 9 avstyrks.

Flera motioner behandlar frågor om personalförsörjning inom vården. Utskottet vill i detta sammanhang peka på att ett flertal åtgärder har initierats för att underlätta rekryteringen till vård- och omsorgssektorn. Således har regeringen gett Arbetsmarknadsstyrelsen i uppdrag att planera genom tidiga åtgärder för att utbilda personal från sektorer där övertalighet råder till arbeten inom vård och omsorg. Ledamöterna i Vårdkommissionen har vidare gemensamt gjort en utfästelse om att verka för att deltidsarbetslösheten bland vård- och omsorgspersonal skall minska. Vidare skall utbildningsplatserna för läkare och sjuksköterskor utökas fram till år 2002.

Av det anförda framgår att ett flertal åtgärder har initierats för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motionerna So322 (fp) yrkandena 1 och 2 och So482 (kd) yrkandena 4 och 6. Även motion So482 (kd) yrkande 8 avstyrks.

Beträffande behovet av personal inom apoteksverksamheten noterar utskottet att Högskolan i Kalmar och Göteborgs universitet ansökt om rätt att utfärda receptarieexamen. Dessutom avser Umeå universitet enligt uppgift att ansöka om sådan examensrätt. Utskottet utgår vidare från att regeringen uppmärksammat följer frågan. Något initiativ från riksdagen behövs därför inte. Motion So322 (fp) yrkande 3 avstyrks.

När det gäller frågan om praktikplatser för psykologer delar utskottet inställningen i motionerna So265 (mp) och So335 (s) att antalet praktikplatser bör stå i rimlig proportion till antalet utbildningsplatser. Utskottet utgår från att regeringen noga följer frågan. Något initiativ från riksdagen är därför inte erforderligt. Motionerna avstyrks.

Utskottet delar motionärernas inställning att det är av största vikt att noga följa behovet av specialistutbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Av 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att det i landstingen skall finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Vidare har Socialstyrelsen sedan den 1 juli 1999 ansvar för ett centralt planeringsstöd för specialisläkare.

Utskottet vill också erinra om att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla ett centralt planeringsstöd för att

kunna underlätta lokal och regional planering av det framtida behovet av grund- respektive specialistutbildade sjuksköterskor.

Utskottet utgår vidare från att regeringen även beträffande övriga personalkategorier inom hälso- och sjukvården noga följer behovet av specialistkompetens och vid behov vidtar åtgärder. Riksdagen bör inte ta något initiativ i frågan.

Sammanfattningsvis konstaterar utskottet att det pågår ett aktivt arbete beträffande frågor om specialistutbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Motionerna So280 (m), So432 (s, m) yrkandena 1–3, So442 (s) yrkande 1, So461 (s) och So482 (kd) yrkande 7 avstyrks.

Utskottet delar också inställningen i motionerna So359 (v) och So465 (s) om vikten av att invandrad vårdpersonals kompetens tas till vara. Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg har föreslagit att arbetsförmedlingarna får i uppdrag att i samarbete med kommunerna öka antalet anställda invandrare inom vård och omsorg. Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet. Riksdagen bör inte ta något initiativ i frågan. Motionerna avstyrks.

Regeringens skrivelse bör enligt utskottet inte föranleda någon åtgärd från riksdagens sida.

Privata vårdgivare

I *motion So274 av Bo Lundgren m.fl. (m)* begärs att riksdagen beslutar ändra reglerna för etablering och drift av privat verksamhet på sjukvårdens område så att de överensstämmer med vad som gällde vid utgången av år 1994 (*yrkande 10*). I *yrkande 11* begärs att riksdagen beslutar avskaffa den övre åldersgränsen för rätten att, utan huvudmannens beslut, erhålla sjukvårdserättning, i enlighet med vad som anförts i motionen. Motionärerna anför att förbudet innebär att väletablerade läkarkontakter bryts, antalet alternativ minskar och kompetens går till spillo.

I *motion So300 av Lars Hjertén och Liselotte Wågö (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av bättre samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare. Motionärerna anför att det är av stor vikt ur patientsynpunkt att det skapas bättre samverkan mellan offentlig och privat vård och därmed ökade valmöjligheter. Det behöver också skapas enhetliga och klara regler när det gäller etablering för enskilda vårdgivare med offentlig finansiering.

I *motion So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs att riksdagen beslutar återinföra den fria etableringsrätten för privata allmänläkare, barnläkare, gynekologer, geriatriker, sjukgymnaster och barnmorskor (*yrkande 13*). Motionärerna anför att de som omfattas av etableringsfriheten skall ha rätt till ersättning enligt en nationell ersättningstaxa. Det innebär att de har rätt till ersättning från landstinget enligt de lagar som reglerar etableringsfriheten om de bedriver verksamheten på heltid, inte har fyllt 75 år samt inte har anställning i något landstings hälso- och sjukvård. Motionärerna begär vidare att riksdagen beslutar återinföra rätten för läkare med specialistkompetens att överlåta sin praktik till läkare med samma eller likartad specialistkompetens

(yrkande 14) samt att riksdagen beslutar upphäva 65-årsregeln för privata vårdgivare (yrkande 15). Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om att beställarkompetensen måste stärkas (yrkande 16). Enligt motionärerna skall detta ske genom att det vid upphandling blir obligatoriskt att ha med läkare och sjuksköterskor i beställarstaben som är delaktiga i bedömandet av lämpligheten i olika anbud på den konkurrensutsatta verksamheten. Även i motion So262 av Barbro Westerholm (fp) begärs att 65-årsgränsen för privata vårdgivare avskaffas (yrkande 7).

I motion So463 av Margit Gennser (m) begärs tillkännagivanden om vad i motionen anförts om behandling av lymfterapeuter vid komplikationer efter bröstcanceroperationer (yrkande 1) och att de statliga kostnaderna för behandling av lymfterapeuter skall avräknas mot statens bidrag till landstingen (yrkande 2). Behandlingen utförs av sjukgymnaster – s.k. lymfterapeuter – som har specialutbildning. Antalet sjukgymnaster med denna specialutbildning är begränsat och återfinns i huvudsak bland privata vårdgivare. Enligt motionären har landstingen varit mycket negativt inställda till denna form av terapi.

I motion So290 av Chatrine Pålsson (kd) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att utreda behovet av formerna för ersättning från samhället för privat psykologisk utredning, behandling och psykoterapi. Motionären anför att en samlad syn på insatserna, som också förs ut tydligt, skulle skapa klarhet om snabbare och bättre vägar till hälsa och arbete. Därför krävs ett större grepp för att skapa en allmän ersättning. Målet med ett sådant större grepp måste vara att alla som med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdslagen behöver tillgång till psykologisk utredning, behandling och psykoterapi också skall ha tillgång till detta. För den enskilde måste utgångspunkten vara att själv få välja vårdalternativ – antingen offentlig eller privat vård. I båda alternativen skall finansiering ske genom offentliga medel. För patienten öppnas då tre vägar för tillgång till psykologisk utredning, behandling och psykoterapi: via hälso- och sjukvården, via försäkringskassan och via den enskilde vårdgivaren.

Tidigare behandling, pågående arbete

Utskottet har behandlat frågor om privata vårdgivare vid flera tillfällen de senaste åren, se bl.a. *betänkandena 1997/98:SoU12* och *1998/99:SoU10*. Utskottet anförde i det sistnämnda betänkandet bl.a. att utskottet vidhöll sin uppfattning att det innebär fördelar om ökat utrymme ges för alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården. Vidare anförde utskottet att det är viktigt att noga följa frågan om läkarförsörjning i svensk sjukvård och att Samverkansdelegationen i sitt betänkande behandlat de nu aktuella frågorna om enskilda vårdgivares rätt till etablering, rätten att överlåta en etablering samt den s.k. 65-årsgränsen och dess tillämpning. Vidare anfördes att betänkandet bereddes i Regeringskansliet och att riksdagen inte borde föregripa regeringens förslag på området (res m, fp). Utskottet anförde också att Samverkansdelegationen föreslagit att även andra legitimerade vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster borde ges möjlighet att bedriva verksamhet som

enskild vårdgivare med finansiering av landsting, men att riksdagen inte heller i denna del borde ta något initiativ (res. m, fp).

Delegationen (S 1995:10) för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård lämnade i december 1997 sitt slutbetänkande Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat sjukvård (SOU 1997:179). Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen om sjukvårdsupphandling (S 1998:1) lämnade i december 1999 betänkandet *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster* (SOU 1999:149). Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det innebär fördelar om ökat utrymme ges för alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården. Det stärker patientens och medborgarens ställning om den enskilde får ökade möjligheter att välja vårdgivare inom primärvård och olika typer av specialistvård liksom att välja sjukhus vid slutna vård. En sådan utveckling bör kunna bidra till ett bättre bemötande samt bättre kontinuitet och tillgänglighet i vården. Detta bör ha positiva effekter även för personalen.

I Samverkansdelegationens betänkande behandlas frågan om samverkan mellan offentlig och privat vård. När det gäller frågor om enskilda vårdgivares rätt till etablering, rätten att överlåta en etablering samt den s.k. 65-årsgränsen och dess tillämpning konstaterar utskottet att dessa behandlats av Samverkansdelegationen. Delegationens betänkande bereds i Regeringskansliet. Riksdagen bör avvakta beredningen. Motionerna So262 (fp) yrkande 7, So274 (m) yrkande 11 och So322 (fp) yrkande 15 bör därför avstyrkas. Vidare avstyrks motionerna So274 (m) yrkande 10 och So322 (fp) yrkandena 13 delvis och 14. Slutligen avstyrks motion So300 (m).

Samverkansdelegationen har också föreslagit att även andra legitimerade vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster bör ges möjlighet att bedriva verksamhet som enskild vårdgivare med finansiering av landsting. I utredningen nämns bl.a. sjuksköterskor, barnmorskor, psykologer och psykoterapeuter. Inte heller i denna del bör riksdagen ta något initiativ. Motionerna So290 (kd), So322 (fp) yrkande 13 delvis och So463 (m) yrkandena 1 och 2 avstyrks därför.

Betänkandet *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster* (SOU 1999:149) bereds för närvarande i Regeringskansliet. Enligt utskottets uppfattning bör denna beredning avvaktas. Motion So322 (fp) yrkande 16 avstyrks.

Högekostnadsskydd m.m.

I *motion So482 av Alf Svensson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att en översyn bör göras av hela systemet med högekostnadsskydd (*yrkande 19*). Under senare år har avgifterna för den enskilde ökat dramatiskt dels genom att högekostnadsskyddet höjts, dels därför att flera vårdavgifter inte omfattas av högekostnadsskyddet. Kostnader för resor i samband med vård ingår inte. Motionärerna anser att en översyn bör göras så

att högkostnadsskyddet verkligen inkluderar alla vårdavgifter i vården samt olika hjälpmedel.

I *motion So484 av Desirée Pethrus Engström (kd)* begärs ett tillkännagivande om möjligheten att överväga om migräniker bör få lägre högkostnadsskydd eller gratis mediciner (*yrkande 5*). Motionären anför att om regeringen avser att se över systemet med högkostnadsskydd bör man även se över om inte migräniker bör få gratis medicin eller lägre högkostnadsskydd än andra eftersom de redan ofta är ekonomiskt drabbade på olika sätt.

I *motion So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ett bättre högkostnadsskydd (*yrkande 22*). Motionärerna anför att högkostnadsskyddet skall vara detsamma, 1 000 kr, både för läkemedelsutgifter och för besök i den öppna hälso- och sjukvården.

I *motion So430 av Mona Berglund Nilsson m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om bidragssystemet för glasögon till barn. Motionärerna anför att det i dag råder stora olikheter inom respektive landsting för hur stora bidragen till barns glasögon skall vara. Denna ojämlikhet bör ses över. Staten, som anslagsgivare till landstingen, bör ta initiativ till överläggningar med Landstingsförbundet för att kartlägga situationen och utreda kostnader samt kostnadsersättningar för glasögon till barn.

I *motion So380 av Thomas Julin m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att utreda möjligheten till ett utgiftstak som täcker de befintliga högkostnadsskydden m.m. Motionärerna anför att en enskild person kan drabbas av höga sammantagna avgifter. De viktigaste avgiftsområdena avser hemtjänst, kostnader för särskilt boende, färdtjänst, ledsagning, hjälpmedel, utprovning av hjälpmedel, läkemedel, läkarbesök, tandvård, rehabilitering och övrig sjukvårdande behandling. Motionärerna föreslår att regeringen utreder möjligheten att införa ett stort utgiftstak som täcker de befintliga högkostnadsskydden samt andra utgifter som kan drabba den enskilde när det gäller de i motionen uppräknade kostnadsområdena.

Tidigare behandling, pågående arbete

Utskottet behandlade under våren 1999 proposition 1998/99:106 Vissa ändringar i läkemedelsförmånen, se *betänkande 1998/99:SoU14*. Utskottet ställde sig i princip bakom propositionens förslag, vilket innebar att beloppsgränsen för högkostnadsskyddet vid köp av läkemedel skulle höjas från 1 300 kr till 1 800 kr. För att kompensera ekonomiskt utsatta grupper ställde sig utskottet bakom en höjning av pensionstillskottet på visst sätt vilket innebar en höjning med 509 kr om året för en pensionär med fullt pensionstillskott. Riksdagen följde utskottet, (rskr. 1998/99:209). De nya reglerna trädde i kraft den 1 juni 1999.

Utskottet behandlade våren 1999 motionsyrkanden om ett gemensamt högkostnadsskydd för sjukvård, läkemedel, hjälpmedel och tandvård (se *betänkande 1998/99:SoU10*). Utskottet anförde att det inte ansåg att det fanns någon anledning att se över reglerna om högkostnadsskydd (res. v, mp).

Regeringen tillkallade i juni 1999 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av den nuvarande läkemedelsförmånen. Vissa frågor som nära

anknyter till läkemedelsförmånen – såsom läkarnas fria förskrivningsrätt – skall också utredas. Syftet är främst att komma till rätta med brister i systemet och att få kontroll över kostnadsutvecklingen. Av direktiven framgår vidare bl.a. följande.

Utredaren skall

- kartlägga tillämpningen av lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. och särskilt redogöra för svårigheter i tillämpningen,
- kartlägga hur läkemedel som omfattas av förmånen förskrivs,
- analysera kostnadsdrivande faktorer inom förmånssystemet och särskilt beskriva konsekvenserna av att läkemedelsinköp under vissa förutsättningar är helt utan kostnad för patienten,
- utifrån Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens rapport om förskrivningen av s.k. livsstilsläkemedel utreda om och i så fall under vilka förutsättningar sådana läkemedel bör ingå i förmånen och analysera om detta i så fall medför särskilda prioriteringsproblem,
- analysera om de prioriteringsriktlinjer som riksdagen antagit för hälso- och sjukvården har fått genomslag vid läkemedelsförskrivningen och föreslå erforderliga åtgärder om så inte är fallet,
- lämna en orientering om vad forskningsutvecklingen mot en alltmer individualiserad terapi kan leda till,
- utifrån läkemedelsförmånens allmänna utgångspunkter beskriva konsekvenserna av en ordning där läkemedelsförmånen inte längre är statligt reglerad eller endast är reglerad genom att det anges vissa ramar för förmånen,
- analysera om den nuvarande ordningen som innebär att varje läkare fritt skall få skriva ut läkemedel utan hänsyn till bl.a. om läkaren har specialistkompetens är förenlig med läkemedelsförmånens allmänna utgångspunkter,
- beskriva för- och nackdelar med att ha separata högkostnadsskydd för läkemedel och för sjukvård och föreslå regler som bäst beaktar läkemedelsförmånens allmänna utgångspunkter,
- utifrån de allmänna utgångspunkter som gäller för läkemedelsförmånen lämna de lagförslag och förslag i övrigt som utredaren finner motiverade.

Utredaren har i december 1999 lämnat en rapport om förskrivningsregler, SOU 1999:143. I rapporten lämnas ett förtydligande om gällande regler för att ett läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånen. Utredaren skall lämna en slutlig redogörelse av uppdraget i övrigt senast den 30 september 2000.

Av *budgetpropositionen* (proposition 1999/2000:1, utgiftsområde 9, s. 36 och 37) framgår att det i Regeringskansliet bereds flera ärenden inom läkemedelsområdet, bl.a. i avsikt att förbättra kostnadskontrollen. Flertalet av ärendena bereds inom en projektgrupp för vissa läkemedelsfrågor med representanter för Socialdepartementet och Finansdepartementet. Projektgruppens huvudsakliga uppgift är att förbereda och genomföra överföringen av det

fulla kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen till landstingen. Projektgruppen kommer därutöver bl.a. att bereda frågan om ett nytt system för prissättning av de läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen utifrån betänkandet Läkemedel i priskonkurrens (1997:165) av Kommittén för prisreglering av läkemedel. Projektgruppen avser även att bereda Läkemedelsdistributionsutredningens betänkande Läkemedel i vård och handel (SOU 1998:28).

Boende- och avgiftsutredningen lämnade i mars 1999 sitt slutbetänkande Bo tryggt – betala rätt (SOU 1999:33). Kommittén har haft i uppdrag att analysera olika aspekter av socialtjänstlagens begrepp särskild boendeform och vissa avgiftsfrågor inom vård och omsorg. Kommittén föreslår bl.a. en modell för reglering av förbehållsbeloppets nivå och innehåll, riktlinjer för beräkning av inkomster samt ett tak för den högsta avgift som får debiteras för vård och omsorg.

Av *budgetpropositionen (prop. 1999/2000:1, utgiftsområde 9, s. 80)* framgår att betänkandet har remissbehandlats och att regeringen avser att återkomma i frågan under år 2000.

Utskottets bedömning

Av 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) följer att högkostnadsskyddet i den öppna hälso- och sjukvården omfattar patientavgifter för läkarvård och sjukvårdande behandling inom landstingen, läkarvård och sjukgymnastik hos privata vårdgivare med ersättning från landstingen, viss tandvårdsbehandling samt inkontinensartiklar för vilka landstingen har kostnadsansvar.

Av 1 § lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. framgår att receptbelagda läkemedel och vissa receptfria läkemedel som av läkare, tandläkare, distriktssköterska eller legitimerad tandhygienist förskrivs för människor i syfte att påvisa, lindra eller bota sjukdom eller symtom på sjukdom eller i likartat syfte, under vissa förutsättningar omfattas av högkostnadsskydd.

Utskottet anser inte att det finns någon anledning att se över reglerna om högkostnadsskydd i hälso- och sjukvårdslagen. Såvitt gäller reglerna om högkostnadsskydd för läkemedel konstaterar utskottet att en översyn pågår. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ i frågan. Motionerna So322 (fp) yrkande 22, So380 (mp), So482 (kd) yrkande 19 och So484 (kd) yrkande 5 avstyrks.

När det gäller bidrag till barn och ungdom avseende glasögon konstaterar utskottet att detta är en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Riksdagen bör således inte ta något initiativ med anledning av motion So430 (s). Motionen avstyrks.

Ledningen av hälso- och sjukvård

I *motion So288 av Chatrine Pålsson (kd)* begärs dels ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om Socialstyrelsens utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare (*yrkande 1*), dels ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som

patientansvarig behandlare (*yrkande 2*). Motionären anför att inom den psykiatriska vården baseras diagnos och behandling både på psykologisk och medicinsk vetenskap. Diagnostik och behandling som vilar på den psykologiska vetenskapen utförs vanligen av legitimerad psykolog. I dessa fall har en "patientansvarig läkare" ingen fortlöpande behandlingskontakt – och har inte heller anledning att ha det. I dessa fall är det rimligt att patientansvarig behandlare är en legitimerad psykolog. Motionären anför att regeringen haft för avsikt att uppdra åt Socialstyrelsen att genomföra en utvärdering av systemet med patientansvarig läkare. Vidare anføres att det är angeläget att Socialstyrelsens utvärdering snarast kommer till stånd samt att den genomförs med anlitande av erforderlig psykologisk kompetens inom hälso- och sjukvården. Två likalydande yrkanden framförs i *motion So283 av Kenth Skårvik (fp)*. Även i *motion So381 av Kerstin-Maria Stalin (mp)* anføres att det är angeläget att Socialstyrelsen utvärderar verksamheten med patientansvarig läkare och överväger möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som patientansvarig behandlare.

Tidigare behandling, pågående arbete

Frågan om patientansvarig läkare har behandlats av utskottet vid flera tillfällen. I *betänkande 1998/99:SoU10* ges en redogörelse för den tidigare behandlingen.

Av *regleringsbrev för år 2000 avseende Socialstyrelsen* framgår att Socialstyrelsen skall göra en utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare. Socialstyrelsen skall därvid särskilt belysa hur de strukturella förändringarna under 1990-talet, i form av bl.a. kortare vårdtider, ökad andel dagvård/dagvårdskirurgi samt specialistmottagningar utanför sjukhusen påverkat verksamheten. Av vikt är vidare att analysera hur formuleringen "om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten" i 27 § hälso- och sjukvårdslagen tolkats. I uppdraget ingår dessutom att överväga möjligheten att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Härvid bör särskilt beaktas patientsäkerhetsaspekten i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som helt eller delvis bygger på annan vetenskap än den medicinska. Från Socialstyrelsen har inhämtats att utvärderingen skall överlämnas till regeringen senast den 31 mars 2000.

Utskottets bedömning

Socialstyrelsens uppdrag att utvärdera verksamheten med patientansvarig läkare skall presenteras inom kort. Något initiativ från riksdagen med anledning av motionerna So288 (kd) yrkandena 1 och 2, So283 (fp) och So381 (mp) behövs därför inte.

Tillsyn avseende det psykologiska verksamhetsområdet

I *motion So353 av Carina Hägg (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en förbättrad lagstiftning och tillsyn vad avser det psy-

kologiska verksamhetsområdet. Motionären anför att legitimerade psykologer i dag är verksamma inom en rad områden där de inte har som primär uppgift att undersöka, vårda eller behandla. På dessa områden utövas ingen tillsyn över psykologers icke hälso- och sjukvårdande verksamhet. Vidare använder sig personer med otillräcklig utbildning av psykologiska metoder. Allmänhetens skydd mot oetisk och ibland t.o.m. skadlig användning av psykologiska kunskaper är fortfarande alltför bristfällig. Det behövs nu en samlad tillsynslagstiftning avseende psykologyrket, inklusive bestämmelser mot oseriös och skadlig samt vilseledande verksamhet inom det psykologiska området. Det behövs även en effektiv tillsynsverksamhet på området.

I *motion So294 av Helena Bargholtz (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att den av socialutskottet föreslagna utredningen rörande en samlad tillsynslagstiftning och ett utökat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet snarast bör initieras. Motionären anför att samhället i dag svarar för skydd och tillsyn när det gäller den verksamhet som bedrivs av legitimerade psykologer och psykoterapeuter inom hälso- och sjukvårdens område. Kvacksalverilagen hindrar inte psykologiskt och psykoterapeutiskt kvacksalveri. Enda undantaget gäller förbudet för olegitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att undersöka och behandla barn under åtta år och att undersöka och behandla en person under hypnos. Motionären erinrar om att socialutskottet i sitt betänkande 1997/98:SoU22 uppmanat regeringen att bl.a. initiera en samlad tillsynslagstiftning och ett utökat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet. Det är hög tid att regeringen tillsätter den av socialutskottet föreslagna utredningen, heter det i motionen.

Tidigare behandling, pågående arbete

I *betänkande 1997/98:SoU22* uttalade utskottet att vissa frågor inom det psykologiska verksamhetsområdet borde utredas närmare. Utskottet föreslog ett tillkännagivande när det gällde frågor om dels en samlad effektiv tillsynslagstiftning, dels ett vidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1997/98:290).

Utskottet behandlade i *betänkande 1998/99:SoU10* motionsyrkanden liknande de nu aktuella. Utskottet anförde att det utgick från att regeringen återkommer till riksdagen med den begärda redovisningen.

Regeringen har den 16 december 1999 gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda frågan om det finns behov av en samlad tillsynslagstiftning avseende allt eller visst psykologarbete, även sådant som i dag inte definieras som hälso- och sjukvårdsarbete. Om Socialstyrelsen finner att all psykologverksamhet bör ställas under samhällets tillsyn skall styrelsen överväga utformningen av en lagstiftning på området. Socialstyrelsen skall också utreda behovet av att förbehålla yrkesutövare som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen rätten att behandla vissa allvarliga psykiska störningar eller använda vissa psykologiska metoder. Om ett sådant behov bedöms föreligga skall Socialstyrelsen ge förslag på hur en lagstiftning till skydd mot hälsofarligt

kvacksalveri bör utformas. Uppdraget skall redovisas senast den 15 augusti 2001.

Utskottets bedömning

De frågor som berörs i motionerna So294 (fp) och So353 (s) omfattas av det uppdrag som regeringen lämnat till Socialstyrelsen. Motionerna är därmed i huvudsak tillgodosedda och avstyrks.

Journalföring

I *motion So338 av Agneta Lundberg m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om lagstadgad skyldighet för arbetsterapeuter att föra journal utanför hälso- och sjukvårdens område. Motionärerna anför att arbetsterapeuter är skyldiga att enligt patientjournalagen föra patientjournal inom hälso- och sjukvårdens område. Ett inte ringa antal arbetsterapeuter meddelar dock vård inom socialtjänsten för människor med fysiska och psykiska sjukdomar och handikapp, för psykiskt utvecklingsstörda samt inom skolväsendet och i arbetslivet. Arbetsterapeutens insatser inom dessa områden är förebyggande vård, behandlingar av sjukdomar, handikapp och andra besvär, utprovning av hjälpmedel samt rådgivning och undersökning för t.ex. intygsskrivning. Det är därför angeläget att skyldighet för arbetsterapeuter att föra journal utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområden lagstadgas.

I *motion So468 av Ulla Wester och Kaj Larsson (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behov av statlig styrning vad gäller datasäkerhet inom sjukvården. Motionärerna anför att i takt med att journal-skrivning m.m. överförts på data har bristande säkerhetstänkande uppmärksamats, bl.a. av Datainspektionen. Brister i säkerhetsrutinerna tycks enligt motionärerna vara så allvarliga att det inte går att vänta in sjukvårdspersonalens datamognad. Statens övergripande ansvar måste träda in när huvudmännen inte förmått klara sin uppgift.

Tidigare behandling, pågående arbete

Utskottet behandlade i betänkandet *1998/99:SoU10* en likalydande motion om journalföringsplikt för arbetsterapeuter utanför hälso- och sjukvårdens område. Utskottet anförde att det inte fann anledning att föreslå någon ändring beträffande journalföringsplikten (s. 58 i betänkandet). Motionen avstyrktes. (Ej res.).

Av *regleringsbrev för budgetåret 2000 avseende Socialstyrelsen* framgår att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera och se över patientjournalagen (1985:562). I en sådan utvärdering bör enligt regleringsbrevet ingå en analys av kraven på och formerna för journaldokumentationen. Utifrån utvärderingen skall styrelsen föreslå de förändringar och den författningsreglering som är påkallade mot bakgrund av den utveckling som har ägt

rum inom hälso- och sjukvården. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 30 september 2001.

Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd avseende patientjournalagen (SOSFS 1993:20). I de allmänna råden framhålls att det är viktigt att de datorjournalssystem som används uppfyller de krav som ställs i patientjournalagen och sekretesslagen.

Utskottets bedömning

Arbeterapeuter är, liksom andra legitimerade grupper enligt 3 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, journalföringspliktiga vid vård av patienter inom hälso- och sjukvårdens område. Utskottet vidhåller sitt tidigare ställningstagande att det inte finns anledning att föreslå någon ändring beträffande journalföringsplikten. Motion So338 (s) avstyrks.

Utskottet vill betona att hanteringen av ADB-förda patientjournaler måste uppfylla de krav som ställs i patientjournalagen (1985:562). Socialstyrelsen har vidare utfärdat allmänna råd där vikten av att patientjournalagen följs vid journalföring med hjälp av ADB särskilt framhålls. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera och se över patientjournalagen och i det sammanhanget göra en analys av kraven på och formerna för journaldokumentationen. Riksdagen bör enligt utskottets uppfattning inte ta något initiativ med anledning av motion So468 (s). Motionen avstyrks.

Olycksfall i vården

I motion So215 av Barbro Westerholm (fp) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en analys av orsakerna bakom missöden och komplikationer i vården (*yrkande 1*). Motionären anför att sjukvårdsregistren ger goda möjligheter att genomföra sådana analyser. Regeringen bör därför ge Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i uppdrag att med hjälp av tillgänglig information analysera vilka orsaker som ligger bakom inträffade missöden och komplikationer i vården. Utifrån den kunskapen bör sedan program utarbetas för hur dessa olycksfall skall kunna förebyggas (*yrkande 2*).

I motion So226 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en analys av orsakerna till de tekniska missöden och skador som inträffat i vården inklusive de läkemedelsbiverkningar som förorsakat sjukhusvård (*yrkande 2*). Motionärerna anför att antalet utskrivna personer som vårdats med huvuddiagnos skada eller förgiftning under perioden 1987–1996 ökat från 114 000 till 133 000 per år. Motionärerna anser att det är angeläget att Socialstyrelsen initierar en undersökning av vilka de bakomliggande orsakerna till missödena är och vilka patienter som är mest i riskzonen.

Bakgrund

Av 2 kap. 7 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter och allmänna råd om säkerhetsövervakning av läkemedel (LVFS 1996:4) skall hälso- och sjukvårdspersonal med förskrivningsrätt och anställning i ett landsting eller i en kommun snarast rapportera bl.a. samtliga allvarliga och oförutsedda biverkningar till Läkemedelsverket.

Socialministern har i ett frågesvar den 6 september 1999 anfört bl.a. följande.

Jag delar Barbro Westerholms uppfattning att det är viktigt att bedriva ett aktivt arbete med syfte att förebygga skador och oönskade biverkningar av medicinska åtgärder inom hälso- och sjukvården. Såväl Socialstyrelsen som Läkemedelsverket arbetar kontinuerligt med frågor av detta slag. Regeringen har för avsikt att även fortsättningsvis prioritera arbetet med att förbättra vårdens kvalitet. Bl.a. skall insatser göras för att förbättra jämförbarheten och tillgängligheten i redovisningen av vårdens prestationer, resultat och kvalitet – inklusive patientupplevd vårdkvalitet.

Av *regleringsbrev för budgetåret 2000 avseende Socialstyrelsen* framgår att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att undersöka möjligheterna att med utgångspunkt från bl.a. de medicinska kvalitetsregistren utveckla övergripande indikatorer som beskriver kvalitet inom hälso- och sjukvården samt lämna förslag på sådana indikatorer i en särskild rapport till regeringen senast den 31 december 2000.

Utskottets bedömning

Utskottet delar inställningen i motionerna att det är mycket viktigt att skador och oönskade biverkningar av medicinska åtgärder inom hälso- och sjukvården förebyggs i största möjliga utsträckning. Både Socialstyrelsen och Läkemedelsverket arbetar kontinuerligt med dessa frågor. Vidare har givetvis sjukvårdshuvudmännen ett ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonalen erbjuds den kompetensutveckling som behövs. Det är vidare med tillfredsställelse som utskottet noterar att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att undersöka möjligheterna att utveckla övergripande indikatorer som beskriver kvalitet inom hälso- och sjukvården. Utskottet utgår från att regeringen noga följer frågan. Något initiativ från riksdagen behövs enligt utskottets uppfattning inte. Motionerna So215 (fp) yrkandena 1 och 2 samt So226 (fp) yrkande 2 är åtminstone delvis tillgodosedda.

Vårdrelaterade infektioner

I *motion So233 av Inger Strömbom (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av en obligatorisk registrering av vårdrelaterade infektioner. Motionären anför att varje år smittas mellan

90 000 och 100 000 personer av någon form av s.k. sjukhussjuka och uppskattningsvis 800 svenska patienter avlider till följd av infektioner som de drabbats av i vården. Vidare anför motionären att Socialstyrelsens rapport Vårdrelaterade infektioner måste tas på allvar. En första enkel åtgärd som kan införas utan ytterligare utredning är en obligatorisk registrering av samtliga konstaterade fall av vårdrelaterade infektioner.

I motion So205 av Barbro Westerholm (fp) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om Nollvision i vården. Motionären anför att det krävs ett intensivt arbete för att minska smittspridningen i sjukvården och att rikstäckande insatser måste göras för att eliminera risken för sjukvårdsinfektioner.

Pågående arbete

Socialstyrelsen har till regeringen överlämnat en skrivelse med förslag till olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar när det gäller vårdrelaterade infektioner. Framställningen har i den del som rör förslag till ändringar i smittskyddslagen överlämnats till Smittskyddskommittén. Enligt uppgift från Socialdepartementet bereds framställningen i övrigt inom departementet.

I Smittskyddskommitténs betänkande SOU 1999:51 Smittskydd, samhälle och individ anføres beträffande vårdrelaterade infektioner bl.a. följande (s. 425 och 426):

Kommitténs uppdrag i huvudsak är begränsat till det egentliga smittskyddet. Det ankommer inte på kommittén att ta upp ansvarsfrågor inom vårdorganisationen som sådan. Emellertid bör här framhållas att smittskyddsläkaren enligt kommitténs förslag skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom sin region och ansvarar därmed också för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar. Enligt vad som framgått vidtar smittskyddsläkaren i praxis sällan några åtgärder inom sjukvårdens lokaler. Problemen med vårdrelaterade infektioner har förutsatts kunna lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Detta bör vara utgångspunkten även i fortsättningen. Emellertid är förekomsten av vårdrelaterade infektioner en fråga av sådan betydelse att smittskyddsläkaren bör ges ett uttryckligt ansvar att bevaka att huvudmännen för sjukhus, sjukhem, den kommunala hälso- och sjukvården samt hemsjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att hindra att smitta sprids. Sådana åtgärder kan avse såväl smittutredning som andra åtgärder för att förhindra smittspridningen och kan avse såväl objekt som personer. Om huvudmannen underlåter att tillse att tillräckliga åtgärder kommer till stånd bör smittskyddsläkaren påtala för den aktuella huvudmannen vilka insatser som krävs. Om huvudmannen, trots påpekande, inte åtgärdat bristerna bör smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till ansvarig tillsynsmyndighet. Tillsynsmyndigheten kan om så erfordras förelägga ansvarig huvudman att vidta åtgärder.

Smittskyddskommitténs betänkande har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utskottets bedömning

Smittskyddskommitténs betänkande bereds för närvarande i Regeringskansliet. Utskottet har erfarit att regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen avseende de frågor som behandlats i betänkandet under hösten 2000. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ i frågan. Motionerna So205 (fp) och So233 (kd) avstyrks.

Frågor om tolk inom hälso- och sjukvården

I *motion Sf637 av Lennart Daléus m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om rätten till tolk (*yrkande 27*). Motionärerna anför att personer som inte har svenska som modersmål har rätt till tolk. Inom sjukvården behandlas ofta frågor som för många människor kan kännas ytterst besvärande. Därför krävs en förtroendefull kontakt mellan läkare och patient.

I *motion So331 av Gunilla Wahlén m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om tolkservicen vid landets sjukhus (*yrkande 3*). Motionärerna anför att landstingen måste uppmärksammas på det faktum att kvinnor med utländsk bakgrund inte skall behöva få information via maken utan direkt från den vårdande personalen.

Tidigare behandling

Utskottet har vid flera tillfällen behandlat motionsyrkanden om tolkar inom sjukvården, se bl.a. *betänkandena 1993/94:SoU7 och 1997/98:SoU12*.

I 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) stadgas att patienten skall ges rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 januari 1999 (se *prop. 1998/99:4* och *bet. 1998/99:SoU3*). Utskottet anförde i bet. 1998/99:SoU3 att information till patienten bör lämnas i former som är anpassade efter den aktuella patientens förutsättningar och behov. Omständigheter som måste beaktas är patientens ålder, mognad och erfarenhet, eventuell funktionsnedsättning samt kulturell och språklig bakgrund.

Utskottets bedömning

Utskottet vill erinra om att det följer av 4 och 8 §§ förvaltningslagen (1986:223) att tolk vid behov skall anlitas inom den offentliga sjukvården. Vidare vill utskottet än en gång betona att information till patienten bör lämnas i former som är anpassade efter den aktuella patientens förutsättningar och behov och att bl.a. kulturell och språklig bakgrund måste beaktas i detta sammanhang. Frågan om vilken tolk som skall anlitas i ett enskilt fall bör prövas utifrån patientens situation och önskemål. Något initiativ från riksdagen behövs inte. Motionerna Sf637 (c) yrkande 27 och So331 (v) yrkande 3 avstyrks.

Ambulansfrågor

I *motion So254 av Marietta de Pourbaix-Lundin (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av ett rikstäckande ambulanshelikoptersystem där läkare ingår i grundbemanningen. Motionären anför att oavsett var man bor i Sverige måste man kunna få avancerad sjukvård inom rimlig tid. Det är därför viktigt att ha ett bra rikstäckande system för att få ut medicinsk personal till svårt sjuka eller skadade personer. Socialstyrelsen har i en rapport konstaterat att det behövs 15 helikoptrar placerade vid läns- eller regionsjukhus för att nå 97,5 % av befolkningen inom 35 minuter. Det är enligt motionären viktigt att läkare, specialutbildad anestesisyjuksköterska och ambulanssjukvårdare ingår i grundbemanningen.

Bakgrund

Socialstyrelsen har den 30 april 1999 presenterat en rapport om ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem. Utredningen föreslår att regeringen tar initiativ till förhandlingar med sjukvårdshuvudmännen om att införa ett samordnat ambulanshelikoptersystem i enlighet med utredningens förslag.

Enligt uppgift från *Näringsdepartementet* har inte någon åtgärd med anledning av rapporten vidtagits. Ärendet är avslutat vid departementet.

Utskottets bedömning

Utskottet delar inställningen i motionen om vikten av att den som är i behov av avancerad sjukvård också får det inom rimlig tid. Utskottet är emellertid inte berett att föreslå att ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem införs. Av 6 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår vidare att landstinget svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Givetvis kan det i vissa fall vara lämpligt att ett par eller flera landsting samordnar verksamheten med ambulanshelikoptrar. Motion So254 (m) avstyrks med det anförda.

Nationella riktlinjer

I *motion So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om upprättande av nationella vårdprogram (*yrkande 17*). Motionärerna anför att Socialstyrelsen tillsammans med den medicinska professionen bör intensifiera arbetet med att utveckla och genomdriva rikstäckande vårdprogram för olika diagnosgrupper.

Tidigare behandling, pågående arbete

I *betänkande 1998/99:SoU10 Hälso- och sjukvårdsfrågor m.m.* behandlades ett likalydande yrkande (s. 82). Utskottet anförde att fastställandet av nationella riktlinjer för god medicinsk praxis är väsentligt för att stärka patientens

möjligheter att få likvärdig kunskapsbaserad vård i hela landet samt att verksamhetsområdet numera är en integrerad del av Socialstyrelsens ordinarie verksamhet. Vidare anförde utskottet att det utgick från att arbetet med att fastställa nationella riktlinjer för god medicinsk praxis fortsätter. Motionsyrkandet avstyrktes. (Res. c)

Från *Socialstyrelsen* har inhämtats att nationella riktlinjer hittills har fastställts för diabetes, kranskärslsjukdomar och stroke (slaganfall). Vidare pågår arbete med nationella riktlinjer avseende reumatoid artrit (reumatism), akut psykos (schizofreni) och självmordsnära sjukdomar.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin inställning att fastställandet av nationella riktlinjer för god medicinsk praxis är väsentligt för att stärka patientens möjligheter att få likvärdig kunskapsbaserad vård i hela landet. Av de uppgifter som inhämtats från Socialstyrelsen framgår att nationella riktlinjer fastställts för diabetes, kranskärslsjukdomar och stroke (slaganfall) och att arbete pågår för att ta fram riktlinjer beträffande ytterligare ett antal sjukdomar. Utskottet utgår från att detta arbete fortsätter. Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motion So322 (fp) yrkande 17.

Bemötande av homo-, bi- och transsexuella

I *motion So225 av Barbro Westerholm m.fl. (fp, s, v, c, mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att tillgodose homo-/bisexuellas och transpersoners behov av hälso- och sjukvård (*yrkande 14*). Motionärerna anför att för att hälso- och sjukvården skall vara anpassad efter människors behov behövs kunskap om könsskillnader i ohälsa, behandling, rehabilitering, vårdutnyttjande etc. I de stora utredningar som gjorts under senare år om vården förbigås de lesbiska kvinnornas behov med tystnad. En undersökning har visat att kunskaperna om lesbiska kvinnors problem är små och att endast hälften av kvinnorna berättat för sin gynekolog om sin homosexualitet.

I *motion Ub431 av Yvonne Ruwaida och Mikael Johansson (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om kraven på vetenskapligt beprövad erfarenhet hos legitimerad personal och att Socialstyrelsen ges i uppgift av regeringen att se över om legitimationen hos sådana som överträder detta kan dras in (*yrkande 3*). Motionärerna anför att det bland homosexuella förekommer obekräftade uppgifter om att det även i Sverige förekommer att legitimerad sjukvårdspersonal har gett sken av att kunna ”bota” homosexualitet.

Tidigare behandling

I *betänkande 1998/99:SoU10* behandlade utskottet ett motionsyrkande om att läkares, sjuksköterskors, psykologers och psykoterapeuters och liknande gruppers yrkesutövning skall bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfa-

renhet. Utskottet anförde i denna del (s. 70) att utskottet delade motionärernas uppfattning att det inte kan accepteras om hälso- och sjukvårdspersonal på något sätt försöker påverka homosexuella när det gäller deras sexuella läggning. Utskottet ansåg dock inte att riksdagen borde ta något initiativ i frågan. (Ej res.) Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:198).

I ovan nämnda betänkande behandlades vidare ett motionsyrkande om hälso- och sjukvårdspersonalens behov av kunskap om lesbiska kvinnors behov. Utskottet anförde (s. 70) att det är angeläget att hälso- och sjukvårdens personal har goda kunskaper om lesbiska kvinnors behov, men att detta i första hand var en fråga för sjukvårdshuvudmännen och inte för riksdagen (res. v, mp, fp). Även i denna del följde riksdagen utskottet.

Utskottets bedömning

Utskottet delar motionärernas uppfattning att det är angeläget att hälso- och sjukvårdens personal har goda kunskaper om homo-, bi- och transsexuellas behov av hälso- och sjukvård. Detta är emellertid i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen och inte för riksdagen. Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ i denna fråga. Motion So225 (fp, s, v, c, mp) yrkande 14 avstyrks.

Utskottet vidhåller vidare sin inställning att det inte kan accepteras om hälso- och sjukvårdspersonal på något sätt försöker påverka homo-, bi- och transsexuella när det gäller deras sexuella läggning. Utskottet anser dock inte att riksdagen bör ta något initiativ i denna fråga. Motion Ub431 (mp) yrkande 3 avstyrks.

Vård och behandling för olika sjukdomar m.m.

Några motioner rör frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

I *motion So234 av Bertil Persson och Hans Hjortzberg-Nordlund (m)* begärs ett tillkännagivande om behovet av att ta Prioriteringsutredningens ställningstaganden på allvar och om behovet av att prioritera den tunga akutsjukvården och kronikervården. Motionärerna anför att enligt den prioriteringsutredning som nyligen genomförts har fyra prioriteringsgrupper beslutats. Svårt sjuka och livshotande akutsjuka är högst prioriterade och därefter följer svårt kroniskt sjuka. Motionärerna riktar kritik mot att riksdagen – i bjärt kontrast till prioriteringsbesluten – beslutat att vardaglig barnsjukvård skall vara allra mest prioriterad och avgiftsbefrias. Likaså kritiserar motionärerna att regeringen vill satsa främst på primärvården, samtidigt som larmrapporterna strömmar in från den tunga akutsjukvården och kronikervården. Om inte människor kan vara säkra på att få en god och adekvat vård vid livshotande sjukdomar eller när de drabbas av svåra kroniska sjukdomstillstånd, då existerar ingen trygghet i vårt samhälle, heter det i motionen.

I *motion So320 av Ulla-Britt Hagström m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en åldersgräns i sjukvården (*yrkande 10*). Motionärerna anför att en undersökning visat att en åldersgräns håller på att växa fram inom sjukvården. De äldre räknas ibland som ett B-lag och

behandlas inte lika bra som de yngre på en medicinavdelning. Det får enligt motionärerna inte vara samhällsnyttan som avgör vårdinsatsen. Landsting och kommuner måste garantera en god vård. Omsorgen om äldre skall vara ett prioriterat område. Även i *motion So262 av Barbro Westerholm (fp)* diskuteras frågan om åldersdiskriminering i vården (*yrkande 2*). Motionären anför att det är viktigt att regeringens prioriteringsdelegation följer upp hur lagen tillämpas när det gäller att tillgodose olika hälso- och sjukvårdsbehov och undersöka om åldersdiskriminering förekommer.

I *motion So206 av Barbro Westerholm (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om orättvisor i vården. Enligt motionären framgår av tillgänglig statistik att landstingen inte lever upp till målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det beror på var man bor och när man får sina vårdbehov tillgodosedda. Det är uppenbart att riksdagens beslut 1997 om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården inte lett till en rättvis behandling av vårdsökande människor. Regeringen bör därför vidta åtgärder för att komma till rätta med dessa orättvisor, heter det i motionen.

Ett flertal motioner rör vård och behandling för olika sjukdomar.

I *motion So426 av Yvonne Oscarsson m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att Socialstyrelsen bör kartlägga och utreda behandlingsbehovet för vuxna barn till alkoholister (*yrkande 2*). Motionärerna anför att den hjälp som samhället erbjuder det vuxna barn som vill ha hjälp med de problem som t.ex. en alkoholiserad förälder kan ha tillfogat henne eller honom ofta är svårtillgänglig och många gånger avgiftsbelagd. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att kartlägga hur nuvarande situation ser ut och vilka behov som finns. Styrelsen bör också utreda vilka kostnader och konsekvenser en ökad tillgänglighet av behandlingsresurser skulle få.

I *motion So376 av Mikael Oscarsson (kd)* hemställs att riksdagen hos regeringen begär en utredning om samarbete mellan optiker och ögonläkare för tidig diagnos av glaukom. Motionären anför att grönstarr, glaukom, är en av våra stora folksjukdomar. Vidare anförts att i USA har optikerutbildningen utvecklats så att optiker också får legal rätt att diagnostisera glaukom och utföra viss form av behandling och skriva ut viss form av medicin. Detta har medfört att ögonläkarna kan inrikta sitt arbete på mer avancerad ögonsjukvård och personer som lider av glaukom får en snabbare behandling. En utredning bör därför tillsättas för att se över möjligheterna till samarbete mellan optiker och ögonläkare för att tidigare diagnostisera glaukom. I det sammanhanget bör det klarläggas vilken utbildning som krävs samt vilken ekonomisk ersättning optikerna skall få.

I *motion So401 av Chatrine Pålsson (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad som anförts om screening för att upptäcka prostatacancer. Motionären anför att prostatacancer är jämte lungcancer den vanligaste cancerformen hos svenska män. Ett vanligt blodprov kan signalera prostatacancer, och om detta visar ett förhöjt s.k. PSA-värde bör detta leda till ytterligare undersökning. Socialstyrelsen borde ges i uppdrag att utreda vilka möjligheter det finns att erbjuda män i en viss åldersgrupp en möjlighet att undersöka prostatan.

I *motion So484 av Desirée Pethrus Engström (kd)* begärs ett tillkännagivande om att staten bör se migrän som en samhällsekonomisk angelägenhet

(yrkande 1). Motionären anför att migrän är en folksjukdom som bör tas på allvar eftersom den orsakar samhället stora kostnader samt den enskilde stort lidande. Motionären begär också ett tillkännagivande om vikten av att forskning om barn och migrän uppmuntras (yrkande 2). De läkemedel som finns för migräniker får i stort sett bara användas av vuxna. I yrkande 3 anføres att det är viktigt att samhället slår fast att migräniker har rätt till effektiv behandling och medicinering. Många migräniker oroar sig för att samhället skall begränsa möjligheten till bra och effektiva mediciner. Även i *motion So493 av Lars Gustafsson m.fl. (kd)* anføres att migräniker efter behov har rätt till effektiva smärtlindrande mediciner (yrkande 5).

I *motion So289 av Margareta Andersson och Lena Ek (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att förbättra de överviktigas behov. Motionärerna anför att riksdagen i våras beslutade att Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås och Nynäshamn skall läggas ner och att bl.a. de två enheterna för behandling av fetma därmed försvinner. Den kompetens som i dag finns samlad i Tranås och Nynäshamn kommer på det här sättet att splittras. De överviktigas behov av vård måste därför tillgodoses genom statens försorg till dess att behandlingsresurser byggts upp i landstingen som minst motsvarar de resurser som försvinner i samband med nedläggningen av sjukhusen i Tranås och Nynäshamn.

I *motion So327 av Kenneth Johansson m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om forskning om de reumatiska sjukdomarna i ett paramedicinskt perspektiv och ett omvårdnadsperspektiv (yrkande 9). Motionärerna anför att omvårdnadsforskningen behöver påskyndas liksom de paramedicinska insatserna där det saknas kompetenta forskare för att vetenskapligt förankra projekt och utvecklingsarbete.

I *motion So457 av Marianne Andersson och Rigmor Ahlstedt (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om amalgamsanering inom hälso- och sjukvårdens ram (yrkande 1). Motionärerna anför att riksdagen våren 1998 fattade beslut om att sjuka patienter skulle få byta ut sina tandlagningar inom sjukvårdens ram. Enligt motionärerna anser många patienter emellertid att det är lika svårt som före tandvårdsreformen att få läkare att ta dem på allvar och göra behandlingsplaner där utbyte av fyllningar ingår.

I *motion So458 av Lena Ek m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om barnlösa par. Motionärerna anför att det borde vara Socialstyrelsens ansvar att samla landstingen för att gemensamt nå fram till en strategi för samarbete i forskningsfrågor rörande barnlöshet liksom för överenskommelser om vårdssamarbete inom detta område.

I *motion So242 av Siv Persson (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om åtgärder mot bristande rehabilitering för barn med hjärnskada. Motionären anför att en undersökning visar att endast 19 % av de allvarligt hjärnskadade barnen fick någon form av rehabilitering. Vanliga restsymtom finns enligt internationella publikationer hos 50–80 % av de skadade. Barn med hjärnskador riskerar att bli en glömd grupp och något måste därför göras enligt motionären. Två liknande yrkanden framförs i *motionerna So350 av Torgny Danielsson och Marina Pettersson (s)* och *So488 av Chatrine Pålsson m.fl. (kd)* (yrkande 8).

I motion So329 av Barbro Feltzing (mp) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om forskning för behandling av pisksnärtsskador (*yrkande 1*). Motionären anför att pisksnärtsskador t.ex. kan uppträda efter att en person blivit påkörd bakifrån eller efter en häftig inbromsning. Skadan kan visa sig omedelbart, men i många fall uppstår symtomen först efter några veckor. En diagnos på skadan kan vara svår att ställa och den skadade slussas ofta runt till olika vårdgivare. Efter ett år betraktas skadan som gammal och någon rehabilitering ges då inte. Motionären anför att det därför är viktigt att påskynda forskning där behandlingsmetoder tas fram.

I motion So442 av Marianne Jönsson (s) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att barn med epilepsi måste ges större tillgång till högspecialiserad vård (*yrkande 2*). Motionären anför att barn med epilepsi är särskilt utsatta och att vården av barn med epilepsi därför måste prioriteras. Svårigheter med diagnostisering, medicinering och problem i skolan är vanliga. Vidare anføres att den högspecialiserade epilepsisjukvården för barn och ungdomar på regional nivå måste organiseras i en epilepsigrupp med fasta medlemmar.

I motion So477 av Ewa Larsson m.fl. (mp, s, m, kd, c, fp) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av kunskap om Munchausen Syndrome by Proxi i Sverige. Motionärerna anför att sjukdomen innebär att en förälder fantiserar ihop sjukdomar och skador hos sina barn och sedan tar dem till sjukhus för vård. Skadorna har åsamkats av föräldrarna. Sjukdomen har inte varit föremål för någon studie i Sverige. Ett förebyggande arbete kräver kunskap framhåller motionärerna och samhällets resurser bör fördelas på ett sådant sätt att barnets bästa alltid står i centrum.

Flera motionsyrkanden rör fibromyalgi.

I motion So397 av Amanda Agestav (kd) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en djupare studie av termalbad som sjukvårdsbehandling av patienter med fibromyalgi. Motionären anför att bland de behandlingar som är aktuella för patienter med fibromyalgi intar varma bad en särställning. Motionären anför att regeringen bör studera frågan närmare och återkomma till riksdagen med förslag i ärendet.

I motion So467 av Viviann Gerdin och Gunnel Wallin (c) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att bearbeta attityder inom försäkringskassan (*yrkande 2*). Motionärerna anför att patienter som inte tidigare varit i psykisk obalans säger att de mår psykiskt dåligt när de möter oförståelse inom sjukvården och i kontakter med försäkringskassan. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att stödja forskning rörande fibromyalgi (*yrkande 3*). Motionärerna anför att det är viktigt att forskningen om reumatiska sjukdomar och fibromyalgi får förutsättningar att fortsätta. I *yrkande 4* anføres att smärtforskningen inklusive alternativa behandlingsmetoder måste stödjas. Motionärerna anför vidare att läkare och läkarstuderande bör ges ökade kunskaper om smärtbehandling för att bättre kunna bemöta patienterna på vårdcentraler (*yrkande 5 delvis*). Slutligen anføres att Socialstyrelsen bör följa upp den smärtutredning som gjordes för några år sedan (*yrkande 5 delvis*).

I *motion So204 av Kenth Skårvik och Kerstin Heinemann (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vården av fibromyalgisjuka (*yrkande 1*). Motionärerna framhåller att det är viktigt att få en diagnos inom rimlig tid. Neddragningar inom vården har påverkat fibromyalgipatienterna. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om försäkringskassornas gemensamma syn på diagnoser vid fibromyalgi (*yrkande 2*). Enligt ett projekt som drivs av Reumatikerförbundet upplever fibromyalgipatienter en väsentligt minskad kontroll över sina liv sedan de blev sjuka. Försäkringskassans bedömningar av diagnosen varierar stort. I *yrkande 3* begärs ett tillkännagivande om behovet av hjälpmedel för fibromyalgisjuka. Fibromyalgisjuka har stort behov av hjälpmedel, men kunskapen har varken nått ut till de sjuka eller till vårdpersonalen. Slutligen begärs ett tillkännagivande om ergonomiska åtgärder på arbetsplatsen (*yrkande 4*). Det är viktigt att de som är sjuka i fibromyalgi får sin situation på arbetsplatsen inventerad.

I *motion So452 av Sonja Fransson (s)* begärs ett tillkännagivande om en bredare syn på samsyn mellan den medicinska rehabiliteringen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (*yrkande 1*). Motionären anför att ett problem för denna patientgrupp är att den medicinska rehabiliteringen ligger utanför arbetsgivarnas och försäkringskassans ansvar. För en person med fibromyalgi är den medicinska rehabiliteringen oerhört viktig för att behålla och minska funktionsbortfallet. En helhetssyn på detta problem saknas i dag. Motionären begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om otraditionella behandlingsmetoder för patienter med fibromyalgi (*yrkande 2*). Motionären anför att olika behandlingsåtgärder tagits fram avseende fibromyalgi men att det återstår mycket att pröva ännu. Det är i detta sammanhang viktigt att regelsystemet för behandling inte krockar med de behov som finns för att pröva otraditionella behandlingsformer för enskilda patienter.

Ett par motioner behandlar frågor om ätstörningar.

I *motion So302 av Yvonne Oscarsson m. fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om att ätstörningsproblematiken bör bli föremål för åtgärder i arbetet med den nationella handlingsplanen som skall upprättas för sjukvården. Motionärerna anför att ökade ansträngningar krävs för att motverka problemen med ätstörningar genom insatser som verkar förebyggande och kunskapshöjande, främst bland unga människor. Det är också viktigt att bygga ut behandlingsinsatser som använder ett helhetsperspektiv för att bota problemen. Detta är ett viktigt område att beakta när den nationella handlingsplanen för sjukvården skall upprättas. I *motion So208 av Sofia Jonsson (c)* begärs ett tillkännagivande om förebyggande insatser för ätstörningar (*yrkande 1*). Förhållandet till mat och regelbundna måltider är mycket viktigt för att förebygga sjukdomen. Maten i skolan måste vara god och serveras på fasta tider och miljön i skolbespisningen skall vara trivsamt. Hemkunskapen har en viktig roll eftersom unga människor behöver kunskap om näringsbehov och en grundkunskap för att skaffa sig en bra matkultur. I *yrkande 2* begärs ett tillkännagivande om forskning. Motionären anför att det behövs satsningar på forskning om förebyggande insatser mot ätstörningar, vilka faktorer som

utlöser problemen och uppgifter på hur många kvinnor och män som är drabbade. Motionären påtalar vidare att det är viktigt att de patienter som drabbas av anorexi och bulimi har rätt att välja den vårdform de önskar (*yrkande 3*).

Tidigare behandling, pågående arbete

I *betänkande 1998/99:SoU10 Hälsa- och sjukvårdsfrågor m.m.* gavs en bred redogörelse för riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården vartill hänvisas (s. 73–74 i betänkandet).

Regeringen har den 23 oktober 1997 tillkallat en delegation (*Prioriteringsdelegationen, S 1997:20*) med uppgift att bl.a. sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. Delegationens arbete skall vara slutfört senast vid utgången av år 2000.

Motionsyrkanden om vård och behandling av olika sjukdomar behandlades senast av utskottet i ovan nämnda *betänkande 1998/99:SoU10*. Utskottet anförde i sin bedömning bl.a. att utskottet ställt sig bakom riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, vilka inte låter sig förenas med någon ”lista” där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra. De aktuella motionerna avstyrktes. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:198); (res. m, kd, c, fp, mp).

Utskottet behandlade i det av riksdagen godkända *betänkande 1998/99:SoU6* (s. 44 f) ett par motionsyrkanden om patientavgifter inom barnsjukvård. Utskottet anförde att enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer i den mån annat inte är föreskrivet och att återinförande av patientavgifterna inom barnsjukvården således inte är en fråga för riksdagen. Utskottet erinrade i sammanhanget om att riksdagen antagit riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Motionerna avstyrktes. (Ej res.)

Regeringen har den 22 december 1999 godkänt en överenskommelse mellan staten och landstingen/regionerna om viss ersättning till hälso- och sjukvården åren 2000 och 2001. I överenskommelsen anføres att i och med att Riksförsäkringsverkets sjukhus upphör med särskilda insatser för överviktiga, finns anledning att stimulera och vidareutveckla insatser inom landstingen på detta område, särskilt vad avser kompetens- och kunskapsutveckling. Vidare framgår av överenskommelsen att staten under åren 2000 och 2001 på grund härav utger ett bidrag om 25 miljoner kronor per år till landstingen för att användas för kompetenshöjning eller andra insatser som bedöms lämpliga.

I *budgetpropositionen* (prop. 1999/2000:1, utgiftsområde 9 s. 31) anføres bl.a. följande:

Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet fick i november 1992 i uppdrag att utreda en rad frågor kring *anorexi och bulimi*. Detta är sjukdomar som i första hand drabbar unga personer. I regleringsbrevet för år 1998 fick Folkhälsoinstitutet ett ytterligare uppdrag att se om utvecklingen hade förändrats

när det gäller anorexi och andra ätstörningar. Uppdraget har redovisats i rapporten Ett liv av vikt – fem år senare. I rapporten framgår att det är mycket svårt att bedöma hur vanligt det är med ätstörningar. Tillgängliga studier tyder på en ökning av antalet personer med bulimi, medan omfattningen av anorexi förefaller vara relativt konstant sedan ca 25 år.

Enligt uppgift har rapporten Ett liv av vikt – fem år senare överlämnats till Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14). Kommittén avser enligt uppgift i betänkandet SOU 1999:137 att överlämna sitt slutbetänkande till regeringen under hösten 2000.

Nationella folkhälsokommittén har i november 1999 publicerat debattskriften "Nya diagnoser" – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar. I skriften behandlas bl.a. fibromyalgi och frågor om amalgam.

Socialstyrelsen har under hösten 1999 lämnat en rapport om prioriteringar i sjukvården (SoS-rapport 1999:16).

Utskottets bedömning

Riksdagen har ställt sig bakom de av regeringen i proposition 1996/97:60 föreslagna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Riktlinjerna bygger på tre etiska grundprinciper som skall ligga till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa är

- människovärdesprincipen som innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs–solidaritetsprincipen som innebär att resurserna bör fördelas efter behov, samt
- kostnadseffektivitetsprincipen som innebär att det vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör eftersträvas en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Riktlinjerna skall fungera som vägvisare och stöd för alla vårdgivare och kliniskt verksamma. Landstingen, kommunerna och andra vårdgivare har dock det slutliga ansvaret; det är de som skall fördela sina resurser utifrån sin ekonomi och hur det ser ut inom det egna området. Riktlinjerna exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Prioriteringsgrupp I avser bl.a. vård av livshotande akuta sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar. Prioriteringsgrupp II avser prevention och habilitering/rehabilitering. Prioriteringsgrupp III avser vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Prioriteringsgrupp IV avser vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Den av regeringen tillkallade Prioriteringsdelegationen har till uppgift att bl.a. sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. I sitt arbete skall delegationen föra en dialog med och genomföra aktiviteter på lokal nivå i samarbete med de lokala etiska kommittéer som har i uppgift att bl.a. följa prioriteringsfrågorna. Utskottet kommer senare

denna månad att träffa företrädare för Prioriteringsdelegationen för att få information om delegationens erfarenheter hittills.

Utskottet delar den inställning som framförs i flera motioner om vikten av att riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården fungerar som vägvisare och stöd för alla vårdgivare och kliniskt verksamma. Utskottet erinrar om att ett enigt socialutskott gjorde detta ställningstagande våren 1997 när den ovan nämnda propositionen behandlades. I detta sammanhang fyller Prioriteringsdelegationen en viktig uppgift. Delegationen skall enligt sina direktiv ge särskild uppmärksamhet åt bl.a. äldre människor. Likaså skall delegationen bedöma om vissa grupper drabbats på bekostnad av andra. Vidare vill utskottet erinra om att i överenskommelsen mellan staten och landstingen för ersättningar för år 2000 har särskilda medel avsatts till arbetet med stöd till kunskaps- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Medlen skall bl.a. användas till Socialstyrelsens utvecklingsarbete rörande behandlingsindikatorer och prioriteringar. Enligt utskottets uppfattning bör riksdagen inte ta något initiativ med anledning av motionerna So206 (fp), So234 (m), So262 (fp) yrkande 2 och So320 (kd) yrkande 10. Motionerna avstyrks.

I flera motioner framhålls vikten av insatser mot olika sjukdomar. Utskottet vill återigen framhålla att utredningsarbete som rör vissa av dessa sjukdomar pågår inom t.ex. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Vidare kan nämnas att Medicinska forskningsrådet stöder flera av de forskningsområden som tas upp i motionerna. Vissa av de aktuella sjukdomarna har dessutom redan behandlats eller kommer att behandlas inom ramen för Nationella folkhälsokommitténs arbete.

Utskottet behandlar varje år ett flertal motioner från den allmänna motionstiden om insatser mot olika sjukdomar. Utskottet har tidigare regelmässigt uttalat att utskottet inte ställer sig bakom motionskrav om att satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller om att vården av dessa bör organiseras på visst sätt. Att bedöma sådana frågor är enligt utskottet i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Som ovan anförts har utskottet ställt sig bakom riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer låter sig inte förenas med någon "lista" där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra. Utskottet vidhåller denna bedömning. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motionerna So204 (fp) yrkandena 1–4, So208 (c) yrkandena 1–3, So242 (fp), So289 (c), So302 (v), So327 (c) yrkande 9, So329 (mp) yrkande 1, So350 (s), So376 (kd), So397 (kd), So401 (kd), So426 (v) yrkande 2, So442 (s) yrkande 2, So452 (s) yrkandena 1 och 2, So457 (c) yrkande 1, So458 (c), So467 (c) yrkandena 2–5, So477 (mp, s, m, kd, c, fp), So484 (kd) yrkandena 1–3, So488 (kd) yrkande 8 och So493 (kd) yrkande 5. Motionerna avstyrks.

Kvinnors hälsa

I *motion So331 av Gunilla Wahlén m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av kompetensutveckling för alla yrkeskategorier inom vård och omsorg (*yrkande 2*). Motionärerna anför att det vid yrkesmedicinska enheten vid Stockholms läns landsting har utarbetats del-

rapporter om olika aspekter på kvinnors hälsa. I flera av yrkesenhetens delrapporter talas det om behovet av utbildningsinsatser. Utbildningarna skall vara riktade till både professionella inom vården och kvinnorna själva. Enligt motionärerna bör utbildningarna innehålla tre komponenter: kunskap, självkännedom och inlevelseförmåga. Det är viktigt att alla yrkeskategorier inom vård och omsorg erbjuds denna kompetensutveckling, anför det. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om strategier för samverkan i frågor som rör kvinnors hälsa (*yrkande 4*). Motionärerna anför att det framgår av samlad forskning att kvinnor ser sig och sina symtom i ett livssammanhang. Olika perspektiv måste mötas för att synliggöra kvinnors hälsa och ohälsa. Samverkan inom sjukvården mellan ett medicinskt perspektiv och ett omvårdnadsperspektiv, mellan enheter som psykiatri och primärvård och kvinnlig och manlig personal behövs. Vidare krävs samverkan mellan sjukvård, skola, försäkringskassa, arbetsförmedling och frivilliga verksamheter.

I *motion So467 av Vivian Gerdin och Gunnel Wallin (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att kvinnors sjukdomar och symtom måste tas på lika stort allvar som mäns (*yrkande 1*). Motionärerna anför att kvinnor som ”mår dåligt” ofta presenterar en symtombild som ej passar in i det traditionella diagnos- och klassifikationssystemet som finns inom sjukvården. Bemötande bör ske utifrån ett kvinnoperspektiv, dvs. att kvinnan är norm och förklaringar och behandlingar ges utifrån de premisserna.

I *motion So322 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att upprätta en handlingsplan för en jämställd hälso- och sjukvård (*yrkande 24*). Motionärerna anför att utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården lade fram sitt betänkande redan år 1996. I betänkandet rapporterades om såväl väsentliga kunskapsluckor som brister i vården. Regeringen har visserligen i några sammanhang tagit upp en del av de förslag som utredningen lade fram men något helhetsgrepp för att besvara de olika frågor som ställs har inte tagits. Motionärerna anser att regeringen bör lägga fram en handlingsplan över hur hälso- och sjukvården för kvinnor och män skall utformas så att den blir i ordets rätta bemärkelse jämställd. Ett liknande yrkande framställs i *motion A807 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* (*yrkande 26*).

I *motion So243 av Siv Persson (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om tvärvetenskapligt samarbete angående kvinnor och smärta. Motionären anför att kvinnor med smärtor från rörelseapparaten utgör en betydande del av de långtidssjukskrivna i Sverige. Enligt motionären innebär bristen på samordning och samsyn på smärttillstånd i nuvarande rehabilitering stora variationer i hantering, bemötande och behandling, till nackdel för patienterna. Samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling skulle höja kvaliteten i vården för denna stora patientgrupp, anför motionären.

I *motion So370 av Anita Jönsson och Lisbeth Staaf-Igelström (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om bättre samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling för att öka kvaliteten i vården för kvinnor med smärta. Motionärerna anför att andelen kvinnor med smärtor från rörelseapparaten utgör en betydande del av de långtidssjuk-

skrivna i Sverige och att bristen på samordning och samsyn på smärttillstånd i vår nuvarande rehabilitering lämnar utrymme för stora variationer i hantering, bemötande och behandling, till nackdel för patienterna. Enligt motionärerna är detta ett av vår tids stora könsrelaterade folkhälsoproblem. Kunskap finns inom området, men hittills har ingen tagit det övergripande ansvaret, något som kräver ett tvärvetenskapligt samarbete över klinikgränser och institutionsgränser. Samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling skulle höja kvaliteten i vården för denna stora patientgrupp, anför motionärerna.

Tidigare behandling, pågående arbete

Frågor om kvinnors hälsa har behandlats av utskottet vid flera tillfällen de senaste åren, se bl.a. betänkandena 1997/98:SoU12 och 1998/99:SoU10. Utskottet anförde i det sistnämnda betänkandet bl.a. följande.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det är angeläget att kvinnors särskilda hälsoproblem uppmärksammas. Utskottet vill också erinra om det s.k. genderprogram för social välfärd som Socialdepartementet driver. Genom detta program skall all verksamhet inom Socialdepartementets ansvarsområden tillföras ett genderperspektiv. Det innebär att förslag och verksamhet alltid analyseras utifrån båda könen behov och förutsättningar. Utskottet erinrar vidare om att riksdagen nyligen beslutat om lagändringar som sammanfattningsvis innebär att patientens ställning och inflytande stärks (1998/99:SoU3 Stärkt patientinflytande m.m., rskr. 1998/99:54). Härutöver kan nämnas att i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning (den s.k. Dagmaröverenskommelsen) har parterna enats om en satsning på att ytterligare stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Det skall bl.a. ske genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet. Utskottet vill också hänvisa till det arbete som pågår inom Nationella folkhälsokommittén. Kommittén skall med utgångspunkt i det övergripande målet en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling, lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka åtgärder som skall prioriteras. Kommittén kommer i sitt fortsatta arbete att behandla bl.a. frågor om könskillnader och kvinnors hälsa. Motioner avstyrktes. (Res. m, v, fp, mp)

Socialdepartementet startade hösten 1997 utvecklingsprogrammet *Genderprogram för social välfärd*. Av det handlingsprogram som bifogades beslutet om genderprogram framgår bl.a. att utvecklingsprogrammets övergripande mål är att stimulera såväl det egna departementet som dess kommittéer och myndigheter att utveckla sin verksamhet med hjälp av genderperspektiv. Syftet med programmet är att höja effektiviteten och kvaliteten i verksamheterna så att resurserna utnyttjas effektivt, att kvinnor och män får tillgång till god vård och service på lika villkor och att personalens resurser tas till vara på bästa sätt.

Genderprogrammet för social välfärd lämnade i oktober 1999 en lägesrapport, Från sidovagn till huvudfåra Ds 1999:64.

Nationella folkhälsokommittén har i november 1999 publicerat debattskriften "Nya diagnoser" – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar. I skriften behandlas bl.a. fibromyalgi. Kommittén lämnade vidare i december 1999 delbetänkandet *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* SOU 1999:137. I betänkandet påtalas bl.a. att psykiska och psykosomatiska besvär ökar – särskilt hos kvinnor i arbeten med låga utbildningskrav (s. 95). Kommittén avser att lämna sitt slutbetänkande under hösten 2000.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det är angeläget att kvinnors särskilda hälsoproblem uppmärksammas. I detta sammanhang vill utskottet återigen hänvisa till det s.k. genderprogram för social välfärd som Socialdepartementet driver. Som ovan anförts är syftet med programmet att höja effektiviteten och kvaliteten i verksamheterna så att resurserna utnyttjas effektivt, att kvinnor och män får tillgång till god vård och service på lika villkor och att personalens resurser tas till vara på bästa sätt. Vidare kan nämnas att det av överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000 framgår att parterna enats om en långsiktig satsning på att stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet betonas särskilt. Nationella folkhälsokommittén har också behandlat frågor om kvinnors hälsa. Kommittén avser att avsluta sitt arbete under hösten 2000. Slutligen vill utskottet hänvisa till att regeringen avser att i maj 2000 presentera en nationell handlingsplan för utveckling och förnyelse av sjukvården. Enligt vad utskottet erfarit kommer bl. a. frågor om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården att behandlas inom ramen för handlingsplanen.

Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna So322 (fp) yrkande 24, So331 (v) yrkandena 2 och 4, So467 (c) yrkande 1 och A807 (fp) yrkande 26.

Utskottet har redan tidigare intagit ståndpunkten att inte ställa sig bakom motionskrav om att vissa satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller att vården av dessa bör organiseras på visst sätt. Motionerna So243 (fp) och So370 (s) avstyrks därför.

Frågor om organdonation

I *motion So436 av Märta Johansson (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en snar utredning om ersättningsfrågor till levande donatorer av organ eller vävnader. Motionären anför att det sedan en längre tid framförts önskemål om att det skall finnas tydliga riktlinjer för ersättning till levande givare av organ. Dagens praxis utgår från Landstingsförbundets rekommendation från år 1972. Enligt denna rekommendation bör mottagarens hemlandsting betala ut ersättning till donatorn för inkomstbortfall som ej kan betalas ut av försäkringskassan, samt eventuella merkostnader i samband med utredning och operation. Eftersom organdonation är en frivillig

sjukvård har många donatorer mött tveksamhet från sin arbetsgivare när det gäller att betala sjuklön för detta. I några av landets landsting finns en mer uttalad praxis för ersättning till donatorer även efter den s.k. sjuklöneperioden. I de flesta landsting lämnas dock ersättning först efter viss förhandling. Med tanke på organdonatorers stora insats för samhällets sjukvård bör det finnas ett lagligt stöd för dem att erhålla full ersättning gällande förlorad inkomst och merkostnader i samband därmed. Ett liknande yrkande framställs i *motion So285 av Sonja Fransson (s)*.

Tidigare behandling, pågående arbete

Lagen (1995:831) om transplantation m.m. trädde i kraft den 1 juli 1996, se *proposition 1994/95:148* och *1994/95:SoU21*. Utskottet behandlade i betänkande 1994/95:SoU21 ett motionsyrkande om att riksdagen hos regeringen borde begära förslag till ett enhetligt ersättningssystem för donator. Utskottet anförde att någon erinran inte kan riktas mot att en donator får ersättning för vissa kostnader, t.ex. för resor och uppehälle och förlorad arbetsförtjänst. Motionsyrkandet om ett enhetligt ersättningssystem avstyrktes eftersom det ansågs vara en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1994/95:381). (Ej res.)

Från *Landstingsförbundet* har inhämtats att förbundet vid ett par tillfällen uppvakttat Socialdepartementet i frågan om ersättning till levande donatorer.

Från *Socialdepartementet* har inhämtats att departementet till Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket har översänt en skrivelse från Landstingsförbundet för yttrande senast den 31 mars 2000. Förbundet yrkar i skrivelsen att regeringen vidtager erforderliga åtgärder för att tillgodose behovet av en stabil och förutsebar finansiering av sjuklön till personer som ger transplanterat.

Utskottets bedömning

Utskottet vill betona att det har stor förståelse för de synpunkter som motionärerna framför. Transplantation har numera blivit en närmast etablerad del av sjukvården. Många svårt sjuka människor får genom transplantation ett förlängt liv och en bättre livskvalitet. Transplantation är således en angelägen behandlingsform inom sjukvården.

Frågan om ersättning till levande organdonatorer bereds för närvarande i Regeringskansliet. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ i frågan. Motionerna So285 (s) och So436 (s) är i huvudsak tillgodosedda.

Alternativa behandlingsmetoder

I *motion So330 av Lennart Daléus m.fl. (c)* anfördes att en öppenhet för alternativa behandlingar inom den ordinarie sjukvården och under kontrollerade former minskar riskerna för att människor skadas av oseriösa och farliga behandlingar utanför läkarvetenskapens kontroll (*yrkande 14*). Vidare begärs i *yrkande 15* att Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

(SBU) får i uppdrag att intensifiera arbetet med att utvärdera alternativa behandlingsmetoder för att klarlägga deras vetenskapliga värden.

I *motion So486 av Marianne Andersson m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av analyser av de sociala och ekonomiska effekterna av alternativa behandlingsmetoder (*yrkande 1*). Motionärerna anför att den resurssnåla alternativmedicinen kan avlasta den ordinarie sjukvården inom flera områden. I *yrkande 2* begärs en förändring av lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Motionärerna anför att legitimerad personal i dag i princip måste avlegitimera sig för att kunna arbeta med alternativmedicinska metoder. En lagstiftning borde införas som innebär att personalen i samarbete med patienten skulle kunna komplettera den vanliga behandlingen med en alternativmedicinsk behandling. Motionärerna begär vidare i *yrkande 3* ett tillkännagivande om behovet av forskning om alternativmedicin och framhåller i samband därmed att andra länder har en betydligt mer generös inställning till alternativmedicin än Sverige. Enligt motionärerna behövs en infrastruktur inom forskningen och riktade resurser bör avsättas för att bygga upp ett kompetenscentrum och för att möjliggöra egna forskningsprojekt (*yrkande 4*). Slutligen begär motionärerna att en utredning om alternativa behandlingsmetoder tillsätts (*yrkande 6*). I detta sammanhang bör reglerna för behandling av barn ses över samt regler för utbildning och behörighet för alla terapeuter. Utredningen bör ha ett betydande inslag av representanter för alternativmedicinen.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade motioner om alternativa behandlingsmetoder senast i betänkande 1998/99:SoU10 (s. 84). Utskottet anförde att attityden till flera s.k. alternativa behandlingsmetoder, dock inte alla, har förändrats under de senaste decennierna. Vidare betonade utskottet att kunskaper inom alternativmedicin behövs både för att kunna bedöma effekter och vinster och för att utröna eventuella skador och biverkningar. Utskottet anförde också att det förutsatte att ansökningar om medel till forskning rörande alternativmedicin och komplementära behandlingsmetoder skulle behandlas i en positiv anda. Motionerna avslogs (res. c, mp).

Från Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, SBU, har inhämtats att SBU vid utarbetandet av sina rapporter även utvärderar s.k. alternativa behandlingsmetoder.

Utskottets bedömning

Utskottet vill återigen framhålla att attityden till flera s.k. alternativa behandlingsmetoder, dock inte alla, har förändrats under de senaste decennierna. Vidare vill utskottet på nytt betona att kunskaper inom alternativmedicin behövs både för att kunna bedöma effekter och vinster och för att utröna eventuella skador och biverkningar. Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ i anledning av motionerna So330 (c) yrkandena 14 och 15. Även motion So486 (c) yrkandena 1 och 6 avstyrks.

Enligt utskottets uppfattning saknas anledning att ändra lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Motion So486 (c) yrkande 2 avstyrks därför.

I motion So486 (c) yrkandena 3 och 4 behandlas frågor om forskning rörande alternativmedicin och komplementära behandlingsmetoder. Utskottet vidhåller sin inställning att det får förutsättas att ansökningar om medel till forskning på området behandlas i en positiv anda. Riksdagen bör inte ta något initiativ i frågan. Motionsyrkandena avstyrks.

Hivpreventiva frågor

I motion So314 av Chris Heister m.fl. (m) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag baserat på Smittskyddsutredningens förslag i enlighet med vad som anförs i motionen (yrkande 5). Motionärerna anför att enligt smittskyddslagen är all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri om den utförs inom den landstingskommunala sjukvården. Privat vård och behandling är dock inte kostnadsfri. Motionärerna avvisar denna åtskillnad mellan offentlig och enskild vård.

I motion So225 av Barbro Westerholm m.fl. (fp, s, v, c, mp) begärs ett tillkännagivande om möjligheten till anonym testning av hiv (yrkande 16). Motionärerna anför att fler personer då vågar komma till testning vilket i sin tur leder till tidigare behandling av de smittade.

Pågående arbete

Frågan om kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling enligt smittskyddslagen har behandlats av Smittskyddskommittén i betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51). Kommittén anför (s. 466–467) att nuvarande begränsning när det gäller privat verksamma läkare bör förändras och att kostnadsfriheten inte bör gälla endast undersökning utan även vård och behandling som ges av privat verksamma läkare i de fall dessa är anslutna till den offentligt finansierade vården, dvs. erhåller ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Även frågan om anonymitet vid provtagning för hivinfektion har behandlats av Smittskyddskommittén i det ovan nämnda betänkandet. Kommittén anför under rubriken Rätten till anonymitet vid provtagning för hivinfektion (s. 374–375) följande:

Enligt förordningen (1986:198) om undantag vid provtagning för infektion av hiv har den som vill ta prov för att kontrollera om han eller hon har smittats av hivinfektion rätt att göra detta anonymt. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av att alla tänkbara ansträngningar för att snabbt hindra spridningen av hivinfektion ansågs behöva vidtas och att det fanns oro för att personer skulle avhålla sig från provtagning av den anledningen att de inte ville att deras identitet skulle bli känd. Det bör erinras om att den enskilde dock blir skyldig att lämna identitetsuppgifter om analysresultatet visar att personen är hivpositiv. I dessa fall omfattas uppgifterna av den sekretess som råder inom hälso- och sjukvården.

En av grundtankarna för kommitténs förslag till förändringar i smittskyddslagstiftningen är att hivinfektion i princip bör behandlas på samma sätt som andra allvarliga sjukdomar och att särregleringen beträffande denna sjukdom så långt det är möjligt bör tas bort. Kommitténs underlag (jfr kap. 5) tyder på att attityden till provtagning har förändrats på så sätt att de flesta patienter inte bryr sig om huruvida provtagningen görs anonymt eller inte. Endast en liten andel av patienterna synes begära att få anonym provtagning och ytterst få synes i egentlig mening upprätthålla anonymiteten inför vårdpersonalen. Samtidigt är det svårt att uttala sig om vilka effekterna skulle bli om rätten till anonymitet nu tas bort. Denna rätt har blivit en integrerad del av det förebyggande arbetet och det har för kommittén framhållits att rätten har ett stort symbolvärde. Vidare har framförts att det är nödvändigt att möjligheten till anonymitet kvarstår för den mindre grupp av patienter som, av olika anledningar, är rädda för att identitetsuppgifter skall komma till andras kännedom. Rätten till anonymitet har enligt vad kommittén erfarit inte heller medfört några stora problem i den praktiska verksamheten. Mot bakgrund av vad som nu sagts anser kommittén att övervägande skäl talar för att inte i nuläget avskaffa detta undantag för hivinfektion.

Smittskyddskommitténs betänkande har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utskottets bedömning

Frågor om kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling enligt smittskyddslagen behandlas i Smittskyddskommitténs betänkande. Det samma gäller frågan om anonymitet vid provtagning. Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet. Utskottet har erfarit att regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen avseende de frågor som behandlats i betänkandet under hösten 2000. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ beträffande dessa frågor. Motion So314 (m) yrkande 5 avstyrks. Även motion So225 (fp, s, v, c, mp) yrkande 16 avstyrks.

Vård i livets slutskede m.m.

I *motion So310 av Gustaf von Essen (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att livstestamenten – om de görs juridiskt bindande – bör upprättas i två standardversioner (*yrkande 1*). Motionären anför att kommittén ”Vård i livets slutskede” behandlar livstestamenten som innebär att patienten inte vill hållas vid liv vid svår sjukdom. Motionären anför att om livstestamenten beslutas bli juridiskt bindande bör dessa upprättas i två juridiskt bindande standardversioner – en som innebär att undertecknaren inte vill hållas vid liv och en som innebär att undertecknaren vill hållas vid liv.

I *motion So373 av Mikael Oscarsson och Jan Erik Ågren (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att hospisverksamheten byggs ut inom samtliga landsting (*yrkande 1*). Motionärerna anför att det genom direktiv från riksdag och regeringen borde klarläggas att det är i samhällets intresse att samtliga landsting skall utveckla denna vårdform i största möjliga utsträckning. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om

utökade resurser till forskning om hospis, anestesi och palliativ vård (*yrkande 2*). Motionärerna anför att ekonomiska medel behöver frigöras till sådan forskning. Detta är viktigt för att förebygga de krafter i samhället som verkar för att dödshjälpens införande även i Sverige skall få ökat stöd. Två likalydande yrkanden framförs i *motion So310 av Gustaf von Essen (m) yrkandena 2 och 3*.

Tidigare behandling, pågående arbete

Motioner om vård i livets slutskede har behandlats av utskottet vid flera tillfällen, se bl.a. *betänkandena 1997/98:SoU24 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, 1998/99:SoU7 Äldrepolitik* och senast *betänkande 1998/99:SoU10 Hälso- och sjukvårdsfrågor m.m.* Utskottet anförde i det sistnämnda betänkandet att direktiven till utredningen om vård i livets slutskede omfattade de frågor som motionerna tog upp och att något tillkännagivande därför inte behövdes. (Ej res.) I betänkandet återgavs direktiven i de delar som berörde vård- och boendeformer (s. 88–89 i betänkandet).

Kommittén om vård i livets slutskede (S 1997:23) skall ha slutfört sitt arbete senast den 31 december 2000.

I kommitténs direktiv (1997:147) anförts bl.a. följande under rubriken *Ökat inflytande över vården i livets slutskede*.

Sjukvårdens uppgift är inte att påskynda eller förlänga döendet utan att hjälpa den sjuke att få avsluta sitt liv med så lite smärta och ångest som möjligt och under så värdiga och lugna former som möjligt. Det är i detta skede som beslut ibland måste fattas om att avstå från eller avsluta livsuppehållande åtgärder.

Kommittén skall bedöma hur Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2) om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede för närvarande tillämpas i vården och överväga om de fyller sitt syfte eller om de behöver revideras.

Hos många människor finns en viss oro för att man kan bli föremål för en plågsam och förnedrande livsförlängande behandling i en situation där man har en försvagad autonomi. Bättre förutsättningar bör skapas för personer i livets slutskede att få ett ökat inflytande över vården vid livets slut.

Livstestamenten kan vara ett sätt att få reda på patientens vilja. Ett system där någon går in som ställföreträdare för patienten kan vara ett annat. Kommittén skall överväga och ge förslag till hur människor kan ges ett ökat inflytande över vården i livets slutskede.

Kommittén om vård i livets slutskede har i januari 2000 lämnat ett delbetänkande. I betänkandet anför kommittén bl.a. att den inlett en diskussion om möjligheten att införa livstestamenten och/eller ställföreträdare för patientens vilja vid vård i livets slutskede. Kommittén har dock ännu inte tagit ställning till dessa frågor, bl.a. för att de innehåller många komplexa juridiska problem. I delbetänkandet redovisas därför endast frågeställningar och skäl som talar för och emot olika alternativ. Ett ställningstagande kommer att redovisas i slutbetänkandet. I delbetänkandet anförts vidare att den palliativa vården bör integreras i all vård i livets slutskede. Enligt kommittén är behovet av s.k. hospis i form av byggnader begränsat. Den palliativa vården, som ursprungligen vuxit fram ur hospisfilosofin, måste dock genomsyra och inte-

greras i all vård i livets slutskede. Särskilda palliativa vårdplatser inom kommunernas särskilda boendeformer måste även kunna erbjudas personer som vårdas i det egna hemmet, framför allt när avståndet till närmaste sjukhus är långt. Kommittén anför att den palliativa vården måste utvecklas och prioriteras när det gäller utbildning, forskning och det praktiska arbetet inom vården. Kommittén föreslår också att palliativa kompetenscentrum etableras vid vissa sjukhus. Till dessa centrum kan kopplas ett ansvar för utbildning, fortbildning, samordning och forskning.

Under våren 2000 kommer kommittén att hålla regionala konferenser.

Kommittén anför att de synpunkter som framkommer i remissvar och under konferenserna kommer att ligga till grund för utredningens fortsatta arbete med slutbetänkandet som planeras utkomma vid årsskiftet 2000/2001.

Utskottets bedömning

Kommittén om vård i livets slutskede skall senast den 31 december 2000 ha slutfört sitt arbete. Riksdagen bör inte föregripa kommande förslag på området. Motionerna So310 (m) yrkandena 1, 2 och 3 och So373 (kd) yrkandena 1 och 2 avstyrks därför.

Frågor om dödsfallsutredning och obduktion

I *motion So238 av Maud Ekendahl och Cristina Husmark Pehrsson (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att införa en särskild lag om dödsfallsutredning. Motionärerna anför att det i obduktionslagen anges att polisen i vissa fall får besluta om rättsmedicinsk undersökning. Det finns dock inte något krav att detta skall ske. I ca 20 % av dödsfallen genom yttre våld eller förgiftning beslutar polisen att någon rättsmedicinsk undersökning inte skall göras. Fallet återgår då till den läkare som har utfärdat dödsbeviset och som saknar kompetens att bedöma om olika skador kan ha orsakats av en brottslig gärning. Detta innebär en risk för att våldsbrott undgår upptäckt och är en fara för rättssäkerheten. För att kunna upptäcka och utesluta brott är det angeläget att alla dödsfall genom yttre våld och förgiftning som har polisanmälts blir föremål för en undersökning av rättsläkare, antingen i form av en rättsmedicinsk likbesiktning eller en rättsmedicinsk obduktion. Vidare anför motionärerna att anhöriga alltid borde tillfrågas om de är intresserade av att ta del av ett dödsorsaksintyg

I *motion So371 av Kenneth Johansson m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om obduktionsverksamheten i Sverige. Motionärerna anför att obduktionsfrekvensen är starkt minskande. En rimlig nivå på obduktionsfrekvensen är nödvändig, vid sidan av forskningsskäl, för att kvalitetsstärka den kliniska diagnostiken och behandlingen och uppnå tillfredsställande registrering av dödsorsaker. Enligt motionärerna är det angeläget med en fördjupad analys av konsekvenserna och de långsiktiga följderna av obduktionsverksamheten i Sverige.

Tidigare behandling, pågående arbete

I 4 kap. 4 § begravningslagen (1990:1144) stadgas att om förhållandena vid ett dödsfall är sådana att det kan finnas skäl för en rättsmedicinsk undersökning enligt lagen (1995:832) om obduktion m.m. skall den läkare som fastställt att döden har inträtt eller som annars skall utfärda dödsbeviset snarast möjligt anmäla dödsfallet till polismyndigheten i den ort där dödsfallet inträffade eller, om kännedom härom saknas, den ort där den döda kroppen har anträffats. Bestämmelsen fick sin nuvarande lydelse genom en lagändring den 1 juli 1996 (prop. 1994/95:148, bet. 1994/95:SoU21, rskr. 1994/95:381).

Av 13 § lagen (1995:832) om obduktion m.m. framgår att en rättsmedicinsk undersökning av avliden bl.a. får göras om undersökningen kan antas vara av betydelse för utredningen av ett dödsfall som inträffat under sådana omständigheter att det inte skäligen kan bortses från möjligheten att dödsfallet har samband med ett brott. Denna bestämmelse infördes i samband med det lagstiftningsärende som nämns ovan.

Utskottet behandlade i samband med proposition 1994/95:148 ett motionsyrkande i vilket föreslogs att polisen skulle vara skyldig att föranstalta om rättsmedicinsk obduktion vid en polisanmälan (1994/95:SoU21 s. 35). Utskottet anförde i likhet med regeringen att det är angeläget att polisen tillämpar reglerna så att rättsmedicinsk undersökning alltid utförs när detta är motiverat av rättssäkerhetsskäl. Vidare anförde utskottet att en nära samverkan mellan polisen och den rättsmedicinska professionen är nödvändig och att det t.ex. är angeläget att polisen konsulterar rättsmedicinsk expertis före ett beslut att inte föranstalta om rättsmedicinsk undersökning efter anmälan från läkare. Utskottet anförde att det utgick från att regeringen noga följer denna fråga, bl.a. de lokala polismyndigheternas praxis, och återkommer till riksdagen om det behövs. Motionen avstyrktes. (Ej res.)

Utskottet behandlade i det ovan nämnda betänkandet (s. 33) även ett motionsyrkande om att en utredning borde tillsättas för att fastställa orsakerna till nedgången i kliniska obduktioner och dess konsekvenser. Utskottet anförde att det inte var berett att ställa sig bakom ett sådant krav. Motionen avstyrktes. (Ej res.)

Riksdagen följde utskottet i båda fallen (rskr. 1994/95:381).

I proposition 1994/95:148 anförde regeringen vidare att den utgick från att Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket följer utvecklingen och effekterna av den nya lagstiftningen inom respektive områden.

Från *Socialstyrelsen* har inhämtats att en arbetsgrupp tillsattes våren 1999 för att följa effekterna av den nya lagstiftningen såvitt gäller styrelsens område. I detta sammanhang kommer bl.a. frågor om dödsorsaksintyg och obduktionsfrekvens att behandlas. Arbetsgruppen skall redovisa sitt arbete under första kvartalet 2001.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller att det är angeläget att reglerna om rättsmedicinsk undersökning tillämpas så att sådan undersökning alltid utförs när detta är motiverat av rättssäkerhetsskäl. I detta sammanhang vill utskottet återigen betona att en nära samverkan mellan polisen och den rättsmedicinska professionen är nödvändig och att det t.ex. är angeläget att polisen konsulterar rättsmedicinsk expertis före ett beslut att inte föranstalta om rättsmedicinsk undersökning efter anmälan från läkare.

Vid Socialstyrelsen pågår vidare ett arbete för att följa effekterna av de regler som trädde i kraft den 1 juli 1996 såvitt gäller styrelsens område. I detta sammanhang kommer bl.a. nedgången i obduktionsfrekvens och dess konsekvenser att behandlas. Enligt utskottets uppfattning bör resultatet av detta arbete avvaktas.

Sammanfattningsvis anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ med anledning av motionerna So238 (m) och So371 (c). Motionerna avstyrks.

Aborter, fosterdiagnostik, äggdonationer m.m.

I *motion So267 av Lennart Fridén (m)* begärs att en utredning tillsätts med uppgift att utvärdera vad en abort innebär i smärthanseende för fostret och vad resultatet skall få för konsekvenser. Motionären anför att de medicinska framstegen när det gäller fostrets förmåga att uppleva smärta och det faktum att det föreligger olika uppfattningar huruvida fostret får del av den narkos eller de smärtstillande medel som ges till kvinnan under aborten gör att en utredning bör tillsättas.

I *motion So309 av Gustaf von Essen (m)* anförts att det bör utredas om utlämnande av uppgift om fosters kön utifrån fosterdiagnostik som kan utnyttjas i syfte att göra abort strider mot hälso- och sjukvårdslagen och sekretesslagen (*yrkande 1*). Motionären anför att ett utnyttjande av fosterdiagnostik i syfte att fastställa fostrets kön för att göra abort strider mot hela andan i hälso- och sjukvårdslagen som stadgar att sjukvården har till uppgift att vårda och behandla. Likaså strider detta missbruk av fosterdiagnostiken mot sekretesslagen. Vidare anför motionären att information om fostrets kön inte skall lämnas ut under den period då informationen fortfarande kan leda till abort. I *yrkande 2* begärs således ett tillkännagivande om att det exakta fastställandet av tidsgränsen för när information om fostrets kön inte får lämnas bör överlämnas till Statens medicinsk-etiska råd. Även i *motion So396 av Holger Gustafsson och Tuve Skånberg (kd)* begärs ett tillkännagivande om könsbestämning av foster. Motionärerna anför att det inte med nödvändighet krävs någon ändring i nuvarande abortlagstiftning för att komma till rätta med s.k. könsdiskriminerande aborter. De lagstiftningar som berörs är hälso- och sjukvårdslagen samt sekretesslagen. Ett förbud bör enligt motionärerna övervägas mot att lämna ut information om fostrets kön före utgången av 20:e graviditetsveckan, om utlämnandet inte kan anses medicinskt motiverat. En sådan förändring ger en signal till medborgarna om att kampen för jämställdhet är konsekvent och gäller alla kvinnor – även de ofödda.

I motion So402 av Chatrine Pålsson m.fl. (kd) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en vidgad syn på abortförebyggande åtgärder (*yrkande 1*). Abort är att släcka liv. Allt måste enligt motionärerna göras för att i opinionsbildning och rådgivning framställa det som naturligt och självklart att en graviditet skall fullföljas. Socialt och ekonomiskt skall alla tänkbara insatser erbjudas för att undvika abort. En vidgad syn på vad som brukar kallas abortförebyggande åtgärder föreslås därför. I *yrkande 2* begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om tidsgränsen då Socialstyrelsens prövning krävs. Motionärerna anför att abortlagens nuvarande tidsgräns diskuteras både bland lekmän och medicinskt sakkunniga. Å ena sidan har det framförts argument för en sänkning av tidsgränsen. Antalet aborter skulle på det sättet kunna minska. Å andra sidan hävdas att en kortare tid skulle kunna medföra att en del abortsökande inte fick tillräcklig tid att i lugn och ro tänka igenom sitt beslut. Motionärerna anser att de tänkbara effekterna av en sänkt tidsgräns bör studeras noga. Vidare begärs i *yrkande 3* ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om livsduglighet. Motionärerna anser att en ändring måste ske av Socialstyrelsens allmänna råd. Motionärerna anser att det behövs entydiga signaler om att abort inte är tillåtet om ett barn kan bedömas livsdugligt utanför livmodern. De anser att den övre gränsen för abort bör ändras till 20 veckor för att marginalen skall vara tillräcklig. I *yrkande 4* begärs ett tillkännagivande om att den abortsökande kvinnan bör ses i ett psykosocialt sammanhang. Enligt en studie finns det många faktorer som avgör om en kvinna väljer att genomgå en abort. Två av dessa är att relationen till den blivande fadern är dålig eller att kvinnan inte känner sig mogen eller fysiskt stark. I *yrkande 5* begär motionärerna ett tillkännagivande om stödsamtal. De anser att informationen om stödsamtalen bör få en mycket tydligare inriktning än i dag. Varje abortsökande bör få en skriftlig information. Informationen bör redovisa vilka grundvärderingar samhället står för när det gäller människovärdet och tydligt men varsamt lyfta fram det etiska dilemmat. På ett naturligt sätt kan sedan alternativet till abort diskuteras. Hur och i vilken omfattning stödsamtalen skall ske bör enligt motionärerna ytterligare övervägas. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om utbildning av personal som deltar i stödsamtal (*yrkande 6*). De anser att mötet vid ansökan om abort och följande stödsamtal endast skall få genomföras av personer som fått en utbildning i etisk rådgivning. I Norge finns en tvåårig akademisk utbildning för etisk rådgivning. Motionärerna anser att något liknande bör införas i Sverige. Grundkraven på rådgivarna bör fastställas av Socialstyrelsen, heter det i motionen. I *yrkande 7* begärs ett tillkännagivande om abortförebyggande och graviditetsstödjande forskning. Motionärerna anser det viktigt med tvärvetenskaplig forskning kring situationen före och efter en abort för kvinnan, hennes familj och närmaste anhöriga. Många kvinnor får problem efter en abort. Resultaten från en intensifierad svensk forskning kunde enligt motionärerna bli till nytta såväl i det abortförebyggande och graviditetsstödjande arbetet som vid stödsamtalen efter en abort, heter det i motionen.

I motion So292 av Tuve Skånberg (kd) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om införlivande i svensk lagstiftning av WHO:s rekommendation om när foster juridiskt sett skall räknas som barn (*yrkande 1*).

Motionären anför att det är anmärkningsvärt att Sverige inte införlivat WHO:s rekommendationer i detta avseende. Dessa rekommendationer innebär att från vecka 22 skall ett missfall benämnas förlossning och foster benämnas barn. Vidare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om praxis för den gräns för hur sent i graviditeten som abort får beviljas (*yrkande 2*). Motionären anför att i dag kan barn som föds i 23:e graviditetsveckan räddas och att det finns barn som lever som är födda i graviditetsvecka 22. Vidare måste en viss felmarginal vid fastställandet av hur långt graviditeten fortskridit vägas in. Vidare bör WHO:s rekommendation om att gränsen för när ett foster blir ett barn skall gå vid 22:a graviditetsveckan vägas in.

I *motion So368 av Mikael Oscarsson m.fl. (kd)* begärs att en utredning tillställs med syfte att utreda varför kvinnor väljer abort, vilket stöd kvinnorna önskar och andra aspekter som kan tänkas påverka aborttalet (*yrkande 1*). Som exempel på frågor som bör belysas anför mannen roll i valsituationen, konsekvenserna av subventionerade preventivmedel och s.k. dagen-efterpiller och inställningen till sexualitet och samlevnadsfrågor. Likaså bör studeras hur Folkhälsoinstitutets arbete kring sexualitet, relationer, reproduktion och förebyggande av oönskade graviditeter utfallit i olika län. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en analys av varför Sverige har högst aborttal i Norden (*yrkande 2*). Motionärerna anför att någon grundlig analys kring vilka faktorer som bidrar till skillnaderna mellan de nordiska länderna inte gjorts. Slutligen begär motionärerna ett tillkännagivande om ett åtgärdsprogram för hur antalet aborter skall kunna minskas (*yrkande 3*). Enligt motionärerna är det av stor vikt att resultatet av den tidigare nämnda utredningen ligger till grund för ett adekvat åtgärdsprogram. I detta åtgärdsprogram bör framgå vilka politiska beslut som skulle hjälpa kvinnorna, men också hur de resurser som faktiskt samhället redan har kan brukas bättre och bli till större hjälp.

I *motion So395 av Harald Bergström (kd)* begärs att regeringen ger Folkhälsoinstitutet i uppdrag att sammanställa lättillgänglig information om möjligheten till adoption som alternativ till abort. Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag att sammanställa information om hur en spädbarnsadoption går till, vilket stöd kvinnan kan få från kurator och psykolog m.fl. och vilka hennes rättigheter är vid en eventuell adoption. Institutet bör också se till att denna information finns tillgänglig på barnmorskemottagningar, mödravårdscentraler, kvinnokliniker, ungdomsmottagningar och andra institutioner som möter gravida kvinnor.

I *motion So493 av Lars Gustafsson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om det abortförebyggande arbetet (*yrkande 12*). Motionärerna anför att det är synnerligen angeläget att samhället gör allt för att nedbringa antalet aborter. Ungdomsmottagningarna har en viktig roll i det förebyggande arbetet, vilket måste präglas av djup och bred information av välutbildad personal. Sexualundervisningen måste enligt motionärerna fördjupas. Ansvarstagande för den egna sexualiteten och för partnern bör betonas. Ett liknande yrkande finns i *motion So402 av Chatrine Pålsson m.fl. (kd) yrkande 8*. Familje- och preventivmedelsrådgivningen skall vara väl utbyggd i hela landet samt omfatta ett brett spektrum av metoder, även så kallad na-

turlig familjeplanering. Vidare måste det finnas ungdomsmottagningar i varje kommun, anför det.

Ett par motioner tar upp frågan om tonårsaborter.

I *motion So455 av Göte Jonsson och Ingvar Eriksson (m)* anfördes att arbetet med information och andra förebyggande åtgärder bör öka bland tonåringar i syfte att nedbringa antalet aborter även i den åldersgruppen. I *motion So394 av Amanda Agestav (kd)* begärs att en utredning med uppgift att belysa tonårsaborternas ökning tillsätts (*yrkande 1*). Motionären anför att utredningen bör klarlägga de faktorer som bidrar till att antalet tonårsaborter ökar och föreslå åtgärder för att minska aborterna. Vidare bör utredningen undersöka hur de unga kvinnorna som genomgått abort mår och hur de blivit bemötta efter konstaterad graviditet. Likaså bör enligt motionären undersökas vilken roll olika ungdomsorganisationer intar och hur deras roll kan stärkas i abortförebyggande, sexualupplysande och stödjande hänseende. I (*yrkande 2*) yrkas att riksdagen hos regeringen begär förslag på en nationell handlingsplan för att minska antalet tonårsaborter.

I *motion A819 av Birger Schlaug m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att prioritera forskning om preventivmedel i allmänhet och för män i synnerhet (*yrkande 17*). Motionärerna anför att preventivmedel hittills varit nästan helt inriktade på kvinnor. I *motion Sk693 av Tasso Stafilidis (v)* begärs ett tillkännagivande om kostnadsfria preventivmedel (*yrkande 2*). Motionären anför att gratis preventivmedel bör erbjudas människor i allmänhet och unga kvinnor och män i synnerhet.

I *motion So207 av Barbro Westerholm (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om äggdonationer (*yrkande 2*). Motionären anför att äggdonation inte får förekomma i Sverige, vilket innebär att en del svenska barnlösa par som har ekonomiska möjligheter åker utomlands för att få hjälp, medan andra får avstå.

Tidigare behandling, pågående arbete

Utskottet har vid flera tillfällen behandlat motionsyrkanden om abortförebyggande arbete, se bl.a. *betänkandena 1997/98:SoU2, 1997/98:SoU12 och 1998/99:SoU10*.

I betänkande 1997/98:SoU12 (mars 1998) återgav utskottet delar av Socialstyrelsens allmänna råd 1989:6 om tillämpningen av abortlagen samt delar av Socialstyrelsens allmänna råd om information om fosterdiagnostik, SOSFS 1997:20 (s. 80–83 i utskottets betänkande).

I betänkande 1998/99:SoU10 (mars 1999) anförde utskottet bl.a. att det vidhöll sin uppfattning att det inte finns någon anledning att begränsa rätten till abort eller att se över abortlagstiftningen. Vidare påpekades att Socialstyrelsen avsåg att inom kort ersätta de gällande allmänna råden om abort. Motionerna avstyrktes (res. m, kd). I betänkandet behandlades också frågor om äggdonationer. Utskottet anförde att frågan faller inom ramen för Statens medicinsk-etiska råds uppdrag, att rådet våren 1995 lämnade sina synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen och att riksdagen

därför inte borde ta något initiativ på området. Motionerna avstyrktes. (Res. m, fp)

Frågor om information om fosterdiagnostik behandlade utskottet i *betänkande 1994/95:SoU18* med anledning av proposition 1994/95:142 med förslag om riktlinjer för fosterdiagnostik. Mot bakgrund av den snabba utvecklingen inom bl.a. fosterdiagnostiken ansåg utskottet att det kunde finnas skäl att ytterligare överväga frågan om det bör finnas begränsningar när det gäller den information som bör lämnas ut till den gravida kvinnan. Utskottet ansåg sig då inte ha tillräckligt underlag för att ta ställning till förslaget om införande av en tidsgräns för utlämnande av information om fostrets kön eftersom frågan berörde centrala etiska frågor och integritetsfrågor. Utskottet konstaterade vidare att det ingår i Statens medicinsk-etiska råds uppdrag att följa utvecklingen på det medicinsk-etiska området och ge regeringen och därmed även riksdagen råd om huruvida ny kunskap och nya metoder inom medicinen medför behov av t.ex. lagändringar. (Ej res.) Även i *betänkande 1997/98:SoU12* behandlades frågor om information om fosterdiagnostik. Utskottet konstaterade att Statens medicinsk-etiska råd fortlöpande följer utvecklingen på det medicinsk-etiska området. Motionerna avstyrktes (res. v, kd).

Socialministern har i ett frågesvar den 28 april 1999 berört frågan om smärtlindring för foster vid aborter.

Socialministern har i svar den 21 maj 1999 på interpellation om könselektiva aborter anfört att en kvinna vid fosterdiagnostik i princip har rätt att få del av all information som framkommer och att sekretesslagens grundläggande regler anger när undantag får göras för att lämna ut information till patienten. *Socialministern* anförde vidare att han inte hade för avsikt att initiera någon ändring av sekretesslagen på denna punkt.

Socialministern har i svar den 21 maj 1999 på interpellation om sena aborter anfört att han erfarit att Medicinsk-etiska rådet vid ett sammanträde beslutat ta upp frågan om definitionen av foster och barn till förnyad diskussion i samband med att rådet diskuterar frågor kring livets början. *Ministern* anförde vidare att han avsåg att avvakta Etiska rådets fortsatta diskussion av frågan och därför inte avsåg att vidta någon åtgärd.

Enligt uppgift från *Medicinsk-etiska rådet* är frågan om definition av foster och barn för närvarande (mars 2000) föremål för beredning av rådet.

Regeringen har gett *Folkhälsoinstitutet* i uppdrag att göra en kartläggning av ungdomars sexvanor och attityder till sex och om dessa har förändrats över tid. Uppdraget skall redovisas senast den 1 april 2000.

I utskottets betänkande *1998/99:SoU10* behandlades ett motionsyrkande om att resurser borde satsas på forskning om preventivmedel för män. Utskottet anförde som sin uppfattning att riksdagen inte borde ta något initiativ i frågan (res. mp).

Utskottet föreslog i betänkande *1997/98:SoU2* ett tillkännagivande med innebörd att regeringen på lämpligt sätt borde överväga författningsregle-

ringen beträffande kostnaden för preventivmedelsrådgivning och kostnader för preventivmedel för kvinnor samt komma med förslag till riksdagen på hur en utjämning av patienternas kostnader i detta sammanhang bör ske. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1997/98:3).

Av *regleringsbrev för budgetåret 2000 avseende Socialstyrelsen* framgår att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av vad styrelsen konstaterade i rapporten *Hälsovård före, under och efter graviditet* i fråga om att prisskillnaden mellan olika preventivmedel bör utjämnas. Socialstyrelsen skall därvid göra en analys av nuvarande förhållanden och ur olika aspekter belysa konsekvenserna av en ordning som fullt ut utjämnar de skillnader som finns i dagens system. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 30 april 2001.

Enligt uppgift från *Socialstyrelsen* (mars 2000) pågår för närvarande en omarbetning av de allmänna råden om tillämpningen av abortlagen.

Nationella folkhälsokommittén har i delbetänkandet *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137) berört frågan om önskade graviditeter. Kommittén anför bl.a. att det viktigaste målet i detta sammanhang är att ungdomar skall ges likvärdiga förutsättningar för att utveckla en hälsosam sexualitet samt att det förebyggande arbetet behöver integreras i ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete (s. 491). Kommittén avser att lämna sitt slutbetänkande under hösten 2000.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin tidigare inställning att det är mycket angeläget att antalet aborter minskar. Utskottet vill särskilt betona vikten av att antalet aborter bland tonårsflickor nedbringas. Arbetet med att stärka och förbättra de förebyggande insatserna måste fortsätta. Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet arbetar aktivt på området. Likaså har Nationella Folkhälsokommittén berört frågan. Något initiativ från riksdagens sida behövs inte enligt utskottet. Motionerna So368 (kd) yrkandena 1, 2 och 3, So394 (kd) yrkandena 1 och 2, So395 (kd), So402 (kd) yrkandena 1, 4, 7 och 8, So455 (m) och So493 (kd) yrkande 12 avstyrks.

Innan abort utförs skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Syftet med ett stödsamtal är att hjälpa kvinnan att själv fatta beslut om huruvida hon skall genomgå abort eller inte. Kvinnan/paret skall även erbjudas stödsamtal efter genomgången abort. Ansvaret för utformningen ligger på sjukvårdshuvudmännen. Från Socialstyrelsen har vidare inhämtats att arbete med omarbetning av de allmänna råden om tillämpningen av abortlagen pågår. Med hänsyn härtill behövs inte något initiativ från riksdagen med anledning av motion So402 (kd) yrkandena 5 och 6. Yrkandena avstyrks.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det inte finns någon anledning att begränsa rätten till abort eller att nu se över abortlagstiftningen. Som nyss anförts pågår en omarbetning av de allmänna råden om abort. Motionerna So402 (kd) yrkande 2 avstyrks. Även motionerna So402 (kd) yrkande 3 och So292 (kd) yrkande 2 avstyrks.

Frågor om information om fosterdiagnostik och om när ett foster juridiskt sett skall räknas som barn faller inom ramen för Statens medicinsk-etiska råds uppdrag. Detsamma gäller frågan om smärtlindring för foster. I rådets uppdrag ingår att följa utvecklingen på det medicinsk-etiska området och ge regeringen och därmed även riksdagen råd om huruvida ny kunskap och nya metoder inom medicinen medför behov av t.ex. lagändringar. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ på området. Motionerna So267 (m), So292 (kd) yrkande 1, So309 (m) yrkandena 1 och 2 och So396 (kd) avstyrks.

Även frågor om äggdonation faller inom ramen för Statens medicinsk-etiska råds uppdrag. Rådet lämnade våren 1995 en rapport till regeringen med synpunkter på olika frågeställningar kring assisterad befruktning. Utskottet har erfarit att regeringen avser att sommaren 2000 presentera sina överväganden avseende dessa frågor. Enligt utskottets uppfattning bör detta arbete avvaktas. Motion So207 (fp) yrkande 2 avstyrks därför.

Utskottet konstaterar med tillfredsställelse att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att belysa konsekvenserna av en ordning som fullt ut utjämnar de prisskillnader som finns i dagens system när det gäller olika preventivmedel. Däremot är utskottet inte berett att föreslå något tillkännagivande om kostnadsfria preventivmedel. Motion Sk693 (v) yrkande 2 avstyrks.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att riksdagen inte bör ta något initiativ när det gäller frågan om preventivmedel för män. Motion A819 (mp) yrkande 17 avstyrks.

Kunskapscentrum

I *motion So460 av Carina Hägg (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om inrättande av ett Kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor. Motionären hänvisar till att i betänkandet I God Tro föreslås att en stiftelse med arbetsnamnet KULT – Kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor – inrättas. Vidare anför motionären att det i Jönköpings län finns många verksamma samfund och ett väl dokumenterat intresse för religion samt att det finns en stor historisk erfarenhet om olika samfunds framväxt i relation till det omgivande samhället. Jönköpings län bör därför komma i fråga för lokalisering av det föreslagna kunskapscentrumet.

Tidigare behandling, pågående arbete

Utskottet behandlade ett par liknande motionsyrkanden i *betänkande 1998/99:SoU10*. Utskottet anförde att utredningsbetänkandet I God Tro bereddes i Regeringskansliet och att denna beredning borde avvaktas (ej res).

Enligt uppgift från *Socialdepartementet* (januari 2000) bereds utredningsbetänkandet I God Tro (SOU 1998:113) alltjämt i departementet.

Utskottets bedömning

Utredningsbetänkandet I God Tro bereds i Regeringskansliet. Enligt utskottets uppfattning bör denna beredning avvaktas. Motion So460 (s) avstyrks.

Tatuering och piercing

I *motion So437 av Siw Wittgren-Ahl m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om piercing och tatuering. Motionärerna anför att det i Socialstyrelsens allmänna råd 1995:3 anges att piercing eller tatuering av minderåriga inte bör ske utan föräldrars medgivande, men att det inte finns någon lagstadgad skyldighet att följa rådet. Den tillsyn som finns föreskriven vad gäller tatuering och piercingverksamhet är att Socialstyrelsen har tillsynsansvaret vad gäller utrustning bl.a. för smittrening och hygien i samband med behandling. Miljö- och hälsoskydds nämnden har tillsyn över lokalerna och övriga hygienfrågor. I övrigt finns inga lagstadgade regler om utbildning eller krav på särskild kompetens eller lämplighet för att utföra tatuering eller piercing. Av bl.a. hälsoskäl bör det inte vara tillåtet att utföra kroppshålltagning, s.k. piercing, eller tatuering på minderårig utan att godkännande lämnats av dennes vårdnadshavare.

Tidigare behandling

Utskottet har behandlat en i stort sett likalydande motion vid två tidigare tillfällen; se *betänkandena 1997/98:SoU22 och 1998/99:SoU10*. Utskottet återgav i betänkande 1997/98:SoU22 delar av Socialstyrelsens allmänna råd 1995:3 Yrkesmässig hygienisk behandling. Utskottet anförde vid båda tillfällena som sin bedömning att verksamhet med piercing och tatuering visserligen kan skapa problem men att Socialstyrelsen får förutsättas följa utvecklingen och vid behov initiera erforderliga åtgärder (res. i betänkande 1998/99:SoU10 av mp).

Från *Socialstyrelsen* har inhämtats att styrelsens allmänna råd 1995:3 Yrkesmässig hygienisk behandling alltså gäller.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin uppfattning att verksamhet med piercing och tatuering visserligen kan skapa problem men att Socialstyrelsen får förutsättas följa utvecklingen och vid behov initiera erforderliga åtgärder. Motion So437 (s) avstyrks.

Lobotomi

I *motion So247 av Carlinge Wisberg m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en kartläggning av lobotomeringsverksamheten i Sverige under 1940- och 1950-talen. Motionärerna anför att de inte tar ställning till motiv och orsak till ingreppen. Vidare konstaterar motionärerna att ingreppen gjordes efter dåtidens medicinska kunskaper. De behandlingsformer som användes har emellertid för en del skapat en situation som medfört en livslång störning i deras möjlighet till ett självständigt liv. Det kan gälla människor som lobotomerades under 1940- och 1950-talen. I Norge har man haft en liknande utveckling inom psykiatrin som i Sverige. Där har man dragit slutsatser av sin användning av denna behandlingsmetod och tagit

beslut om att gottgöra dem som allvarligt drabbats av ingreppen. Även i Sverige bör en utredning göras för att kartlägga effekterna av lobotomi som behandlingsmetod inom psykiatrin under 1940- och 1950-talen.

I *motion So258 av Dan Ericsson (kd)* begärs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en statlig utredning av omfattningen av lobotomioperationer i Sverige (*yrkande 1*). Motionären anför att ny information visar att ingreppen inte skedde i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I stället framstår verksamheten som ny och oprövad och med ett starkt inslag av de värderingar som låg till grund för den steriliseringsverksamhet som riksdag och regering nu i efterhand fördömt. Motionären anför att den gamla steriliseringslagen sågs som ett övergrepp. På motsvarande sätt måste enligt motionären den lobotomiverksamhet som bedrevs på 1940- och 1950-talen betraktas. Vidare begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om ersättning till lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet (*yrkande 2*). Motionären anför bl.a. att för att staten i någon mån skall gottgöra dem som utsattes för lobotomi och på så sätt erkänna att detta inte var en riktig behandling i ett samhälle som slår vakt om människovärdet bör den svenska regeringen i likhet med den norska besluta om att ge ersättning till de lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet.

Bakgrund, tidigare behandling

Utskottet har behandlat frågor om lobotomi m.m. i anledning av motionsyrkanden liknande ett par av de nu aktuella vid flera tillfällen tidigare. I *betänkande 1997/98:SoU2* gavs en bred bakgrund om lobotomi och capsulotomi, skadeståndsregler m.m. Under rubrikerna Bakgrund och Utskottets bedömning anfördes följande:

Bakgrund

Lobotomi (betyder skära av lob i detta fall pannloberna) utfördes i Sverige under 1940- och 1950-talen på svårt psykiskt sjuka patienter för att bl.a. minska deras ångest. På den tiden saknades effektiv läkemedelsbehandling mot ångestillstånd. Behandlingen skedde med då gällande kunskaper i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Behandlingen upphörde i slutet av 1950-talet när annan, mer effektiv och mindre riskfylld behandling blev tillgänglig. Operatören vid en lobotomi gjorde ingreppet på fri hand utan ledning av t.ex. röntgenbild av hjärnan. Ingreppet blev därför stort och grovt (flera kvadratcentimeter).

Capsulotomi är en allmän och väl beprövad metod inom neurokirurgisk terapi. I sammanhanget brukas också begreppen psykokirurgi och neurokirurgi. Ordet capsulotomi betyder att skära av kapsel, i detta fall den inre kapseln i hjärnan, ett tunt knippe tätt packade nervtrådar mellan pannloberna och djupare delar av hjärnan. Capsulotomi görs med s.k. stereotaktisk teknik. På patientens huvud fästs en "huvudbonad" försedd med "linjaler" i höjddled, djupled och sidled. De bildar alltså ett tredimensionellt koordinatsystem. Den tilltänkta operationspunkten framställs bildmässigt tydligt med magnetkamera och dess exakta läge inne i hjärnan anges med millimeterprecision med hjälp av "linjalerna". Kirurgen kan alltså se sitt mål och det stereotaktiska styrsystemet hjälper honom att nå exakt dit han vill. Ingreppet är millimeter-

stort och görs i lokalbedövning. Risken för blödning eller infektion är försumbar. En liten risk finns alltid för en viss personlighetsförändring men sådana har iakttagits endast i något enstaka fall och särskilda test krävs för att iaktta förändringen. I förhållande till de problem som patienten har haft före operationen är nackdelarna mycket små. Operationerna görs i Sverige endast vid svåra ångest- och tvångssjukdomstillstånd. Ofta har personen en mycket lång sjukhistoria med till slut oerhört invalidiserande symtom som motstått alla försök till behandling inklusive långvarig och varierad medicamentell behandling, psykoterapi och omfattande psykosociala åtgärder. Ofta finns också en stark självmordsproblematik som gör att man till slut tänker sig capsulotomi. Innan patienten kommer till Karolinska sjukhuset, där operationerna utförs, har det ofta varit en mycket långvarig behandling på hem-sjukhuset och en remiss därifrån av ansvarig chefsöverläkare. Av de ca 50 patienter som remitteras varje år anses ca fem vara lämpade för ingreppet. Inget ingrepp utförs på patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. De förberedelserutiner som tillämpas vid sjukhuset är ytterst omfattande. Urvalet av patienter som rekommenderas behandlingen sker efter enhälligt beslut i en tvärvetenskaplig kommitté med bred representation. Samtycke inhämtas slutligen från patienten, närmaste anhörig och patientens egen läkare. Operatören har det slutliga avgörandet. Socialstyrelsen anser att behandlingen är vetenskapligt grundad och till nytta för enstaka svårt lidande individer. Styrelsen följer verksamheten fortlöpande i sin tillsyn. För att staten skall vara skyldig att utge ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler krävs att det kan bevisas att skadan orsakats uppsåtligen eller genom vårdslöshet. För att få skadestånd krävs dessutom att ansökan om ersättning skett inom tio år från det att den skadegörande handlingen företogs. Även om skadeståndsskyldighet inte föreligger kan regeringen i ett enskilt fall besluta om ersättning av nåd när särskilda omständigheter föreligger.

Regeringen beslutade den 6 mars 1997 att inte vidta någon åtgärd med anledning av förslag dels om att de psykokirurgiska operationerna bör upphöra, dels om att verksamheten skall förbjudas i lag och dels om att patienter som utsatts för lobotomi och psykokirurgiska ingrepp skall erbjudas skadestånd.

Utskottets bedömning

Utskottet anser det inledningsvis angeläget att konstatera att det är en mycket stor skillnad på de lobotomier som gjordes under 1940- och 1950-talen i Sverige m.fl. länder och de capsulotomier som i dag utförs. Ingreppen avser inte samma delar av hjärnan. Metoderna är helt olika. Riskerna för biverkningar var stora vid lobotomier och är små vid capsulotomi. Vad först gäller frågan om ersättning till de som lobotomerats under 1940- och 1950-talen konstaterar utskottet att lobotomi, innan de ångestdämpande medicinerna fanns tillgängliga, var i enlighet med dåtida vetenskap och beprövad erfarenhet. Några skäl för generell ersättning till dem som lobotomerats föreligger enligt utskottet inte. (Motion avstyrktes. Res mp, kd).

Vad gäller motion – – – konstaterar utskottet att lobotomi inte längre utförs i Sverige. 5–10 capsulotomier görs årligen med helt andra metoder och utrustning och med stor precision. Ingreppen görs på människor med lång sjukhistoria och oerhört invalidiserande symtom som motstått all annan behandling. Ingreppen är helt frivilliga och de risker som trots allt finns vid ingreppen är små och sedda i relation till patientens lidande mycket små. Socialstyrelsen och professionen följer verksamheten. (Motion avstyrktes. Ej res).

I de av riksdagen godkända *betänkandena 1997/98:SoU12 och 1998/99:SoU10* behandlades åter motioner om ersättning till lobotomerade. Utskottet har vid båda tillfällena vidhållit sin inställning att det inte föreligger några skäl för generell ersättning till dem som lobotomerats (res. vid båda tillfällena kd, mp).

Utskottets bedömning

Enligt utskottets uppfattning kan de lobotomioperationer som avses i motionerna inte jämföras med de steriliseringar som i viss utsträckning gjordes fram till år 1976. De dåvarande steriliseringslagarnas utformning och deras tillämpning präglades bl.a. av ett rashygieniskt synsätt och en tro på folkrening som var förhärskande bland många beslutsfattare, forskare och läkare under första hälften av 1900-talet i Sverige, liksom i andra länder. Det föreligger enligt utskottets uppfattning en klar skiljelinje mellan dessa steriliseringar och de lobotomioperationer som gjordes på 1940- och 1950-talen, eftersom de sistnämnda operationerna utfördes i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utskottet anser med hänsyn härtill inte att en kartläggning av lobotomiverksamheten i Sverige är erforderlig. Motionerna So247 (v) och So258 (kd) yrkande 1 avstyrks. Utskottet vidhåller att det inte heller föreligger några skäl för generell ersättning till dem som lobotomerats. Även motion So258 (kd) yrkande 2 avstyrks därför.

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering,*

m.m.

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So18 yrkandena 1 och 3, 1999/2000:So217, 1999/2000:So261 yrkande 2, 1999/2000:So274 yrkandena 1–3, 5, 7 och 12, 1999/2000:So322 yrkandena 5–7 och 19, 1999/2000:So330 yrkandena 16, 19 och 22, 1999/2000:So355 yrkande 1, 1999/2000:So426 yrkande 1, 1999/2000:So451 yrkande 3 och 1999/2000:So482 yrkandena 1, 2, 9 och 10,

res. 1 (m)

res. 2 (v)

res. 3 (kd)

res. 4 (c)

res. 5 (fp)

2. beträffande *psykologisk kompetens*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So245, 1999/2000:So390, 1999/2000:So399, 1999/2000:So410, 1999/2000:So438 och 1999/2000:So482 yrkande 16,

res. 6 (kd)

res. 7 (fp, mp)

3. beträffande *mångfald bland vårdgivare*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So255, 1999/2000:So274
yrkandena 4 och 8, 1999/2000:So322 yrkandena 4, 8, 10 och 18,
1999/2000:So330 yrkande 20, 1999/2000:So348, 1999/2000:So451
yrkandena 1 och 2 och 1999/2000:So482 yrkande 14,

res. 8 (m, kd, c)

res. 9 (fp)

4. beträffande *översyn av lagstiftning för olika driftsformer*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So451 yrkande 4,

res. 10 (m, kd, c, fp)

5. beträffande *nyckeltal*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So451 yrkande 5,

6. beträffande *kvalitet i vården*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So322 yrkande 11 och
1999/2000:So482 yrkande 15,

res. 11 (m, kd)

res. 12 (fp)

7. beträffande *vårdgaranti*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So18 yrkande 2,
1999/2000:So19 yrkande 1, 1999/2000:So261 yrkande 1,
1999/2000:So274 yrkande 9 delvis, 1999/2000:So322 yrkande 20,
1999/2000:So330 yrkande 21 och 1999/2000:So482 yrkande 3,

res. 13 (m, kd, c, fp)

8. beträffande *utkrävbara patienträttigheter*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So274 yrkande 9 delvis
och 1999/2000:So330 yrkande 17,

res. 14 (m)

res. 15 (kd, c, mp)

9. beträffande *patientombudsman*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So355 yrkande 2,

res. 16 (v)

10. beträffande *patientutbildning*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So330 yrkande 18,

11. beträffande *nationellt hälsonät*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So236 yrkandena 1–3,

res. 17 (c)

12. beträffande *remisser*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So322 yrkande 12,

res. 18 (m, kd, fp)

13. beträffande *kvalitetsutvärderingar*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So322 yrkande 25,

14. beträffande *finansiell samordning*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So19 yrkande 2,

res. 19 (m, kd, c, fp)

15. beträffande *återinförande av husläkarlagen*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So322 yrkande 9,

res. 20 (fp)

16. beträffande *personalförsörjning*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So322 yrkandena 1 och 2
och 1999/2000:So482 yrkandena 4 och 6,
res. 21 (kd)
17. beträffande *resurstillskott till sjukvård och äldreomsorg*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So482 yrkande 8,
res. 22 (kd, mp)
18. beträffande *personalrekrytering till apoteksverksamheten*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So322 yrkande 3,
res. 23 (fp)
19. beträffande *praktiktjänstgöring för psykologer*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So265 och 1999/2000:
So335,
res. 24 (mp)
20. beträffande *specialistkompetens*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So280, 1999/2000:So432
yrkandena 1–3, 1999/2000:So442 yrkande 1, 1999/2000:So461 och
1999/2000:So482 yrkande 7,
res. 25 (m, kd, c, fp)
21. beträffande *invandrad vårdpersonal*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So359 och 1999/2000:
So465,
res. 26 (m, kd, c, fp)
22. beträffande *regeringens skrivelse*
att riksdagen lägger regeringens skrivelse till handlingarna,
23. beträffande *den s.k. 65-årsgränsen*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So262 yrkande 7,
1999/2000:So274 yrkande 11 och 1999/2000:So322 yrkande 15,
res. 27 (m, kd)
res. 28 (fp)
24. beträffande *etableringsregler för privata vårdgivare m.m.*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So274 yrkande 10 och
1999/2000:So322 yrkandena 13 delvis och 14,
res. 29 (m)
res. 30 (m, fp)
res. 31 (kd)
25. beträffande *bättre samverkan mellan offentliga och privata
vårdgivare*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So300,
res. 32 (fp)
26. beträffande *andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So290, 1999/2000:So322
yrkande 13 delvis och 1999/2000:So463 yrkandena 1 och 2,
res. 32 (fp)
27. beträffande *offentlig upphandling*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So322 yrkande 16,
res. 32 (fp)

28. beträffande *högkostnadsskydd m.m.*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So322 yrkande 22,
1999/2000:So380, 1999/2000:So430, 1999/2000:So482 yrkande 19
och 1999/2000:So484 yrkande 5,

res. 33 (v, mp)

res. 34 (kd)

res. 35 (fp)

29. beträffande *patientansvarig läkare*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So288 yrkandena 1 och 2,
1999/2000:So283 och 1999/2000:So381,

res. 36 (kd)

30. beträffande *tillsyn avseende det psykologiska verksamhetsområ-*
det
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So294 och 1999/2000:
So353,

31. beträffande *journalföring*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So338 och 1999/2000:
So468,

32. beträffande *olycksfall i vården*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So215 yrkandena 1 och 2
och 1999/2000:So226 yrkande 2,

33. beträffande *vårdrelaterade infektioner*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So205 och 1999/2000:
So233,

34. beträffande *tolk inom hälso- och sjukvård*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So331 yrkande 3 och
1999/2000:Sf637 yrkande 27,

res. 37 (v, mp)

35. beträffande *ett rikstäckande ambulanshelikoptersystem*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So254,

36. beträffande *nationella riktlinjer*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So322 yrkande 17,

37. beträffande *homo-, bi- och transsexuellas behov av sjukvård*
m.m.
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So225 yrkande 14 och
1999/2000:Ub431 yrkande 3,

res. 38 (v, fp, mp)

38. beträffande *prioriteringar inom hälso- och sjukvården*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So206, 1999/2000:So234,
1999/2000:So262 yrkande 2 och 1999/2000:So320 yrkande 10,

res. 39 (kd)

res. 40 (fp)

39. beträffande *vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So204 yrkandena 1–4,
1999/2000:So208 yrkandena 1–3, 1999/2000:So242, 1999/2000:
So289, 1999/2000:So302, 1999/2000:So327 yrkande 9, 1999/2000:
So329 yrkande 1, 1999/2000:So350, 1999/2000:So376, 1999/2000:
So397, 1999/2000:So401, 1999/2000:So426 yrkande 2, 1999/2000:

So442 yrkande 2, 1999/2000:So452 yrkandena 1 och 2, 1999/2000:So457 yrkande 1, 1999/2000:So458, 1999/2000:So467 yrkandena 2–5, 1999/2000:So477, 1999/2000:So484 yrkandena 1–3, 1999/2000:So488 yrkande 8 och 1999/2000:So493 yrkande 5,

res. 41 (v)

res. 42 (kd)

res. 43 (mp)

40. *beträffande kvinnors hälsa*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So243, 1999/2000:So322 yrkande 24, 1999/2000:So331 yrkandena 2 och 4, 1999/2000:So370, 1999/2000:So467 yrkande 1 och 1999/2000:A807 yrkande 26,

res. 44 (v)

res. 45 (c)

res. 46 (fp)

41. *beträffande ersättning till levande organdonatorer*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So285 och 1999/2000:So436,

42. *beträffande alternativa behandlingsmetoder i sjukvården*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So330 yrkandena 14 och 15,

res. 47 (c)

43. *beträffande utredning om alternativa behandlingsmetoder, m.m.*

att riksdagen avslår motion 1999/2000:So486 yrkandena 1 och 6,

res. 48 (c, mp) – delvis

44. *beträffande forskning rörande alternativmedicin m.m.*

att riksdagen avslår motion 1999/2000:So486 yrkandena 2–4,

res. 48 (c, mp) – delvis

45. *beträffande kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling enligt smittskyddslagen*

att riksdagen avslår motion 1999/2000:So314 yrkande 5,

res. 49 (m)

46. *beträffande anonymitet vid provtagning*

att riksdagen avslår motion 1999/2000:So225 yrkande 16,

res. 50 (v, fp, mp)

47. *beträffande hospisverksamhet m.m.*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So310 yrkandena 1–3 och 1999/2000:So373 yrkandena 1 och 2,

48. *beträffande dödsfallsutredning och obduktion*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So238 och 1999/2000:So371,

49. *beträffande abortförebyggande åtgärder*

att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So368 yrkandena 1–3, 1999/2000:So394 yrkandena 1 och 2, 1999/2000:So395, 1999/2000:So402 yrkandena 1, 4, 7 och 8, 1999/2000:So455 och 1999/2000:So493 yrkande 12,

res. 51 (kd) – delvis

50. beträffande *stödsamtal*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So402 yrkandena 5 och 6,
res. 51 (kd) – delvis
51. beträffande *tidsgränsen då Socialstyrelsens tillstånd krävs för abort*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So402 yrkande 2,
res. 51 (kd) – delvis
52. beträffande *fosters livsduglighet*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So292 yrkande 2 och 1999/2000:So402 yrkande 3,
res. 52 (m, kd)
53. beträffande *vissa etiska frågor*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So267, 1999/2000:So292 yrkande 1, 1999/2000:So309 yrkandena 1 och 2 och 1999/2000:So396,
54. beträffande *äggdonation*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So207 yrkande 2,
res. 53 (m, fp)
55. beträffande *kostnadsfria preventivmedel*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:Sk693 yrkande 2,
56. beträffande *preventivmedel för män*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:A819 yrkande 17,
res. 54 (mp)
57. beträffande *kunskapscentrum*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So460,
58. beträffande *tatuering och piercing*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So437,
res. 55 (v, mp)
59. beträffande *utredning om lobotomiverksamheten i Sverige*
att riksdagen avslår motionerna 1999/2000:So247 och 1999/2000:So258 yrkande 1,
res. 56 (v, mp)
res. 57 (kd)
60. beträffande *ersättning till lobotomerade*
att riksdagen avslår motion 1999/2000:So258 yrkande 2.
res. 58 (kd)

Stockholm den 22 mars 2000

På socialutskottets vägnar

Ingrid Burman

I beslutet har deltagit: Ingrid Burman (v), Chris Heister (m), Susanne Eberstein (s), Margareta Israelsson (s), Rinaldo Karlsson (s), Chatrine Påls-son (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Rolf Olsson (v), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kenneth Johansson (c), Kerstin Heinemann (fp), Catherine Persson (s), Tullia von Sydow (s), Kent Härstedt (s) och Helena Hillar Rosenqvist (mp).

Reservationer

1. Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m. (mom. 1)

Chris Heister, Leif Carlson, Hans Hjortzberg-Nordlund och Cristina Husmark Pehrsson (alla m) anför:

Svensk sjukvård har stora resurser, personal med hög kompetens, och det bedrivs ett framstående forsknings- och utvecklingsarbete. Trots det upplevs inte sjukvården som en framtidsbransch utan bilden av svensk sjukvård domineras av kris och problem. Det som borde vara självklart, att få god vård och vård i tid, är inte det i dag. Resurserna används inte på bästa sätt. Enligt vår mening beror oförmågan att tillvarata sjukvårdens samtliga resurser på det sätt den är organiserad och finansierad. Vi har ett vårdmonopol som både finansierar och producerar vård och där den politiska styrningen rycker undan grunden för en professionell ledning. Vårdköerna är ett tydligt tecken på att systemet inte fungerar och utgör en av de mest påtagliga revorna i välfärden. Konsekvenserna av detta misslyckande drabbar såväl patienter som personal och samhällsekonomi.

De långa väntetiderna till vård innebär i många fall mycket lidande och oro. Vidare kan väntetiderna innebära att sjukdomstillstånd förvärras, vilket gör att både behandling och rehabilitering försvåras och fördyras. Det är inte kostnaderna för vården som är problemet; problemet är kostnaderna för att inte ge vård. Det är dyrare att låta människor vänta på vård än att ge vård. Förutom att kostnaderna för själva vårdinsatsen kan bli högre på grund av förvärrade sjukdomstillstånd till följd av lång väntan, finns det också andra kostnader förknippade med köerna. Det handlar bl.a. om produktionsbortfall genom sjukfrånvaro och förtidspensioneringar samt de extra sociala stödinsatser som inte minst pensionärer kan behöva under väntetiden eller efter en mindre framgångsrik behandling, dvs. följer av de brister i samordning som dagens system är behäftat med. Till detta kommer de omätbara kostnaderna för förlorad livskvalitet.

Vi vill framhålla att en kunnig, kompetent och engagerad personal är vårdens största tillgång. Därför är det mycket oroande att alla vårdyrken har sjunkit i popularitet bland de unga. Alltfler som arbetar i vården vill förtidspensionera sig och många lämnar den svenska vården för att jobba utomlands. Inte för att de vill öka sina kunskaper och se andra miljöer och därefter återvända till Sverige med värdefulla erfarenheter utan därför att de inte längre kan finna arbetsglädje i den svenska sjukvården. Trots att den ena

undersökningen efter den andra visar att personal på alla nivåer trivs bättre i privat vård, och att mångfalden alltså är väsentlig för vårdens funktion, förvägras personalen en friare arbetsmarknad.

Internationellt sett går trenden mot att allt fler länder inför obligatoriska sjukvårdsförsäkringar. Såväl länder med skattefinansierad sjukvård som länder med privatfinansierad sjukvård byter till obligatoriska sjukvårdsförsäkringar. Vi menar att detta är en lösning som passar även för Sverige. Vi förespråkar mot denna bakgrund att det införs en allmän obligatorisk hälsoförsäkring. Den obligatoriska hälsoförsäkringen bör omfatta all hälso- och sjukvård som sjukvårdshuvudmännen i dag egentligen skulle ha klarat av. De ekonomiska medel som tillförs hälsoförsäkringen bör omfatta den del av landstingsskatten som i dag går till sjukvård, ersättningen till sjukvårdshuvudmännen, ersättningen för läkemedel samt den del av sjukpenningförsäkringen och förtidspensionerna som avser rehabilitering, totalt ca 180 miljarder kronor/år om man utgår från de resurser som åtgick 1997.

Den hälsoförsäkring som vi förespråkar skall omfatta alla medborgare, oavsett betalningsförmåga, hälsotillstånd eller annat. Alla människor skall vara anslutna till valfri försäkringskassa eller motsvarande, som skall administrera försäkringen. Inom ramen för lagstiftning om en hälsoförsäkring skall frihet finnas för olika försäkringskassor att etablera sig och erbjuda medborgarna sina tjänster. Ingen försäkringskassa skall få välja bort försäkringstagare. Försäkringskassorna skall däremot konkurrera med varandra när det gäller kvalitet, administration och organisation. Vi bedömer dock inte att det är realistiskt med mer än ett begränsat antal olika försäkringskassor i ett land med Sveriges folkmängd. Försäkringsavgiften skall vara inkomstrelaterad och fastställas av riksdagen. Försäkringskassorna tilldelas medel av dessa avgifter. Försäkringsmodellen innebär alltså att sjukvårdens pengar öronmärks. Riksdagen skall enligt vårt förslag också fastställa vilka typer av behandling och omvårdnad som skall finansieras av hälsoförsäkringen. I detta avseende skiljer sig inte försäkringsmodellen väsentligt från vad som gäller i dagens system. Försäkringskassan skall ha skyldighet att ersätta vårdgivare för behandling av alla medborgare som är anslutna till kassan. Riksdagen fastställer en miniminivå för den ersättningen. Det står försäkringskassan och – inte minst viktigt – de enskilda vårdgivarna fritt att erbjuda vård därutöver. Konkurrensen kommer att öka både kvalitet och utbud, eftersom det finns fördelar med att erbjuda medborgarna ett både bättre och rikare utbud av vård. Utbudet kan inkludera även t.ex. viss tandvård, trots att detta inte ingår i minimiåtagandet. Avgifter vid patientbesök m.m. skall vara tillåtna men det skall finnas ett högkostnadsskydd som mildrar avgiftsördan för särskilt utsatta patientgrupper. Ett sådant högkostnadsskydd bör utformas som en avtrappningsmodell där patienten alltid betalar ett mindre belopp för ett sjukvårdsbesök, även om det beloppet kan vara mycket lågt.

Enligt vår uppfattning andas regeringens förslag om en nationell handlingsplan för sjukvården – innefattande utvecklingsavtal med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet – en i våra dagar närmast obegriplig tilltro till effektiviteten och flexibiliteten hos de planekonomiska planeringsinstrumenten. Vi anser att de gångna decenniernas utveckling tydligt visat på dessa instruments ineffektivitet och hindrande effekt på utvecklingen av en

modern sjukvård. I stället krävs öppenhet och flexibilitet så att nya impulser snabbt kan omsättas i praktiska åtgärder ute i sjukvårdens verklighet. En sådan snabb omsättning underlättas med en mångfald av oberoende aktörer inom vården. Ett minimikrav på statens agerande borde enligt vår uppfattning vara att man åtminstone inte försöker motverka de positiva reformer för mångfald och valfrihet som genomförs ute i landstingen.

Sjukvården behöver enligt vår mening internationaliseras inte bara vad avser själva den medicinska forskningen utan i lika hög grad när det gäller organisation och arbetssätt. Vi måste bort ifrån en sjukvård som styrs i stela offentliga strukturer närmast i form av ett offentligt vårdmonopol. I stället bör varje sjukhus av dignitet se till att man ingår i någon form av internationellt nätverk. Enligt vår uppfattning skulle vidare svensk sjukvård kunna bli en viktig exportprodukt.

När det gäller överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000, den s.k. Dagmarskrivelsen, anser vi att det behov av signal- och stimulansmedel som nämns i skrivelsen avslöjar minst sagt avgörande brister i organisationen av svensk sjukvård. Enligt vår uppfattning syftar medelstildelningen framför allt till att avleda uppmärksamhet och intresse från en diskussion om de grundläggande strukturförändringar som skulle behöva genomföras på hälso- och sjukvårdsområdet. Vad här anförts med anledning av motionerna So18 (m) yrkandena 1 och 3, So261 (m) yrkande 2, So274 (m) yrkandena 1–3, 5, 7 och 12 och So322 (fp) yrkande 5 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 1 bort ha följande lydelse:

1. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So18 yrkandena 1 och 3, 1999/2000:So261 yrkande 2, 1999/2000:So274 yrkandena 1–3, 5, 7 och 12 och 1999/2000:So322 yrkande 5 och med avslag på motionerna 1999/2000:So217, 1999/2000:So322 yrkandena 6, 7 och 19, 1999/2000:So330 yrkandena 16, 19 och 22, 1999/2000:So355 yrkande 1, 1999/2000:So426 yrkande 1, 1999/2000:So451 yrkande 3 och 1999/2000:So482 yrkandena 1, 2, 9 och 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

2. Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m. (mom. 1)

Ingrid Burman och Rolf Olsson (båda v) anför:

Regeringen har lovat att under år 2000 presentera en nationell handlingsplan för utveckling och förnyelse av sjukvården. Enligt vår uppfattning bör en utgångspunkt för en sådan handlingsplan vara att såväl drift som finansiering av vården även i fortsättningen huvudsakligen sker i offentlig regi. Vi ser dock gärna en utveckling av mångfald inom vården, men den bör ske huvudsakligen inom ramen för denna offentliga drift och finansiering.

När det gäller inriktningen av den nationella handlingsplanen vill vi särskilt framhålla följande.

Sjukvården behöver en mer demokratisk arbetsorganisation med minskade löneklyftor, där alla personalgruppers kompetens tas till vara. Arbetsvillkoren och arbetsmiljöerna bör förbättras framför allt inom omvårdnadsarbetet. Förhållanden inom hemsjukvården och anhängvårdarnas situation bör förbättras. Också entreprenörer skall vara skyldiga att erbjuda bra arbetsvillkor och arbetsmiljöer. Vårdutbildningen bör byggas ut och rekryteringen till vårdyrken förbättras bl.a. genom att jobben blir mer självständiga och kvalificerade och genom att de anställda har inflytande och makt att förbättra arbetssituationen. I detta sammanhang vill vi särskilt lyfta fram rekryteringsbehovet av psykologer. Inom några år väntas stora pensionsavgångar. Det behövs därför fler utbildningsplatser.

Enligt vår uppfattning är det mycket väsentligt att man försöker förhindra att människor blir sjuka. Sjukvården kan bidra till detta genom att föra ut kunskap om sjukdomars orsaker och om hur man förebygger dem. Vidare kan uppsökande verksamheter som riktar sig till utsatta grupper, riktade hälsokontroller och hälsosamtal minska klyftorna i hälsotillstånd. Även arbetet med företagshälsovård bör förstärkas.

Vi anser att det är av stor vikt att arbetet med kvinnors hälsa förstärks. Många kvinnor som söker hjälp inom sjukvården upplever att de inte blir tagna på allvar. Sjukdomar och symtom som i första hand drabbar kvinnor har lägre status än mäns sjukdomar. Vi anser därför att såväl sjukvården som det förebyggande arbetet i högre grad bör fokusera på kvinnors hälsa i framtiden. Som vi framhållit i andra sammanhang har mannen alltför länge varit den gällande normen.

När det gäller primärvården anser vi att den bör förstärkas och att avgifterna bör sänkas med avgiftsfrihet som mål. Det är också mycket viktigt att i arbetet med den nationella handlingsplanen utreda och föreslå åtgärder som främjar samverkan mellan primärvård och specialistvård. Det finns i dag alltför stort avstånd och dålig kommunikation mellan dessa olika delar av sjukvården, och det drabbar ytterst patienterna och innebär dessutom ofta ett ineffektivt resursutnyttjande.

Akutsjukvården bör ha tillgång till mycket avancerade undersöknings- och behandlingsmetoder. Den kvalificerade akutsjukvården bör därför koncentreras till relativt få sjukhus. Det ställer i sin tur krav på ambulanser med välutbildad personal och bra utrustning, kompletterade med helikopterambulans. De fullständigt utrustade akutsjukhusen bör kompletteras med närsjukhus med möjlighet till direktintagning av patienter.

Den kommunala äldreomsorgen anser vi bör ha stöd av geriatriskt utbildade läkare eller distriktsläkare med tillräcklig kompetens och med klara ansvarsområden.

Den psykiatriska vården behöver förstärkas. Psykiatrin bör utveckla en bättre uppsökande verksamhet som också når de psykiskt sjuka som riskerar att bli isolerade eller bostadslösa och som inte själva söker vård. Alltför många barn och ungdomar drabbas av psykiska problem. Det är därför viktigt att barn- och ungdomspsykiatrin byggs ut. Vidare vill vi betona att en ökad integration av psykoterapi och psykologisk kompetens behöver tillföras sjukvården

i framtiden. Psykoterapi som behandlingsform behöver lyftas fram och i diskussionen om läkemedlens roll och utveckling måste psykoterapeutiska behandlingar vägas in som alternativ till eller i kombination med psykofarmaka.

Vi anser att det behövs mycket mer forskning om sambanden mellan miljöförhållanden och sociala förhållanden samt ohälsa. Landstingen bör aktivt stödja samhällsmedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete som förbättrar kunskaperna om vilka grupper i samhället som drabbas av sjukdom och vilka orsaksfaktorer som finns. Det är mycket angeläget att man får bättre metoder för att utvärdera och följa upp förebyggande arbete. Också komplementära behandlingsmetoder bör uppmärksammas. Arbetet med att utarbeta nationella riktlinjer när det gäller stora folksjukdomar bör förstärkas.

Vi vill också betona att det är av största vikt att sjukvård, psykvård, socialtjänst och andra instanser präglas av en helhetssyn med förmåga att ”kunna se bakom” de symtom för vilka patienten sökt hjälp. Vad här anförts med anledning av motionerna So355 (v) yrkande 1 och So426 (v) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 1 bort ha följande lydelse:

1. *beträffande hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So355 yrkande 1 och 1999/2000:So426 yrkande 1 och med avslag på motionerna 1999/2000:So18 yrkandena 1 och 3, 1999/2000:So217, 1999/2000:So261 yrkande 2, 1999/2000:So274 yrkandena 1–3, 5, 7 och 12, 1999/2000:So322 yrkandena 5–7 och 19, 1999/2000:So330 yrkandena 16, 19 och 22, 1999/2000:So451 yrkande 3 och 1999/2000:So482 yrkandena 1, 2, 9 och 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

3. Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m. (mom. 1)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Hälsa i vid bemärkelse handlar om ett fysiskt, psykiskt, socialt och andligt tillstånd av välbefinnande. Det är viktigt att allt folkhälsoarbete och alla preventiva insatser utgår från denna helhetssyn på människan och på hälso-begreppet. Även om hälsoläget i Sverige allmänt sett är bra så är hälsan ändå väldigt ojämnt fördelad. Forskning visar att resurssvaga gruppers hälsoutveckling och medellivslängd är sämre än för dem som är välutbildade och resursstarka. Detta kan inte accepteras. Det krävs krafttag mot hälsans ojämlika fördelning i befolkningen.

Antalet vårdplatser på sjukhusen har reducerats så mycket att det blir störningar i patientflödet och flera kliniker påverkas. Den drastiska minskningen av antalet vårdplatser har inte heller blivit kompenserad genom en motsvarande utbyggnad av sjukhem, ålderdomshem eller av hemtjänsten. Därför bör inriktningen vara att under de närmaste tio åren skapa ca 20 000 nya vård-

platser. Dessa vårdplatser bör främst gälla de vårdformer där behoven av sjukvård och omvårdnad är störst, dvs. vård av svårt och långvarigt sjuka och äldre.

Det är viktigt att landsting och kommuner får ytterligare resurser under de närmaste åren. För år 2001 och framåt har regeringen aviserat utökade statsbidrag. Dessa statsbidrag innebär ett reall resurstillskott för hälso- och sjukvården med ca 1 % per år de närmaste fem åren. Med dessa resurser sammanhänger krav på att öka kvaliteten och tillgängligheten inom primärvården och psykiatrin. Resurserna är dock otillräckliga för att kunna hantera de utökade vårdbehov som belysts ovan. Vi anser att vård och omsorg måste ges en särställning i samhället och därmed tillförsäkras tillräckliga resurser. De resurser som nu läggs på landsting och kommuner måste främst användas till att säkerställa en god vård och omsorg för svårt och långvarigt sjuka.

Det finns onödiga administrativa regler och medicinska metoder samt procedurer som behöver tas bort. Alltfler administrativa uppgifter läggs på läkare och sjuksköterskor. Administrationen måste begränsas och utföras av särskilt avdelad personal.

Vi vill också betona att det finns all anledning att arbeta med fördjupade kvalitetskrav inom sjukvården. Det är dessa kvalitetskrav som vi vill lyfta fram genom att skapa en värdighetsgaranti för trygghet i vården och stärka patientens ställning. Detta får inte enbart begränsas till att handla om väntetider, tillgänglighet och ökade valmöjligheter. Frågor om patientens delaktighet i sin egen vård, personlig integritet och respekt för den enskilde liksom tid för omvårdnad och tid för möten mellan människor måste bli centrala delar i en värdighetsgaranti inom hälso- och sjukvården. Den oro som alltför många patienter känner i väntan på provsvar går inte att mäta. Tydliga besked är ett minimum. I en värdighetsgaranti för sjukvården bör också skrivas in att ingen skall vårdas i korridorer eller behandlingsrum. Alla skall garanteras en egen sängplats. Och om det ändå på grund av extrema förhållanden blir nödvändigt att överbelägga i exempelvis korridor skall patienten givetvis kompenseras genom att ingen vårdavgift tas ut. På samma sätt bör värdighetsgarantin för sjukvården tydligt ange att polikliniska operationer helst inte får ändras samma dag. Om detta ändå blir nödvändigt skall patienten kompenseras. Vad här anförts med anledning av motion So482 (kd) yrkandena 1, 2, 9 och 10 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 1 bort ha följande lydelse:

1. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So482 yrkandena 1, 2, 9 och 10 och med avslag på motionerna 1999/2000:So18 yrkandena 1 och 3, 1999/2000:So217, 1999/2000:So261 yrkande 2, 1999/2000:So274 yrkandena 1–3, 5, 7 och 12, 1999/2000:So322 yrkandena 5–7 och 19, 1999/2000:So330 yrkandena 16, 19 och 22, 1999/2000:So355 yrkande 1, 1999/2000:So426 yrkande 1 och 1999/2000:So451 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

4. Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m. (mom. 1)

Kenneth Johansson (c) anför:

Enligt min uppfattning krävs en höjd ambitionsnivå när det gäller det hälsofrämjande arbetet inom vård och omsorg. Ett led i detta är försvarsuppställningen som träffats mellan Centerpartiet och Socialdemokraterna och som bl.a. innebär en särskild satsning på områdena primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald.

Jag anser att hälso- och sjukvården skall finansieras gemensamt via skatter och fördelas rättvist efter behov. Det politiska och demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården är viktigt och ger medborgarna möjlighet att ha inflytande över och insyn i hur de gemensamma resurserna fördelas. För att tydliggöra den politiska ansvarsrollen måste enligt min mening finansierings- och utföransvaret åtskiljas. Stor vikt bör läggas vid att stärka medborgarens och patientens ställning i vården och omsorgen. För detta krävs mångfald och decentralisering inom vården. Det skall finnas utrymme och möjligheter för privata, offentliga och kooperativa alternativ med olika behandlingsinriktningar och metoder. Verksamheten skall i högre grad präglas av lokala förutsättningar och politikerna skall säkerställa kraven på effektivitet och kvalitet.

Inrättandet av brukarråd bör uppmuntras. Patienter och anhöriga kan genom deltagande i brukarråd tillföra angelägna synpunkter till sjukvården och fungera som en värdefull länk mellan politiker, personal och patienter/anhöriga. De kan också arbeta med att utveckla arbetssättet och kontakten med det omgivande samhället. Det finns en stor grupp patienter som har mer eller mindre stora svårigheter att själva föra sin talan. Det kan gälla barn, psykiskt sjuka eller personer med vissa funktionshinder. Deras rätt att föra sin talan måste garanteras och förbättras.

Jag anser vidare att sjukhusvården skall utvecklas mot bakgrund av förbättrade medicinska och tekniska förutsättningar. De flesta patienter vårdas i dag under en mycket kort tid på sjukhus och får sedan resterande vårdbehov uppfyllda utanför sjukhuset. En stor del av den specialiserade sjukvården kommer i framtiden att ske utanför sjukhusen, vid vårdcentraler eller i hemmen. Detta leder till att framtidens sjukhus kommer att vara mer kunskapsföretag och mindre institutioner. Hightechtjänster kräver mindre hierarki, mer teamwork och balanserat informationsflöde mellan patient och vårdgivare.

Akutsjukvården kräver hög kompetens och tillgänglighet. Vårdinsatsen vid ett akut sjukdomstillstånd skall påbörjas direkt i hemmet eller på olycksplatsen för att trygga säkerheten och skapa likvärdiga förutsättningar för patienten, var han eller hon än bor. Satsningar bör göras på ambulanssjukvården – som skall vara av hög kvalitet.

Jag vill betona att närsjukvården skall vara lätt att nå. Därför kräver framtidens vård decentralisering för att stärka tillgängligheten, samtidigt som den högspecialiserade vården kan bedrivas på färre enheter. De små sjukhusen är ofta en del i den nära vården. Även fortsättningsvis skall sjukhusstrukturen enligt min uppfattning vara en landstingskommunal fråga. Det finns inget

som talar för att de medicinska resultaten skulle vara bättre på de stora sjukhusen, inte heller något som säger att det med automatik skulle vara tvärtom. Kvaliteten måste kunna säkerställas på samtliga sjukhus.

Vård utomlands bör vara möjligt, men det får inte inkräkta på andra människors rätt till vård.

Jag anser att den sociala ekonomin inom hälso- och sjukvårdens område skall stimuleras. Social ekonomi är en sektor mellan privat och offentlig verksamhet. Den gemensamma nämnaren för den sociala ekonomin är ett företagande som grundar sig på demokrati och solidaritet. De kooperativa företagen är ryggraden i den sociala ekonomin. Vad här anförts med anledning av motionerna So330 (c) yrkandena 16, 19 och 22 och So451 (c) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 1 bort ha följande lydelse:

1. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So330 yrkandena 16, 19 och 22 och 1999/2000:So451 yrkande 3 och med avslag på motionerna 1999/2000:So18 yrkandena 1 och 3, 1999/2000:So217, 1999/2000:So261 yrkande 2, 1999/2000:So274 yrkandena 1–3, 5, 7 och 12, 1999/2000:So322 yrkandena 5–7 och 19, 1999/2000:So355 yrkande 1, 1999/2000:So426 yrkande 1 och 1999/2000:So482 yrkandena 1, 2, 9 och 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

5. Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m. (mom. 1)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt min mening har svensk sjukvård en stor potential att bli en viktig exportprodukt om den ges rätt förutsättningar. Svenskt vårdkunnande, läkemedels- och medicinteknikbolag kan mycket väl bli framtidens viktigaste industrigren.

Sverige har emellertid en mycket svagt utvecklad primärvård jämfört med andra länder. För att nå målsättningen, som riksdagen antagit, om en läkare per 2 000 invånare behövs ytterligare 500 läkare i primärvården. För att nå målsättningen en läkare på 1 500 invånare som i Danmark behövs ytterligare 1 500. Därtill skall läggas bristen på specialistsjuksköterskor. I denna bristsituation har under 1990-talet en dramatisk nedgång skett i antalet utbildningstjänster för blivande allmänläkare. Enligt Socialstyrelsen är 52 % av läkarkåren över 50 år. Denna åldersstruktur i läkarkåren är tillsammans med bristen på läkare ett stort problem som kräver fler insatser för att tillgodose läkarbehovet. Att avskaffa bristen på läkare i primärvården var en av tankarna bakom husläkarreformen, vid sidan av att öka patientens valfrihet och att ge en nära och god vård med hög kvalitet.

Jag anser vidare att det behövs åtgärder för att få i gång ett fungerande vidareutbildningssystem som är kompetenshöjande för personalen i vården.

Socialstyrelsens undersökningar av distriktssköterskornas arbetssituation har visat att deras arbete under senare år förskjutits alltmer mot sjukvård på bekostnad av förebyggande arbete. Med de nya uppgifter som ålagts primärvården – mer hemvård, patienter med större vårdtyngd osv. – krävs en förändring av distriktssköterskornas grundutbildning samt fortbildning. Ytterst handlar det om att tillgodose en god patientsäkerhet. Med en bättre fortbildning skulle distriktssköterskorna kunna ta ett bättre ansvar för patienter med folksjukdomar som diabetes, astma, högt blodtryck m.m.

När det gäller psykiatrin vill jag framhålla att alltför psykiskt sjuka personer, som förr tillbringade större delen av sina liv på mentalsjukhus eller vårdhem, numera bor utanför institutionerna och får sin vård på hemorten. För att detta skall fungera väl måste vården och servicen samordnas mellan de olika vårdgivarna och anpassas till patientens behov. Socialstyrelsen har i en rapport avseende uppföljningen av 1995 års psykiatireform bl.a. konstaterat att reformen fått en god start, men att den ännu inte "satt sig". Vidare sägs att reformens styrmedel i form av lagstiftning och statligt stimulansbidrag bidragit till att de psykiskt funktionshinderades situation har uppmärksammas mer. Det påpekas också att intresseorganisationerna är positiva och överlag anger att den inslagna vägen är den rätta.

För unga människor som drabbas av psykoser är det viktigt att psykosförloppet stoppas och hävs så fort som möjligt för att undvika ett livslångt lidande. En förutsättning för att detta skall kunna ske är att vården är lättillgänglig för såväl patienter som anhöriga. Vård i hemmet fungerar om denna lättillgänglighet till akuta vårdinsatser finns. Jag anser att en utredning bör tillsättas som ser över patientens behov av rätt diagnostik på ett tidigt stadium. Denna utredning skulle också kunna se över behovet av en rättighetslagstiftning, liknande den för människor med funktionshinder, även för vissa kategorier av människor med psykiska sjukdomar.

Ett annat relativt nytillkommet problemområde som jag anser bör uppmärksammas är invandrare med psykiska problem. Det är viktigt att vårdpersonalen inom psykiatrin är väl förtrogen med de psykiska problem som olika invandrargrupper kan förete mot bakgrund av vad de tidigare upplevt i livet. Det är vidare viktigt med kunskap om följdverkningar av tortyr.

Slutligen vill jag påpeka att det under 1900-talet förekommit en rad medicinska och hälsopolitiska kontroverser som gått ut över tredje man, de vård-sökande. Som exempel kan nämnas frågor om tandfyllnadsmaterial, elallergi, sprututbytesprogram för injektionsnarkomaner och mammografi. Jag anser att man bör undersöka hur medicinska och hälsopolitiska kontroverser av ovan nämnt slag uppstår och hur man skulle kunna förebygga att de blir så djupa samt lösa dem. Vad här anförts med anledning av motionerna So217 (fp) och So322 (fp) yrkandena 5–7 och 19 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 1 bort ha följande lydelse:

1. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So217 och 1999/2000:So322 yrkandena 5–7 och 19 och med avslag på motionerna 1999/2000:So18 yrkandena 1 och 3, 1999/2000:So261 yrkande 2,

1999/2000:So274 yrkandena 1–3, 5, 7 och 12, 1999/2000:So330 yrkandena 16, 19 och 22, 1999/2000:So355 yrkande 1, 1999/2000:So426 yrkande 1, 1999/2000:So451 yrkande 3 och 1999/2000:So482 yrkandena 1, 2, 9 och 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

6. Psykologisk kompetens (mom. 2)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Bland primärvårdens patienter finns en stor andel där en kombination av medicinsk, psykologisk och social kompetens krävs hos vårdpersonalen för att på rätt sätt möta och förstå problemen. Enligt vår uppfattning bör primärvården förstärkas med kurator och psykolog. Vidare borde psykoterapi och annan psykologisk behandling övervägas för alla patienter där det kan vara till väsentlig hjälp. Detta kan innebära förkortade vårdtider, minskat vårdbehov, bättre livskvalitet och besparing av resurser. Bedömningen av en patients behov av olika slags psykoterapeutisk och psykologisk behandling måste självfallet göras av en person som har legitimation för dessa metoder. Vad här anförts med anledning av motionerna So399 (kd) och So482 (kd) yrkande 16 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 2 bort ha följande lydelse:

2. beträffande *psykologisk kompetens*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So399 och 1999/2000:So482 yrkande 16 och med avslag på motionerna 1999/2000:So245, 1999/2000:So390, 1999/2000:So410 och 1999/2000:So438 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

7. Psykologisk kompetens (mom. 2)

Kerstin Heinemann (fp) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Internationella undersökningar om hälsoproblemen i befolkningen har visat att mellan 20 och 40 % av alla som sökt läkarkontakt inom primärvården i själva verket har psykiska besvär. Enbart hälften får en riktig diagnos eller behandling. I Sverige har uppskattats att ca 60–70 % av dem som söker primärvården har psykiska eller psykosomatiska åkommor. Enligt vår uppfattning har sjukvården i Sverige inte organisation, tillräckliga resurser eller kunskaper för att på ett professionellt och effektivt sätt kunna ta hand om denna patientgrupps behandling och rehabilitering. Systematiserad samverkan mellan medicinsk och psykologisk kompetens främjar enligt vår uppfattning effektiviteten i vården. Redan i primärvården måste patienten träffa på rätt kompetens. Psykologisk diagnostik och behandling måste lyftas fram som något mycket angeläget. Härigenom skulle med största sannolikhet patienter redan från början komma rätt i vårdkedjan samtidigt som minskat lidande skulle uppnås för den enskilde patienten. Problem med läkemedelsberoende kan antas minska och en avlastning för psykiatrin kan uppnås. Vad

här anförts med anledning av motionerna So245 (fp) och So438 (mp) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 2 bort ha följande lydelse:

2. beträffande *psykologisk kompetens*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So245 och 1999/2000:So438 och med avslag på motionerna 1999/2000:So390, 1999/2000:So399, 1999/2000:So410 och 1999/2000:So482 yrkande 16 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

8. Mångfald bland vårdgivare (mom. 3)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m) och Kenneth Johansson (c) anför:

Enligt vår uppfattning innebär en ökad mångfald bland vårdgivare samt ökad konkurrens stora välfärdsvinster. Alternativ till de offentliga vårdmonopolen är viktiga inte bara för att få resurserna att räcka längre eller för att klara av de nya krav som ställs på sjukvårdens organisation utan också för att säkra valfrihet åt patienterna. Privata, kooperativa och ideellt drivna alternativ bör således ges förutsättningar att utvecklas. Kraven på insyn och kvalitetsuppföljning måste vara desamma oavsett om verksamheten är fristående eller offentlig.

Inom sjukvården liksom på många andra samhällsområden ligger innovationerna ofta i att det startas nya företag som utvecklar spännande idéer. Med dominerande offentliga vårdgivare är det svårt att få till stånd den nyetablering av vård som är nödvändig för en förnyelse av sjukvården. Ofta bär sjukvårdsanställda på idéer om hur en mer framgångsrik vård skall organiseras och bedrivs. Ett sätt att förverkliga idéerna är att starta eget. Det försvåras om det finns starka offentliga institutioner som gör anspråk på monopolställning.

Alternativa driftformer ger en sjukvård med större dynamik och innovation. Genom införande av konkurrens decentraliseras produktionen genom att fler alternativa utförare anlitas och genom att enheter inom landstingen får möjligheter till större befogenheter och större ansvar. De förändringar som genomförs ökar utvecklingsmöjligheterna för personalen och skapar förutsättningarna för ökat inflytande.

På grund av det anförda motsätter vi oss givetvis att staten lägger hinder i vägen för att sjukhus drivs utifrån privata vinstintressen. Att förbjuda vinstintressen i denna verksamhet är detsamma som att dränera vården på kapital och investeringar. Företag som går med vinst investerar i både kunnande och teknik samtidigt som det genererar ett ekonomiskt tillskott till verksamheten.

Vi anser att valfrihet bör råda både inom mödravården och inom barnhälsovården. En mödravårdspeng respektive barnhälsovårdspeng bör därför införas. Vidare anser vi att all öppenvård bör konkurrensutsättas.

Vi vill också framhålla att den monopolsituation som råder inom stora delar av den offentligt finansierade sektorn resulterar i att lönerna hålls nere och i ett slags näringsförbud i de sektorer där kvinnor av tradition har kom-

petens och erfarenhet. Det är ett gigantiskt resursslöseri med kvinnlig skaparkraft.

Slutligen vill vi uppmärksamma ett exempel på högspecialiserad hälso- och sjukvård som inte bedrivs i sjukvårdshuvudmännens egen regi. Spenshults reumatiker- och rehabiliteringssjukhus är det enda sjukhus i Sverige som har två unika kvaliteter. Dels har sjukhuset en tydlig avgränsning av sitt medicinska uppdrag, dels är det brukarägt. Båda dessa kvaliteter innebär att nya former för vård, både beträffande rent medicinska behandlingar och andra frågeställningar inom ramen för bemötande och patientdelaktighet, vidareutvecklas inom sjukhuset. Vi anser att det finns ett behov av att speciellt studera värdet av den samhällsnytta som kan tillföras hälso- och sjukvården genom brukarägande. Vad här anförts med anledning av motionerna So255 (m), So274 (m) yrkandena 4 och 8, So322 (fp) yrkandena 4, 8 och 18, So330 (c) yrkande 20, So451 (c) yrkandena 1 och 2 och So482 (kd) yrkande 14 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 3 bort ha följande lydelse:

3. beträffande *mångfald bland vårdgivare*
att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So255, 1999/2000:So274 yrkandena 4 och 8, 1999/2000:So322 yrkandena 4, 8 och 18, 1999/2000:So330 yrkande 20, 1999/2000:So451 yrkandena 1 och 2 och 1999/2000:So482 yrkande 14 och med avslag på motionerna 1999/2000:So322 yrkande 10 och 1999/2000:So348 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

9. Mångfald bland vårdgivare (mom. 3)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt min uppfattning innebär en ökad mångfald bland vårdgivare samt ökad konkurrens stora välfärdsvinster. Alternativ till de offentliga vårdmonopolen är viktiga inte bara för att få resurserna att räcka längre eller för att klara av de nya krav som ställs på sjukvårdens organisation utan också för att säkra valfrihet åt patienterna. Privata, kooperativa och ideellt drivna alternativ bör således ges förutsättningar att utvecklas. Kraven på insyn och kvalitetsuppföljning måste vara desamma oavsett om verksamheten är fristående eller offentlig.

Inom sjukvården liksom på många andra samhällsområden ligger innovationerna ofta i att det startas nya företag som utvecklar spännande idéer. Med dominerande offentliga vårdgivare är det svårt att få till stånd den nyetablering av vård som är nödvändig för en förnyelse av sjukvården. Ofta bär sjukvårdsanställda på idéer om hur en mer framgångsrik vård skall organiseras och bedrivs. Ett sätt att förverkliga idéerna är att starta eget. Det försvåras om det finns starka offentliga institutioner som gör anspråk på monopolställning.

Alternativa driftformer ger en sjukvård med större dynamik och innovation. Genom införande av konkurrens decentraliseras produktionen genom att fler alternativa utförare anlitas och genom att enheter inom landstingen får möjligheter till större befogenheter och större ansvar. De förändringar som

genomförs ökar utvecklingsmöjligheterna för personalen och skapar förutsättningar för ökat inflytande.

På grund av det anförda motsätter jag mig givetvis att staten lägger hinder i vägen för att sjukhus drivs utifrån privata vinstintressen. Att förbjuda vinstintressen i denna verksamhet är detsamma som att dränera vården på kapital och investeringar. Företag som går med vinst investerar i både kunskaper och teknik samtidigt som det genererar ett ekonomiskt tillskott till verksamheten.

Jag anser att valfrihet bör råda både inom mödravården och inom barnhälsovården. En mödravårdspeng respektive barnhälsovårdspeng bör därför införas. Vidare anser jag att det i lag bör anges att all öppenvård skall konkurrensutsättas.

Jag vill också framhålla att den monopolsituation som råder inom stora delar av den offentligt finansierade sektorn resulterar i att lönerna hålls nere och i ett slags näringsförbud i de sektorer där kvinnor av tradition har kompetens och erfarenhet. Det är ett gigantiskt resursslöseri med kvinnlig skaparkraft.

Slutligen vill jag uppmärksamma ett exempel på högspecialiserad hälso- och sjukvård som inte bedrivs i sjukvårdshuvudmännens egen regi. Spenshults reumatiker- och rehabiliteringssjukhus är det enda sjukhus i Sverige som har två unika kvaliteter. Dels har sjukhuset en tydlig avgränsning av sitt medicinska uppdrag, dels är det brukarägt. Båda dessa kvaliteter innebär att nya former för vård, både beträffande rent medicinska behandlingar och andra frågeställningar inom ramen för bemötande och patientdelaktighet, vidareutvecklas inom sjukhuset. Jag anser att det finns ett behov av att speciellt studera värdet av den samhällsnytta som kan tillföras hälso- och sjukvården genom brukarägande. Vad här anförts med anledning av motionerna So255 (m), So274 (m) yrkandena 4 och 8, So322 (fp) yrkandena 4, 8, 10 och 18, So330 (c) yrkande 20, So451 (c) yrkandena 1 och 2 och So482 (kd) yrkande 14 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 3 bort ha följande lydelse:

3. beträffande *mångfald bland vårdgivare*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So255, 1999/2000:So274 yrkandena 4 och 8, 1999/2000:So322 yrkandena 4, 8, 10 och 18, 1999/2000:So330 yrkande 20, 1999/2000:So451 yrkandena 1 och 2 och 1999/2000:So482 yrkande 14 och med avslag på motion 1999/2000:So348 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

10. Översyn av lagstiftning för olika driftsformer (mom. 4)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kenneth Johansson (c) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Vi vill betona att avtalen mellan sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna skall bygga på principen om lika villkor oavsett driftsform. Det är också i avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och vårdgivaren som kvalitetskrav m.m. skall definieras. Vidare är det angeläget att en översyn av frågan om den

privata vården har samma möjligheter som den offentliga vården görs med utgångspunkten att ge lika villkor oavsett driftsform. Även kooperativa och ideella verksamheter skall enligt vår uppfattning ges likvärdiga förutsättningar. Vad här anförts med anledning av motion So451 (c) yrkande 4 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 4 bort ha följande lydelse:

4. beträffande *översyn av lagstiftning för olika driftsformer*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So451 yrkande 4
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

11. Kvalitet i vården (mom. 6)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd) och Cristina Husmark Pehrsson (m) anför:

Vi vill framhålla att konkurrensutsättning av olika verksamheter inte får bli ett självändamål. Konkurrensutsättning är i stället ett medel för att skapa och stimulera effektivt utnyttjande av begränsade resurser, stimulera nytänkande och bidra till god och förhöjd kvalitet, samt ge patienterna en högre grad av valfrihet. En given fördel med att alternativa aktörer uppstår är att kvalitets-säkringen kommer i fokus. Vi anser därför att ett ackrediteringssystem skall införas på nationell eller regional nivå. Detta finns i flera länder i dag. Ett ackrediteringssystem innebär att en vårdproducent, privat eller offentlig, måste vara godkänd kvalitetsmässigt för att få tillstånd att verka för landstingets pengar. Systemet kan också fungera som en form av konsument-upplysning till patienterna. Sverige har genom en överenskommelse med WHO inlett ett arbete med att ta fram ett effektivt kvalitetssäkringssystem för hälso- och sjukvården. I samband med de organisationsförändringar som nu genomförs på många håll är det extra viktigt att ha kontroll över att vården är av samma höga kvalitet och att den ges på lika villkor. Vad här anförts med anledning av motion So482 (kd) yrkande 15 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 6 bort ha följande lydelse:

6. beträffande *kvalitet i vården*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So482 yrkande 15
och med avslag på motion 1999/2000:So322 yrkande 11 som sin me-
ning ger regeringen till känna vad ovan anförts,

12. Kvalitet i vården (mom. 6)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Som anförts i motion So322 måste kvalitetskraven vara höga på alla vårdgi-
vare. Som exempel på sådana krav kan nämnas att det finns möjlighet till
offentlig insyn i verksamheten, att det finns en medicinsk behandlingsplan
och en omvårdnadsplan m.m. Detta kan kallas för en kvalitetsgaranti. Ett sätt
att uppnå detta kan vara att förlägga all kontroll av verksamheten – inte bara
för privata vårdgivare – till Socialstyrelsen och att beställaren är skyldig att

leva upp till Socialstyrelsens kravlista för att upphandlingen skall bli verklig. I alla vårdavtal bör inskrivas hur kvalitetssäkringen skall gå till och att landstinget skall kunna gå in med medicinska revisioner. Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkande 11 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 6 bort ha följande lydelse:

6. beträffande *kvalitet i vården*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkande 11 och med avslag på motion 1999/2000:So482 yrkande 15 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

13. Vårdgaranti (mom. 7)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kenneth Johansson (c) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Vårdköerna har stadigt ökat sedan den tidigare vårdgarantin togs bort. På många håll i landet kan man få vänta mer än ett år på nödvändig operation eller behandling.

Enligt vår uppfattning bör en ny och vidareutvecklad vårdgaranti snarast införas. Förhandlingar mellan staten och Landstingsförbundet bör därför omedelbart inledas. I ett första steg bör den ursprungliga vårdgarantin med vissa kompletteringar införas. På sikt bör vårdgarantin omfatta alla medicinskt motiverade diagnoser och utfästa behandling inom tre månader. De allmänt omfattade slutsatserna från Prioriteringsutredningen skall vara utgångspunkt. Det innebär att den för varje tillfälle aktuella kösituationen inte skall avgöra inriktning och prioritering, utan vårdbehoven. Patienter med svåra kroniska sjukdomar och personer i livets slutskede, dvs. patienter som har de allra största vårdbehoven, skall inte stå tillbaka för röststarka grupper med mindre vårdbehov. Klarar inte det egna landstinget av det skall man kunna få vården utförd hos ett annat landsting eller hos en privat vårdgivare. Vårdgarantin kan vidare bidra till att ta bort gränser mellan landstingen och mellan olika sjukhus på ett sätt som förbättrar resursutnyttjandet. Med vårdgaranti synliggörs en del av de kostnader som köerna i vården för med sig. Genom att inte ta emot patienter går sjukhusen miste om intäkter och uppmuntras därmed till att förändra verksamheten så att köer inte uppstår. Vad här anförts med anledning av motionerna So18 (m) yrkande 2, So19 (fp) yrkande 1, So261 (m) yrkande 1, So274 (m) yrkande 9 delvis, So322 (fp) yrkande 20, So330 (c) yrkande 21 och So482 (kd) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 7 bort ha följande lydelse:

7. beträffande *vårdgaranti*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So18 yrkande 2, 1999/2000:So19 yrkande 1, 1999/2000:So261 yrkande 1, 1999/2000:So274 yrkande 9 delvis, 1999/2000:So322 yrkande 20,

1999/2000:So330 yrkande 21 och 1999/2000:So482 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

14. Utkrävbara patienträttigheter (mom. 8)

Chris Heister, Leif Carlson, Hans Hjortzberg-Nordlund och Cristina Husmark Pehrsson (alla m) anför:

Enligt vår uppfattning bör utkrävbara patienträttigheter införas. Patienten är stark först i den stund hon styr resurserna och har möjlighet att aktivt välja god vård och välja bort dålig vård. Rättigheterna bör omfatta fritt val av distriktssköterska, läkare, sjukgymnast och barnmorska, fritt val av vårdcentral, sjukhus eller motsvarande samt rätt till s.k. second opinion, dvs. en ny och oberoende bedömning, gjord av en annan läkare. Våra förslag är sammanhängande. En patient som får välja den läkare hon har förtroende för har sällan skäl att bli besviken och missnöjd. Behovet av en ”second opinion” kommer då att vara litet och på så sett används resurserna optimalt. När man inte får välja själv ökar risken för förtroendekris och därmed behovet av att få en andra bedömning. I de flesta fall, när såväl huvudmän som berörda läkare agerar med patientperspektivet för ögonen, torde ”second opinion” inte innebära någon svårighet. Det är när patienten råkar ut för det sällsynta att man inte vill tillmötesgå hennes önskan, när en verklig förtroendekris uppstår, som lagstödet behövs. Det är betydelsefullt även vid sjukdomstillstånd och situationer som inte kan räknas till mycket svåra. Med en sådan rätt som vi föreslår föreligger inga avgränsningssvårigheter. Sådana uppkommer ofrånkomligen med en till vissa tillstånd begränsad rätt enligt nu gällande lag. Patienten är då alltid den svagare parten och riskerar därmed att oftast bli den förlorande vid bedömningen av om tillståndet berättigar till ”second opinion” oavsett hur viktig patienten själv upplever en sådan bedömning vara. En sådan rätt innebär också att rätten till fritt vårdsökande i hela landet tydliggörs. Vad här anförts med anledning av motion So274 (m) yrkande 9 delvis bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 8 bort ha följande lydelse:

8. beträffande *utkrävbara patienträttigheter*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So274 yrkande 9 delvis och med avslag på motion 1999/2000:So330 yrkande 17 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

15. Utkrävbara patienträttigheter (mom. 8)

Chatrine Pålsson (kd), Lars Gustafsson (kd), Kenneth Johansson (c) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Enligt vår uppfattning bör alla patienter ha rätt till en s.k. second opinion. Den nuvarande lagstiftningen ger den rätten enbart för en patient med en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. I dagsläget inhämtar röststarka patienter kompletterande bedömningar genom att själva kontakta en annan läkare medan andra patienter till fullo litar till den bedömning som

den medicinska personalen givit och de behandlingar som erbjuds. Vad här anförts med anledning av motion So330 (c) yrkande 17 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 8 bort ha följande lydelse:

8. beträffande *utkrävbara patienträttigheter*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So330 yrkande 17
och med avslag på motion 1999/2000:So274 yrkande 9 delvis som sin
mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

16. Patientombudsman (mom. 9)

Ingrid Burman och Rolf Olsson (båda v) anför:

Det är angeläget att arbetet med att stärka patienternas rätt i vården fortsätter. Enligt vår uppfattning är inrättandet av en patientombudsman ett viktigt led i detta arbete. En statlig patientombudsman skulle kunna fungera som en från sjukvården fristående instans dit patienter kan vända sig med klagomål och få hjälp med att få sitt ärende prövat vid rätt instans. Vad här anförts med anledning av motion So355 (v) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 9 bort ha följande lydelse:

9. beträffande *patientombudsman*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So355 yrkande 2
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

17. Nationellt hälsonät (mom. 11)

Kenneth Johansson (c) anför:

Enligt min uppfattning bör ett nationellt hälsonät utvecklas. Ett sådant nät skall knyta samman alla vårdcentraler, äldreboenden, stora och små sjukhus samt privatkliniker och göra det möjligt för alla enheter inom hälso- och sjukvården att kommunicera med varandra för konsultation och utbildning. Ett nationellt hälsonät förbättrar möjligheten till vård i hemmen samtidigt som den internationella arenan blir en kontinuerlig kontaktyta för professionen. För att påskynda utvecklingen och för att närmare belysa frågor kring bl.a. sekretess bör regeringen vidare tillsätta en utredning. I detta sammanhang bör även möjligheten till förändrade regler avseende journalhantering beaktas.

Verksamheten vid Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) har numera avvecklats. Jag vill dock betona att den del av verksamheten inom Spri som byggt upp kompetens inom IT-området måste tas till vara och samordnas inom lämplig enhet/myndighet. Denna myndighet skall tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ta ansvar för samordningen av utbyggnaden av ett nationellt hälsonät. Vad här anförts med anledning av motion So236 (c) yrkandena 1–3 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 11 bort ha följande lydelse:

11. beträffande *nationellt hälsonät*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So236 yrkandena 1–3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

18. Remisser (mom. 12)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt vår uppfattning bör remisstväng inte få förekomma. Vi anser att remisstväng inte fyller någon egentlig funktion. Däremot verkar det hindrande för den privata vården. Det finns exempel på landsting som använt remisskravet i syfte att motverka de privata vårdgivarna. Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkande 12 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 12 bort ha följande lydelse:

12. beträffande *remisser*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkande 12 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

19. Finansiell samordning (mom. 14)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kenneth Johansson (c) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

I den s.k. Dagmaröverenskommelsen avsätts även för år 2000 en särskild ersättning för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser med 235 miljoner kronor. Det förvånar oss att regeringen inte tagit åt sig av de förslag och utvärderingar som gjorts av FINSAM-försöken. Trots de utvärderingar som gjorts och uttryckliga önskemål från företrädare för de områden som deltog i FINSAM-försöken har regeringen sagt nej både till att låta försöken fortsätta och till att tillåta FINSAM i hela landet.

Resultaten av FINSAM-försöken har varit positiva. Resurserna har använts maximalt och utvärderingar har visat att det inte skett en omfördelning mellan olika trygghetssystem. Samordning enligt FINSAM-modell mellan olika huvudmän inom sjukförsäkring, sjukvård, socialtjänst och arbetsförmedling bör därför enligt vår mening införas permanent i hela landet. Enligt vår mening skulle detta vara till fördel för den enskilde samt innebära minskade samhällskostnader. Vad här anförts med anledning av motion So19 (fp) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 14 bort ha följande lydelse:

14. beträffande *finansiell samordning*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So19 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

20. Återinförande av husläkarlagen (mom. 15)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt min uppfattning bör husläkarlagen återinföras. Det skulle ge medborgarna möjlighet att välja och få en fortlöpande kontakt med sin läkare. Samtidigt ger ett husläkarsystem vårdpersonal möjlighet att starta och driva egna praktiker efter egna önskemål. Ett väl utvecklat husläkarsystem innebär att primärvården blir grunden i sjukvården, vilket är eftersträvarsvårt. Husläkaren bör nämligen utgöra en första och viktig länk i vårdkedjan genom att smidigt lotsa patienten vidare till annan vård om det behövs. Målsättningen bör enligt min uppfattning vara att det finns en husläkare per 1 500 invånare. Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkande 9 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 15 bort ha följande lydelse:

15. *beträffande återinförande av husläkarlagen*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkande 9
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

21. Personalförsörjning (mom. 16)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Sverige har bland världens bäst utbildade vårdpersonal. Personalens hängivenhet och arbetsvilja har emellertid utnyttjats på ett sätt som innebär att många anställda inom hälso- och sjukvården håller på att förlora framtidstro och självförtroende. Detta är oroande tendenser som kan få irreparabla konsekvenser om de inte åtgärdas snabbt. Behovet av att rekonstruera hälso- och sjukvården liksom äldreomsorgen och att återställa personalens framtidstro måste beaktas särskilt under de närmaste åren och komma i första rummet vid fördelningen av samhällets resurser.

En allvarlig konsekvens av den s.k. vårdkrisen är ett vikande intresse bland ungdom att söka sig till vårddyrkena. På många håll medför detta stora svårigheter i rekryteringen till såväl tjänster som vikariat. Fler utbildningsplatser måste skapas på både läkar- och sjuksköterskelinjen och omvårdnadsprogrammen.

Det är angeläget att undersköterskornas roll uppvärderas. Kompetenskraven bör ses över och nya karriärvägar erbjudas för att göra ett av vårdens viktigaste yrken mera statusfyllt. Även i fråga om sjuksköterskornas roll och ansvar behöver framtidens rekryteringsmöjligheter ses över. Yrkesinnehåll, kompetenskrav och karriärvägar behöver även här förnyas och utvecklas. För alla yrkesgrupper inom vården bör möjligheter till specialisering öka i syfte att göra vårddyrkena mer attraktiva. Stimulanser i form av fortbildningsmöjligheter och en mera generös lönesättning är viktiga delar av en ny personalpolitik inom vård- och omsorgsområdet. En större mångfald av vårdgivare kan vidare skapa förutsättningar för bättre lönebildning och fler attraktiva karriärvägar för anställda inom vården. Vad här anförts med anledning av motion So482 (kd) yrkandena 4 och 6 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 16 bort ha följande lydelse:

16. beträffande *personalförsörjning*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So482 yrkandena 4 och 6 och med avslag på motion 1999/2000:So322 yrkandena 1 och 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

22. Resurstillskott till sjukvård och äldreomsorg (mom. 17)

Chatrine Pålsson (kd), Lars Gustafsson (kd) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Enligt vår uppfattning behöver hälso- och sjukvårdspersonalen få en ny framtidstro och en god grund för ökat självförtroende. Det behövs ”fler händer i vården”. Under de senaste tio åren har antalet anställda inom landstingens hälso- och sjukvård minskat med ca 133 000 personer, varav 70 000 på grund av ädelreformen. Det innebär en faktisk personalförlust på netto 63 000 anställda inom sjukvården. Vi anser att sjukvården och äldreomsorgen fram till år 2002 måste få ett resurstillskott som bättre motsvarar vårdbehovet. Vad här anförts med anledning av motion So482 (kd) yrkande 8 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 17 bort ha följande lydelse:

17. beträffande *resurstillskott till sjukvård och äldreomsorg*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So482 yrkande 8 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

23. Personalrekrytering till apoteksverksamheten (mom. 18)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Som anføres i motion So322 kommer personalbristen att bli stor inom apoteksverksamheten, framför allt beroende på stora pensionsavgångar. Med tanke på de förändringar som denna verksamhet står inför med elektroniska recept, distansfarmaci m.m. kommer rekryteringsbehovet att vara stort. Redan i dag är rekryteringsläget bekymmersamt med i många fall inga sökande till utannonserade receptariefattningar. Enligt min mening bör detta personalbehov snabbtredas så att antalet utbildningsplatser kan dimensioneras därefter. Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 18 bort ha följande lydelse:

18. beträffande *personalrekrytering till apoteksverksamheten*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

24. Praktiktjänstgöring för psykologer (mom. 19)

Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Grundvillkoret för att få legitimation som psykolog är avlagd psykologexamen och därefter ett års praktisk psykologtjänstgöring. Beräkningar visar på ett möjligt underskott år 2020 på mer än 2000 psykologer jämfört med i dag. Detta trots att antalet nybörjarplatser på Psykologprogrammet successivt utökats från 150 till i dag drygt 300 platser per år. Detta pekar således på ett fördubblat behov av PTP-platser (praktisk tjänstgöring för psykologer). Nuvarande brist på PTP-platser innebär att samhällets försörjning av legitimerade psykologer riskeras, och individuella ambitioner om ett framtida yrke kan komma att hamna i en återvändsgränd. Problemet behöver snarast lösas så att ett nödvändigt antal PTP-platser skapas och garanteras inom landet. Vad här anförts med anledning av motionerna So265 (mp) och So335 (s) bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 19 bort ha följande lydelse:

19. beträffande *praktiktjänstgöring för psykologer*
att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So265 och 1999/2000:So335 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

25. Specialistkompetens (mom. 20)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kenneth Johansson (c) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Vi vill framhålla att det är nödvändigt att snarast se över dimensioneringen av specialistutbildning för läkare. Redan nu kan vi se att det finns brist på exempelvis barnläkare, reumatologer, geriatriker, neurologer och narkosläkare. Särskilt bör betonas att det är alldeles uppenbart att behovet av flera läkare med specialistkompetens i åldrandets sjukdomar växer. Därför bör regeringen återkomma med förslag som stämmer överens med de behov som finns och som kommer att finnas i ett långsiktigt perspektiv. Vad här anförts med bifall till motion So482 (kd) yrkande 7 och med anledning av motionerna So280 (m), So432 (s, m) yrkandena 1–3 och So442 (s) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 20 bort ha följande lydelse:

20. beträffande *specialistkompetens*
att riksdagen med bifall till motion 1999/2000:So482 yrkande 7 och med anledning av motionerna 1999/2000:So280, 1999/2000:So432 yrkandena 1–3, 1999/2000:So442 yrkande 1 samt med avslag på motion 1999/2000: So461 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

26. Den s.k. 65-årsgränsen (mom. 23)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kenneth Johansson (c) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Den övre åldersgränsen för rätten att erhålla sjukvårdsersättning, utan huvudmännens beslut, bör avskaffas. Förbudet innebär att väletablerade läkar-kontakter bryts, antalet alternativ minskar och kompetens går till spillo. Till detta kommer att många äldre patienter föredrar att möta en vårdgivare som utöver sina kunskaper också har livserfarenheter.

Vad här anförts med anledning av So262 (fp) yrkande 7, So274 (m) yrkande 11 och So322 (fp) yrkande 15 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 23 bort ha följande lydelse:

23. beträffande *den s.k. 65-årsgränsen*
att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So262 yrkande 7, 1999/2000:So274 yrkande 11 och 1999/2000:So322 yrkande 15 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

27. Etableringsregler för privata vårdgivare m.m. (mom. 24)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd) och Cristina Husmark Pehrsson (m) anför:

Inom ramen för nuvarande system för finansiering av privat sjukvård finns anledning att slå vakt om de ytterst begränsade möjligheter till etablering och drift av privat verksamhet som fortfarande kvarstår. Etableringsmöjligheterna samt rätten att driva verksamhet bör i övrigt återställas i linje med vad som gällde vid utgången av år 1994. Vi vill särskilt framhålla att rätten att överlämna sin praktik till yngre krafter garanterar alternativens fortlevnad och kontinuiteten. Den garanterar också att verksamheten bedrivs på en modern och kvalificerad nivå ända fram till överlåtelse tillfället.

Vad här anförts med anledning av motion So274 (m) yrkande 10 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 24 bort ha följande lydelse:

24. beträffande *etableringsregler för privata vårdgivare m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So274 yrkande 10 och med avslag på motion 1999/2000:So322 yrkandena 13 delvis och 14 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

28. Etableringsregler för privata vårdgivare m.m. (mom. 24)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

För att främja tillväxten av privatpraktiserande läkare även i framtiden är det viktigt att det finns möjlighet för privatpraktiserande läkare med specialistkompetens att överlåta sin praktik till en annan läkare med samma eller lik-

artad specialistkompetens. Denna rätt som fanns tidigare bör enligt min uppfattning återinföras. Likaså bör alla specialitläkare på sikt ges etableringsfrihet.

Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkandena 13 delvis och 14 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 24 bort ha följande lydelse:

24. beträffande *etableringsregler för privata vårdgivare m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkandena 13 delvis och 14 samt med avslag på motion 1999/2000:So274 yrkande 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

29. Bättre samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare (mom. 25)

Chris Heister, Leif Carlson, Hans Hjortberg-Nordlund och Cristina Husmark Pehrsson (alla m) anför:

Sjukvårdshuvudmännen har att organisera hälso- och sjukvården så att patientens rätt att själv välja behandlingsalternativ tillgodoses. Genom en god och effektiv samverkan mellan den offentliga sjukvården och de privata vårdgivarna har huvudmännen inom sjukvården möjlighet att kunna erbjuda patienterna den mångfald i utbudet som krävs. Vi anser därför att det är av stor vikt ur patientsynpunkt att det skapas bättre samverkan mellan offentlig och privat vård och därmed ökade valmöjligheter. Vad här anförts med anledning av motion So300 (m) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 25 bort ha följande lydelse:

25. beträffande *bättre samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So300 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

30. Andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster (mom. 26)

Chris Heister (m), Leif Carlson (m), Hans Hjortberg-Nordlund (m), Cristina Husmark Pehrsson (m) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt vår uppfattning är det viktigt för såväl patienter som vårdgivare att en enskild vårdgivare kan bedriva verksamhet med finansiering av landstinget. Vi anser därför att fri etableringsfrihet bör införas för andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster, t.ex. barnmorskor och lymfterapeuter, som visat ett stort intresse av att bedriva privat verksamhet.

Behandlingar som i huvudsak endast kan erhållas hos privata vårdgivare har, sedan landstingen fått rätt att avgöra vilken privatvård som är önskvärd, bemötts med stor njugethet. Landstingen är både intressent och beslutsfattare, när det gäller användningen av medborgarnas skattepengar. De har således ett dubbelt och motstridande mandat, där patienternas intresse dessvärre kan komma i efterhand.

Vad här anförts med anledning av motionerna So322 (fp) yrkande 13 delvis och So463 (m) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 26 bort ha följande lydelse:

26. beträffande *andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster* att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So322 yrkande 13 delvis och 1999/2000:So463 yrkande 1 samt med avslag på motionerna 1999/2000:So290 och 1999/2000:So463 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

31. Andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster (mom. 26)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Psykiska störningar och psykisk ohälsa är en betydande del av befolkningens totala hälsoproblem. Kraven på att samhället skall finansiera psykologisk behandling och psykoterapi växer. Generellt sett ersätts i dag privat psykoterapi endast om den utförs av privatpraktiserande läkare som är ansluten till försäkringskassan. Det är en orimlig situation för den enskilde patienten att behandling hos legitimerade psykologer och psykoterapeuter och psykoanalytiker som har de reella kunskaperna inte är generellt ersättningsberättigad, om den inte utförs direkt inom den öppna eller slutna psykiatriska vården. Att legitimerade psykologer som också är legitimerade psykoterapeuter inte har samma möjligheter innebär dessutom att kravet i regeringsformen på att den offentliga förvaltningen skall beakta allas likhet inför lagen och iakttä saktlighet och opartiskhet inte uppfylls.

Vi anser därför att det krävs ett större grepp för att skapa en allmän ersättning. Finansieringen av hälso- och sjukvården sker i dag till stora delar genom medel som kanaliseras genom Riksförsäkringsverket. Rimligen bör därför en lösning knytas så nära denna finansieringskälla som möjligt, dvs. till försäkringskassorna. Förslaget innebär ett komplement till den offentliga hälso- och sjukvården.

En påverkande kraft ligger i att det på sjukvårdens olika sektorer skapas ett medvetande om möjligheterna till psykologstöd. På sikt kan detta medverka till att ett psykologiskt och socialt synsätt sprids i vården och att den ofta åberopade helhetssynen kan ges ett reellt innehåll. För den enskilde patienten måste utgångspunkten vara att själv få välja vårdalternativ – antingen offentlig eller privat vård. I båda alternativen skall finansiering ske via offentliga medel. För patienten kan då tre vägar öppnas för tillgång till psykologisk utredning, behandling och psykoterapi: via hälso- och sjukvården, via försäkringskassan och via den enskilde vårdgivaren. Vad här anförts med anledning av motion So290 (kd) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 26 bort ha följande lydelse:

26. beträffande *andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster* att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So290 och med avslag på motionerna 1999/2000:So322 yrkande 13 delvis och 1999/2000:So463 yrkandena 1 och 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

32. Offentlig upphandling (mom. 27)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Som anføres i motion So322 (fp) visar det sig alldeles för ofta att beställarkompetensen hos kommunen eller landstinget är otillräcklig. Alltför många avtal har tecknats som har för dåliga kvalitetsaspekter.

Beställarkompetensen måste därför stärkas. Det skall ske genom att det vid upphandling av vård- och omsorgstjänster blir obligatoriskt att ha med läkare och sjuksköterskor i beställarstaben som är delaktiga i bedömandet av lämpligheten i olika anbud på den konkurrensutsatta verksamheten. Det är även väsentligt att beställarfunktionen särskiljs från sjukvårdshuvudmannen. Det skall således inte vara så att samma person som värderar och upphandlar externa anbud samtidigt producerar sjukvårdshuvudmannens egen vård och omsorg.

Jag anser vidare att det även skall krävas kvalitetscertifikat för all den verksamhet som upphandlas efter konkurrensutsättning. Utan detta kvalitetscertifikat – ingen upphandling. Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkande 16 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 27 bort ha följande lydelse:

27. beträffande *offentlig upphandling*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkande 16
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

33. Högekostnadsskydd m.m. (mom. 28)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Enligt vår uppfattning är det viktigt att uppmärksamma att en enskild person kan drabbas av höga sammantagna avgifter för läkemedel, läkarbesök m.m. De viktigaste avgiftsområdena är hemtjänst, kostnader för särskilt boende, färdtjänst, ledsagning, hjälpmedel, utprovning av hjälpmedel, läkemedel, läkarbesök, tandvård, rehabilitering och övrig sjukvårdande behandling. En stor del av medborgarna klarar sig helt från den här sortens kostnader. Andra kommer undan med kostnader som inte når något högekostnadstak eller kanske når taket på en eller två kostnadsområden; det är förmodligen den största gruppen. Slutligen har vi gruppen funktionshindrade, där det finns personer med mycket stora problem och behov. De drabbas hårt av alla avgifter och kan om det vill sig illa bli tvungna att betala maximalt på alla områden. De som drabbas hårdast lever också många gånger på en blygsam pension.

Vi anser att det är en fråga om solidaritet att fördela den här sortens kostnader, så att de med de största behoven och de lägsta inkomsterna får sina kostnader märkbart reducerade. Vi föreslår därför att regeringen utreder möjligheten att införa ett stort utgiftstak som täcker de befintliga högekostnadsskydden samt andra utgifter som kan drabba den enskilde när det gäller de i motionen uppräknade kostnadsområdena. Vi är väl medvetna om att det är olika huvudmän som ansvarar för de olika kostnadsområdena, även den frågan bör lösas inom ramen för den utredning vi föreslår. Utredningen bör

även komma med förslag om en lämplig nivå på det föreslagna kostnadstaket. Vad här anförts med anledning av motion So380 (mp) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 28 bort ha följande lydelse:

28. beträffande *högkostnadsskydd m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So380 och med avslag på motionerna 1999/2000:So322 yrkande 22, 1999/2000:So430, 1999/2000:So482 yrkande 19 och 1999/2000:So484 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

34. Högkostnadsskydd m.m. (mom. 28)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Under senare år har avgifterna för den enskilde ökat dramatiskt dels genom att det s.k. högkostnadsskyddet höjts, dels därför att flera vårdavgifter inte omfattas av högkostnadsskyddet. Även den enskildes kostnader för resor i samband med vård har ökat och dessa inkluderas inte heller i högkostnadsskyddet. När man diskuterar patientavgifter eller läkemedelsavgifter betraktas dessa ofta enskilt. För medborgaren är givetvis summan av avgifterna det väsentliga. Vi anser att en översyn bör göras så att högkostnadsskyddet verkligen omfattar alla vårdavgifter och olika hjälpmedel. Vad här anförts med anledning av motion So482 (kd) yrkande 19 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 28 bort ha följande lydelse:

28. beträffande *högkostnadsskydd m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So482 yrkande 19 och med avslag på motionerna 1999/2000:So322 yrkande 22, 1999/2000:So380, 1999/2000:So430 och 1999/2000:So484 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

35. Högkostnadsskydd m.m. (mom. 28)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Jag anser att systemet med högkostnadsskydd för läkemedel och läkarbesök måste förbättras. Högkostnadsskyddet bör enligt min uppfattning vara detsamma, 1 000 kr, både för läkemedelskostnader och för besök i den öppna hälso- och sjukvården. Vad här anförts med anledning av motion So322 (fp) yrkande 22 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 28 bort ha följande lydelse:

28. beträffande *högkostnadsskydd m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So322 yrkande 22 och med avslag på motionerna 1999/2000:So380, 1999/2000:So430, 1999/2000:So482 yrkande 19 och 1999/2000:So484 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

36. Patientansvarig läkare (mom. 29)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Vi anser att det är väsentligt att Socialstyrelsen i sin utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare särskilt beaktar patientsäkerhetsaspekten i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som helt eller delvis bygger på annan vetenskap än den medicinska, t.ex. diagnostik, vård och behandling av patienter utförd av psykolog inom psykiatri. Frågan om att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga bör övervägas. Det är vidare angeläget att utvärderingen genomförs med anlitande av erforderlig psykologisk expertis. Vad här anförts med anledning av motion So288 (kd) yrkandena 1 och 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 29 bort ha följande lydelse:

29. beträffande *patientansvarig läkare*
att riksdagen med bifall till motion 1999/2000:So288 yrkandena 1 och 2 och med anledning motionerna 1999/2000:So283 och 1999/2000:So381 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

37. Tolk inom hälso- och sjukvård (mom. 34)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Det är enligt vår uppfattning viktigt att landstingen uppmärksammas på att kvinnor som inte behärskar svenska inte skall behöva få information om vården genom t.ex. sin make. I stället skall informationen självfallet lämnas direkt från den vårdande personalen. Vid behov skall tolk anlitas. Vad här anförts med anledning av motion So331 (v) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 34 bort ha följande lydelse:

34. beträffande *tolk inom hälso- och sjukvård*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So331 yrkande 3 och med avslag på motion 1999/2000:Sf637 yrkande 27 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

38. Homo-, bi- och transsexuellas behov av sjukvård m.m. (mom. 37)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v), Kerstin Heinemann (fp) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Som framhålls i motion So225 (fp, s, v, c, mp) krävs kunskaper om könsskillnader i ohälsa, behandling, rehabilitering, vårdutnyttjande etc. Detta är en förutsättning för att hälso- och sjukvården skall vara anpassad efter människors behov. En enkätundersökning i Stockholm har t.ex. visat att kunskaperna om lesbiska kvinnors problem och behov är små och att endast hälften av kvinnorna i undersökningen har berättat för sin gynekolog om sin

homosexualitet. Vad här anförts med anledning av motion So225 (fp, s, v, c, mp) yrkande 14 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 37 bort ha följande lydelse:

37. beträffande *homo-, bi- och transsexuellas behov av sjukvård m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So225 yrkande 14 och med avslag på motion 1999/2000:Ub431 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

39. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (mom. 38)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Enligt en undersökning håller en åldersgräns på att växa fram inom sjukvården. De äldre räknas ibland som ett B-lag och behandlas inte lika bra som de yngre på en medicinavdelning. Vi vill betona att det inte får vara samhällsnyttan som avgör vårdinsatsen. Landsting och kommuner måste garantera fortsatt god vård. Vi vill betona att omsorgen om de äldre skall vara ett prioriterat område. Vad här anförts med anledning av motion So320 (kd) yrkande 10 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 38 bort ha följande lydelse:

38. beträffande *prioriteringar inom hälso- och sjukvården*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So320 yrkande 10 och med avslag på motionerna 1999/2000:So206, 1999/2000:So234 och 1999/2000:So262 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

40. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (mom. 38)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde i vården. Med det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem vi har i vårt land är det i första hand en uppgift för sjukvårdshuvudmannen att ansvara för att man lever upp till lagens intention. Av tillgänglig statistik framgår emellertid med all önskvärd tydlighet att landstingen inte lever upp till målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det beror på var man bor om och när man får sina vårdbehov tillgodosedda. Det är uppenbart att riksdagens beslut 1997 om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården inte lett till en rättvis behandling av vårdsökande människor. Jag anser därför att regeringen snarast bör vidta åtgärder för att komma till rätta med dessa orättvisor.

Jag vill vidare framhålla att åldersdiskriminering i vården inte får förekomma. Vid bedömningen av vem som skall få hjälp måste det först vara de individuella behoven liksom möjligheten att uppnå ett bra behandlingsresul-

tat som är avgörande, inte patientens ålder. Det är därför viktigt att regeringens prioriteringsdelegation följer upp hur lagen tillämpas när det gäller att tillgodose olika hälso- och sjukvårdsbehov och undersöka om åldersdiskriminering förekommer. Vad här anförts med anledning av motionerna So206 (fp) och So262 (fp) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 38 bort ha följande lydelse:

38. *beträffande prioriteringar inom hälso- och sjukvården*
att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So206 och 1999/2000:So262 yrkande 2 och med avslag på motionerna 1999/2000:So234 och 1999/2000:So320 yrkande 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

41. Vård och behandling för olika sjukdomar m.m. (mom. 39)

Ingrid Burman och Rolf Olsson (båda v) anför:

Sverige beräknas ha 300 000 alkoholister. Alkoholberoendet inverkar ofta på omgivningen. Chefer, arbetskamrater, släktingar, vänner, grannar och framför allt familjemedlemmar kan drabbas av alkoholismens konsekvenser. De närmast anhöriga blir lidande, men mest utsatta är barnen, som ofta får överta de vuxnas ansvar – ett ansvar som kan följa med dem även efter det att de själva blivit vuxna och flyttat hemifrån.

Det finns i dag en medvetenhet och kunskap hos myndigheterna kring den problematik som kan uppstå för ett barn som växer upp i en familj där ena eller båda föräldrarna är alkoholister, men det finns i praktiken ingen sådan beredskap för det vuxna barnet till en alkoholist eftersom han eller hon är över 18 år och myndig. Problematiken kan kvarstå, oavsett vad som hänt med föräldern.

Den hjälp samhället erbjuder det vuxna barnet till en alkoholist är ofta svårtillgänglig och många gånger avgiftsbelagd. Det finns samtalsgrupper för vuxna barn till alkoholister, men en sådan samtalsterapi kan kosta upp till 10 000 kr. Enligt vår uppfattning måste sådan hjälp vara tillgänglig för dem som har behov av den. Kostnaden får inte lägga hinder i vägen för sådan behandling. Socialstyrelsen bör få i uppgift att kartlägga hur nuvarande situation ser ut och vilka behov som finns. Den bör också utreda vilka kostnader och konsekvenser en ökad tillgänglighet av behandlingsresurser skulle få. Vad här anförts med anledning av motion So426 (v) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 39 bort ha följande lydelse:

39. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So426 yrkande 2 samt med avslag på motionerna 1999/2000:So204 yrkandena 1–4, 1999/2000:So208 yrkandena 1–3, 1999/2000:So242, 1999/2000:So289, 1999/2000:So302, 1999/2000:So327 yrkande 9, 1999/2000:So329 yrkande 1, 1999/2000:So350, 1999/2000:So376, 1999/2000:So397, 1999/2000:So401, 1999/2000:So442 yrkande 2, 1999/2000:So452 yrkandena 1 och 2, 1999/2000:So457 yrkande 1, 1999/2000:

So458, 1999/2000:So467 yrkandena 2–5, 1999/2000:So477, 1999/2000:So484 yrkandena 1–3, 1999/2000:So488 yrkande 8 och 1999/2000:So493 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

42. Vård och behandling för olika sjukdomar m.m. (mom. 39)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

En studie över förekomsten av traumatisk hjärnskada hos barn i Västsverige visar att endast 19 % av de allvarligt hjärnskadade fått någon form av rehabilitering. Dessa utgjorde inte fullt 50 % av de allra värst skadade. Vanliga restsymtom återfinns enligt internationella publikationer hos 50–80 % av de skadade. Således föreligger stora brister när det gäller dessa barns rehabiliteringsmöjligheter. Det är därför viktigt att gruppen barn med hjärnskador uppmärksammas och får den hjälp de behöver. Vad här anförts med anledning av motion So488 (kd) yrkande 8 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 39 bort ha följande lydelse:

39. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So488 yrkande 8 samt med avslag på motionerna 1999/2000:So204 yrkandena 1–4, 1999/2000:So208 yrkandena 1–3, 1999/2000:So242, 1999/2000:So289, 1999/2000:So302, 1999/2000:So327 yrkande 9, 1999/2000:So329 yrkande 1, 1999/2000:So350, 1999/2000:So376, 1999/2000:So397, 1999/2000:So401, 1999/2000:So426 yrkande 2, 1999/2000:So442 yrkande 2, 1999/2000:So452 yrkandena 1 och 2, 1999/2000:So457 yrkande 1, 1999/2000:So458, 1999/2000:So467 yrkandena 2–5, 1999/2000:So477, 1999/2000:So484 yrkandena 1–3 och 1999/2000:So493 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

43. Vård och behandling för olika sjukdomar m.m. (mom. 39)

Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

I samband med trafikolyckor drabbas många personer av s.k. pisksnärtsskador. Denna skada kan visa sig omedelbart, men i många fall uppstår symptomen först efter några veckor. En diagnos på skadan kan vara svår att ställa och den skadade slussas ofta runt till olika vårdgivare. Efter ett år betraktas skadan som gammal och någon rehabilitering ges då inte. De som behandlas direkt efter att skadan uppstått kan genom behandling bli någorlunda friska. Men drygt 10 % av de skadade får bestående men. Forskning där behandlingsmetoder tas fram måste påskyndas eftersom det för närvarande finns ett stort tomrum.

Jag vill också framhålla att det behövs mer kunskap om sjukdomen Münchhausen Syndrome by Proxi, MSBP. Sjukdomen innebär i korthet att en förälder fantiserar ihop sjukdomar och skador hos sina barn och sedan tar

dem till sjukhus för vård. Skadorna har åsamkats av föräldern. De vanligaste skadorna orsakas av fysisk misshandel men även exempel på förgiftning med laxermedel som i sin tur leder till uttorkning har förekommit.

Ett förebyggande arbete kräver kunskap. Samhällets resurser bör fördelas på ett sådant sätt att barnets bästa alltid står i centrum. Vad här anförts med anledning av motionerna So329 (mp) yrkande 1 och So477 (mp, s, m, kd, c, fp) bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 39 bort ha följande lydelse:

39. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*
att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So329 yrkande 1 och 1999/2000:So477 samt med avslag på motionerna 1999/2000:So204 yrkandena 1–4, 1999/2000:So208 yrkandena 1–3, 1999/2000:So242, 1999/2000:So289, 1999/2000:So302, 1999/2000:So327 yrkande 9, 1999/2000:So350, 1999/2000:So376, 1999/2000:So397, 1999/2000:So401, 1999/2000:So426 yrkande 2, 1999/2000:So442 yrkande 2, 1999/2000:So452 yrkandena 1 och 2, 1999/2000:So457 yrkande 1, 1999/2000:So458, 1999/2000:So467 yrkandena 2–5, 1999/2000:So484 yrkandena 1–3, 1999/2000:So488 yrkande 8 och 1999/2000:So493 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

44. Kvinnors hälsa (mom. 40)

Ingrid Burman och Rolf Olsson (båda v) anför:

Vi anser att vårdpersonalens utbildning bör innehålla tre komponenter, nämligen kunskap, självkänedom och inlevelseförmåga. Kunskaperna behöver sättas in i ett socialt och psykologiskt sammanhang som vårdpersonalen kan känna igen från sin egen vardag. Alla yrkeskategorier inom vård och omsorg bör erbjudas denna kompetensutveckling och tillämpa den i sin yrkesutövning.

Vi ser med stor oro på den växande ohälsan hos kvinnor, allra helst som den oftast beror på okunnighet och okunskap. Vi vill i detta sammanhang betona att en viktig strategi i hälsofrämjande arbete är samverkan. Det framgår av samlad forskning att kvinnor ser sig och sina symtom i ett livssammanhang. Olika perspektiv måste därför mötas för att synliggöra kvinnors hälsa och ohälsa. Det handlar om samverkan inom sjukvården mellan ett medicinskt perspektiv och ett omvårdnadsperspektiv, mellan enheter som psykiatri och primärvård och mellan kvinnlig och manlig personal. Men det handlar också om samverkan mellan sjukvård, socialtjänst, skola, försäkringskassa, arbetsförmedling och frivilligverksamheter. Samverkan handlar inte enbart om kanaler för kontakt vid behov. Det handlar också om att skapa forum för debatt och samla gemensam kunskap, att skapa konsensus kring det gemensamma, att bygga en ideologisk bas för mål och strategier, att fördela ansvaret när det gäller ekonomi, kompetens och metodutveckling och, inte minst, att stödja initiativ till verksamheter och bidra till deras för-

ankring. Vad här anförts med anledning av motion So331 (v) yrkandena 2 och 4 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 40 bort ha följande lydelse:

40. beträffande *kvinnors hälsa*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So331 yrkandena 2 och 4 och med avslag på motionerna 1999/2000:So243, 1999/2000:So322 yrkande 24, 1999/2000:So370, 1999/2000:So467 yrkande 1 och 1999/2000:A807 yrkande 26 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

45. Kvinnors hälsa (mom. 40)

Kenneth Johansson (c) anför:

Som anförts i motion So467 måste kvinnors sjukdomar och symtom tas på lika stort allvar som de sjukdomar och symtom som drabbar män. Kvinnor som ”mår dåligt” presenterar ofta en symtombild som inte passar in i det traditionella diagnos- och klassifikationssystemet som finns inom sjukvården. Det är viktigt att bemötandet sker utifrån ett kvinnoperspektiv. Kvinnan skall således betraktas som norm och förklaringar och behandlingar skall ges utifrån de premisserna. Risker för att missförstå patienten bör också minimeras om patienten i högre grad kan involveras aktivt i den föreslagna behandlingen. Vad här anförts med anledning av motion So467 (c) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 40 bort ha följande lydelse:

40. beträffande *kvinnors hälsa*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So467 yrkande 1 och med avslag på motionerna 1999/2000:So243, 1999/2000:So322 yrkande 24, 1999/2000:So331 yrkandena 2 och 4, 1999/2000:So370 och 1999/2000:A807 yrkande 26 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

46. Kvinnors hälsa (mom. 40)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården lade fram sitt betänkande redan år 1996. Här rapporterades om såväl väsentliga kunskapsluckor som brister i vården. Bland åtgärdsförslagen tog utredningen upp en rad frågor som måste bli föremål för fortsatt forskning för att öka våra kunskaper om kvinnors speciella behov. Utredningen tog också upp behovet av utbildning av hälso- och sjukvårdens personal om könsspecifika skillnader både när det gäller sjukdomsförekomst och behandling samt rehabilitering. Regeringen har visserligen i några sammanhang tagit upp en del av de förslag som utredningen lade fram men något helhetsgrepp för att besvara de olika frågor som ställts har man inte tagit. Enligt min mening bör regeringen lägga fram en handlingsplan över hur hälso- och sjukvården för

kvinnor och män skall utformas så att vården i ordets rätta bemärkelse skall bli jämställd.

Jag vill också uppmärksamma att en betydande del av de långtidssjukskrivna i Sverige utgörs av kvinnor med smärtor från rörelseapparaten. Två vanliga, svårbehandlade smärtsamma sjukdomar som främst drabbar kvinnor är kronisk ledgångsreumatism eller reumatoid artrit samt fibromyalgi. För dessa sjukdomar har psykosomatiska samband påvisats, vilket betyder att psykiska faktorer kan påverka sjukdomsförloppen. Forskningen har på senaste tiden ändrat fokus, från tidigare helt dominerande belastningsinriktning till hjärnans sätt att hantera hot och påfrestningar. I flera svenska forskningsprojekt har man konstaterat att muskelspänningar och ryggbesvär inte beror på överansträngda muskler utan på stress i hjärnan. Den nya forskningen revolutionerar vår syn på rehabilitering av patienter med smärttillstånd. Bristen på samordning och samsyn på smärttillstånd i vår nuvarande rehabilitering lämnar utrymme för stora variationer i hantering, bemötande och behandling, till nackdel för patienterna. Detta är ett av vår tids stora könsrelaterade folkhälsoproblem. Kunskap finns inom området, men hittills har ingen tagit det övergripande ansvaret. Enligt min mening krävs ett tvärvetenskapligt samarbete över klinikgränser och institutionsgränser. Samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling skulle höja kvaliteten i vården för denna stora patientgrupp. Vad här anförts med anledning av motionerna So243 (fp), So322 (fp) yrkande 24 och A807 (fp) yrkande 26 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 40 bort ha följande lydelse:

40. beträffande *kvinnors hälsa*

att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So243, 1999/2000:So322 yrkande 24 och 1999/2000:A807 yrkande 26 och med avslag på motionerna 1999/2000:So331 yrkandena 2 och 4, 1999/2000:So370 och 1999/2000:So467 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

47. Alternativa behandlingsmetoder i sjukvården (mom. 42)

Kenneth Johansson (c) anför:

Det förekommer att patienter har önskemål om ett behandlingsalternativ som inte tillhör "skolmedicinen". Enligt min mening skall även i dessa fall patientens rättighet att välja behandlingsalternativ förbättras. Legitimerad läkare skall ha rätt till och vara oförhindrad att använda de antroposofiska läkemedlen (således alla alternativa mediciner) och metoder under normalt läkaransvar. Läkares förskrivningsrätt skall gälla i samma omfattning som för vanliga skolmediciner. I detta sammanhang kan nämnas att bestämmelserna om kvacksalveri bl.a. reglerar förbud mot undersökning och behandling av barn under åtta år samt förbud mot behandling av vissa diagnoser. En öppenhet för alternativa behandlingsmetoder inom den ordinarie sjukvården under kontrollerade former minskar enligt min uppfattning riskerna för att människor skall skadas av oseriösa och farliga behandlingar utanför läkarveten-

skapens kontroll. Vidare anser jag att Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, bör få i uppdrag att intensifiera arbetet med att utvärdera alternativa behandlingsmetoder för att klarlägga deras vetenskapliga värden. Vad här anförts med anledning av motion So330 (c) yrkandena 14 och 15 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 42 bort ha följande lydelse:

42. beträffande *alternativa behandlingsmetoder i sjukvården*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So330 yrkandena 14 och 15 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

48. Utredning om alternativa behandlingsmetoder, m.m. (mom. 43 och 44)

Kenneth Johansson (c) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Kostnaderna för läkemedel ökar snabbare i Sverige än i något annat land. Kostnaderna för sjukförsäkringar rusar i höjden. Det är ett synnerligen otillfredsställande förhållande, såväl mänskligt som ekonomiskt, och alla är överens om att något måste göras. Enligt vår uppfattning kan den resurssnåla alternativmedicinen avlasta den ordinarie sjukvården inom flera områden. Studier bör därför genomföras för att analysera de ekonomiska och sociala konsekvenserna av alternativa metoder. Vidare bör en utredning om alternativmedicinska metoder tillsättas. Målsättningen med all sjukvård måste vara att fler människor får leva ett friskare liv. Här har alternativmedicinen mycket att tillföra på ett för människorna och samhällsekonomin fördelaktigt sätt. I utredningen behöver även reglerna för behandling av barn ses över samt reglerna för utbildning och behörighet för alla terapeuter. Sedan Alternativmedicinkommittén arbetade under senare hälften av 1980-talet har mycket hänt som motiverar att en ny utredning tillsätts. Utredningen bör ha ett betydande inslag av representanter för alternativmedicinen.

Andra länder har en betydligt mer generös inställning till alternativ medicin än Sverige. Enligt vår uppfattning är orsaken till den positiva inställningen att man accepterar det folkliga stödet och att man noterar att människor får hjälp med sina hälsoproblem.

Vi anser att det finns en rad hinder förknippade med forskning och utveckling rörande alternativ medicin. För att finansierare skall satsa pengar på forskning krävs redan genomförda studier som pekar på att det inom området finns sådant som är intressant att studera vidare – men även för sådana förberedande studier krävs finansiering som forskarkompetens. Få etablerade forskare har engagerat sig i ämnet. Inom forskarvärlden finns det forskarkompetens men sämre kunskaper i alternativmedicin, medan det inom det alternativmedicinska området finns ämneskunskaper men inte forskarkompetens. Det krävs forskarutbildning för att bygga upp en sådan kompetens och alternativmedicinska utbildningar har inte denna status och t.ex. små möjligheter till handledning etc. Dessa exempel visar att det behövs en infrastruktur inom forskningen och att särskilda resurser behöver avsättas för att åstadkomma en forskarmiljö som kan generera forskning inom detta område.

Riktade resurser bör avsättas för att bygga upp ett kompetenscentrum och för att möjliggöra egna forskningsprojekt. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag i denna riktning, lämpligen i samband med forskningspropositionen. Vad här anförts med anledning av motion So486 (c) yrkandena 1, 3 och 6 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 43 och 44 bort ha följande lydelse:

43. beträffande *utredning om alternativa behandlingsmetoder, m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So486 yrkandena 1 och 6 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

44. beträffande *forskning rörande alternativmedicin m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So486 yrkande 3 och med avslag på motion 1999/2000:So486 yrkandena 2 och 4 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

49. Kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling enligt smittskyddslagen (mom. 45)

Chris Heister, Leif Carlson, Hans Hjortzberg-Nordlund och Cristina Husmark Pehrsson (alla m) anför:

Enligt smittskyddslagen är all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri om den utförs inom den landstingskommunala sjukvården. När det gäller undersökningar för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är dessa kostnadsfria för patienten även hos en privat verksam, försäkringsansluten läkare. Däremot är privat vård och behandling inte kostnadsfri. Enligt vår uppfattning kan denna åtskillnad mellan offentlig och enskild vård inte accepteras. Att patienten har frihet att välja vårdgivare är särskilt viktigt när det gäller en sexuellt överförd sjukdom. När det gäller hiv torde valfriheten vara av avgörande betydelse för att man med förtroende skall vilja vända sig till sjukvården. Regeringen bör därför snarast återkomma i frågan med utgångspunkt i Smittskyddsutredningens förslag. Vad här anförts med anledning av motion So314 (m) yrkande 5 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 45 bort ha följande lydelse:

45. beträffande *kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling enligt smittskyddslagen*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So314 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

50. Anonymitet vid provtagning (mom. 46)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v), Kerstin Heinemann (fp) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Enligt vår uppfattning är en viktig åtgärd i hivpreventionen att tillåta anonym testning. Fler personer vågar då komma till testning, vilket i sin tur för de smittade leder till tidigare behandling och information om hur man skall

förhindra vidare smittspridning. Vad här anförts med anledning av motion So225 (fp, s, v, c, mp) yrkande 16 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 46 bort ha följande lydelse:

46. beträffande *anonymitet vid provtagning*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So225 yrkande 16
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

51. Abortförebyggande åtgärder m.m. (mom. 49, 50 och 51)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Vi vill framhålla att det abortförebyggande arbetet är oerhört viktigt och har stor påverkan på abortutvecklingen. Allt måste enligt vår uppfattning göras för att i opinionsbildning och rådgivning framställa det som naturligt och självklart att en graviditet skall fullföljas. Socialt och ekonomiskt skall alla tänkbara insatser erbjudas för att undvika abort. Vi förordar således en vidgad syn på vad som brukar kallas abortförebyggande åtgärder. Aborter skall inte kriminaliseras men samhället bör lämna värdenneutraliteten när det gäller det spirande livet och i stället söka skapa en medvetenhet om fostrets värde och verka graviditetsstödande.

Enligt nuvarande abortlag fattar kvinnan det slutliga avgörandet om abort före utgången av den artonde graviditetsveckan (1 §). Därefter krävs Socialstyrelsens tillstånd. Abortlagens nuvarande tidsgräns diskuteras både bland lekmän och medicinskt sakkunniga. Å ena sidan framförs argument för en sänkning av tidsgränsen. Antalet aborter skulle på detta sätt kunna minskas. Å andra sidan hävdas att en kortare tid skulle kunna medföra att en del abortsökande inte fick tillräcklig tid att i lugn och ro tänka igenom sitt beslut. Vi anser att de tänkbara effekterna av en sänkt tidsgräns för när Socialstyrelsens tillstånd krävs för abort bör studeras noga. Vi vill vidare betona vikten av tvärvetenskaplig forskning kring situationen före och efter en abort för kvinnan, hennes familj och närmaste anhöriga. Många kvinnor får problem efter en abort. Resultaten från en intensifierad svensk forskning kunde bli till nytta såväl i det abortförebyggande och graviditetsstödande arbetet som vid stödsamtalen efter en abort.

Vi vill betona vikten av att se kvinnan i ett psykosocialt sammanhang. Enligt en nyligen presenterad studie finns det många faktorer som avgör om en kvinna väljer att genomgå en abort. Två av dessa är att relationen till den blivande fadern är dålig eller att kvinnan inte känner sig mogen eller tillräckligt fysiskt stark. Enligt vår uppfattning bör informationen och stödsamtalen få en mycket tydligare inriktning än i dag. Varje abortsökande bör få en skriftlig information vilken bör redovisa de grundvärderingar som samhället står för när det gäller människovärdet och tydligt men varsamt lyfta fram det etiska dilemmat. På ett naturligt sätt kan sedan alternativet till abort diskuteras. Hur och i vilken omfattning stödsamtalen skall ske bör ytterligare övervägas. Stödsamtal bör endast genomföras av personal som fått utbildning i etisk rådgivning. I Norge finns en tvåårig akademisk utbildning för etisk rådgivning. Något liknande bör enligt vår mening införas i Sverige. Grundkraven på rådgivarna bör fastställas av Socialstyrelsen.

Slutligen vill vi framhålla att familje- och preventivmedelsrådgivningen skall vara väl utbyggd och lättillgänglig i hela landet. Det måste enligt vår uppfattning finnas ungdomsmottagningar i varje kommun. Också vid ungdomsmottagningarna bör det framgå att samhället inte ställer sig neutralt till det spirande livet. Preventivmedelsrådgivningen bör omfatta ett brett spektrum av metoder, även s.k. naturlig familjeplanering. Vad här anförts med anledning av motion So402 (kd) yrkandena 1, 2 och 4–8 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 49, 50 och 51 bort ha följande lydelse:

49. beträffande *abortförebyggande åtgärder*

att riksdagen med anledning av motion 1999/200:So402 yrkandena 1, 4, 7 och 8 och med avslag på motionerna 1999/2000:So368 yrkandena 1–3, 1999/2000:So394 yrkandena 1 och 2, 1999/2000:So395, 1999/2000:So455 och 1999/2000:So493 yrkande 12 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

50. beträffande *stödsamtal*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So402 yrkandena 5 och 6 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

51. beträffande *tidsgränsen då Socialstyrelsens tillstånd krävs för abort*

att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So402 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

52. Fosters livsduglighet (mom. 52)

Chris Heister (m), Chatrine Pålsson (kd), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd) och Cristina Husmark Pehrsson (m) anför:

En fråga som den senaste tiden varit föremål för diskussion är när ett foster kan betecknas som livsdugligt. Detta har betydelse vad gäller den ”övre abortgränsen” eftersom abort inte får utföras om ett foster kan bedömas som livsdugligt. Praxis i dag är att abort inte medges efter 22:a veckan. Svensk gynekologisk förening har hemställt om att gränsen måste ändras till 20 veckor eftersom utveckling och teknik gått framåt så att man numera kan rädda foster som föds kring vecka 21 – 22. Vi anser att en ändring måste ske i Socialstyrelsens allmänna råd, som utgör riktlinjer för tillämpningen av abortlagen. Det är ytterst angeläget att samhället har regler som är i takt med utvecklingen för att entydiga signaler skall ges om att abort inte är tillåtet om ett barn kan bedömas som livsdugligt utanför livmodern. Då det alltid finns svårigheter att exakt avgöra en graviditets längd anser vi att den övre gränsen för abort bör ändras till 20 veckor för att tidsmarginalen skall vara tillräcklig. Det får inte råda något tvivel om att aborter utförs vid en tid som inte tangerar gränsen då ett foster kan överleva utanför livmodern. Vad här anförts med anledning av motionerna So292 (kd) yrkande 2 och So402 (kd) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 52 bort ha följande lydelse:

52. beträffande *fosters livsduglighet*
att riksdagen med anledning av motionerna 1999/2000:So292 yrkande 2 och 1999/2000:So402 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

53. Äggdonation (mom. 54)

Chris Heister (m), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Cristina Husmark Pehrsson (m) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Äggdonation är inte tillåtet i Sverige. Orsaken har framför allt varit att det tidigare ansetts föreligga större risker förenade med ingreppet än med spermadonation. Den medicinska utvecklingen har förändrat detta och ur etisk synpunkt måste de två donationssätten betraktas som likvärdiga. Till skillnad från i Sverige utförs äggdonation i t.ex. England och Finland. En del svenska par åker därför utomlands för att få hjälp. Det innebär att de som har råd åker utomlands för att få hjälp medan andra med samma medicinska behov inte får den möjligheten. Enligt vår uppfattning är det angeläget att regeringen lägger fram ett lagförslag till riksdagen som jämställer äggdonation med spermadonation.

Vad här anförts med anledning av motion So207 (fp) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 54 bort ha följande lydelse:

54. beträffande *äggdonation*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So207 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

54. Preventivmedel för män (mom. 56)

Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Enligt min uppfattning är det väsentligt att resurser satsas på forskning vad gäller preventivmedel för män. Vad här anförts med anledning av motion A819 (mp) yrkande 17 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 56 bort ha följande lydelse:

56. beträffande *preventivmedel för män*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:A819 yrkande 17 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

55. Tatuering och piercing (mom. 58)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Det har blivit något av ett mode att pierca och tatuera sig. Antalet personer som låtit tatuera respektive pierca sig ökar lavinartat och det i huvudsak i kretsen av ungdomar. Då en sådan kroppssmyckning åtminstone vad gäller tatuering varar för resten av livet bör mycket unga personer enligt vår upp-

fattning inte tillåtas tatuera sig med mindre än att vårdnadshavaren godkänt behandlingen. Vad gäller piercing som kroppssmyckning är det ett ingrepp med hög risk för allergiska reaktioner och infektioner varför inte heller hålltagning på minderåriga skall tillåtas utan sådant medgivande.

I Socialstyrelsens allmänna råd 1995:3 anges att piercing eller tatuering av minderåriga inte bör ske utan föräldrars medgivande. Det finns dock ingen lagstadgad skyldighet att följa rådet. Den tillsyn som finns föreskriven vad gäller tatuering och piercingverksamhet är att Socialstyrelsen har tillsynsansvaret vad gäller utrustning bl.a. för smittrening och hygien i samband med behandling. Miljö- och hälsoskyddsmyndigheterna har tillsyn över lokalerna och övriga hygienfrågor. Det finns i övrigt inga lagstadgade regler om utbildning eller krav på särskild kompetens eller lämplighet för att utföra tatuering och piercing. Utrustning kan t.ex. köpas mycket enkelt på postorder, vilket också sker i stor utsträckning. Vad här anförts med anledning av motion So437 (s) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 58 bort ha följande lydelse:

58. beträffande *tatuering och piercing*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So437 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

56. Utredning om lobotomiverksamheten i Sverige (mom. 59)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Helena Hillar Rosenqvist (mp) anför:

Den psykiatriska vården har under åren, i likhet med sjukvården i övrigt, genomgått en enorm utveckling, en utveckling som satt människan i centrum. Utgångspunkten för reformarbetet har varit att så långt som möjligt ge förutsättning för att varje människa skall kunna leva ett självständigt liv. I ett reformarbete kan tiden för genomförandet i vissa enskilda fall bli för kort. Vidare kan det som i stort är positivt i reformerna för den enskilde bli till något negativt. Ofta beror detta på att inte tillräckliga resurser ställs till förfogande.

De behandlingsformer som använts genom tiderna har för en del människor skapat en situation som medfört en livslång störning i deras möjlighet till ett självständigt liv. Det kan t.ex. gälla människor som under 1940- och 1950-talen lobotomerades. Vi tar inte ställning till motiv och orsak till ingreppen, utan konstaterar bara att det gjordes utifrån dåtidens medicinska kunskaper. Lobotomi är i dag i stort sett utmönstrad ur psykiatrin. Utifrån dagens kunskap kan vi beteckna den som mer vanemässigt än medicinskt motiverad när vi ser hur många människor som utsattes för den här typen av ingrepp. I Norge har man haft en liknande utveckling inom psykiatrin som i Sverige. Där har man dragit slutsatser av sin användning av denna behandlingsmetod och fattat beslut om att gottgöra dem som allvarligt drabbats av ingreppen. Enligt vår uppfattning bör det även i Sverige göras en utredning för att kartlägga bakgrunden till effekterna av lobotomi som behandlingsmetod inom psykiatrin under 1940- och 1950-talen. Vad här anförts med anledning av motion 247 (v) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 59 bort ha följande lydelse:

59. beträffande *utredning om lobotomiverksamheten i Sverige* att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So247 och med avslag på motion 1999/2000:So258 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

57. Utredning om lobotomiverksamheten i Sverige (mom. 59)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Den lobotomiverksamhet som bedrevs på 1940- och 1950-talen måste enligt vår uppfattning betecknas som övergrepp. Det är svårt att ange hur många människor som drabbades. Som exempel kan dock nämnas att närmare 500 personer enligt uppgift skall ha ha lobotomerats vid Sidsjöns sjukhus under 1940- och 1950-talen. För att få en fullständig blick över omfattningen av lobotomioperationer i Sverige bör det genomföras en offentlig utredning.

Vad här anförts med anledning av motion So258 (kd) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 59 bort ha följande lydelse:

59. beträffande *utredning om lobotomiverksamheten i Sverige* att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So258 yrkande 1 och med avslag på motion 1999/2000:So247 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

58. Ersättning till lobotomerade (mom. 60)

Chatrine Pålsson och Lars Gustafsson (båda kd) anför:

Riksdagen har beslutat om ersättning till de personer som tvångssteriliserats. Enligt vår uppfattning är det närmast obegripligt att ersättning vägras dem som drabbades av många gånger ofrivillig lobotomi. Påståendet att ingreppen gjordes i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet strider mot bättre vetande. Ny information visar att så inte alls var fallet. Verksamheten framstår i stället som ny och oprövad. Många av de värderingar som låg till grund för de steriliseringar som riksdagen nu fördömt gjorde sig gällande även när det gäller lobotomi.

För att staten i någon mån skall gottgöra dem som utsattes för lobotomi och på så sätt erkänna att detta inte var en riktig behandling i ett samhälle som slår vakt om människovärdet bör den svenska regeringen i likhet med den norska besluta om att ge ersättning till de lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet. Det skulle också vara en form av upp rättelse för dem som drabbats.

Vad här anförts med anledning av motion So258 (kd) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 60 bort ha följande lydelse:

60. beträffande *ersättning till lobotomerade*
att riksdagen med anledning av motion 1999/2000:So258 yrkande 2
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

Särskilda yttranden

1. Ett rikstäckande ambulanshelikoptersystem

Chris Heister (m), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m) och Cristina Husmark Pehrsson (m) anför:

Vid svåra sjukdomstillstånd och olyckor kan snabba transporter och medicinskt omhändertagande direkt på plats samt under transporten vara direkt livsavgörande för en människas överlevnad. Dessutom påverkas förutsättningarna för en god rehabilitering. Vi vill därför framhålla att man oavsett var man bor i Sverige måste kunna få avancerad sjukvård inom rimlig tid. En förutsättning för detta är att ha ett bra rikstäckande system för att få ut medicinsk personal till svårt sjuka eller skadade personer. Ett sådant system kan vara baserat på ambulanshelikopter.

Socialstyrelsen har i en rapport, Ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem, påpekat att det för att nå 97,5 % av befolkningen inom 35 minuter krävs 15 helikoptrar över hela landet – placerade vid läns- eller regionsjukhus. Det finns enligt vår mening skäl att arbeta vidare med frågan för att bl.a. finna en lämplig form för ett sådant system.

2. Invandrad vårdpersonal

Ingrid Burman (v) och Rolf Olsson (v) anför:

Vi anser att det är av största vikt att åtgärder vidtas för att underlätta för invandrad sjukvårdspersonal att bli legitimerad i Sverige. Det finns många utländska läkare och sjuksköterskor som inget hellre vill än att kunna återuppta det yrke som de en gång utbildat sig till. Med uppsökande verksamhet och rätt stöd, t.ex. aktiv hjälp med praktikplats, skulle denna stora och outnyttjade resurs kunna förstärka vården. Arbetsförmedlingarna skulle kunna använda utbildningsbidrag för utbildningsinsatser. En annan åtgärd är att reservera ett riktat anslag till denna grupp sjukvårdsutbildade invandrare i samband med de årligen återkommande Dagmaröverenskommelserna mellan regeringen och Landstingsförbundet.

Många landsting anlitar uthyrningsföretag för att täcka bristen på läkare och sjuksköterskor. Vidare förekommer ”import” av läkare från andra länder. Enligt vår uppfattning vore det dock betydligt lämpligare om den resurs som invandrad vårdpersonal utgör kunde utnyttjas på bästa sätt.

Vi noterar med tillfredsställelse att Vårdkommissionen föreslagit att arbetsförmedlingarna skall få i uppdrag att i samarbete med kommunerna öka antalet invandrare inom vård och omsorg. Enligt vår uppfattning är det av största vikt att detta arbete ges hög prioritet, så att en förändring verkligen kommer till stånd. Vi avser att noga följa utvecklingen av denna fråga.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
Regeringens skrivelse	1
Motionerna	1
Motioner i anledning av skrivelsen	1
Motioner väckta under allmänna motionstiden 1999	2
Utskottet	15
Regeringens skrivelse	15
Hälso- och sjukvårdens organisation, finansiering m.m.	17
Tidigare behandling, pågående arbete	27
Utskottets bedömning.....	36
Privata vårdgivare	41
Tidigare behandling, pågående arbete	42
Utskottets bedömning.....	43
Högekostnadsskydd m.m.	43
Tidigare behandling, pågående arbete	44
Utskottets bedömning.....	46
Ledningen av hälso- och sjukvård.....	46
Tidigare behandling, pågående arbete	47
Utskottets bedömning.....	47
Tillsyn avseende det psykologiska verksamhetsområdet	47
Tidigare behandling, pågående arbete	48
Utskottets bedömning.....	49
Journalföring.....	49
Tidigare behandling, pågående arbete	49
Utskottets bedömning.....	50
Olycksfall i vården.....	50
Bakgrund.....	51
Utskottets bedömning.....	51
Vårdrelaterade infektioner	51
Pågående arbete.....	52
Utskottets bedömning.....	53
Frågor om tolk inom hälso- och sjukvården.....	53
Tidigare behandling	53
Utskottets bedömning.....	53
Ambulansfrågor	54
Bakgrund.....	54
Utskottets bedömning.....	54
Nationella riktlinjer.....	54
Tidigare behandling, pågående arbete	54
Utskottets bedömning.....	55
Bemötande av homo-, bi- och transsexuella	55
Tidigare behandling	55
Utskottets bedömning.....	56
Vård och behandling för olika sjukdomar m.m.....	56
Tidigare behandling, pågående arbete	61
Utskottets bedömning.....	62

Kvinnors hälsa	63
Tidigare behandling, pågående arbete	65
Utskottets bedömning.....	66
Frågor om organdonation.....	66
Tidigare behandling, pågående arbete	67
Utskottets bedömning.....	67
Alternativa behandlingsmetoder	67
Tidigare behandling	68
Utskottets bedömning.....	68
Hivpreventiva frågor.....	69
Pågående arbete.....	69
Utskottets bedömning.....	70
Vård i livets slutskede m.m.	70
Tidigare behandling, pågående arbete	71
Utskottets bedömning.....	72
Frågor om dödsfallsutredning och obduktion	72
Tidigare behandling, pågående arbete	73
Utskottets bedömning.....	74
Aborter, fosterdiagnostik, äggdonationer m.m.....	74
Tidigare behandling, pågående arbete	77
Utskottets bedömning.....	79
Kunskapscentrum.....	80
Tidigare behandling, pågående arbete	80
Utskottets bedömning.....	80
Tatuering och piercing	81
Tidigare behandling	81
Utskottets bedömning.....	81
Lobotomi.....	81
Bakgrund, tidigare behandling	82
Utskottets bedömning.....	84
Hemställan	84
Reservationer	90
Särskilda yttranden	130