



Hälso- och sjukvårdsfrågor

Sammanfattning

I betänkandet behandlas ca 240 motionsyrkanden på hälso- och sjukvårdsområdet från den allmänna motionstiden 2013. Av dessa behandlas ca 125 motionsyrkanden i förenklad ordning eftersom de tar upp samma eller i huvudsak samma frågor som riksdagen har behandlat tidigare under valperioden.

Utskottet konstaterar att tillgången på specialistsjuksköterskor fortsätter att minska. Mot den bakgrunden föreslår utskottet ett tillkännagivande om att regeringen snarast ska återkomma till riksdagen med ett förslag om hur tillgången på specialiserade sjuksköterskor kan öka. I denna del finns en reservation (MP, V).

Utskottet avstyrker övriga motionsyrkanden, främst med hänvisning till pågående arbete på olika områden. I dessa delar finns 35 reservationer och 15 särskilda yttranden.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	5
Redogörelse för ärendet	11
Ärendet och dess beredning	11
Hälsö- och sjukvårdsfrågor	12
Organisation och styrning	12
Utskottets ställningstagande	25
Prioriteringar inom hälso- och sjukvården	29
Utskottets ställningstagande	35
Patientsäkerhet och kvalitet i vården	37
Utskottets ställningstagande	41
Patientdatalagen och it i vården	42
Utskottets ställningstagande	46
Jämlik sjukvård	47
Utskottets ställningstagande	53
Insatser inom området psykisk ohälsa	54
Utskottets ställningstagande	67
Personalförsörjning och kompetens	69
Utskottets ställningstagande	74
Behörighet	75
Utskottets ställningstagande	76
Specialistsjuksköterskor	76
Utskottets ställningstagande	80
Assisterad befruktning	83
Utskottets ställningstagande	87
Abort för utländska kvinnor	88
Utskottets ställningstagande	90
Organ- och kroppsdonation	90
Utskottets ställningstagande	92
Medicin-etik	93
Utskottets ställningstagande	94
Blodtransfusion	95
Utskottets ställningstagande	96
Sterilisering	96
Utskottets ställningstagande	98
Behov av en ny utredning om manipulativt ledarskap	98
Utskottets ställningstagande	99
Ambulanshelikopterverksamhet	100
Utskottets ställningstagande	102
Hälsö- och sjukvård – förenklad behandling	102
Reservationer	103
1. Organisation och styrning, punkt 1 (S)	103
2. Organisation och styrning, punkt 1 (V)	104
3. Vårdval och ersättningssystem, punkt 2 (S)	105
4. Vårdval och ersättningssystem, punkt 2 (MP, V)	106
5. Vårdgarantin, punkt 3 (MP)	107

6. Avgifter för sjukvård, punkt 4 (SD)	107
7. Vård för asylsökande och papperslösa, punkt 6 (V)	108
8. Förlossningsvård, punkt 8 (V)	109
9. Samarbetet med brukar- och patientorganisationer, punkt 9 (MP)	110
10. Lektapi, punkt 11 (MP)	110
11. Cancersjukvård, punkt 12 (S, MP, V)	111
12. Sällsynta diagnoser, punkt 13 (MP, V)	112
13. Patientsäkerhet och kvalitet i vården, punkt 15 (S)	112
14. Patientsäkerhet och kvalitet i vården, punkt 15 (MP)	113
15. Patientsäkerhet och kvalitet i vården, punkt 15 (V)	114
16. Patientdatalagen och it i vården, punkt 16 (MP)	115
17. Jämlik sjukvård, punkt 17 (MP)	115
18. Jämlik sjukvård, punkt 17 (V)	116
19. Insatser mot psykisk ohälsa, punkt 18 (MP)	117
20. Insatser mot psykisk ohälsa, punkt 18 (V)	118
21. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, punkt 20 (MP)	119
22. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, punkt 20 (V)	119
23. Vård och behandling av personer med självskadebeteende, punkt 21 (MP, V)	120
24. Vård och behandling av personer med självskadebeteende, punkt 21 (SD)	121
25. Händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök, punkt 22 (MP)	122
26. Händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök, punkt 22 (V)	122
27. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (MP)	123
28. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (SD)	124
29. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (V)	124
30. Ökad kunskap om olika sjukdomar, punkt 24 (MP)	125
31. Behörighet, punkt 25 (MP)	126
32. Specialistsjuksköterskor, punkt 26 (MP, V)	126
33. Ägg- och spermadonation, punkt 28 (V)	127
34. Surrogatmoderskap, punkt 30 (MP)	128
35. Abort för utländska kvinnor, punkt 31 (V)	129
36. Blodtransfusion, punkt 34 (S)	129
Särskilda yttranden	131
1. Organisation och styrning, punkt 1 (MP)	131
2. Organisation och styrning, punkt 1 (V)	131
3. Vårdval och ersättningssystem, punkt 2 (V)	131
4. Insatser mot psykisk ohälsa, punkt 18 (S)	132
5. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (S)	132
6. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (V)	133
7. Assisterad befruktning för ensamstående, punkt 27 (S, MP, V)	133
8. Assisterad befruktning för ensamstående, punkt 27 (KD)	133
9. Surrogatmoderskap, punkt 30 (V)	134
10. Surrogatmoderskap, punkt 30 (KD)	134
11. Organ- och kroppsdonation, punkt 32 (S, MP, V)	134
12. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (S)	135
13. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (MP)	135

14. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (SD)	135
15. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (V)	135
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag	136
Motion väckt med anledning av proposition 2012/13:175	136
Motion från allmänna motionstiden hösten 2011	136
Motioner från allmänna motionstiden hösten 2013	136
<i>Bilaga 2</i>	
Motionsyrkanden som avstyrks av utskottet i förslagspunkt 38	160

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Organisation och styrning

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 40,

2013/14:So633 av Lena Sommestad m.fl. (S),

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 16 och

2013/14:N333 av Christer Nylander (FP) yrkande 11.

Reservation 1 (S)

Reservation 2 (V)

2. Vårdval och ersättningssystem

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:Fi271 av Lars Johansson m.fl. (S) yrkande 5 i denna del,

2013/14:C419 av Åsa Romson m.fl. (MP) yrkande 29 och

2013/14:So321 av Hillevi Larsson (S) yrkandena 1–3.

Reservation 3 (S)

Reservation 4 (MP, V)

3. Vårdgarantin

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So253 av Lars-Axel Nordell och Anders Andersson (båda KD) och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 4.

Reservation 5 (MP)

4. Avgifter för sjukvård

Riksdagen avslår motion

2013/14:So213 av Björn Söder (SD) yrkande 1.

Reservation 6 (SD)

5. Tolktjänst i sjukvården

Riksdagen avslår motion

2013/14:K305 av Thoralf Alfsson och Kent Ekeröth (båda SD).

6. Vård för asylsökande och papperslösa

Riksdagen avslår motion

2013/14:So235 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 1.

Reservation 7 (V)

7. Gränsöverskridande vård

Riksdagen avslår motion

2013/14:So644 av Krister Hammarbergh (M).

8. Förlossningsvård

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So388 av Barbro Westerholm m.fl. (FP),

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 11 och 12 samt

2013/14:So667 av Margareta Larsson (SD).

Reservation 8 (V)

9. Samarbetet med brukar- och patientorganisationer

Riksdagen avslår motion

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 20 och 21.

Reservation 9 (MP)

10. Vårdinsatser för rökavvänjning

Riksdagen avslår motion

2013/14:So488 av Olle Thorell (S).

11. Lekterapi

Riksdagen avslår motion

2013/14:So357 av Lars-Axel Nordell (KD) yrkandena 1 och 2.

Reservation 10 (MP)

12. Cancersjukvård

Riksdagen avslår motion

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 17.

Reservation 11 (S, MP, V)

13. Sällsynta diagnoser

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:U315 av Åsa Torstensson m.fl. (C, FP, KD, MP) yrkande 5 och

2013/14:So434 av Christina Zedell (S) yrkandena 1–4.

Reservation 12 (MP, V)

14. Rehabilitering för strokepatienter

Riksdagen avslår motion

2013/14:So471 av Stefan Käll (FP).

15. Patientsäkerhet och kvalitet i vården

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So235 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 2,

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 22 och

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 7.

Reservation 13 (S)

Reservation 14 (MP)

Reservation 15 (V)

16. Patientdatalagen och it i vården

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So416 av Christina Zedell (S),

2013/14:So500 av Olle Thorell (S),

2013/14:So595 av Johan Hultberg (M) och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 12.

Reservation 16 (MP)

17. Jämlik sjukvård

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 4 och 5,

2013/14:So450 av Anne Marie Brodén (M),

2013/14:So594 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 17 i denna del,

2013/14:So626 av Finn Bengtsson och Betty Malmberg (båda M),

2013/14:So635 av Penilla Gunther (KD) och

2013/14:So654 av Eva Lohman (M) i denna del.

Reservation 17 (MP)

Reservation 18 (V)

18. Insatser mot psykisk ohälsa

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So233 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 1–3 och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 3, 5, 10,

15–17, 22, 23 och 30–32.

Reservation 19 (MP)

Reservation 20 (V)

19. Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning

Riksdagen avslår motion

2011/12:So568 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 11.

20. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So282 av Esabelle Dingizian och Agneta Luttröpp (båda MP),

2013/14:So339 av Agneta Luttröpp och Mats Pertoft (båda MP)

yrkandena 1 och 2 samt

2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 2.

Reservation 21 (MP)

Reservation 22 (V)

21. Vård och behandling av personer med självskadebeteende

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 19 och 20,

2013/14:So429 av Monica Green (S) och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 19 och 20.
Reservation 23 (MP, V)
Reservation 24 (SD)

22. Händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök

Riksdagen avslår motion

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 27 och 28.
Reservation 25 (MP)
Reservation 26 (V)

23. Sjukvårdens personalförsörjning m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 2–10,
2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 7 och 21 samt
2013/14:So527 av Per Ramhorn och Richard Jomshof (båda SD).
Reservation 27 (MP)
Reservation 28 (SD)
Reservation 29 (V)

24. Ökad kunskap om olika sjukdomar

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So475 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkandena 2 och 3,
2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 1,
2013/14:So614 av Hillevi Larsson (S),
2013/14:So625 av Monica Green m.fl. (S) och
2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 18.
Reservation 30 (MP)

25. Behörighet

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So292 av Cecilia Widegren (M) och
2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 17.
Reservation 31 (MP)

26. Specialistsjuksköterskor

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad utskottet anfört om bristen på specialiserade sjuksköterskor. Utskottet anser därför att regeringen snarast ska återkomma till riksdagen med ett förslag om hur tillgången på specialiserade sjuksköterskor kan öka. Därmed avslår riksdagen motionerna

2013/14:So1 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1,
2013/14:So291 av Cecilia Widegren (M) yrkande 2,
2013/14:So673 av Lars Eriksson (S) och
2013/14:So674 av Carina Herrstedt (SD).

Reservation 32 (MP, V)

27. Assisterad befruktning för ensamstående

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So301 av Maria Ferm m.fl. (MP) yrkande 2,

2013/14:So387 av Barbro Westerholm (FP),

2013/14:So574 av Camilla Waltersson Grönvall och Jenny Petersson
(båda M) och

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 55.

28. Ägg- och spermadonation

Riksdagen avslår motion

2013/14:So202 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 2.

Reservation 33 (V)

29. Tid för frysförvaring av embryon

Riksdagen avslår motion

2013/14:So669 av Ola Johansson och Fredrick Federley (båda C).

30. Surrogatmoderskap

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So301 av Maria Ferm m.fl. (MP) yrkande 8 och

2013/14:So517 av Mikael Oscarsson (KD).

Reservation 34 (MP)

31. Abort för utländska kvinnor

Riksdagen avslår motion

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 38 och 39.

Reservation 35 (V)

32. Organ- och kroppsdonation

Riksdagen avslår motionerna

2013/14:So520 av Penilla Gunther (KD),

2013/14:So621 av Finn Bengtsson m.fl. (M) och

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 18.

33. Medicin-etik

Riksdagen avslår motion

2013/14:So469 av Yvonne Andersson och Lars-Axel Nordell (båda
KD) yrkandena 2 och 3.

34. Blodtransfusion

Riksdagen avslår motion

2013/14:So495 av Ingela Nylund Watz (S).

Reservation 36 (S)

35. Sterilisering

Riksdagen avslår motion

2013/14:So389 av Barbro Westerholm (FP).

36. Behov av en ny utredning om manipulativt ledarskap

Riksdagen avslår motion

2013/14:So255 av Lars Tysklind och Barbro Westerholm (båda FP).

37. Ambulanshelikopterverksamhet

Riksdagen avslår motion

2013/14:So454 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M).

38. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling

Riksdagen avslår de motionsyrkanden som finns upptagna under denna punkt i utskottets förteckning över avstyrkta motionsyrkanden.

Stockholm den 4 mars 2014

På socialutskottets vägnar

Anders W Jonsson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Anders W Jonsson (C), Lena Hallengren (S), Saila Quicklund (M), Margareta B Kjellin (M), Christer Engelhardt (S), Helena Bouveng (M), Ann Arleklo (S), Isabella Jernbeck (M), Lennart Axelsson (S), Maria Lundqvist-Brömster (FP), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Anders Andersson (KD), Per Ramhorn (SD), Eva Olofsson (V), Meeri Wasberg (S) och Karin Östring Bergman (C).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

I betänkandet behandlas ca 240 motionsyrkanden från den allmänna motions tiden 2013. Av dessa behandlas ca 125 motionsyrkanden i förenklad ordning eftersom de tar upp samma eller i huvudsak samma frågor som riksdagen har behandlat tidigare under valperioden.

Finansutskottet och utbildningsutskottet har i utskottets ärende Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten (bet. 2013/14:SoU2), som beslutades den 5 december 2013, getts tillfälle att lämna yttranden. Finansutskottet har lämnat ett yttrande, medan utbildningsutskottet har avstått från att yttra sig. Eftersom yttrandet bl.a. avsåg frågor om ekonomiskt stöd för sjuksköterskor under specialistutbildning samt om utökade utbildningsplatser för specialistsjuksköterskeutbildningar återges under ett särskilt avsnitt även i detta betänkande finansutskottets ställningstagande (s. 78 f.).

Företrädare för Universitetskanslersämbetet redogjorde vid ett utskottssammanträde den 28 november 2013 för det uppdrag om samverkan som ämbetet fått av regeringen mellan hälso- och sjukvården och de lärosäten som utfärdar specialistsjuksköterskeexamina.

Generaldirektören Gunilla Hult Backlund, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), informerade vid ett utskottssammanträde den 23 januari 2014 om IVO:s verksamhet.

Generaldirektören Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen, med medarbetare informerade vid ett utskottssammanträde den 28 januari 2014 om myndighetens arbete med nationella riktlinjer.

Vid utskottssammanträdet den 4 februari 2014 informerade Anders Milton, särskild utredare, om arbetet med översynen av vissa donations- och transplantationsfrågor (dir. 2013:25).

Vid utskottssammanträdet den 25 februari 2014 informerade Eva Wendel Rosberg, särskild utredare, om arbetet i Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet (dir. 2013:70).

Hälso- och sjukvårdsfrågor

Organisation och styrning

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om organisation och styrning i sjukvården, vårdval och ersättningssystem, vårdgarantin, avgifter för sjukvård, tolktjänst i sjukvården, vård för asylsökande och papperslösa, gränsöverskridande vård, förlossningsvård, vårdens samarbete med brukar- och patientorganisationer, vårdinsatser för rökavvänjning samt lekterapi.

Jämför reservationerna 1 (S), 2 (V), 3 (S), 4 (MP, V), 5 (MP), 6 (SD), 7 (V), 8 (V), 9 (MP) och 10 (MP) samt särskilda yttrandena 1 (MP), 2 (V) och 3 (V).

Motionerna

Hälso- och sjukvårdens organisation och styrning

I kommittémotion 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 16 begärs ett tillkännagivande om nationella kvalitetslagar. Motionärerna vill införa nationella kvalitetslagar för välfärdsverksamheterna när det gäller följande områden: ingen vinst på bekostnad av kvaliteten, hårdare krav på vilka som får driva välfärdsverksamhet, förhindra onödig resursförbrukning, resurser efter behov, välfärdsföretag ska betala skatt i Sverige, lag om investeringsskydd, skärpt tillsyn, verklig mångfald, etisk kod, öppna böcker och lika regler oavsett huvudman.

I motion 2013/14:So633 av Lena Sommestad m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om att revidera och utveckla styrmodeller i sjukvården. Motionärerna anför att i ljuset av de problem som har följt med den nya resultatstyrningen (New Public Management, NPM) i sjukvården är det angeläget att sjukvårdens organisation och styrmodeller revideras och utvecklas.

I motion 2013/14:N333 av Christer Nylander (FP) yrkande 11 begärs ett tillkännagivande om ett ökat statligt ansvarstagande för högspecialiserad vård.

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 40 begärs ett tillkännagivande om anhörigstöd till vuxna inom hälso- och sjukvården. Enligt motionärerna bör hälso- och sjukvårdslagen skärpas så att det tydligt framgår att hälso- och sjukvården ska uppmärksamma och ge stöd också till vuxna anhöriga.

Vårdval och ersättningssystem

I motion 2013/14:Fi271 av Lars Johansson m.fl. (S) yrkande 5 i denna del begärs ett tillkännagivande om att kommuner, landsting och regioner bör ges ett avgörande inflytande inför extern etablering inom hälsovården. I motionen anför att eftersom berörda kommuner, landsting och regioner får svara för finansieringen av externa utförare inom bl.a. hälsovården enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, är det i högsta grad rimligt att dessa huvudmän får ett avgörande inflytande över etableringen av verksamheter de får betala för.

I motion 2013/14:So321 av Hillevi Larsson (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om kontroll av vårdcentraler inom vårdvalet. Motionären vill kritiskt granska ACG-systemet¹ och kontrollera hur vårdcentralerna i berörda landsting tillämpar systemet då det finns risk för missbruk. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om ACG-systemet. Motionären anför att ACG-systemet bör skrotas och ersättas med ett system som i stället bygger på vilka medicinska behandlingar som faktiskt utförts. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att deltagandet i vårdvalet ska göras frivilligt för landstingen. Enligt motionären borde landstingen själva få avgöra om de vill delta i systemet eller inte.

I partimotion 2013/14:C419 av Åsa Romson m.fl. (MP) yrkande 29 begärs ett tillkännagivande om att ersättningssystemet i vården ska utformas utifrån socioekonomiska faktorer och vårdtyngd.

Vårdgarantin

I kommittémotion 2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att man bör tydliggöra att det i den generella vårdgarantin bör ingå att erbjuda barn och unga bedömning och behandling av lindrigare, okomplicerad psykisk ohälsa inom en vecka.

I motion 2013/14:So253 av Lars-Axel Nordell och Anders Andersson (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av att utvidga vårdgarantin. Motionärerna anser att vårdgarantins tidsgränser ska skärpas och att vårdgarantin bör omfatta hela vårdkedjan.

Avgifter för sjukvård

I motion 2013/14:So213 av Björn Söder (SD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att man bör utreda möjligheterna för svenskar bosatta i Sverige att slippa betala högre avgifter för sjukvård, tandvård och mediciner än asylsökande. Motionären anför bl.a. att det inte är rättvist att personer som betalar skatt i Sverige betalar mer för vård än personer som uppehåller sig illegalt i landet.

¹ ACG, Adjusted Clinical Groups, är ett system för att mäta vårdtyngd utifrån diagnosgrupper. I flera landsting används ACG för att fördela vårdpengen inom vårdvalet.

Tolktjänst i sjukvården

I motion 2013/14:KU305 av Thoralf Alfsson och Kent Ekeröth (båda SD) begärs ett tillkännagivande om att en begränsning av hur fri tolkhjälp kan utnyttas bör införas. Motionärerna anser att frågan ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Vård för asylsökande och papperslösa

I motion 2013/14:So:235 av Christina Høj Larsen m.fl. (V) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om att asylsökande och papperslösa ska få full hälso- och sjukvård och tandvård inom ramen för det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet på samma villkor som övriga som är bosatta i Sverige.

Gränsöverskridande vård

I motion 2013/14:So644 av Krister Hammarbergh (M) begärs ett tillkännagivande om möjligheten att överväga behovet av en översyn av möjligheten att söka vård över gränsen mellan Sverige och Finland.

Förlossningsvård

I partimotion 2013/14:So400 Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 11 begärs ett tillkännagivande om ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. I yrkande 12 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda och lämna förslag på vad som behöver göras för att nå målet om att i den svenska förlossningsvården ha en barnmorska per aktiv förlossning.

I motion 2013/14:So667 av Margareta Larsson (SD) begärs ett tillkännagivande om beslutanderätt för födande kvinnor. Enligt motionären ska det vara självklart att kvinnan ska få vara delaktig i beslut om kejsarsnitt och fatta det slutliga beslutet själv.

I motion 2013/14:So388 av Barbro Westerholm m.fl. (FP) begärs ett tillkännagivande om insatser för för tidigt födda barn och deras familjer. Enligt motionärerna måste det tas fram ett samlat program för hur de för tidigt födda barnen och deras familjer bäst ska kunna hjälpas inom hälso- och sjukvården, i förskolan, skolan och arbetslivet.

Vårdens samarbete med brukar- och patientorganisationer

I kommittémotion 2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 20 begärs ett tillkännagivande om vikten av formaliserat samarbete med brukar- och patientorganisationer. I motionen anföras att all vård utvecklas genom ett nära samarbete med brukar- och patientorganisationer. Ett sådant arbete bör formaliseras för att fungera. I yrkande 21 begärs ett tillkännagivande om vikten av brukarrevision. Enligt motionärerna är kontinu-

erlig brukarrevision central för verksamhetens kvalitetsutveckling. Personer med egna erfarenheter av vissa sjukdomstillstånd etc. bör med fördel anställas för att delta i utvecklingen av vården ur ett patient- och brukarperspektiv.

Vårdinsatser för rökavvänjning

I motion 2013/14:So488 av Olle Thorell (S) begärs ett tillkännagivande om läkemedel och vårdinsatser för rökavvänjning. Motionären anför bl.a. att hälso- och sjukvården har en viktig roll i arbetet med att minska rökningen. Samtliga primärvårdsenheter i sjukvården behöver kunna erbjuda lättillgänglig och effektiv rökavvänjning.

Lekterapi

I motion 2013/14:So357 av Lars-Axel Nordell (KD) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om behovet av en kartläggning av lekterapi. Enligt motionären varierar omfattningen och utbudet av lekterapi mellan de olika landstingen och över landet. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om betydelsen av en väl utbyggd lekterapi för barns och ungas trygghet.

Gällande rätt

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, är en målinriktad ramlag som lägger ansvar på landsting och landstingsfria kommuner att erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget eller kommunen. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 §). Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård (2 a §).

Patienten ska ges individuellt anpassad information om bl.a. sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (2 b §).

Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa (2 c §). Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Enligt 2 e § ska det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget (3 §). HSL ger huvudmannen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Bestämmelser om rikssjukvård finns i 9 a och 9 b §§ HSL.² Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vil-

² Prop. 2005/06:73, bet. 2005/06:SoU23, rskr. 2005/06:239.

ken hälso- och sjukvård som ska vara rikssjukvård. Sådan sjukvård ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. För att bedriva rikssjukvård krävs det ett tillstånd, som ska vara tidsbegränsat och förenat med villkor.

Rikssjukvårdsnämnden (RSN) är bildad på uppdrag av regeringen för att besluta om viss hälso- och sjukvård som ska bedrivas av ett landsting, men med hela landet som upptagningsområde. I RSN sitter representanter för landstingen, Vetenskapsrådet, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Kammarrätten i Stockholm. Ordförande är Socialstyrelsens generaldirektör.

RSN:s huvuduppgifter är att besluta vilka verksamheter som ska bli rikssjukvård och för varje verksamhet som är rikssjukvård besluta vilka enheter inom hälso- och sjukvården som får tillstånd att bedriva den.

Vårdval och ersättningssystem

Landstinget ska enligt 5 § HSL organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, tillämpas.

När det gäller ledningen av hälso- och sjukvård ska denna vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet (28 §). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (29 a §). Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.

Vårdgarantin

Enligt 3 g § HSL ska landstinget erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom en viss tid får

- kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti)
- besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti)
- besöka den specialiserade vården (besöksgaranti)
- planerad vård (behandlingsgaranti).

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll.

Enligt 3 h § samma lag ska landstinget, om landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin enligt 3 g § första stycket 3 eller 4, se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Avgifter för sjukvård

Enligt 26 § HSL får vårdavgifter av patienter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. En patient betalar under en tolv månaders period högst 1 100 kr för öppen hälso- och sjukvård. Detta belopp utgör ett s.k. högkostnads-skydd för vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård (26 a §).

Av en sammanställning som finns tillgänglig på Sveriges Kommuner och Landstings webbplats framgår att avgiften för ett besök i den öppna primärvården för en vuxen person varierar mellan 100 och 200 kronor beroende på vilket landsting det är fråga om (dnr 14/0130). Patientavgiften för besök hos specialistläkare inom den öppna vården varierar mellan 200 och 300 kronor beroende på vilket landsting det är fråga om.

Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd innehåller bestämmelser om skyldighet för landsting att, utöver vad som följer enligt HSL och tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till vissa utlänningar som vistas inom ett landsting utan att vara bosatta där. Ett landsting ska enligt 7 § erbjuda utlänningar som vistas i Sverige utan stöd av myndighetsbeslut eller författning och som har fyllt 18 år, vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd innehåller bestämmelser om de avgifter sådana utlänningar själva ska betala för vård och läkemedel. Utlänningar som omfattas av förordningen ska betala vårdavgift med 50 kronor för läkarbesök inom landstingets hälso- och sjukvård eller hos läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget samt för läkarvård som ges efter remiss av sådana läkare (3 §). För annan sjukvårdande behandling än läkarvård ska utlänningar som omfattas av förordningen under vissa förutsättningar betala vårdavgift med 25 kronor (4 §). När det gäller förebyggande barn- och mödravård som ges av en vårdgivare inom den offentliga primärvården, och förlossningsvård ska ingen vårdavgift betalas. För förskrivna läkemedel som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska en avgift med högst 50 kronor per läkemedel betalas (5 §).

Gränsöverskridande vård

I lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet anges villkor för rätt till ersättning för kostnader för gränsöverskridande vård samt hur ersättningsbeloppet ska bestämmas. Bestämmelserna innebär att ersättning ska

lämnas med högst det belopp som motsvarar de faktiska vårdkostnader som har uppkommit för patienten med avdrag för ett belopp som motsvarar de avgifter som patienten skulle ha fått om vården hade getts i Sverige. Det ska även vara möjligt för patienter att söka förhandsbesked för planerad vård i ett annat land, och ett sådant besked kommer som regel att vara bindande när patienten senare ansöker om ersättning för den vård som omfattas av beskedet. Det är Försäkringskassan som prövar ansökningar om ersättning och förhandsbesked. I lagen (2013:514) om landstingens och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet regleras hur kostnaderna för gränsöverskridande vård ska fördelas mellan staten samt landsting och kommuner. Lagen gäller från den 1 oktober 2013.

Bakgrunden till de nya reglerna var behovet av att genomföra Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet).

Enligt 1 § gränssjukvårdsförordningen (1962:390) gäller att när någon som är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken fått behov av läkarvård eller fysioterapeutisk behandling under vistelse inom en svensk kommun vid riksgränsen mot Finland eller Norge och fått sådan vård eller behandling i det angränsande landet, ska Försäkringskassan lämna ersättning för den försäkrades utgift för vården eller behandlingen.

Av 8 § förvaltningslagen (1986:223) framgår att en myndighet, när den har kontakt med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, vid behov bör anlita tolk.

Av förarbetena till lagen (prop. 1985/86:80 s. 83) framgår att bestämmelsen om tolk ska tillämpas även inom sjukvården.

Vidare anges i förarbetena (aa s. 27) att tolkregeln i förvaltningslagen ursprungligen var formulerad som får-regel men att den 1979 skärptes till en bör-regel. Vidare anförs att den som behöver en tolk vid sina kontakter med myndigheterna bör få en sådan i all rimlig utsträckning. Vilken utsträckning som är rimlig beror bl.a. på tillgången till tolkar. Kostnaden för samhällets tolkservice måste också stå i rimlig proportion till den betydelse som ärendet har för den enskilde. Något absolut krav på tolkning och översättning borde inte föreskrivas i förvaltningslagen.

JO har ansett (JO 2003/04 s. 177) att det är myndigheten själv som i det enskilda fallet bedömer om det finns något behov av tolkning. Hänsyn ska tas till ärendets beskaffenhet och omfattningen av materialet i ärendet. JO har vid flera andra tillfällen framhållit att myndigheterna ska ta hänsyn till sådana faktorer som ärendets beskaffenhet, omfattningen och karaktären av det material som lämnas in och kostnaden för översättningen i förhållande till ärendets betydelse (t.ex. JO 2007/08 s. 416, JO 2008/09 s. 192).

Tidigare behandling

Hälso- och sjukvårdens organisation och styrning

Utskottet behandlade senast motioner om hälso- och sjukvårdens organisation m.fl. frågor i sitt betänkande 2012/13:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor. Utskottet avstyrkte samtliga motionsyrkanden, främst med hänvisning till pågående arbete på olika områden. Riksdagen följde utskottet (prot. med beslut 2013-04-10). Utskottet anförde följande (bet. s. 26, 1 res. MP, V):

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa.

Utskottet ser positivt på att regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla såväl kvaliteten i hälso- och sjukvården som tillgänglighet och valfrihet för patienten. Detsamma gäller det arbete som regeringen bedriver för en ökad kvalitetsutveckling i vården. Det är även positivt att regeringen har tagit fram en samlad strategi för en jämlik vård, dvs. en vård som erbjuder alla invånare god kvalitet, hög tillgänglighet och möjlighet till delaktighet och inflytande.

Vårdval och ersättningssystem

Utskottet behandlade senast motioner om vårdval m.fl. frågor i sitt betänkande 2012/13:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor. Utskottet avstyrkte samtliga motionsyrkanden, främst med hänvisning till pågående arbete på olika områden. Riksdagen följde utskottet (prot. med beslut 2013-04-10). Utskottet anförde följande (bet. s. 27, ingen res.):

Som framgått av det föregående ska landstinget enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Utskottet konstaterar att införandet av vårdvalssystem har haft tydliga positiva effekter främst för tillgängligheten till vården.

Liksom regeringen anser utskottet att det är angeläget att landstingen utvecklar vårdvalssystemen inom primärvården och den specialiserade vården för att stimulera innovationer, en större mångfald av utförare och sammanhängande vårdkedjor. Mot denna bakgrund ser utskottet positivt på att regeringen har beslutat om en satsning för 2012–2014 i syfte att stödja landstingen i utvecklingen av vårdvalssystem. Även en nationell vårdvalssamordnare har tillsatts.

Patientmaktsutredningens delbetänkande Patientlag (SOU 2013:2) innehåller förslag om hur patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare. Betänkandet bereds för närvarande. Utskottet anser att detta arbete bör avvakta. Riksdagen bör inte ta något initiativ. Motionerna [...] avstyrks.

Tolktjänst i sjukvården

Konstitutionsutskottet behandlade och avslog i sitt betänkande 2012/13: KU19 Offentlig förvaltning, som godkänts av riksdagen, en snarlik motion (riksdagens prot. 2012/13:94). Konstitutionsutskottet anförde följande (bet. s. 32 f.):

Utskottet anser att det är viktigt att personer som inte behärskar svenska får tillgång till tolkning och översättning i den mån som bedöms rimlig vid kontakter med myndigheter och sjukvård. Utskottet förutsätter att myndigheterna tillgodoser behovet av tolkning och översättning på det sätt som bedöms lämpligt i varje situation. Utskottet noterar dessutom att Förvaltningslagsutredningen föreslår vissa ändringar i förvaltningslagens bestämmelser om tolkning. Beredningen av dessa förslag bör inte föregripas.

Vård till asylsökande och papperslösa

I samband med att utskottet behandlade regeringens proposition 2012/13: 109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd behandlades ett motionsyrkande om att ge papperslösa rätt till full sjukvård (bet. 2012/13:SoU20, rskr. 2012/13:230). Utskottet avstyrkte yrkandet och anförde följande (bet. s. 14):

När det gäller begreppet vård som inte kan anstå delar socialutskottet regeringens uppfattning att motsvarande bedömningar som i dag görs beträffande asylsökande bör göras vid tillämpningen av begreppet enligt den föreslagna lagen. Socialutskottet anser på samma sätt som regeringen att begreppets närmare innebörd inte bör regleras i författning.

Gränsöverskridande vård

Socialutskottet behandlade i sitt betänkande 2012/13:SoU23 Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning regeringens proposition med samma namn (prop. 2012/13:150). Riksdagen antog utskottets förslag om bl.a. en ny lag om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (SFS 2013:513, rskr. 2012/13: 269). Utskottet anförde följande (bet. s. 11):

Propositionen innehåller förslag som syftar till att genomföra Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet).

Utskottet ser mycket positivt på och välkomnar regeringens förslag som innebär att det blir lättare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet och som uppmuntrar till

samarbete mellan medlemsstaterna på området. Därmed ställer sig utskottet bakom regeringens lagförslag och föreslår att riksdagen antar dessa.

Statsrådet Göran Hägglund besvarade den 8 maj 2013 en skriftlig fråga (fr. 2012/13:478) om gränssjukvårdsförordningen av Hans Unander (S) och anförde följande:

Hälso- och sjukvården i Sverige ska erbjuda människor en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård som är av god kvalitet. Regeringen har genomfört flera reformer för att stärka patientens ställning genom en ökad valfrihet och tillgänglighet till vård.

Ökade valmöjligheter för patienterna, både inom Sverige men även i andra EU-länder, är viktigt för att stärka patientens ställning. Regeringen har därför lagstiftat om vårdval i primärvården och samtidigt satsat på utvecklingsarbete vad gäller vårdval i den specialiserade vården. Regeringen har även i propositionen *Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning* (2012/13:150) föreslagit hur valet av vårdgivare i andra EU-länder ska regleras i svensk rätt, det vill säga hur det så kallade patientrörlighetsdirektivet ska genomföras i Sverige.

Som parallella spår till den nya lagstiftningen om patientrörlighet finns även bestämmelser om rätten till gränsöverskridande vård i förordning (EG) nr 883/2004 samt i vissa bilaterala avtal och konventioner, exempelvis gränssjukvårdsförordningen (1962:390) och lagen (2013:134) om nordisk konvention om social trygghet.

Försäkringskassan har i dag ett nationellt samordningsansvar för information om och administration av den gränsöverskridande vården, inklusive gränssjukvårdsförordningen. Så kommer det att förbli även vid genomförandet av patientrörlighetsdirektivet och ikraftträdandet av den nya lagstiftningen. Försäkringskassan har tillsammans med Socialstyrelsen fått i uppdrag att etablera två nationella kontaktpunkter om gränsöverskridande vård i Sverige. Syftet med de nationella kontaktpunkterna är att tillgängliggöra den gränsöverskridande vården och hjälpa patienterna att göra informerade val.

Försäkringskassans informationsansvar riktar sig främst gentemot personer som bor i Sverige och som av olika anledningar har behov av att söka vård i ett annat EU-land. Informationen ska tydliggöra vilka förutsättningar som finns för att söka vård i ett annat EU-land och få den ersatt. Informationen ska därmed även fortsättningsvis omfatta gränssjukvårdsförordningen.

Vårdinsatser för rökavvänjning

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja en förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

När det gäller rekommendationer till dem som arbetar med tobaksavvänjning tillhandahåller Socialstyrelsen information om vad riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar i denna fråga.

Bakgrund och pågående arbete m.m.

Riksrevisionens granskning

Riksrevisionen har inlett en granskning av vårdbehov, tillgänglighet och marknad i primärvården, med utgångspunkt i en genomförd förstudie. Granskningen ingår i en serie granskningar på samma övergripande tema och är en del av Riksrevisionens granskningsstrategi Staten och vården. Den centrala frågeställningen är om statens insatser främjar effektiviteten och kvaliteten inom hälso- och sjukvården för att nå målen om en god vård på lika villkor.

Granskningen kommer att presenteras i en rapport med planerad publicering i juni 2014. Bakgrunden till och syftet med granskningen är följande (www.riksrevisionen.se):

I primärvården görs en första medicinska bedömning och även behandling av sjukdomar som inte kräver sjukhusvård. Beslut som fattas inom primärvården har därför stor betydelse för både kvaliteten och effektiviteten i hela hälso- och sjukvården.

Genom vårdvals- och vårdgarantireformerna ville staten bland annat öka tillgängligheten i primärvården och att individen själv kan välja vårdcentral. Det är oklart om den fria etableringsrätten för vårdcentraler faktiskt har ökat tillgängligheten där vårdbehoven är stora. Fokus på tillgänglighet och valfrihet kan påverka kontinuiteten negativt. Det är också svårt att värdera primärvårdens utveckling och att jämföra primärvården i olika landsting.

Indikationer finns på att den vård som ges påverkas av vad som är lönsamt enligt de olika landstingens ersättningssystem och att det kan påverka vårdgivares prioriteringar och agerande. En konsekvens av detta kan vara att vårdgivare manipulerar system för att få en högre ersättning. De korrigerande åtgärder som då sätts in bidrar inte sällan till ökad detaljstyrning och en expanderande kontrollapparat med en ökad administration som påverkar vårdpersonalens tid med patienter.

Syftet med granskningen är att undersöka hur statens reformer för ökad tillgänglighet påverkat möjligheterna för primärvården att ge en vård på lika villkor och prioritet till de mest behövande.

Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)

En nationell samordnare ska göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen bör enligt direktiven bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Mot bakgrund av analysen ska samordnaren initiera samarbeten med berörda aktörer och i dialog med dessa aktörer ge förslag på åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt i syfte att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Enligt direktiven ska tre grundläggande frågor genomsyra samordnarens arbete, dels hur nyttan för patienten kan öka, dels hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården förbättras och dels hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt.

Uppdraget ska genomföras i nära samverkan och dialog med sjukvårdshuvudmännen, företrädare för professionerna, berörda myndigheter och utredningar samt patientorganisationer.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2015.

Regeringsuppdrag till Konkurrensverket

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt (S2013/5937/FS [delvis]). Myndigheten ska inom ramen för uppdraget analysera utvecklingen i fråga om mångfalden av vårdgivare inom primärvården samt analysera förutsättningarna för kvalitetskonkurrens mellan dessa.

Konkurrensverket ska vidare kartlägga landstingens användning av valfrihetssystem inom den specialiserade öppenvården, enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2014.

Patientmaktsutredningen

Under våren 2011 tillsatte regeringen Patientmaktsutredningen (S 2011:03, dir. 2011:25, 2012:24 och 2012:113). Enligt direktiven skulle utredningen föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kunde stärkas. En utgångspunkt för utredarens arbete skulle vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård.

Delbetänkandet Patientlag med förslag till en ny patientlagstiftning samt förslag på hur patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare och hur patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för bl.a. vårdgarantin lämnades till regeringen i januari 2013 (SOU 2013:2).

I slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44) behandlar utredningen i enlighet med direktiven frågor om hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, hur patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden systematiskt kan samlas in och bearbetas samt föreslår en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet, som ska ersätta hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den nya lagen ska vara en ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården.

Lagrådsremiss om en ny patientlag

Regeringen fattade den 23 januari 2014 beslut om en lagrådsremiss med förslag till en ny patientlag. Syftet med den nya lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbe-

stämmande och delaktighet. Den nya lagen innebär, enligt regeringen, att patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialistvård i hela landet. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas därmed till att gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Den nya patientlagen föreslås bl.a. också innebära följande:

- Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Det blir t.ex. tydligare vad patienten ska få information om och hur det ska ske, t.ex. anpassad till mottagarens förutsättningar.
- Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning kommer att utvidgas, och det innebär att möjligheten enbart villkoras av att han eller hon har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom.
- Barns inflytande över sin vård blir tydligare. Till exempel ska barnets inställning till den aktuella vården så långt som möjligt klarläggas.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2015.

Enligt regeringens propositionsförteckning planerar regeringen att lämna en proposition till riksdagen den 4 mars 2014.

Myndigheten för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att ur ett medborgar- och patientperspektiv göra en samlad uppföljning av hur den nationella vårdgarantin, kömiljarden, vårdvalet och omregleringen av apoteksmarknaden har påverkat tillgängligheten inom hälso- och sjukvården (S2013/6128/FS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 april 2014.

Gränsöverskridande vård

Socialstyrelsen och Försäkringskassan redovisade i juni 2013 sina uppdrag att etablera två svenska kontaktpunkter för gränsöverskridande vård med anledning av genomförandet av patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU).

Det övergripande syftet med att etablera nationella kontaktpunkter är att tillgängliggöra den gränsöverskridande vården och hjälpa EU-medborgarna att göra informerade val.

Förvaltningslagsutredningen

Förvaltningslagsutredningen (SOU 2010:29 s. 316 f.) skriver att om det behövs för att den enskilde ska kunna ta till vara sin rätt, har myndigheterna en skyldighet att anlita och bekosta tolkar och översättare. Något utrymme för diskretionär prövning eller över huvud taget för ytterligare överväganden borde då inte ges, och verbet ”bör” som används i lagtexten borde ersättas av det imperativa och klara ”ska”. Ett sådant obligatorium som innefattas i en ”ska-regel” kan dock enligt utredningen inte gälla i alla situationer. Det måste ibland vara möjligt att avstå från tolkning eller översättning, särskilt när ärendena är av mindre vikt för den enskilde och

kostnaderna för åtgärden framstår som oproportionerliga. Utredningen ansåg att ett uttryckligt krav på tolkning borde reserveras för de fall då den enskilde utan tolkning inte kan ta till vara sin rätt. Avsikten är inte att en sådan ändring ska innebära någon saklig ändring mot vad som gäller i dag.

Betänkandet har remissbehandlats (dnr Ju2010/3874/L6). Enligt uppgift från Justitiedepartementet planerar man att lämna en lagrådsremiss i slutet av våren 2014.

Utskottets ställningstagande

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I 2 a § HSL anges hur hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Vården ska bl.a. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vidare anges att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Som regeringen skriver i budgetpropositionen för 2014 utgår målet för hälso- och sjukvårdspolitikerna från att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Vården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den får ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska också vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa.

Arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet ska särskilt inriktas på att säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande samt att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad. Arbetet ska också inriktas på att säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare, skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt samt ta till vara kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården.

Organisation och styrning

Utskottet ser positivt på att regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla såväl kvaliteten i hälso- och sjukvården som tillgängligheten och valfriheten för patienten.

Utskottet konstaterar att regeringen under de senaste åren påbörjat angelägna organisationsförändringar av den statliga myndighetsstruktur som styr och stöder hälso- och sjukvården. Ett led i detta arbete är inrättandet av Myndigheten för vårdanalys, som oberoende granskar vården ur ett patientperspektiv. Som ett led i att stärka tillsynen inrättades den 1 juni 2013 en ny tillsynsmyndighet – Inspektionen för vård och omsorg. Vidare bildades den 1 januari 2014 den nya Folkhälsomyndigheten, som tar över de uppgifter som Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet har. Vid samma tidpunkt startade också den nya myndigheten E-hälsomyndigheten sin verksamhet. Utskottet vill i detta sammanhang även lyfta fram det uppdrag som regeringen gett Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Mot bakgrund av det omfattande arbete som bedrivs på olika områden anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motionerna 2013/14: So400 (V) yrkande 40, 2013/14:So633 (S), 2013/14:So657 (S) yrkande 16 och 2013/14:N333 (FP) yrkande 11 avstyrks.

Vårdval och ersättningssystem

Utskottet konstaterar att regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla valfriheten för patienten inom hälso- och sjukvården, bl.a. genom fortsatt stöd till insatser som förnyar och vidareutvecklar vårdvalen. I detta sammanhang vill utskottet särskilt lyfta fram att regeringen inom kort har för avsikt att överlämna en proposition om en ny patientlag till riksdagen. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Av lagrådsremissen Patientlag framgår bl.a. att patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Utskottet ser mycket positivt på dessa förslag och ser fram emot att få ta del av propositionen.

Utskottet konstaterar vidare att det pågår ett omfattande arbete på området. Riksrevisionen ska presentera sin granskning av vårdbehov, tillgänglighet och marknad i primärvården i juni 2014. Vidare kan nämnas regeringsuppdraget till Konkurrensverket, som ska följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem, som ska redovisas den 28 februari 2014. Utskottet vill slutligen också lyfta fram Myndigheten för vårdanalys uppdrag att göra en samlad uppföljning av hur bl.a. vårdvalet har påverkat tillgängligheten inom hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av det intensiva arbete som pågår på detta område anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:Fi271 (S) yrkande 5 (i denna del), 2013/14:C419 (MP) yrkande 29 och 2013/14:So321 (S) yrkandena 1–3. Motionerna avstyrks.

Vårdgarantin

När det gäller motionsyrkanden om att utvidga den nationella vårdgarantin i olika avseenden konstaterar utskottet att tillgängligheten till sjukvård under flera år har varit en prioriterad fråga för regeringen. Vårdköerna har därmed minskat, och tillgängligheten har förbättrats. Detta innebär enligt utskottets mening att de insatser som vidtagits, t.ex. den nationella vårdgarantin och den s.k. kömiljarden, har gett goda och varaktiga resultat. I detta sammanhang konstaterar utskottet att Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att göra en samlad bedömning av hur bl.a. vårdgarantin har påverkat tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas i april 2014. Utskottet anser inte att riksdagen bör föregripa detta arbete.

Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:So253 (KD) och 2013/14:So664 (MP) yrkande 4. Motionerna avstyrks.

Avgifter för sjukvård

När det gäller en motion om att utreda om svenskar ska betala högre avgifter för sjukvård m.m. än asylsökande anser utskottet att det saknas skäl att föreslå riksdagen detta. Motion 2013/14:So213 (SD) yrkande 1 avstyrks.

Tolktjänst i sjukvården

I en motion begärs en ändring i hälso- och sjukvårdslagen i syfte att begränsa möjligheten att använda tolkar. Utskottet delar inte den bedömningen. Motion 2013/14:K305 (SD) avstyrks.

Vård för asylsökande och papperslösa

En motion tar upp frågan om asylsökandes och papperslösas rätt till full hälso- och sjukvård och tandvård inom ramen för det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet på samma villkor som övriga som är bosatta i Sverige.

I samband med behandlingen av proposition Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd (prop. 2012/13:109) avstyrkte utskottet bifall till ett liknande motionsyrkande (bet. 2012/13:SoU20). Utskottet anser inte att det finns skäl att nu göra någon annan bedömning. Motion 2013/14:So235 (V) yrkande 1 avstyrks.

Gränsöverskridande vård

När det härfter gäller frågan om tillgång till säker gränsöverskridande vård konstaterar utskottet att nya regler trädde i kraft så sent som den 1 oktober 2013 (prop. 2012/13:150, bet. 2012/13:SoU23). Socialstyrelsen och Försäkringskassan har redovisat sina regeringsuppdrag att etablera två svenska kontaktpunkter för gränsöverskridande vård med anledning av genomförandet av patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU). Det övergri-

pande syftet med de nationella kontaktpunkterna är att tillgängliggöra den gränsöverskridande vården och hjälpa EU-medborgarna att göra informerade val.

Utskottet konstaterar att de nya reglerna nyligen har trätt i kraft. Därför anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motion 2013/14:So644 (M) får anses åtminstone i viss mån tillgodosedd. Motionen avstyrks.

Förlossningsvård

När det gäller motioner om olika frågor om förlossningsvård och insatser för för tidigt födda barn och deras familjer anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motionerna 2013/14:So388 (FP), 2013/14:So400 (V) yrkandena 11 och 12 och 2013/14:So667 (SD) avstyrks.

Samarbetet med brukar- och patientorganisationer

I ett motionsyrkande tas frågan om vårdens samarbete med brukar- och patientorganisationer upp och i ett annat yrkande vikten av brukarrevision. Med anledning av dessa motionsyrkanden konstaterar utskottet att huvudansvaret för planeringen, finansieringen och driften av hälso- och sjukvården är landstingens och i viss utsträckning kommunernas.

Utskottet anser därför att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motion 2013/14:So348 (MP) yrkandena 20 och 21 avstyrks.

Vårdinsatser för rökavvänjning

När det gäller en motion om vårdinsatser för rökavvänjning konstaterar utskottet att Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och att dessa innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att bl.a. stödja förändring av levnadsvanan tobaksbruk.

Utskottet anser därför att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motion 2013/14:So488 (S) avstyrks.

Lekterapi

En motion tar upp frågan om lekterapi inom hälso- och sjukvården. Inte heller på detta område anser utskottet att riksdagen bör ta något initiativ. Motion 2013/14:So357 (KD) yrkandena 1 och 2 avstyrks.

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om cancersjukvård, sällsynta diagnoser och rehabilitering för strokepatienter.

Jämför reservationerna 11 (S, MP, V) och 12 (MP, V).

Motionerna

Cancersjukvård

I kommittémotion 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 17 begärs ett tillkännagivande om cancersjukvård. Motionärerna framhåller att det från ett patientperspektiv är ett grundläggande krav att cancervård och behandling är jämlik och optimal så att alla har samma rättigheter och möjligheter till vård och omsorg oberoende av landstings- eller regiontillhörighet. Mot denna bakgrund anser motionärerna att det är dags att ta nästa steg, att utveckla kvaliteten och fördjupa samordningen och den nationella styrningen. De områden och frågor som motionärerna anser måste prioriteras i ett sådant arbete är bl.a. nationella och regionala vårdprogram, vårdens ersättningssystem, rehabilitering, stöd till närstående, kontaktsjuksköterskor, kliniska studier, utbildning av patologer samt att det genomförs en nationell nivåstrukturering inom den svenska cancersjukvården.

Sällsynta diagnoser

I motion 2013/14:U315 av Åsa Torstensson m.fl. (C, FP, KD, MP) yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om en samverkan kring små och sällsynta diagnoser. Motionärerna anför att arbetet med små och sällsynta diagnosgrupper bör bli föremål för en fördjupad nordisk samverkan.

I motion 2013/14:So434 av Christina Zedell (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att skapa förutsättningar för att, på nationell nivå, kunna ge ett samordnat stöd till uppbyggnaden av regionala medicinska center för sällsynta diagnoser. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att man bör ha den nationella cancerstrategin som en förebild för motsvarande centrala och samordnande insatser vid utvecklandet av regionala medicinska center för sällsynta diagnoser. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att verksamheten vid de regionala medicinska centren för sällsynta diagnoser ska bedrivas ur ett livstidsperspektiv. Slutligen begärs i yrkande 4 ett tillkännagivande om nödvändigheten av att utveckla ett nytt remitteringssystem, där vårdtagare med sällsynta diagnoser har rätt att få specialiserad vård där den finns – oavsett landstingsgränser eller befintlig vård lokalt.

Rehabilitering för strokepatienter

I motion 2013/14:So471 av Stefan Käll (FP) begärs ett tillkännagivande om att rehabiliteringen för personer som har haft stroke bör förbättras. Motionären föreslår att varje strokepatient ska få ett intyg utfärdat av neurolog eller rehabiliteringsläkare om fortsatt rehabiliteringsbehov med sig hem från sjukhuset.

Bakgrund

Riktlinjer för prioriteringar

I april 1997 ställde sig riksdagen bakom de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som hade föreslagits i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Genom riksdagsbeslutet infördes en ny bestämmelse om de etiska principerna i 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Riktlinjerna är baserade på följande tre grundläggande principer:

- människovärdesprincipen
- behovs-solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Dessa principer utgör en etisk plattform. Riktlinjerna exemplifieras i propositionen med fyra breda prioriteringsgrupper.

Prioriteringscentrum är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet bildades 2001 på uppdrag av Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting och har sedan 2010 Linköpings universitet som huvudman. Centrumet ska fungera som en sambandscentral med uppgift att samla in och sprida information inom området öppna prioriteringar. Under de senaste åren har verksamheten finansierats genom bidrag inom ramen för Dagmaröverenskommelserna samt genom avtal med Landstinget i Östergötland.

Nationella riktlinjer

Av 3 § 10 förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen ska utforma evidensbaserade riktlinjer för åtgärder inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Riktlinjerna ska vara ett stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Det finns för närvarande tolv nationella riktlinjer, bl.a. på områdena cancervård och strokesjukvård.

De nationella riktlinjerna för strokesjukvård innehåller rekommendationer inom områdena prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering. Inom kort påbörjar Socialstyrelsen också arbetet med att uppdatera hela

den nationella riktlinjen för strokesjukvård från 2009. Under våren 2014 förväntas projektet vara i gång. En preliminär version av de uppdaterade riktlinjerna beräknas vara klar 2016.

Sällsynta diagnoser

Sedan 2005 driver Ågrenska stiftelsen, i samverkan med Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Nationellt Kompetenscentrum Sällsynta Diagnoser, som riktar sig till såväl barn och ungdomar som vuxna (www.agrenska.se).

Centrumets huvuduppgift är att samla, utveckla och sprida kunskap om sällsynta diagnoser och deras konsekvenser i ett livsperspektiv. Ågrenska stiftelsen arrangerar ca 20 familjevistelser och 6 tredagarsvistelser för vuxna med sällsynta diagnoser per år. Vistelsernas huvudsyfte är att ge tillgång till kunskap, erfarenhetsutbyte och möjlighet för personerna att bygga upp egen kompetens att klara av sina vardagsliv. Kompetenscentrumet sprider också kunskap genom en vägledningsfunktion på nätet. Vägledningen riktar sig såväl till professionella som till personer som själva har en sällsynt diagnos och deras anhöriga.

Ågrenska stiftelsen har sedan den 1 januari 2012 den nationella funktionen för sällsynta diagnoser med ett ansvar för samordning, koordinering och informationsspridning. Denna funktion, som varar i tre år (2012–2014), fick stiftelsen genom Socialstyrelsen efter en öppen upphandling.

Socialstyrelsen ansvarar i enlighet med regeringsbeslut I:18 den 23 juni 2010 (dnr S2010/4935/FS) för att den nationella funktionen för sällsynta diagnoser fullföljer sitt uppdrag med att samordna, koordinera och sprida information inom området sällsynta sjukdomar. Socialstyrelsen ska senast den 1 mars 2014 redovisa den verksamhet som funktionen bedriver och hur den utvecklas samt en bedömning av hittills uppnådda resultat (Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2014). I bedömningen ska synpunkter från verksamhetens avnämare vägas in. I uppdraget ingår också att redovisa vilka åtgärder Socialstyrelsen avser att vidta för att sluta de avtal som krävs för att upprätthålla en funktion för samordning, koordinering och informationsspridning inom området sällsynta diagnoser även efter 2014.

Gällande rätt

Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Enligt 3 b § ska landstinget erbjuda den som är bosatt inom landstinget bl.a. habilitering och rehabilitering. Sådana insatser ska planeras i samverkan med den enskilde.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade senast motioner om cancersjukvård och sällsynta diagnoser i sitt betänkande 2012/13:SoU13 som godkänkts av riksdagen, (riksdagens protokoll 2012/13:88). Utskottet avslag motionerna och anförde följande (bet. s. 46 f. tre res. S+MP, SD och V):

Utskottet påminner om att regeringen under den förra mandatperioden påbörjade en rad insatser för att förbättra svensk cancervård. I den nationella cancerstrategin ingår målinriktade insatser och åtgärder för att möta cancervårdens framtida behov och utmaningar. Utskottet noterar att regeringen har ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting som syftar till att precisera ansvar, tidsplan och resurstilldelning för genomförandet av vissa insatser på cancerområdet. Bland insatserna finns åtgärder för tidig upptäckt av cancer genom ökat deltagande i screeningprogram. Vidare har Socialstyrelsen inom ramen för den nationella cancerstrategin påbörjat ett arbete med att ta fram en modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram på cancerområdet.

När det gäller sällsynta sjukdomar finns sedan den 1 januari 2012 en nationell funktion för samordning, koordinering och informations-spridning placerad vid Ågrenska stiftelsen i Göteborg. Utskottet noterar även att Socialstyrelsen på regeringens uppdrag har tagit fram ett underlag för en strategi för sällsynta sjukdomar. Styrelsens rapport Sällsynta sjukdomar – En slutrapport om nationell funktion och förslag till strategi bereds inom Regeringskansliet. Utskottet ser positivt på dessa åtgärder för patienter med sällsynta sjukdomar.

Utskottet behandlade i sitt betänkande 2013/14:SoU1 utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, som godkänkts av riksdagen, ett motionsyrkande om ett nationellt samordningsansvar för sällsynta diagnoser (rskr. 2013/14:125 och 126). Utskottet avstyrkte yrkandet (en res. S+MP+V) och anförde följande (bet. s. 70):

Utskottet ser med tillfredsställelse på den verksamhet som bedrivs genom Ågrenska stiftelsen och att stiftelsen sedan en tid också har den nationella funktionen för sällsynta diagnoser med ett ansvar för samordning, koordinering och informationsspridning. Utskottet har fått veta att Socialstyrelsen och Regeringskansliet för en dialog inför utgången av avtalet om den nationella funktionen 2014. Riksdagen bör inte ta något initiativ.

Aktuellt

I budgetpropositionen för 2014 anför regeringen följande när det gäller cancer vården (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 s. 57 f. och 69 f.):

Svensk cancervård är i världsklass. Den medicinska kvaliteten är hög och svenska överlevnadssiffror står sig bra i internationell jämförelse. Med utgångspunkt i regeringens nationella cancerstrategi har ett mycket omfattande, kraftfullt och brett utvecklingsarbete skett de senaste åren. Satsningen på att genomföra förslagen i strategin har skapat förändringskraft på många håll i svensk cancervård. Gemensamt och nydanande för alla insatser har varit att arbetet skett utifrån ett patientperspektiv och med omfattande och systematiskt deltagande av företrädare för patienter och närstående.

— — —

Sverige står inför stora utmaningar på cancerområdet, då cancerprevalensen förväntas öka relativt kraftigt fram till 2030. För att möta utvecklingen har regeringen vidtagit en rad åtgärder de senaste åren med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin. Strategin fokuserar på frågor av gemensamt och nationellt intresse. Insatser sker inom en rad områden såsom prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, kunskapsbildning och kunskapsstyrning.

Regionala cancercentrum

En central del av cancerstrategin är inrättandet av sex regionala cancercentrum (RCC) – ett i varje sjukvårdsregion. Syftet med RCC är dels att skapa förutsättningar för en likvärdig vård av hög kvalitet för patienter i hela landet, dels att förbättra förutsättningarna för cancerforskning på hög internationell nivå. Beslutet att utveckla RCC är det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för cancervården i ett framtidsperspektiv, då det på ett konkret sätt ska stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervården.

Samordnande funktion för klinisk cancerforskning

Under 2012 och 2013 har det inom respektive RCC pågått ett arbete med att bygga upp och utveckla en samordnande funktion för klinisk cancerforskning. Detta sker mot bakgrund av att ökad samverkan på regional, nationell och internationell nivå bl.a. möjliggör ett snabbare genomförande av stora och högkvalitativa forskningsprojekt. Det förbättrar också förutsättningarna för att patienter med cancer snabbt ska få tillgång till nya diagnos- och behandlingsmetoder och att särskilt stora samordningsvinster kan uppnås för mindre vanliga cancersjukdomar.

Patientcentrerad och sammanhållen cancervård

Under 2013 slutrapporterade SKL det omfattande arbete som de bedrivit inom ramen för årliga överenskommelser med staten under åren 2010–2012. Av rapporten framgår att strategin bl.a. bidragit till flera intressanta försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård, vilka nu knyts närmare regionala cancercentrum för fortsatt arbete. Bland försöksverksamheterna finns t.ex. insatser mot tobaksrökning och åtgärder för tidig upptäckt av cancer genom ökat deltagande i screeningprogram. Dessutom återfinns arbete med kontakt-sjuksköterskor och individuella vårdplaner.

Överenskommelsen mellan staten och SKL under 2013 fokuserade främst på fortsatt stöd för samordning av RCC. Varje RCC har behov av att samarbeta inte bara med sjukhus och vårdenheter utan även med andra RCC bl.a. för att uppnå en ändamålsenlig uppdelning av ansvar för diagnostik och behandling av cancer. En samverkansgrupp har flera nationella arbetsgrupper med specifika uppdrag.

Kunskapsbaserad cancervård

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen under 2012 och 2013 utvärderat och uppdaterat de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. I samband med detta tillämpades även den generiska modell för att sätta målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer som tagits fram inom cancervården.

Under 2013 fortsatte också Socialstyrelsen sitt påbörjade arbete med en modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram. Modellen prövades i ett pilotprojekt i samband med uppdatering av de nationella riktlinjerna inom bröst-, kolorektal- och prostatacancer.

Under 2013 slutrapporterade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) uppdraget om metoder för tidig upptäckt av cancer. Enligt den nationella cancerstrategin är en av de viktigaste prognostiska faktorerna för cancer i vilket skede en tumör diagnostiseras. Möjligheterna till tidig upptäckt av begynnande cancer har stor betydelse för sjukdomsförloppet. SBU har gjort en systematisk litteratursgranskning och bedömt om det utöver screening finns metoder som har vetenskapligt dokumenterat gynnsamma effekter för tidig upptäckt av cancer.

Regeringen bedömer att satsningen på en nationell strategi och insatserna inom ramen för den har fallit mycket väl ut. Ännu återstår dock arbete, då det tar tid att genomföra och utvärdera nya strukturer och större projekt.

— — —

Satsningen på en förbättrad cancervård fortsätter

Regeringen avser fortsätta den breda satsningen på svensk cancervård inom ramen för den nationella cancerstrategin. Målsättningen med strategin är att minska risken för insjuknande i cancer, att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter och att förlänga överlevnadstid efter en diagnos, samt att åstadkomma en mer jämlik cancervård.

En central del av cancerstrategin är att skapa sex regionala cancercentrum (RCC), ett i varje sjukvårdsregion. RCC ska bl.a. verka för att stärka patientens ställning i cancervården genom att stödja arbetet med att ta fram individuella vårdplaner för varje cancerpatient. Regeringen satsar årligen 60 miljoner kronor för fortsatt utveckling av den svenska cancervården.

Av Socialstyrelsens regleringsbrev för 2014 framgår att myndigheten ska fortsätta sitt arbete för att stärka cancervården.

För det första ska Socialstyrelsen fortsätta att följa huvudmännens uppbyggnad av de regionala cancercentrumen (RCC), i enlighet med tidigare regeringsbeslut (S2012/4379/FS). Syftet är att genom dialog stödja och stimulera arbetet. Uppföljningen ska ske i form av platsbesök på respektive RCC under 2014. Målsättningen med platsbesöken är att utifrån RCC-kriterierna dokumentera hur arbetet med uppbyggnaden fortlöper, att identifiera styrkor och svagheter och att följa upp effekterna av RCC-etableringen ur olika intressentperspektiv. Socialstyrelsen ska redovisa denna del av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 16 februari 2015.

För det andra ska Socialstyrelsen tillämpa den modell som tagits fram för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram för livmoderhalscancer. Uppdraget ska genomföras i samråd med de sex regionala cancercentrumen (RCC), Sveriges Kommuner och Landsting samt företrädare för huvudmän, profession och cancerpatienter. Socialstyrelsen ska lämna en rapport senast den 31 december 2014. Socialstyrelsen får för uppdragets genomförande och arbetet med att fördela medel till RCC använda 3 000 000 kronor under 2014.

I budgetpropositionen för 2014 anför regeringen följande när det gäller sällsynta sjukdomar (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 s. 33):

Sällsynta diagnoser definieras som sjukdomar eller skador som finns hos högst 100 personer per miljon invånare och som leder till en omfattande funktionsnedsättning. Under 2013 har arbetet fortsatt med den nationella funktion för sällsynta diagnoser som på regeringens uppdrag inrättades av Socialstyrelsen 2012. Syftet med funktionen, som Ågrenska stiftelsen för närvarande ansvarar för, är att den ska underlätta för personer med en sällsynt diagnos i samhället och öka kunskapen hos olika samhällsinstanser. Socialstyrelsen har också på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag till en nationell strategi på området.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag för en strategi för sällsynta sjukdomar. Styrelsens rapport Sällsynta sjukdomar – En slutrapport om nationell funktion och förslag till strategi bereds inom Regeringskansliet.

Socialminister Göran Hägglund besvarade den 16 januari 2014 interpellation 2013/14:207 om statens bidrag till Rett Center. Socialministern anförde bl.a. följande (riksdagens snabbprot. 2013/134:55):

Den nationella kunskapsbasen om sällsynta diagnoser som Göteborgs universitet sätter samman i samarbete med Socialstyrelsen innehåller information om ungefär 300 ovanliga sjukdomar och skador.

— — —

Staten gör mycket när det handlar om sällsynta diagnoser. Under 2012 inrättade vi på Socialstyrelsen den nationella funktionen för sällsynta diagnoser, som för närvarande hanteras av Ågrenska stiftelsen i Göteborg. Den är en viktig instans i sammanhanget. Den kunskapsdatabas som jag nämnde är också tillgänglig för många för att inhämta information och ny kunskap.

— — —

Herr talman! Jag tycker att vi ska fundera över hur vi ska organisera vården på ett sådant sätt att alla personer i vårt land kan få bästa möjliga vård. För de flesta av oss som drabbas av vanligare sjukdomar är det förhållandevis enkelt för landstingen att organisera sig på ett sådant sätt att de kan möta medborgarnas behov. När det handlar om ovanliga sjukdomar och diagnoser måste vi organisera oss på ett lite annorlunda sätt. Man kan inte vara bäst överallt i landet, utan en del funktioner måste specialiseras.

De funktionerna bör ha som uppgift att bidra till att utöka kunskapsunderlaget, att sprida information till andra som arbetar inom vården och komma i kontakt med de personer som har drabbats. De bör självklart ha till uppgift att utveckla nya vårdformer och att ge den mest kvalificerade vården.

Det här kan organiseras på flera olika sätt, till exempel genom att staten bedriver verksamheten eller så att landstingen kommer överens om en gemensam finansiering. Så är det på en lång rad andra områden. Det är tankespår.

Utskottets ställningstagande

Med utgångspunkt i regeringens nationella cancerstrategi har ett mycket omfattande, kraftfullt och brett utvecklingsarbete inom cancervården skett de senaste åren. Satsningen på att genomföra förslagen i strategin har skapat förändringskraft på många håll i svensk cancervård. Gemensamt och

nydanande för alla insatser har varit att arbetet skett utifrån ett patientperspektiv och med omfattande och systematiskt deltagande av företrädare för patienter och närstående.

Utskottet delar bedömningen att Sverige står inför stora utmaningar på cancerområdet, då cancerprevalensen förväntas öka relativt kraftigt fram till 2030. För att möta utvecklingen konstaterar utskottet att regeringen har vidtagit en rad åtgärder de senaste åren med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin. Strategin fokuserar på frågor av gemensamt och nationellt intresse. Insatser sker på en rad områden såsom prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, kunskapsbildning och kunskapsstyrning.

Inrättandet av sex regionala cancercentrum (RCC), en samordnande funktion för klinisk cancerforskning, SKL:s arbete med en patientcentrerad och sammanhållen cancervård och Socialstyrelsens uppdrag att utvärdera och uppdatera nationella riktlinjer för olika cancerformer är några exempel på det arbete som bedrivs. Utskottet ser mycket positivt på att regeringen avser att fortsätta den breda satsningen på svensk cancervård inom ramen för den nationella cancerstrategin.

Av nu anförda skäl anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motion 2013/14:So657 (S) yrkande 17 är åtminstone delvis tillgodosedd.

På området sällsynta diagnoser noterar utskottet att Socialstyrelsen ansvarar för att den nationella funktionen för sällsynta diagnoser fullföljer sitt uppdrag med att samordna, koordinera och sprida information inom området sällsynta sjukdomar. Socialstyrelsen ska inom kort till regeringen redovisa den verksamhet som funktionen bedriver och hur den utvecklas samt en bedömning av hittills uppnådda resultat. I uppdraget ingår också att redovisa vilka åtgärder Socialstyrelsen avser att vidta för att sluta de avtal som krävs för att upprätthålla en funktion för samordning, koordination och informationsspridning inom detta område även efter 2014.

Utskottet anser att Socialstyrelsens redovisning bör avvaktas. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ. Motion 2013/14:So434 (S) yrkandena 1–4 avstyrks.

Utskottet anser att det inte finns skäl för riksdagen att ta något initiativ med anledning av en motion om nordisk samverkan på området sällsynta diagnoser. Motion 2013/14:U315 (C, FP, KD, MP) yrkande 5 avstyrks.

När det gäller en motion om rehabilitering för strokepatienter konstaterar utskottet att de nationella riktlinjerna för strokesjukvård innehåller rekommendationer på området rehabilitering. Riktlinjerna är för närvarande föremål för uppdatering inom Socialstyrelsen och beräknas vara klara 2016. Utskottet anser att riksdagen inte bör föregripa resultatet av detta arbete. Motion 2013/14:So471 (FP) avstyrks.

Patientsäkerhet och kvalitet i vården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om nationella kvalitetsregister, riskanalyser i vården samt ändring av patientsäkerhetslagen med syftet att hälso- och sjukvårdspersonal inte ska vara skyldig att lämna uppgifter om papperslösa till polis och åklagare.

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

Motionerna

I kommittémotion 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om nationella kvalitetsregister. Det behövs enligt motionärerna ett nationellt stöd och en organiserad samverkan mellan staten, sjukvårdshuvudmännen, forskningen och industrin för att alla kvalitetsregister ska få tillräcklig finansiering och kvalitet, göras öppna och tillgängliga och användas i forskningssammanhang.

I kommittémotion 2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 22 begärs ett tillkännagivande om riskanalyser i vården. Genom att göra systematiska riskanalyser där också brukare, patienter och deras organisationer är involverade kan mycket förändras och förbättras i vården. Det gäller både bemötandefrågor och att i så hög grad det bara är möjligt ha vårdflöden där risker för felbehandling, missar eller vårdskador minimeras.

I motion 2013/14:So235 av Christina Høj Larsen m.fl. (V) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om en ändring av patientsäkerhetslagen som klargör att hälso- och sjukvårdspersonal inte är skyldig att lämna uppgifter om papperslösa till polis och åklagare.

Gällande rätt

Enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller bl.a. bestämmelser om att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bl.a. att utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, att ge patienter och närstående information och möjligheter att bidra till patientsäkerhetsarbetet samt att till Socialstyrelsen rapportera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten.

Enligt 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att lämna ut uppgifter om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning eller inte om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av bl.a. en polismyndighet.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) finns föreskrifter som ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av bl.a. 31 § hälso- och sjukvårdslagen. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Tidigare behandling

I samband med behandlingen av regeringens proposition 2012/13:30 Forskning och innovation behandlade utbildningsutskottet i sitt betänkande 2012/13:Ub3 med samma namn ett motionsyrkande om nationella kvalitetsregister. Socialutskottet, som yttrade sig i ärendet, ansåg att motionsyrkandet skulle avstyrkas och anförde bl.a. följande (yttr. 2012/13:SoU3y s. 8 f.):

När det gäller frågan om att de nationella kvalitetsregistren bör komma till praktisk användning i forskning, uppföljning och utveckling, konstaterar socialutskottet att en översyn av de nationella kvalitetsregistren – Guldgruvan i hälso- och sjukvården – Förslag till gemensam satsning 2011– 2015 – presenterades hösten 2010. Under 2011 tillsatte regeringen en nationell samordnare för utveckling av de nationella kvalitetsregistren. Arbetsformen var enligt socialutskottet framgångsrik och möjliggjorde att de förslag som lämnades i rapporten Guldgruvan i hälso- och sjukvården på ett snabbt och effektivt sätt realiserades. Det gjordes bl.a. genom att regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting under 2011 träffade en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg. Överenskommelsen är femårig och sträcker sig över åren 2012–2016. Satsningen har som mål att leda till ökad kvalitet på data i registren, bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbetet i vården, bättre tillgång till och användning av kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål, ökad öppenhet och tillgång till data även för patienter och i slutändan en bättre och mer jämlik vård.

Utbildningsutskottet avstyrkte motionsyrkandet om nationella kvalitetsregister. Även utbildningsutskottet hänvisade till överenskommelsen om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg. Utbildningsutskottet anförde dessutom följande i sitt betänkande (bet. s. 100, rskr. 2012/13:151 och 2012/13:152):

Utskottet värdesätter överenskommelsen. Utskottet noterar vidare att det framgår av propositionen att regeringen har för avsikt att vid Vetenskapsrådet inrätta en funktion med uppgift att öka tillgängligheten till och underlätta användningen av registeruppgifter för forskningsändamål, inklusive sambearbetning av uppgifter och metodutveckling för att nyttiggöra registeranvändning bl.a. i syfte att genomföra s.k. mikrosimulering.

Utskottet behandlade senast en motion om ändring av patientsäkerhetslagen i samband med sin behandling av proposition 2012/13:109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd i betänkande 2012/13:SoU20 med samma namn, som godkänts av riksdagen (rskr. 2012/13:230). Utskottet avstyrkte motionen och anförde följande:

Socialutskottet konstaterar att det enligt Utredningen om vård för papperslösa m.fl. inte har kommit fram att tillämpningen av de regler som i dag gäller för sekretess, tystnadsplikt och underrättelseskyldighet inom hälso- och sjukvården har gett upphov till några större problem i arbetet för personalen (SOU 2011:48). Socialutskottet delar därför regeringens bedömning att denna lagstiftning inte bör ändras.

Bakgrund

I september 2011 enades staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om utveckling av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016 (S2011/8471/FS). I överenskommelsen har parterna enats om att gemensamt avsätta 260 000 000 kronor 2012 och därefter 320 000 000 kronor per år fram t.o.m. 2016. Den nationella finansieringen ska användas till att ge kvalitetsregister och registerhållare ökade resurser för ökad kompetens, tid för utveckling av kvalitetsregistren och för att arbeta med att förbättra datakvaliteten. Huvuduppgiften är att öka kvaliteten i och användningen av befintliga kvalitetsregister. Syftet med överenskommelsen är att utveckla nationella kvalitetsregister så att deras potential för vårdens utveckling kan realiseras. Parterna enades också om att det bör göras en samlad utvärdering av hela kvalitetsregisterverksamheten.

Aktuellt

Kvalitetsregister

Riksrevisionen överlämnade i december 2013 granskningsrapporten Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning? (RiR 2013:20) till riksdagen. Riksrevisionen har granskat om statens ökade insatser för att främja utvecklingen av nationella kvalitetsregister skapar rätt incitament för vårdenheter att registrera och att använda uppgifter från register för kvalitetsutveckling.

På talmannens uppdrag har granskningsrapporten överlämnats till regeringen, som ska lämna en skrivelse till riksdagen senast den 11 april 2014.

Myndigheten för vårdanalys redovisade den 12 september 2013 utvärderingsplanen Satsningen på Nationella Kvalitetsregister – Förslag på utvärderingsplan 2013–2017 (rapport 2013:6).

Myndigheten för vårdanalys har fått i uppdrag att utvärdera statens och SKL:s satsning på de nationella kvalitetsregistren (S2013/7023/FS). En delrapport ska redovisas senast den 1 december 2014 och en samlad slutrapport senast den 1 december 2017.

Patientsäkerhet

I budgetpropositionen för 2014 (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 s. 54, 65 f. och 68) anför regeringen följande:

Regeringens omfattande satsning på patientsäkerhet under perioden 2011–2014 har hittills varit framgångsrik och lett till ett ökat fokus på patientsäkerhetsarbetet på både nationell och lokal nivå. Landstingens stigande engagemang för frågorna har varit avgörande för satsningen. Gemensamma definitioner och metoder har tagits fram liksom system för datainsamling, sammanställning och analys. Det har bidragit till att stärka patientsäkerhetsarbetet inom flera viktiga områden. Regeringens satsning avser att bidra till minskat mänskligt lidande och till sparade liv. Samtidigt kan förbättrad patientsäkerhet frigöra vårdplatser och resurser inom vården.

— — —

Regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla såväl kvaliteten i hälso- och sjukvården som tillgängligheten och valfriheten för patienten. Det handlar bl.a. om insatser för att förbättra vården för personer med långvariga eller kroniska sjukdomar, öka patientsäkerheten, förbättra vården för personer med psykisk ohälsa och om ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård, bl.a. genom vårdgarantin. Ambitionen är också att utöka patientens valmöjligheter i vården och att införa en patientlag. Sammantaget bidrar detta till regeringens övergripande prioritering att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

— — —

Patienter ska ha tillgång till en säker vård. Regeringen har under mandatperioden initierat ett genomgripande reformarbete med särskilt fokus på patientsäkerhet (avsnitt 4.8.1). Regeringen avser att under 2014 fortsätta på den inslagna vägen med ett arbete som kännetecknas av kontinuitet och successiv ambitionshöjning.

Patientsäkerhetslagen (2010:659), som trädde i kraft den 1 januari 2011, är en viktig grund för regeringens insatser på patientsäkerhetsområdet. Lagen stärker patientens ställning i patientsäkerhetsarbetet och slår fast att vården är skyldig att förebygga vårdskador. I budgetpropositionen för 2011 föreslogs en särskild satsning på patientsäkerhet under 2011–2014 på totalt ca 2,5 miljarder kronor.

Regeringen anser att utmaningar kvarstår och att förbättringsarbetet på patientsäkerhetsområdet även fortsättningsvis måste bedrivas långsiktigt och systematiskt. De framsteg som levereras inom ramen för patientsäkerhetssatsningen behöver tas om hand inom ramen för ordinarie strukturer.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som bildades den 1 januari 2013, har till huvuduppgift att granska om befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Riksrevisionen har inlett en granskning för att undersöka om statens insatser för att patienten ska möta en säker vård är effektiva och om insatser görs när det har uppstått skador (www.riksrevisionen.se). Granskningen har inletts med en förstudie. Om Riksrevisionen beslutar att gå vidare med granskningen beräknas en rapport vara klar i slutet av 2014.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att dels redovisa en årlig lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet senast den 15 april 2014 respektive senast den 15 april 2015, dels ansvara för den samlade uppföljningen av överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för 2014 (dnr S2013/8790/FS), i enlighet med ett tidigare regeringsbeslut (dnr S2010/9220/FS) om uppgifter inom patientsäkerhetsområdet. I detta avseende ska Socialstyrelsen sammanställa en samlad bedömning av uppfyllandet av samtliga krav och indikatorer i överenskommelsen, efter landstingens genomförande.

Utskottets ställningstagande

När det gäller nationella kvalitetsregister konstaterar utskottet att staten och SKL har ingått en överenskommelse om utveckling av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Syftet med överenskommelsen är att utveckla nationella kvalitetsregister så att deras potential för vårdens utveckling realiseras. Parterna i överenskommelsen avsätter årligen 320 000 000 kronor fram t.o.m. 2016. Utskottet ser positivt på överenskommelsen och noterar att finansieringen ska användas till att ge kvalitetsregister och registerhållare ökade resurser för ökad kompetens, tid för utveckling av kvalitetsregistren och för att arbeta med att förbättra datakvaliteten. Myndigheten för vårdanalys har regeringens uppdrag att utvärdera satsningen och ska delredovisa i december 2014 och slutredovisa i december 2017.

Med anledning av Riksrevisionens rapport Satsningen på Nationella Kvalitetsregister ska regeringen senast den 11 april 2014 lämna en skrivelse till riksdagen.

Utskottet konstaterar således att ett omfattande arbete på området pågår och anser därför att riksdagen inte bör ta något initiativ. Motion 2013/14: So657 (S) yrkande 7 avstyrks.

På området patientsäkerhet konstaterar utskottet att regeringen under senare år gjort omfattande satsningar och att regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla såväl kvaliteten i hälso- och sjukvården som tillgängligheten och valfriheten för patienten.

Det är enligt utskottets mening en viktig utgångspunkt att patienten ska ha tillgång till en säker vård. Därför välkomnar utskottet regeringens avsikt att under 2014 fortsätta på den inslagna vägen med ett arbete som kännetecknas av kontinuitet och successiv ambitionshöjning. Patientsäkerhetslagen (2010:659) är en viktig grund för detta arbete.

Flera myndigheter arbetar på regeringens uppdrag med frågor om patientsäkerhet. Dessa arbeten pågår. Därför anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ med anledning av en motion om systematiska riskanalyser. Motion 2013/14:So348 (MP) yrkande 22 avstyrks.

Slutligen när det gäller ett motionsyrkande om ändring av patientsäkerhetslagen i syfte att hälso- och sjukvårdspersonal inte ska vara skyldig att lämna uppgifter om papperslösa till polis och åklagare konstaterar utskottet att frågan för knappt ett år sedan behandlades och avstyrktes av utskottet (bet. 2012/13:SoU20). Utskottet anser inte att det finns skäl att nu göra någon annan bedömning. Motion 2013/14:So235 (V) yrkande 2 avstyrks.

Patientdatalagen och it i vården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om hälsojournaler som ska följa barnet från bvc till skolhälsovården, journalanteckningar på engelska, översyn av patientdatalagen och medicinska id-brickor. Jämför reservation 16 (MP).

Motionerna

I kommittémotion 2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 12 begärs ett tillkännagivande om hälsojournaler som följer barnet. Motionärerna anför att för att få en förbättrad helhetssyn är det angeläget att skolhälsovården känner till både psykisk, psykosocial och fysisk utveckling, men även det bredare hälsoperspektivet. Därför bör journaler som görs på bvc kunna följa med barnet till elevhälsovården när barnet börjar skolan.

I motion 2013/14:So416 av Christina Zedell (S) begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör låta utreda frågan om hur byråkratin kring turisternas vårdbehov skulle kunna underlättas. Motionären anför att det är svårt att bedöma hur omfattande problemen är med exempelvis journalföringen, men att det inte vore orimligt att journalanteckningar för turister skulle kunna föras på engelska.

I motion 2013/14:So595 av Johan Hultberg (M) begärs ett tillkännagivande om att överväga att se över patientdatalagen och Socialstyrelsens riktlinjer för tillgång till patientjournaler.

I motion 2013/14:So500 av Olle Thorell (S) begärs ett tillkännagivande om att införa ett enhetligt system för medicinska id-brickor till allmänheten. Motionären anför att det bör prövas om Socialstyrelsen och landstingen ska ta fram ett förslag på en nationell medicinsk id-bricka som varje person skulle kunna bära på sig.

Gällande rätt

Patientdatalagen

Patientdatalagen (2008:355) tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) kompletterar patientdatalagens bestämmelser.

I 5 kap. 1 § erinras om att bestämmelser om rätten att ta del av handlingar och uppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården finns i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Offentlighets- och sekretesslagen

I 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), nedan kallad OSL, finns bestämmelser om sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser hälso- och sjukvård. Enligt 25 kap. 1 § gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Till hälso- och sjukvård hör också den förebyggande medicinska hälsovården, t.ex. den som bedrivs vid mödra- och barnavårdscentraler. En sekretessbelagd uppgift hos en myndighet får inte röjas för enskilda eller andra myndigheter om inte annat anges i OSL. Sekretessbrytande bestämmelser finns i 25 kap. 11–14 §§. Enligt dessa bestämmelser hindrar inte sekretessen enligt 25 kap. 1 § att en uppgift lämnas i vissa fall.

Av 25 kap. 13 a § framgår att sekretessen enligt 1 § inte hindrar att en uppgift om en enskild lämnas från sådan elevhälsa som avser medicinsk insats till annan elevhälsa eller särskild elevstödjande verksamhet i övrigt inom samma myndighet, om det krävs att uppgiften lämnas för att en elev ska få nödvändigt stöd.

Sekretess till skydd för enskild hindrar inte att en uppgift lämnas till en enskild eller en annan myndighet, om den enskilde samtycker till det (10 kap. 1 §). Sekretess hindrar heller inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (10 kap. 28 §).

Sveriges Kommuner och Landstings cirkulär om hantering av barn- och skolhälsovårdsjournaler

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram cirkuläret Hantering av barn- och skolhälsovårdsjournaler (cirkulär 09:44), som bl.a. tar sikte på överföringen av uppgifter från bvc till skolhälsovården. I cirkulä-

ret finns en genomgång av hur bvc-journaler i pappersformat eller elektroniskt format kan överföras beroende av om det är offentlig eller privat bvc respektive skolhälsovård.

Barnhälsodataprojektet, initierat av SKL, arbetar med att åstadkomma en nationellt överenskommen grund för elektronisk journalföring inom barn- och skolhälsovården. Journaluppgifter som noteras på bvc ska på ett säkert sätt kunna följa barnet under uppväxten och göras tillgängliga för skolhälsovården då barnet börjar skolan.

Den nationellt överenskomna modellen ska därför ange vilken information om varje barn som elektroniskt ska registreras. Den ska även ange hur informationen ska registreras så att den elektroniskt kan lagras, bearbetas och utbytas såväl inom som mellan huvudmännens verksamheter samt vilken information som ska kunna utbytas med andra register och databaser på lokal, regional och nationell nivå.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade och avslog senast motionsyrkanden med anknytning till patientdatalagen i sitt av riksdagen godkända betänkande 2010/11: SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor (riksdagens prot. 2010/11:84). Utskottet anförde bl.a. följande (bet. s. 45 1 res. S+MP+V):

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

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

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

Aktuellt

Patientmaktsutredningen

Patientmaktsutredningen har haft i uppdrag att undersöka hur patientens tillgång till sin journal via nätet kan påskyndas och underlättas samt om det finns behov av att ytterligare stärka patientens kontroll över den egna journalen. Utredningen har också undersökt förutsättningarna för att patienten på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren. Utredningen presenterade sitt slutbetänkande Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44) i juni 2013. Utredningen har sedan tidigare lämnat bl.a. promemorian Patientens tillgång till sin journal (2012-06-30).

Utredningen om rätt information i vård och omsorg

Utredningen om rätt information i vård och omsorg har i uppdrag att lämna förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (S 2011:13). Utredningen har hittills överlämnat delbetänkandena Bättre behörighetskontroll (SOU 2012:42) och Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45). Huvudbetänkandet ska redovisas senast den 30 april 2014. Enligt uppgift från Socialdepartementet kommer slutbetänkandet att ta upp frågor om tillgång till information inom och mellan vårdgivare.

Utredningen har tagit fram ytterligare ett antal dokument, bl.a. promemorian Att ta del av patientuppgifter i system för sammanhållen journalföring samt Frågor och svar. Utredningen anför på sin webbplats bl.a. följande (<http://www.sou.gov.se/sb/d/18347>):

I den del av uppdraget som handlar om att identifiera nödvändiga förutsättningar för en ändamålsenlig och mer sammanhållen informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten fick utredningen genom tilläggsdirektiv den 2 maj 2013 (dir. 2013:43) i uppdrag att i en delredovisning beskriva de möjligheter som befintlig lagstiftning ger för att kunna utbyta uppgifter där så anses nödvändigt. Istället för en traditionell och mer teoretisk genomgång av gällande lagstiftning har utredningen valt att utforma delredovisningen som ett praktiskt verktyg anpassat för en verksamhetsnära nivå. Förhoppningen är att delredovisningen kan bidra till att de som är verksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst får en ökad kunskap om hur personuppgifter kan användas och hanteras i syfte att bidra till god vård och omsorg.

Delredovisningen består framför allt av en omfattande powerpointpresentation med omkring 80 frågor och svar om informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För varje frågeställning finns ett mer utförligt resonemang i dokumentets anteckningssidor. Läsaren rekommenderas alltid att ta del av dessa anteckningssidor för ett korrekt och mer nyanserat svar på respektive fråga. Svaren på frågorna tar endast hänsyn till de övergripande rättsliga aspek-

terna. Enskilda yrkesutövares faktiska möjligheter att använda och utbyta uppgifter är även beroende av den egna verksamhetens administrativa regelverk samt organisatoriska och tekniska förutsättningar.

Materialet med frågor och svar är fritt för var och en att använda och anpassa efter de behov och förutsättningar som finns i den egna verksamheten. Utredningen betraktar därför denna del av delredovisningen som ett råmaterial som kan förädlas och vidareutvecklas för att på ett ändamålsenligt sätt användas i samband med utbildning av personal, vid framtagandet av IT-stöd och när verksamhetsnära riktlinjer för informationshanteringen utformas m.m.

Materialet speglar utredningens bedömning av gällande rätt den 31 december 2013 och är framtaget av utredningen tillsammans med utredningens expertgrupp där bl.a. myndigheter och organisationer som Datainspektionen, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, Statens medicinsk-etiska råd, Famna och Vårdföretagarna finns representerade.

Socialstyrelsens projekt Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso och sjukvården för de mest sjuka äldre

Socialstyrelsens rapport Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id (artikelnr 2013-10-2) är en del av Socialstyrelsens uppdrag att utreda och beskriva förutsättningarna för ett särskilt vårdprocess-id respektive omsorgsprocess-id för de mest sjuka äldre. Arbetet har utgått från den nationella informationsstrukturen. Rapporten vänder sig till personer som arbetar med processer som spänner över flera vårdgivare och huvudmän.

E-hälsomyndighetens upphandling av ett hälsokonto – Hälsa För Mig

När det gäller Patientmaktsutredningens promemoria Patientens tillgång till sin journal (2012-06-30) pågår inom E-hälsomyndigheten upphandling av ett s.k. hälsokonto.

Utskottets ställningstagande

På området barn- och skolhälsovårdsjournaler har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram ett cirkulär (09:44), som bl.a. tar sikte på överföringen av uppgifter från bvc till skolhälsovården. Dessutom arbetar Barnhälsodataprojektet, som är initierat av SKL, med att åstadkomma en nationellt överenskommen grund för elektronisk journalföring inom barn- och skolhälsovården.

Motion 2013/14:So664 (MP) yrkande 12 får därmed anses i huvudsak tillgodosedd. Motionen avstyrks.

När det gäller ett motionsyrkande om att införa ett enhetligt system för medicinska id-brickor till allmänheten konstaterar utskottet att Socialstyrelsen för närvarande arbetar med projektet Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvården för de mest sjuka äldre. Härutöver konstaterar utskottet att Utredningen om rätt information i vård och

omsorg inom kort kommer att redovisa sitt slutbetänkande, som enligt uppgift kommer att ta upp frågor om tillgång till information inom och mellan vårdgivare.

Utskottet anser att riksdagen inte bör föregripa detta arbete. Motion 2013/14:So500 (S) avstyrks.

Mot bakgrund av det omfattande arbete som pågår när det gäller tillgång till uppgifter i patientjournaler och närliggande frågor anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:416 (S) och 2013/14:So595 (M). Motionerna avstyrks.

Jämlik sjukvård

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om jämlik vård.

Jämför reservationerna 17 (MP) och 18 (V).

Motionerna

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om vård på lika villkor för hbtq-personer. Motionärerna understryker vikten av att hbtq-personer kan garanteras vård på lika villkor över hela landet.

I kommittémotion 2013/14:So594 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 17 (i denna del) begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga äldre hbtq-personers situation inom hälso- och sjukvården.

I motion 2013/14:So654 av Eva Lohman (M) i denna del begärs ett tillkännagivande om att se över behovet av hbt-certifieringar av offentligt finansierad vård.

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning.

I motion 2013/14:So450 av Anne Marie Brodén (M) begärs ett tillkännagivande om att förbättra kvinnors livsvillkor genom en mer jämlik hälso- och sjukvård.

I motion 2013/14:So626 av Finn Bengtsson och Betty Malmberg (båda M) begärs ett tillkännagivande om att överväga en översyn av bättre möjligheter till lika vård för alla.

I motion 2013/14:So635 av Penilla Gunther (KD) begärs ett tillkännagivande om att nya läkemedel och nya medicinska tekniska hjälpmedel ska komma patienter till godo över hela landet.

Bakgrund

I Strategin för en god och mer jämlik vård 2012–2016 presenterar regeringen sitt samlade arbete för ökad jämlikhet i vården.

Strategin handlar om att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården. Särskild vikt läggs vid skillnader i hälso- och sjukvården när det gäller bemötande vid vård och behandling av olika grupper i befolkningen.

I strategin presenterar regeringen sin värdegrund. Vidare slås fem fokusområden för genomförandet och arbetet för ökad jämlikhet i vården fast:

- synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat
- system, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda
- strategier och åtgärder inom särskilda områden
- stöd och stimulans till utveckling i vården
- samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter.

Av budgetpropositionen för 2014 (s. 56) framgår att regeringen bedömer att arbetet för att komma till rätta med omotiverade skillnader i vården stärks med strategin.

Tidigare behandling

Motioner om jämställdhetsperspektiv i hälso- och sjukvården behandlades förenklat och avslogs av utskottet i betänkandena 2011/12:SoU14 Hälso- och sjukvårdsfrågor samt tandvårdsfrågor och 2012/13:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor. Dessförinnan behandlade utskottet motioner på detta område i sitt av riksdagen godkända betänkande 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor (riksdagens prot. 2010/11:84). Utskottet avlog motionerna och anförde följande (s. 49 f., 2 res. S+V resp. MP):

Målet för hälso- och sjukvården är att alla ska ha tillgång till en god hälso- och sjukvård på lika villkor och efter behov. Tillgängligheten ska vara god för både kvinnor och män, och för både utrikes födda och inrikes födda, oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar.

En tillgänglig och behovsanpassad vård förutsätter ökat fokus på kvinnors och mäns skilda behov och villkor. Genom Socialstyrelsens redovisning och analys av könsskillnader inom hälso- och sjukvården har förutsättningarna förbättrats för att kunna vidta de åtgärder som behövs för att ett jämställdhetsperspektiv verkligen ska genomsyra hälso- och sjukvården.

Ett bättre kunskapsunderlag och fortsatt uppmärksamhet är viktigt för att nå ännu bättre resultat.

Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har lyft fram jämställdhet och jämlikhet som den största utmaningen för vården samt har regeringens mandat att intensifiera arbetet med uppföljning av jämställdhet och jämlikhet inom ramen för God Vård-konceptet. Vidare ser utskottet

positivt på det arbete som pågår inom Sveriges Kommuner och Lands-
ting för att integrera ett jämställdhetsperspektiv i allt beslutsfattande
inom hälso- och sjukvården.

Skillnader kvarstår vad gäller bl.a. behandlingsmetoder, läkemedel,
diagnostik och forskning. Utskottet välkomnar därför de insatser som
pågår för att förbättra jämställdheten på vårdens område, och förutsät-
ter att alla berörda aktivt arbetar vidare med dessa frågor. Mot denna
bakgrund anser utskottet att riksdagen inte behöver ta något initiativ
med anledning av motionerna [...]. Motionerna avstyrks i den mån de
inte kan anses vara tillgodosedda.

Interpellationssvar

Statsrådet Göran Hägglund besvarade den 25 juni 2013 en interpellation
(ip. 2012/13:472) från Eva-Lena Jansson (S) om hälso- och sjukvårdspoliti-
ken och anförde följande (prot. 2012/13:128, 5 § anf. 1 f.):

Herr talman! Eva-Lena Jansson har frågat mig om jag avser att vidta
några åtgärder med anledning av de synpunkter som lyfts fram i Sve-
riges Kvinnolobbys rapport.

Jämställdhetsintegrering är sedan tidigt 1990-tal ett av regeringens
viktigaste redskap för att nå de jämställdhetspolitiska målen. I mars
2012 antogs en strategi som anger hur arbetet med jämställdhetsintegre-
ring inom Regeringskansliet ska bedrivas och följas upp på ett systema-
tiskt sätt under åren 2012–2015.

Statistiska centralbyrån följer på regeringens uppdrag årligen upp
hur väl regeringen lever upp till sin egen strategi och åtaganden avse-
ende jämställdhetsintegrering. I budgetpropositionen för 2013 var 42
procent av tabellerna och diagrammen könsuppdelade och analyserade
efter kön, vilket visar att det finns en förbättringspotential. Samtidigt
ska det framhållas att i finansplanen och dess bilagor var hela 81 pro-
cent av tabellerna och diagrammen könsuppdelade samt kommenterade
eller analyserade efter kön.

Jag håller inte med Eva-Lena Jansson om att det saknas kunskap
eller vilja att arbeta för att jämställdhetsintegrera hälso- och sjukvård
och social omsorg. Det finns många exempel på hur jämställdhetsper-
spektivet genomsyrar politiska prioriteringar och beslut inom området.
Dessa beslut och prioriteringar leder till konkreta åtgärder, vilka syftar
till att skapa jämställdhet mellan kvinnor och män, pojkar och flickor.

Jag kan bland annat lyfta fram Öppna jämförelser, som är en viktig
drivkraft för förbättringsarbetet inom vård och omsorg. All statistik i
Öppna jämförelser har sedan lång tid varit uppdelad på män respektive
kvinnor.

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut granskar och analyserar
omotiverade skillnader inom hälso- och sjukvård och folkhälsa, till
exempel mellan kvinnor och män, samt ger förslag på fortsatta analy-
ser och åtgärder.

Regeringen stöder också utvecklingsarbetet inom Sveriges Kommu-
ner och Landsting, SKL, om hållbar jämställdhet, som syftar till att
skapa jämställda välfärdstjänster inom hälso- och sjukvård, äldreom-
sorg och skola samt kultur och fritid. I SKL:s arbete har jämställdhet
blivit en del av det ordinarie arbetet och är inte beroende av särskilda
satsningar.

I december 2012 antog regeringen *Strategi för en god och mer jäm-
lik vård 2012–2016*. Strategin syftar till att komma till rätta med
omotiverade skillnader mellan olika grupper i hälso- och sjukvården. I

strategin finns genomgripande analyser av skillnader i vård, till exempel mellan kvinnor och män. Som ett led i strategin har Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om värdigt och professionellt bemötande och agerande i vården, oavsett patientens bakomliggande faktorer, såsom kön och socioekonomisk status.

— — —

Sammanfattningsvis arbetar Socialdepartementet aktivt för att ständigt utveckla och integrera jämställdhetsperspektivet i våra beslutsprocesser.

— — —

Eva-Lena Jansson skulle vilja höra mig säga att vi prioriterar detta. Hela regeringens politik prioriterar detta område. Detta är av utomordentligt stor betydelse. Vi gör, som sagt, mycket tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting genom att mäta och jämföra för att få ett underlag när det handlar om att åskådliggöra skillnader och för att kunna ta itu med dem. Jag nämnde en rad andra åtgärder här.

Självklart kommer vi att fortsätta följa detta mycket noga. Vi kommer att ta del av aktuell forskning och sådant som kan bidra till att vi ska kunna hitta vägar för att skjuta på, förstärka och förbättra detta. Regeringens ansträngningar på detta område kommer inte att avta, utan detta är enormt betydelsefullt. Det ska inte förekomma skillnader vid behandling av människor beroende på om de är män eller kvinnor, beroende på socioekonomisk bakgrund eller beroende på om de har svensk eller utländsk bakgrund. Alla människor har rätt till en likvärdig vård. Detta är någonting som vi kommer att fortsätta arbeta hårt med.

Vilka ytterligare åtgärder som kan vidtas längre fram tänker jag inte stå och spekulera om i dag. Men jag är fast besluten att fortsätta detta arbete för att man ska leva upp till de principer och den lagstiftning som jag tror att vi är överens om här i kammaren.

Aktuellt

I december 2013 godkände regeringen en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om fortsatta insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård 2014 (S2013/8792/FS). Överenskommelsen omfattar ett fortsatt genomförande av Lärandeprojektet Vård på lika villkor. Projektet är ett pilotarbete med första linjens hälso- och sjukvård för att identifiera effektiva och innovativa sätt att öka jämlikheten i vården. Nio verksamheter deltar i utvecklingsarbetet som leds av SKL. Projektet startade i samband med den första överenskommelsen om en mer jämlik vård 2011, som även omfattade flera andra insatser som t.ex. stöd till landstingsvisa analyser av öppna jämförelser och stärkt kunskapsstyrning. En slutredovisning av projektet ska ske senast den 31 maj 2014.

Av budgetpropositionen för 2014 (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 s. 57) framgår att regeringen bedömer att de resultat som nås i projektet kan spridas och få betydelse för att nå en mer jämlik vård inom första linjens vård i resurssvaga områden i landet. Vidare framgår följande (s. 34):

I regeringens strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016 beskrivs att det finns stora utmaningar inom områdena cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruksvård samt tandvård. För samtliga dessa vårdområden finns nationella riktlinjer.

Enligt Socialstyrelsen visar utvärderingar generellt på förbättrade och i många fall goda resultat i vården där nationella riktlinjer används. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över de nationella riktlinjerna för dessa områden ur ett jämlikhetsperspektiv och vid behov uppdatera dessa. Uppdraget ska redovisas i oktober 2014. Regeringens bedömning är att ett stärkt perspektiv på jämlik vård i de nationella riktlinjerna kan få goda effekter när det gäller att minska ojämlikhet i vården inom dessa vårdområden.

När det gäller regeringens fortsatta arbete för en jämlik vård anfördes följande i budgetpropositionen för 2014 (s. 69):

Regeringen har presenterat en samlad strategi för en jämlik vård. En jämlik vård är en vård som erbjuder alla invånare god kvalitet, hög tillgänglighet och möjlighet till delaktighet och inflytande, oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och ålder och oavsett bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och i möjligaste mån önskemål.

Regeringens inriktning för en mer jämlik vård är fortsatt genomförande av Strategin för en god och mer jämlik vård 2012–2016. Strategin syftar till att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården. För att vidareutveckla detta arbete krävs fortsatta insatser som t.ex. fortsatt utveckling av kvalitetsregister och öppna jämförelser. Även befolkningsundersökningar och uppföljningen av invånares och patienters erfarenheter och syn på vården, bl.a. genom den nationella patientenkäten, är en viktig del i arbetet med ökad kunskap om vården.

Utbildningspaketet för vårdpersonal avseende bemötandaspekter ska testas och utvärderas och de nationella riktlinjerna utvecklas så att de i ökad utsträckning tar sin utgångspunkt i ett jämlikhetsperspektiv.

Överenskommelsen om fortsatta insatser för en god och mer jämlik vård uppmärksammar utveckling av metoder och strategier för att uppnå en mer jämlik vård i första linjens vård med fokus på resurs-svaga områden. Överenskommelsen avslutas under 2014 och resultaten av arbetet kommer att spridas bl.a. genom en nationell konferens om jämlik vård i mars 2014.

— — —

Regeringen (Socialdepartementet) avser vidare att fortsätta dialogen och samverkan med hälso- och sjukvårdens aktörer och företrädare för olika patientgrupper om utmaningar i arbetet för en jämlik vård.

Andra exempel på insatser för en mer jämlik vård är regeringens arbete med att stärka beslutsoförmögna personers ställning, förbättra situationen för personer med sällsynta diagnoser samt förbättra vård och behandling för bl.a. transsexuella.

— — —

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att stärka kunskapsstödet för vård och behandling av bl.a. transsexuella samt initiera och samordna ett myndighetsövergripande samarbete i syfte att minska den administrativa bördan för en person som ändrat könstillhörighet. Uppdraget ska slutredovisas i december 2014.

Myndigheten för vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys ur ett patientperspektiv av de skillnader i vård, behandling och bemötande som Socialstyrelsen redovisat i sin rapport Ojämna

villkor för hälsa och vård och som beskrivs i regeringens strategi för jämlik vård enligt ett regeringsbeslut från den 18 december 2012 (S2013/9047/SAM [delvis]). Uppdraget ska slutredovisas senast den 20 oktober 2014.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvård, inklusive jämlik vård och läkemedelsbehandlingar. I december 2013 presenterade myndigheten rapporten Öppna jämförelser – Jämlik vård 2013. Av sammanfattningen till rapporten framgår följande:

Rapporten är den första öppna jämförelsen av jämlik vård. Totalt redovisas 19 indikatorer varav alla, utom en, tidigare har publicerats i Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. I denna rapport kompletteras de tidigare redovisade landstingsjämförelserna med nationella trender och variationer mellan landstingen över tid samt med en redovisning av resultaten fördelat på utbildningsnivåer i befolkningen. Indikatorerna är uppdelade på områdena dödlighet, undvikbar slutenvård och återinskrivning, läkemedelsbehandling samt patienterfarenheter. För att underlätta tolkningen av resultaten presenteras även ett antal mått som avser att ge en bild av landstingens förutsättningar att kunna ge en jämlik vård. Avsnittet är uppdelat på fyra områden: socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanerrelaterade faktorer, behov av hälso- och sjukvård samt resurser för hälso- och sjukvård.

I de indikatorer som redovisas framkommer att det finns skillnader mellan utbildningsnivåer när det gäller de flesta resultat för dödlighet och återinskrivningar. Lägre utbildningsnivå innebär en högre dödlighet. När det gäller läkemedelsbehandlingar är resultaten inte lika tydliga. Undantaget är regelbunden behandling med lugnande medel och sömnmedel där lågutbildade kvinnor har en avsevärt högre användning än andra grupper. När det gäller information, bemötande och delaktighet tycks åldern spela en större roll för resultatet än utbildningsnivån. Inom landstingen finns olika förutsättningar vad gäller exempelvis socioekonomi, sjuklighet, personaltillgång och vårdplatser. Detta kan påverka utfallen i jämförelserna och finns därför med i rapporten som stöd till tolkningen.

Rapportserien öppna jämförelser sträcker sig till att redovisa skillnader, inte analysera skälen till skillnaderna. En bedömning av om de redovisade skillnaderna beror på om vården har getts på ett ojämlikt sätt kräver en djupare kunskap om behoven. Socialstyrelsen kommer under de nästkommande åren utveckla rapporteringen om jämlik vård.

När det gäller öppna jämförelser och jämlik vård bedömer regeringen i budgetpropositionen för 2014 (s. 49) att den pågående utvecklingen av indikatorer för jämlik vård tillsammans med de analyser som genomförs ger en god grund och drivkraft för ökad jämlikhet inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har också fått i uppdrag av regeringen att analysera och utveckla nationella riktlinjer utifrån ett jämlikvårdsperspektiv (S2013/4702/SAM).

En samlad hbt-strategi

I januari 2014 antog regeringen En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Av sammanfattningen till strategin framgår följande:

Arbetet i Sverige med att säkerställa lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck har skett och sker genom en rad insatser inom olika delar av samhället. Homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer) drabbas alltjämt av diskriminering och andra kränkningar i det svenska samhället. Detta är oacceptabelt och arbetet för lika rättigheter och möjligheter för hbt-personer behöver därför stärkas.

Regeringen bedömer att det krävs en samlad strategi med långsiktiga insatser för att främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Det är första gången en svensk regering antar en samlad strategi i syfte att främja hbt-personers lika rättigheter och möjligheter inom olika områden.

Strategin ger en översiktlig bild av situationen för hbt-personer i Sverige i dag och insatser som vidtagits för att främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Genom strategin ges arbetet en mer samlad och långsiktig form genom att det placeras inom ramen för en sammanhållen struktur. Denna struktur består av ett antal fokusområden och strategiska myndigheter. De fokusområden som ingår i strategin bedöms vara av central betydelse för hbt-personers lika rättigheter och möjligheter. För varje område finns en av regeringen uttalad ambition som utgår från de av regering och riksdag redan beslutade målen för respektive politikområde. För vissa fokusområden identifieras strategiska myndigheter som därigenom ges en viktig roll för strategins genomförande.

De fokusområden som strategin omfattar är:

- våld, diskriminering och andra kränkningar
- unga hbt-personer
- hälsa, vård och sociala tjänster
- privat- och familjeliv
- kulturområdet
- civila samhället

I strategin aviseras också uppdrag till myndigheter samt förstärkta insatser i syfte att höja medvetenheten och kunskapen avseende frågor som berör hbt-personers levnadssituation.

Regeringen kommer att under 2014–2016 avsätta drygt 6 miljoner kronor till utbildningsinsatser som syftar till att öka hbt-kompetensen inom den offentliga sektorn.

Utskottets ställningstagande

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bl.a. personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

I Strategin för en god och mer jämlik vård 2012–2016 redogör regeringen för sitt samlade arbete för ökad jämlikhet i vården. Strategin handlar om att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade

skillnader i resultat och bemötande inom vården. Utskottet bedömer att arbetet för att komma till rätta med omotiverade skillnader i vården stärks med strategin.

När det gäller fortsatta insatser för att främja en mer jämlik vård konstaterar utskottet att regeringen förutom överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatt genomförande och slutförande av Lärandeprojektet Vård på lika villkor under 2014 har gett både Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys olika uppdrag på området jämlik hälsa. I detta sammanhang vill utskottet särskilt lyfta fram Socialstyrelsens uppdrag att utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvård, inklusive jämlik vård. Utskottet noterar att detta uppdrag nu resulterat i rapporten Öppna jämförelser – jämlik vård 2013, som för första gången tagits fram.

Sammantaget ser utskottet positivt på regeringens olika satsningar för en mer jämlik vård.

Mot denna bakgrund anser utskottet att riksdagen inte behöver ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:So400 yrkande 4, 2013/14:So450 (M), 2013/14:So626 (M) och 2013/14:So635 (KD). Motionerna avstyrks.

När det häfter gäller olika motionsyrkanden om vård på lika villkor för hbtq-personer välkomnar utskottet den samlade hbt-strategi som regeringen antog i januari 2014. Det är den första samlade strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Syftet med hbt-strategin är att stärka arbetet för hbt-personers situation i Sverige. Genom strategin läggs grunden för ett långsiktigt och resultatinkänt arbete. Utskottet konstaterar att ett av de fokusområden som strategin omfattar är hälsa, vård och sociala tjänster.

Utskottet anser att motionerna 2013/14:So400 yrkande 5, 2013/14:So654 (M) i denna del och 2013/14:So594 (V) yrkande 17 i denna del genom strategin och de uppdrag som aviserats på området får anses i huvudsak tillgodosedda och avstyrks.

Insatser inom området psykisk ohälsa

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om bl.a. insatser mot psykisk ohälsa, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, vård och behandling av personer med självskadebeteende samt händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök.

Jämför reservationerna 19 (MP), 20 (V), 21 (MP), 22 (V), 23 (MP, V), 24 (SD), 25 (MP) och 26 (V) samt särskilt yttrande 4 (S).

Motionerna

Insatser mot psykisk ohälsa

I kommittémotion 2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om en fungerande första linjens psykiatri. Motionärerna anför att första linjen ska kunna identifiera olika former av problematik, göra basala utredningar av lätt till medelsvår psykisk ohälsa och behandla lindrigare former och tillstånd av psykisk ohälsa. I yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om möjligheten till akuta krissamtal. Motionärerna poängterar att det är viktigt att första linjen inte släpper kontakten med en ung människa som mår dåligt innan hen fått kontakt med den specialiserade nivån. I yrkande 10 begärs ett tillkännagivande om regelbundna uppföljningar av den psykiska och psykosociala hälsan hos eleverna. I yrkande 15 begärs ett tillkännagivande om att göra det möjligt för unga under 18 år att få stödsamtal eller terapeutisk kontakt utan föräldrars tillstånd. I yrkande 16 begärs ett tillkännagivande om bättre omhändertagande och brukarstöd och i yrkande 17 begärs ett tillkännagivande om att det är möjligt att byta kontaktperson, läkare eller behandlare. I yrkande 22 begärs ett tillkännagivande om möjlighet att välja enhet för slutenvård. I yrkande 23 ett tillkännagivande om mottagningar för unga vuxna. Enligt motionärerna finns det ofta skarpa gränser mellan barn och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Motionärerna anför att det är viktigt med mottagningar för unga vuxna, gärna upp till 25 år. I yrkande 30 begärs ett tillkännagivande om en framtidskommission gällande psykisk ohälsa. I yrkande 31 begärs att den nationella kampanjen Hjärnkoll kompletteras med ett uppdrag om kunskap och attityder när det gäller barns och ungas psykiska ohälsa. Slutligen begärs i yrkande 32 ett tillkännagivande om en permanent, statligt stödd struktur för implementerings- och utvecklingsarbete lokalt för främjande av barns och ungas psykiska hälsa.

I motion 2013/14:So233 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att landsting och kommuner bör utveckla rutiner för uppföljning av insatser mot psykisk ohälsa för att kartlägga vilka behandlingsmetoder och insatser som ger bäst resultat. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att tydliggöra kommuners och landstings ansvar för att samordna stöd och kontakter för individer med psykisk ohälsa. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att utreda förslag om "familjeombud" som kan fungera som familjens samordnande kontaktperson gentemot myndigheter, vården och skolan och som kan koordinera processen. Enligt motionärerna finns det behov av att undersöka vilka typer av stöd som skulle kunna ges till patienten och dess anhöriga eller närstående för att underlätta en fungerande vardag.

Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning

I kommittémotion 2011/12:So568 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 11 begärs ett tillkännagivande om att satsningen på att kommunerna ska upphandla sysselsättningsplatser bör riktas om. Motionärerna anför att det direkta stödet till ideella föreningar och sociala kooperativ i stället borde utökas.

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

I motion 2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att ett strukturerat samarbete mellan kommuner och landsting angående neuropsykiatrisk funktionsnedsättning bör säkerställas.

I motion 2013/14:So339 av Agneta Luttröpp och Mats Pertoft (båda MP) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör införa en "utredningsgaranti" som säkerställer att patienterna skyndsamt får genomgå en utredning vid misstanke om adhd eller någon annan form av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att det bör tydliggöras att drogtester endast får göras i fall då misstanke om missbruk finns. Många personer neuropsykiatrisk funktionsnedsättning vittnar även om att man måste vara helt drogfri för att få göra en utredning eller utsatts för slentrianmässiga drogtester för att få läkemedelsbehandling trots att misstanke om missbruk saknas.

I motion 2013/14:So282 av Esabelle Dingizian och Agneta Luttröpp (båda MP) begärs ett tillkännagivande om en nationell handlingsplan för unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) med fokus på stöd i vardagen.

Vård och behandling av personer med självskadebeteende

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 19 begärs ett tillkännagivande om förbud mot att placera personer som inte är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar eller kliniker.

Ett liknande yrkande finns i kommittémotion 2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 20. I yrkande 19 begärs ett tillkännagivande om tillförlitlig statistik för vilka som vårdas inom rättspsykiatri och slutenvård.

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 20 begärs ett tillkännagivande om uppdrag till Socialstyrelsen om att bygga upp vården för patienter med självskadebeteende. I motion 2013/14:So429 av Monica Green (S) begärs ett tillkännagivande om bättre stöd till flickor med självskadebeteende.

Händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök

I kommittémotion 2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 27 begärs ett tillkännagivande om händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök. Motionärerna anför att kommande lagförslag om händelseanalyser vid självmord (SOU 2010:45) även bör inbegripa självmordsförsök. I yrkande 28 begärs ett tillkännagivande om att uppdra åt en myndighet att vidareutveckla förslag som minskar antalet självmord.

Gällande rätt

De allmänna bestämmelserna om den psykiatriska vårdens innehåll och utförande finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Av 3 f § HSL framgår bl.a. att landstinget tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Motsvarande bestämmelser finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Av 8 a § HSL framgår att landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Motsvarande bestämmelser finns i 5 kap. 8 a § SoL.

Bakgrund och pågående arbete m.m.

Regeringens insatser och överenskommelser

Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa

I maj 2012 beslutade regeringen om en Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO-plan, S2012.006). Handlingsplanen ska genom att lyfta fram ett antal strategiska prioriterade områden och därtill kopplade insatser utgöra en grund för regeringens arbete på området under perioden 2012–2016. Planen består av ett antal åtgärder som riktar sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa. Syftet är att genom stöd till strategiska insatser inom vård och omsorg skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete som kan ge hållbara vinster för framtiden.

Regeringens satsning på området, PRIO psykisk ohälsa, utgår från följande övergripande mål:

- En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet.
- Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning.
- Möjlighet till delaktighet och inflytande.

Två målgrupper prioriteras särskilt: barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Regeringen har pekat ut två generella insatsområden som är centrala för att åstadkomma en utveckling inom de övergripande målen i handlingsplanen. Insatserna inom dessa områden har betydelse för alla personer med psykisk ohälsa, dvs. inte enbart för de prioriterade målgrupperna. Till varje insatsområde har regeringen valt att knyta ett antal delmål för perioden 2012–2016. Insatsområdena är dels kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete, dels bemötande, delaktighet och inflytande.

Regeringen har inrättat en särskild samordningsfunktion på Socialdepartementet som ska stödja arbetet med handlingsplanen för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. SKL har inrättat en motsvarande funktion i sin organisation. Det övergripande syftet med en nationell samordning är att utifrån ett gemensamt ansvarstagande från Regeringskansliets och SKL:s sida skapa bästa möjliga förutsättningar för resursutnyttjande och fortsatt kvalitetsutveckling inom området. SKL bidrar bl.a. till samordning av genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting och skapar möjligheter för erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting. Arbetet ska ske i samverkan med organisationer som företräder patienter, brukare och närstående.

I budgetpropositionen för 2014 avsattes ca 850 miljoner kronor inom anslaget bidrag till psykiatri (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9). Satsningen på att förebygga psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa är en fortsättning och vidareutveckling av regeringens psykiatrisatsning 2007–2011.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting

I maj 2012 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om stöd till riktade insatser för att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. I december 2012 träffades en överenskommelse mellan regeringen och SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2013 (S2012/8769/FS [delvis]). Överenskommelsen syftade till att uppmuntra och stärka utvecklingsarbetet med insatser till barn och unga med psykisk ohälsa samt personer med omfattande eller komplicerad problematik. Arbetet utgick från de övergripande målsättningar som anges i regeringens PRIO-plan (se ovan). För att kunna ta del av medlen i den prestationsbaserade satsningen förväntas att

kommuner och landsting lever upp till två grundkrav. Ett av dessa är att det i länet ska finnas överenskommelser om samverkan kring barn, unga och vuxna med psykisk funktionsnedsättning. Grundkravet för 2012 var att länen skulle ha en överenskommelse om samarbete mellan kommuner och landsting. För 2013 har kravet utvecklats så att det även ställs krav på vad samverkansöverenskommelsen ska innehålla. Hög tillgänglighet till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien fortsätter att vara ett prioriterat område för regeringen och SKL, vilket framgår av prestationsmålen för barn och unga.

Socialstyrelsen har uppdraget att genomföra en bedömning av om kommuner och landsting har uppnått de uppställda två grundkraven och sju prestationsmålen. I december 2013 presenterades resultaten för 2013 (www.socialstyrelsen.se). Socialstyrelsen bedömer att samtliga landsting uppfyller båda grundkraven. Elva kommuner bedöms inte uppfylla grundkraven och kan därmed inte ta del av den prestationsbaserade ersättningen, oavsett om de uppfyller prestationsmålen eller inte. Socialstyrelsen konstaterar att det i samtliga län finns en överenskommelse om samverkan kring barn, unga och vuxna som är politiskt beslutat i landstingen och i kommunerna. Samarbetsöverenskommelse saknas i sex av landets kommuner. Samtliga landsting och de flesta kommuner (289) har en webbsida som beskriver vart barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård, stöd och hjälp. Detta innebär att samtliga landsting och 276 av landets kommuner får ta del av totalt 630 miljoner kronor i stimulansmedel för sitt utvecklingsarbete inom området psykisk ohälsa (jfr Uppdrag att utbetala medel för prestationsmål som uppnåtts inom ramen för överenskommelse om riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013, S2012/8769/FS).

I december 2013 godkände regeringen en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014 (S2013/8791/FS [delvis]). Överenskommelse gäller det tredje året i den gemensamma satsningen inom området psykisk ohälsa. Sedan den nuvarande prestationsbaserade modellen började tillämpas 2012 har prestationsmålen höjts för varje år och avsikten är att på detta sätt uppmuntra huvudmännen att stegvis arbeta med att möta patienters, brukares och anhörigas behov på angelägna områden såsom delaktighet, information och samverkan. Genom 2014 års överenskommelse tar parterna ett gemensamt ansvar för att följande steg tas mot de övergripande målen i PRIO-planen:

- Patienters, brukares och anhörigas delaktighet ökar individuellt och på organisationsnivå.
- Barn och unga och deras familjer hittar enkelt information om hjälp och stöd, och tillgängligheten till rätt stöd på rätt vårdnivå ökar.
- Fler barn, ungdomar och unga vuxna med psykisk ohälsa som har behov av insatser från flera huvudmän får samordnade och gemensamt planerade insatser.

- Patienterna i heldygnsvården upplever större delaktighet, och tvångsåtgärderna minskar.
- Kvalitetsregistrens utdata används och resulterar i viktiga framsteg som gör att fler personer med allvarliga psykiska sjukdomar får en uppföljning av sin läkemedelsbehandling av en läkare, och fler erbjuds hälsofrämjande insatser som t.ex. kostråd, rökavvänjning och andra hälsofrämjande aktiviteter.
- Kunskapen ökar om hälsofrämjande och tidiga insatser för att främja psykisk hälsa i förskola, skola, elevhälsa och barn- och ungdomshälsan. Tillgängligheten till dessa insatser ökar.
- Kunskapen ökar om att upptäcka och förebygga självskadande beteende samt om effektiv behandling för personer med självskadande beteende i skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Stödstrukturer etableras för implementering av tillgänglig och ny kunskap samt för fortsatt kunskapsutveckling och gemensamma behovsanalyser mellan förskola, skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
- Nya arbetssätt prövas och etableras av berörda myndigheter och SKL i syfte att ge gemensamt och relevant kunskapsstöd som kan användas i socialtjänst, hälso- och sjukvård, elevhälsa och i samverkan kring barn och unga och personer som på grund av psykisk ohälsa behöver stöd av flera aktörer.
- Användbara system för rapportering av data utvecklas av myndigheterna och huvudmännen med målet att det ska finnas verktyg och arbetssätt som stöder ett kontinuerligt verksamhetsnära utvecklingsarbete och samtidigt ger de nationella data som behövs för att följa och styra utvecklingen.

Hög tillgänglighet till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien är ett prioriterat område för staten och SKL. Parterna har redan genom en tidigare överenskommelse enats om en långsiktig satsning för att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Förra årets prestationsmål ska kvarstå för att vidmakthålla de resultat som landstingen uppnått genom denna satsning. Ett nytt krav 2014 är att landstingen för att få del av medlen ska genomföra mätningar av tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Parterna är överens om att kravet när det gäller arbetet med första linjen blir att alla landsting mäter väntetiderna från första kontakt till första besök i första linjen för minst en enhet.

Ett av delmålen i regeringens PRIO-satsning är att skapa förutsättningar för att minska förekomsten av självskadebeteende. För att stärka värden och skapa förutsättningar för en god och jämlik vård vid självskadeproblematik har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan 2011 en överenskommelse om en struktur för att öka kunskapen lokalt och regionalt (S2011/8975/FS). Ett delmål med det s.k. Nationella självskadeprojektet är att minska antalet unga i slutenvården och att minska antalet

tvångsåtgärder bland unga kvinnor. Syftet med överenskommelsen är att utveckla och samordna kunskap kring unga med risk för, eller med allvarliga självskadebeteenden, förebygga självskadebeteenden och skapa ett bättre tidigt omhändertagande genom att skapa en struktur som bättre tillgodoser dessa personers behov av vård. Under 2013 har tre kunskapsnoder etablerats i Stockholm, Göteborg respektive Malmö. Dessa ansvarar för den regionala kunskapsspridningen och för handledning och konsultation till vårdgivare inom respektive upptagningsområde. Under 2014 ska projektet samla de framgångsrika initiativen och den samlade kunskapen till ett handlingsprogram som kan fortsätta stimulera utvecklingen av situationen för personer med självskadebeteende även efter projektets slut (jfr projektets delrapport från oktober 2013).

Staten och SKL har parallellt med överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014 fattat andra överenskommelser som har innehåll som berör insatserna för personer med psykisk ohälsa. Det gäller bl.a. satsningarna på sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (S2013/8803/FST) där äldres psykiska hälsa är ett område, stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten (S2013/8804/FST) samt överenskommelsen om förbättrad patient-säkerhet (S2013/8790/FS) som även berör psykiatrins patienter.

Uppdrag till myndigheter m.m.

Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har i uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen ska följas upp och utvärderas både på insats- och målnivå. Utöver detta ska Vårdanalys uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen. Vårdanalys ska senast den 1 oktober varje år, med start 2013, lämna årliga lägesrapporter till Regeringskansliet (S2012/4529/FS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 maj 2017. Den första lägesrapporten (rapport 2013:7) lämnades till regeringen den 1 oktober 2013. I rapporten har Vårdanalys analyserat satsningens inriktning och innehåll, samt utvärderat genomförandet och resultaten av 2012 års insatser. Vårdanalys har också gjort en bedömning av hur arbetet med satsningen har organiserats och påbörjats. Vidare presenteras en plan för Vårdanalys fortsatta utvärderingsarbete, samt förslag på fördjupningsstudie som syftar till att identifiera hur staten på ett bättre sätt än i dag, inom ramen för PRIO, kan stödja huvudmännen i att skapa en patient- och brukarcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. Några av utvärderingens slutsatser:

- PRIO-satsningen är motiverad och riktar in sig på relevanta behov och brister. Samtidigt bör flera av de formulerade målen med satsningen utvecklas och förtydligas om de ska vara möjliga att följa upp.

- Insatserna bör kompletteras på vissa områden för att bättra svara mot PRIO:s uttalade mål. Det gäller t.ex. insatser inriktade på somatisk sjukdom hos personer med omfattande psykiska sjukdomar, samt på den enskildes samlade livssituation, som att förbättra tillgången till arbete och sysselsättning.
- De ansvariga aktörernas redovisningar av olika insatser har varit bristfälliga på flera punkter, t.ex. saknas i flera fall tydliga målbeskrivningar och ekonomiska redovisningar.
- Modellen med prestationsbaserad ersättning till kommuner och landsting behöver utvärderas vidare. Trots att 2012 års prestationsmål har beskrivits som rimliga eller låga var det många kommuner och landsting som hade svårt att uppfylla kriterierna för ersättning. I nuläget är det dock för tidigt att utvärdera vilka effekter som kan uppnås på sikt.
- Satsningens första år präglades av begränsande omständigheter vilket gör att förbättringspotentialen är stor för kommande år. Till exempel beslutades handlingsplanen först i maj 2012, så PRIO:s första år omfattade inte ett helt kalenderår. Tiden var därför begränsad vilket bl.a. påverkade genomförandet av de prestationsbaserade insatserna på ett negativt sätt.

Vårdanalys ska i kommande rapporter (2014–2017), förutom att utvärdera de olika insatserna, också utvärdera satsningen på målnivå, dvs. i vilken utsträckning de insatser och åtgärder som regeringen beslutar om ger avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa.

Kunskapsbaserad vård

I mars 2013 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa (dnr S2013/1667/FS). Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 december 2015.

Under 2013 har Socialstyrelsen inventerat behoven av kunskap på vissa områden som t.ex. adhd och barn och unga. Syftet med inventeringarna är att säkerställa att kunskapsstyrningen blir ändamålsenlig och relevant för huvudmän, patienter och anhöriga. Utifrån detta bör det kommande arbetet med kunskapsstöd planeras. Under 2014 ska Socialstyrelsen inom detta uppdrag bl.a. utveckla grunddata och indikatorer genom att avgränsa och definiera målgruppen barn och unga samt ange vilka uppföljningsområden som är relevanta, analysera och bedöma behovet av kunskapsstödande insatser som behövs för att åtgärda de brister myndigheten identifierat i juni 2013 i uppföljningen av de nationella riktlinjerna inom området psykisk ohälsa och redovisa en tidsplan för fortsatta uppföljningar samt analysera och bedöma hur utdata till kommuner och landsting kan utvecklas

och förbättras så att huvudmännen kan vidta nödvändiga förbättringar utifrån iakttagelser i uppföljningar (jfr Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Socialstyrelsen).

I rapporten Regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa – delredovisning av genomförda aktiviteter september 2013 redovisades de aktiviteter som är genomförda och det arbete som planeras för två av Socialstyrelsens uppdrag inom ramen för PRIO psykisk hälsa 2012–2016. Det första uppdraget som redovisades är arbetet med kunskapsutveckling för särskilt utsatta grupper samt stöd för tillämpning av rekommendationer och annan vägledning. I redovisningen ingår bl.a. arbetet med att

- utarbeta nationella indikationer för läkedemedelsbehandling vid adhd
- ta fram en vägledning om stöd till personer med adhd
- ta fram kunskapsöversikter och vägledningar för mödra- och barnhälsovården samt elevhälsan
- ta fram vägledning om samverkan när det gäller barn som riskerar att utveckla psykisk ohälsa
- ta fram en vägledning om stöd till barn med föräldrar med kognitiv eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Det andra uppdraget som redovisades är det fortsatta arbetet med att utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvalitet och effektivitet i vård och omsorg. Det innebär att Socialstyrelsen ska vidareutveckla strukturen som togs fram för den nationella uppföljningen och utvärderingen av psykiatriområdet (2012) så att den även omfattar målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa samt fördjupad uppföljning av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom. I redovisningen ingår

- beskrivning av vårdutnyttjande bland unga personer med psykisk ohälsa
- huvudresultat från nationell utvärdering av psykiatrisk vård och socialtjänst 2013
- beskrivning av hur Socialstyrelsen arbetar med utveckling av datakällor, vilken tillgång till enkätdata som finns samt en fördjupad beskrivning av utvecklingen inom den psykiatriska tvångsvården
- beskrivning av aktiviteter för att förbättra och förenkla tvångsvårdsrapporteringen.

En uppgift i Socialstyrelsens projekt är att, utifrån regeringens mål i samverkan med andra myndigheter och berörda parter, skapa förutsättningar för en gemensam inriktning i utvecklingen av nationella datakällor och indikatorer för målgruppen. Projektet ska därför samordnas med uppdraget om en behovsanpassad och samordnad statlig kunskapsstyrning inom området.

Hjärnkoll m.m.

Handisam har regeringens uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Projektet, som fått namnet Hjärnkoll, pågår t.o.m. 2014.

I juli 2013 fick Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) regeringens uppdrag att inhämta åsikter och erfarenheter från barn och unga med funktionsnedsättning (S2013/5141/FST). Uppdraget omfattar att undersöka och sammanställa hur barn och unga med funktionsnedsättning som lever med många myndighetskontakter upplever sin situation och det stöd de får. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2014.

Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning

2009–2011 hade Socialstyrelsen regeringens uppdrag att fördela statsbidrag till kommuner som upphandlar extern sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning från externa aktörer (S2006/9394/HS delvis), (S200619394/FS delvis). Uppdraget är avslutat.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har sedan 2009 ett särskilt regeringsuppdrag att ge personer med psykisk funktionsnedsättning rehabilitering, sysselsättning och arbete genom upphandlade sysselsättningsplatser hos företag inom den sociala ekonomin (projektet Resa). Resa avslutades i början av sommaren 2013 och verksamheten har övergått till att vara en del av Arbetsförmedlingens ordinarie verksamhet.

Utredning

Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

I juni 2010 presenterades betänkandet Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2010:45). Utredningen föreslår bl.a. att dagens skyldighet för hälso- och sjukvården att göra en händelseanalys vid självmord utmönstras från lex Maria-systemet och att en motsvarande skyldighet införs i en separat lag som utvidgas till att gälla även socialtjänsten. För att man på lokal och regional nivå ska få bredare samlad kunskap ska Socialstyrelsen därutöver genomföra en egen samlad händelseanalys i de fall den avlidne haft kontakt med både hälso- och sjukvården och socialtjänsten eller med flera separata verksamheter inom samma sektor och verksamheterna därför gjort var sin händelseanalys av ett och samma självmord. I det sammanhanget kan Socialstyrelsen också, för att genomföra den samlade händelseanalysen, hämta in kompletterande uppgifter inte bara från hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan även från andra samhällsaktörer som får en lagstadgad uppgiftsskyldighet.

Förslagen har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet.

Utredningens delbetänkande Första hjälpen i psykisk hälsa (SOU 2010:31) resulterade i ett uppdrag till Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (Nasp) att genomföra en pilotstudie i syfte att pröva det australiensiska självmordsförebyggande programmet The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) i Sverige. Programmet har i Sverige fått namnet Första hjälpen till psykisk hälsa. Socialstyrelsen fick i uppdrag att utvärdera pilotstudien. Nasp:s uppdrag redovisades i december 2012, utvärderingen i februari 2013. I juni 2012 fick Nasp ett nytt uppdrag att genomföra en pilotstudie för att i Sverige pröva ungdomsversionen av programmet. Uppdraget ska redovisas i december 2014.

Målsättningen med programmet Första hjälpen till psykisk hälsa är att rädda liv genom att öka allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar, självmordsförsök och självmord. Första hjälpen till psykisk hälsa ges till den person som behöver hjälp med psykiska problem eller med att hantera en akut psykisk kris, exempelvis självmordsbeteende, innan han eller hon kan få professionell behandling. Avsikten med första hjälpen är

- att rädda livet på en person som kanske kan skada sig själv
- att se till att personen får professionell hjälp innan hans eller hennes psykiska hälsa förvärras
- att underlätta ett tillfrisknande
- att hjälpa och stödja en person som har psykiska problem.

Programmet Första hjälpen till psykisk hälsa lär ut hur man känner igen de olika symtom som karakteriserar olika former av psykisk sjukdom och psykiska kriser, hur man bäst tar kontakt med personen och inleder den första hjälpen och hur man kan hjälpa personen att söka adekvat professionell behandling och andra former av stöd för sina besvär.

Interpellation

Den 3 december 2013 besvarade socialminister Göran Hägglund (KD) en interpellation om psykiatriens behov av långsiktighet (ip. 2013/14:112, prot. 2013/14:38). Socialministern anförde bl.a. följande (anf. 61).

Var kommer då staten in? Det här är nämligen ett område där i huvudsak landstingen är ansvariga för vården, naturligtvis. Kommunerna är ansvariga för omsorg, sysselsättning, boende etcetera, och allt det här ska bilda en helhet. Här har vi genom åren brottats med revirstrider och problem mellan olika politiska nivåer. Vi har på den statliga nivån inte sett som vår roll att ersätta kommuner eller landsting utan försöka bidra till att vi får i gång processer som gör att vården fungerar bättre för den enskilde var han eller hon än råkar bo i landet.

Vi har i det arbetet och i det nya avtalet fått med alla landsting och nästan alla kommuner – jag tror att det är mellan fem och tio som inte deltar i PRIO-satsningen – och de arbetar gemensamt för att nå de mål vi har i överenskommelsen. Vi kan se en del tydliga förbättringar när det gäller vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård, när det gäller tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri och när det gäller

vårdcentralernas möjligheter att erbjuda psykologisk hjälp för personer som söker sig till primärvården – till exempel, för att nämna några områden. Vi kan dock verkligen inte säga att vi är i mål eller att vi är nöjda.

Min uppfattning är att det här är någonting som inte kommer att vara färdigt under den här mandatperioden och kanske heller inte under nästa, utan här fordras ett väldigt långsiktigt arbete. Mycket handlar nämligen om kompetens hos befintlig personal, där många inte har en relevant utbildning i förhållande till de uppgifter de har och där vi har sett hur intresset för psykiatrin bland läkarstuderande har varit lägre än det borde vara med tanke på att vi har en stor efterfrågan på det området. Vi behöver även mer forskning. Sverige har, om vi går tillbaka ett par decennier, varit världsledande eller åtminstone framstående. Där har vi dock tappat, och det finns skäl att tro att vi kan komma att tappa ännu mer i väntan på att nya kommer till när de som i dag finns går i pension.

Jag ser alltså statens roll som att vara en katalysator för viktiga förändringsprocesser som måste fungera i landstingen och kommunerna. Många av de medel som delas ut är också sådana att de – på ett vänligt sätt – tvingar kommuner och landsting att samarbeta och hitta samarbetsformer som sluter sig omkring den enskilde patienten, i stället för att det blir en dragkamp om resurserna.

Skriftlig fråga

Den 27 november 2013 besvarade socialminister Göran Hägglund (KD) en skriftlig fråga om ungas vård på rättspsykiatriska kliniker (fr. 2013/14:125). Socialministern anförde bl.a. följande:

Det är av stor vikt att barn och unga med psykisk ohälsa får ett bra bemötande och goda vårdinsatser med utgångspunkt i varje barns eller ungdoms speciella behov och problem. Självskadeproblematik är ett allvarligt tillstånd som kräver gott omdöme och goda kunskaper hos behandlaren.

Som Ehrencrona beskriver finansierar regeringen ett projekt för att förbättra kunskapen när det gäller självskadebeteende så att lokala vårdprogram kan tas fram. Inom ramen för projektet har man gjort en kunskaps-sammanställning som sprids till psykiatriska verksamheter men också primärvård och elevhälsa. Målet är att ge kunskap för att möta dessa patienters behov tidigt i sjukdomsförloppet för att på så sätt hindra att tillståndet blir så allvarligt att det krävs sjukhusvård. Projektet visar goda resultat och genomförs i nära samverkan med SHEDO som är en förening för patienter och brukare med ätstörningar och självskadebeteende.

Förhållandena inom den psykiatriska heldygnsvården har hög prioritet i regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa, PRIO. Regeringens samordnare för statens insatser för därför kontinuerligt en dialog med landstingens ledningar som bland annat rör insatser till barn och unga. Däremot kan inte jag inte [sic.] som statsråd ge i uppdrag till myndigheter att utfärda rekommendationer med ett särskilt innehåll.

Utskottets ställningstagande

Utskottet anser att det är självklart att personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av lika god kvalitet som personer med somatisk ohälsa. För att uppnå detta och komma till rätta med de brister som finns i den psykiatriska vården krävs ett mycket långsiktigt arbete. Det är därför positivt att kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete är ett prioriterat område i regeringens särskilda satsning PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen, som särskilt prioriterar barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik, utgör en grund för regeringens arbete på området. Utskottet noterar att handlingsplanen består av ett antal mål, delmål och strategiska områden, bl.a. samordning mellan kommuner och landsting, kompetens- och kvalitetsutveckling samt boende och sysselsättning för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Det är positivt att regeringens psykiatrisatsning 2007–2011 fortsätter och vidareutvecklas genom PRIO-planen.

Utskottet ser positivt på att Myndigheten för vårdanalys har regeringens uppdrag att årligen följa upp och utvärdera handlingsplanen på både insats- och målnivå. På så sätt analyseras i vilken utsträckning de insatser och åtgärder som regeringen beslutar om ger avsedda effekter. Det är även positivt att regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tillsatt samordningsfunktioner med uppgift att driva på utvecklingen på området och följa upp PRIO-satsningen.

För att säkerställa en stabil plattform för arbetet med att utveckla insatserna på området, har regeringen och SKL tagit ett gemensamt initiativ för arbetet mot psykisk ohälsa och träffat överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Hög tillgänglighet till hälso- och sjukvård, såväl i form av förebyggande insatser som av bedömning och behandling i första linjen eller på specialistnivå, är en förutsättning för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få tillgång till rätt insatser så tidigt som möjligt. Det är mycket positivt att regeringen och SKL prioriterat detta område i sina överenskommelser. Tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa ingår fr.o.m. 2013 i psykiatriöverenskommelsen, vilket innebär att den förstärkta vårdgarantin nu är en integrerad del av överenskommelsen på psykiatriområdet. Inom ramen för överenskommelsen sker också ett arbete med att utveckla mätpunkter för uppföljning av tillgänglighet till första linjen. Utskottet har även noterat att SKL bedriver ett utvecklingsarbete med fokus på synkronisering av samhällets samlade insatser till barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. All hjälp som samhället kan erbjuda, både från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska vara lätt att hitta och ges i rätt tid.

Utskottet ser även positivt på de uppdrag som bl.a. Socialstyrelsen fått för att förbättra kunskapsstyrningen inom området psykisk ohälsa.

Mot bakgrund av det omfattande arbetet på området avstyrks motionerna 2013/14:So233 (MP) yrkandena 1–3 och 2013/14:So664 (MP) yrkandena 3, 5, 10, 15–17, 22, 23 och 30–32.

Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motion 2011/12: So568 (V) yrkande 11. Motionen avstyrks.

Utskottet noterar att Socialstyrelsen under 2013 har inventerat behoven av kunskap på bl.a. området adhd och barn och unga. Vidare pågår ett arbete med att utarbeta nationella indikationer för läkemedelsbehandling vid adhd samt med att ta fram en vägledning om stöd till personer med adhd. Det huvudsakliga målet med att utarbeta en vägledning är att ge en gemensam kunskapsbas för upptäckt, utredning och stödinsatser och därmed bidra till förbättrad vård och omsorg till de personer som har svårigheter i vardagslivet på grund av adhd. Vägledningen ska publiceras under 2014. Mot bakgrund av pågående arbete anser utskottet att riksdagen inte bör ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:So282 (MP), 2013/14:So339 (MP) yrkandena 1 och 2 samt 2013/14:So563 (S) yrkande 2. Motionsyrkandena avstyrks.

Utskottet noterar att ett av delmålen i regeringens PRIO-satsning är att skapa förutsättningar för att minska förekomsten av självskadebeteende. För att stärka vården och skapa förutsättningar för en god och jämlik vård vid självskadeproblematik har regeringen och SKL sedan 2011 en överenskommelse om en struktur för att öka kunskapen lokalt och regionalt. Det övergripande målet är att antalet unga med självskadebeteende ska minska. Ett delmål är att minska antalet unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder bland unga kvinnor. Även förhållandena inom den psykiatriska heldygnsvården har hög prioritet i regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Inom Socialstyrelsen pågår bl.a. ett arbete med att utveckla grunddata och indikatorer inom området psykisk ohälsa, inte minst bland barn och unga.

Mot bakgrund av pågående arbete anser utskottet inte att det är nödvändigt för riksdagen att ta något initiativ med anledning motionerna 2013/14: So400 (V) yrkandena 19 och 20, 2013/14:So429 (S) samt 2013/14:So664 (MP) yrkandena 19 och 20. Motionsyrkandena avstyrks.

Utredningsbetänkandet Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2010:45) bereds inom Regeringskansliet. Utredningens delbetänkande Första hjälpen i psykisk hälsa (SOU 2010:31) bl.a. har resulterat i ett uppdrag till Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska institutet att genomföra en pilotstudie i syfte att pröva det australiensiska självmordsförebyggande programmet Första hjälpen till psykisk hälsa i Sverige.

Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motion 2013/14: So664 (MP) yrkandena 27 och 28. Yrkandena avstyrks.

Personalförsörjning och kompetens

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om sjukvårdens personalförsörjning och ökad kunskap om olika sjukdomar m.m.

Jämför reservationerna 27 (MP), 28 (SD), 29 (V) och 30 (MP) samt särskilda yttrandena 5 (S) och 6 (V).

Motionerna

Sjukvårdens personalförsörjning m.m.

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om en parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalförsörjning. I yrkande 21 begärs ett tillkännagivande om att genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

I kommittémotion 2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att inleda diskussioner med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en delvis mer samordnad struktur för rekrytering av läkare från andra länder. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om att se över frågan om validering av examen och läkarerfarenhet från länder utanför EU. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att se över frågan om validering av examen och erfarenhet även för andra kompetenser inom vården. I yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om ett regionalt eller nationellt poolsystem. Ett sådant system skulle understödja en jämlik vård i hela landet, ett mer hållbart system och möjlighet att besätta tillfälliga tjänster där behovet är akut, anser motionärerna. I yrkande 6 begärs ett tillkännagivande om att särskilda löneförmåner bör redovisas på ett öppet och transparent sätt. I yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om förbättrade sätt att säkerställa tillräcklig kompetens inom sjukvården i hela landet i ett långsiktigt perspektiv. I yrkande 8 begärs ett tillkännagivande om man genom ett förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen eller på något annat sätt bör säkerställa behovet av specialiserings-tjänstgöring genom att inbegripa alla de enheter som bedriver vård på uppdrag av landstinget. I yrkande 9 begärs ett tillkännagivande om behovet av särskild stimulans för att säkra tillgången på AT- och ST-tjänster. I yrkande 10 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör ta initiativ till en fördjupad diskussion med SKL i frågan om schemaläggning för läkare.

I motion 2013/14:So527 av Per Ramhorn och Richard Jomshof (båda SD) begärs ett tillkännagivande om att en utredning bör tillsättas enligt motionens intentioner. Enligt motionärerna finns det i landsbygdsområden

i USA ett system där läkare kan förbinda sig att arbeta ett antal år varefter de som bonus får sin studieskuld reducerad. Motionärerna vill att systemet kostnadskalkyleras och utreds för svenska förhållanden.

Ökad kunskap om olika sjukdomar och tillstånd

I motion 2013/14:So614 av Hillevi Larsson (S) begärs ett tillkännagivande om inflammatoriska tarmsjukdomar. Enligt motionären behöver kunskapen om inflammatoriska tarmsjukdomar förbättras både inom vården och i övriga samhället, för att fler ska få en tidigare diagnos och därmed tidigare behandling.

I motion 2013/14:So625 av Monica Green m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om övergångsåldern och klimakteriet. Enligt motionärerna behöver sjukvårdspersonal stöd samt mer forskning som hjälp i sitt vardagliga arbete för att kunna hjälpa hälften av befolkningen som drabbas av övergångsbesvär.

I motion 2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att stärka kompetensen i primärvården när det gäller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

I kommittémotion 2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 18 begärs ett tillkännagivande om stöd för psykisk hälsa på vårdcentralen. Motionärerna anser att varje vårdcentral måste ha en beredskap genom att det finns yrkeskategorier som särskilt uppmärksammar psykisk ohälsa.

I motion 2013/14:So475 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om vikten av att tillvarata det nationella kunskapsstödet för palliativ vård. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om värdet av nordiskt samarbete inom palliativa vårdfrågor och specialistutbildning.

Tidigare behandling

Utskottet behandlade och avslog senast motioner om kompetens inom hälso- och sjukvården i sitt av riksdagen godkända betänkande 2012/13: SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor. Utskottet anförde följande (s. 29):

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det enligt 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finnas bl.a. den personal som behövs för att kunna ge god vård. Enligt 3 § samma lag är det landstinget som ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.

Bakgrund och pågående arbete m.m.

Regeringens insatser

I budgetpropositionen för 2014 redogör regeringen för vilka åtgärder som vidtagits för att öka tillgången på personal inom hälso- och sjukvården (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 s. 47). Regeringen anför bl.a. att tilldelningen av resurser för antalet utbildningsplatser på läkar-, tandläkar- och sjukskö-

terskeutbildningarna har ökat på senare år. I budgetpropositionen för 2014 föreslogs en fortsatt utbyggnad (utgiftsområde 16). Antalet läkare som får sin examen och som kan påbörja sin AT-tjänstgöring ökar och i förlängningen kan fler läkare påbörja specialiseringstjänstgöring. Vidare har Socialstyrelsen tilldelats 30 miljoner kronor per år under 2013 och 2014 för att utveckla kursverksamheten för läkares specialiseringstjänstgöring. Satsningen syftar till ett förbättrat kursutbud, vilket förväntas ha en positiv effekt på utbudet av specialistläkare.

När det gäller tillgången på specialister inom psykiatri anför regeringen att antalet läkare som väljer att göra sin specialiseringstjänstgöring inom vuxenpsykiatri och inom barn- och ungdomspsykiatri stadigt har ökat de senaste åren (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 s. 38). En bidragande orsak har enligt regeringen varit det s.k. Metisprojektet som Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (Ipuls) ansvarat för fram till 2012. Under 2013 har erfarenheterna från Metis tillvaratagits och införts i ordinarie strukturer på Socialstyrelsen. I samband med detta har också Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att ta fram målbeskrivningar och kompetenskrav för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri för att säkerställa tillgången på kompetens på området.

Regeringen har även satsat på att öka kunskapen om psykiatri i bristområden genom en fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare inom de norra och sydöstra sjukvårdsregionerna. Den sammanlagda tjänstgöringstiden inom psykiatri har ökat, och satsningen har gett möjlighet att förbättra psykiatriutbildningen för samtliga AT-läkare. Satsningen pågår t.o.m. 2014. Även när det gäller tillgången på psykologisk behandling har regeringens satsning på att öka antalet anställda med adekvat kompetens i effektiva psykoterapeutiska behandlingsmetoder haft effekt. I drygt hälften av landstingen uppskattas nu tillgången till psykologisk behandling som god eller relativt god.

Socialstyrelsens rapport Nationella planeringsstödet (NPS)

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att rapportera bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor, samt tandläkare och tandhygienister. I januari 2014 publicerades rapporten Nationella planeringsstödet 2014 – tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. I rapporten konstaterar Socialstyrelsen att tillgången på läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård – i förhållande till befolkningen – har ökat med 8 procent mellan 2006 och 2011 (35 procent sedan 1995). Tillgången på specialistläkare har ökat med 11 procent (30 procent sedan 1995). Inom tandvården har antalet tandläkare och specialisttandläkare sysselsatta i tandvård – i förhållande till befolkningen – minskat med 3 procent mellan 2006 och 2011.

Socialstyrelsens analys av efterfrågan visar bl.a. följande:

- Arbetslösheten är låg för samtliga personalgrupper.

- År 2011 hade över 80 procent av alla personalgrupper sysselsättning inom hälso- och sjukvård eller tandvård inom ett år efter avslutad utbildning.
- Rörligheten mellan länder inom EU- eller EES-området har ökat för hälso- och sjukvårdens och tandvårdens personalgrupper. De inflyttade är lika många eller något fler än de utflyttade. Det positiva nettoflödet är störst för läkare. Antalet svenskar som studerar till läkare eller tandläkare i andra länder ökar för varje år.

Av rapporten framgår att totalt 13 515 personer med utländsk läkarutbildning beviljades svenskt legitimationsvillkor eller svensk läkarlegitimation mellan 1995 och 2011. Sedan 2003 har det varje år beviljats fler svenska läkarlegitimationer baserade på läkarutbildning i ett annat land, än baserade på läkarutbildning i Sverige.

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt erfarna läkare och specialistläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Läkare utbildade i andra länder kommer enligt Socialstyrelsen även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt erfarna läkare och specialistläkare.

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede m.m.

I juni 2013 presenterade Socialstyrelsen ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Målet med kunskapsstödet är att alla patienter som har behov av det ska få tillgång till en god palliativ vård. Det ska inte spela någon roll var man bor, vilken diagnos man har eller hur gammal man är. Kunskapsstödet ska ge stöd till dem som fattar beslut om prioriteringar inom vården och omsorgen, dvs. vilka åtgärder man ska satsa resurser på. De viktigaste rekommendationerna handlar om följande åtgärder:

- Samordning: De patienter som är i behov av palliativ vård finns ofta både i vården och i omsorgen.
- Fortbildning och handledning av personal: Fortbildningen bör t.ex. handla om att öka kunskaperna i att lindra symtom och främja livskvalitet hos patienter i livets slutskede.
- Kommunikation: Palliativ vård i livets slutskede förutsätter att alla involverade är införstådda med att vårdens inriktning är att främja livskvalitet och lindra symtom, att den återstående livstiden är kort och att de medicinska möjligheterna att förlänga denna tid är begränsade eller saknas helt.

Den sjätte Nordiska Specialistkursen i Palliativ Medicin påbörjades hösten 2013. Kursen ges som ett samarbete mellan de fem nordiska ländernas palliativ-medicinska organisationer, och består av sex veckolånga avsnitt

under två år (2013–2015). Kursen syftar till att ge teoretisk utbildning i palliativ medicin på en nivå som är tillräcklig för kraven för tilläggspecialiteten palliativ medicin.

Interpellation

Den 23 april 2013 besvarade socialminister Göran Hägglund (KD) en interpellation om bristen på specialistläkare (ip. 2012/13:349, prot. 2012/13:96). Socialministern anförde bl.a. följande:

Under de senaste åren har regeringen tagit flera initiativ för att minska bristen på läkare och specialistläkare. Sedan 2006 har regeringen beslutat att ge ökade medel för en utbyggnad av antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen.

— — —

En specialitet inom vilken det länge rått en brist på specialistläkare är psykiatri. Regeringen har därför gett extra medel för att öka antalet specialister inom psykiatri genom det så kallade Metisprojektet. Projektet innebär att Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige, Ipuls, har haft i uppdrag att utveckla och förstärka specialistkompetenserna i allmänpsykiatri.

För att förbättra processen för godkännande av läkare som utbildats utanför EU/EES, så att den går snabbare, har Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet gett i uppdrag till en särskild utredare att lämna förslag. Rapporten bereds nu i Regeringskansliet. Regeringen ger också varje år Socialstyrelsen i uppdrag att rapportera om tillgång och efterfrågan på bland annat läkare. Syftet med rapporten är att hjälpa landstingen i deras bedömning av behovet av att anställa läkare för specialiseringstjänstgöring, och det gäller samtliga specialiteter.

Skriftlig fråga

Den 12 december 2012 besvarade socialminister Göran Hägglund (KD) en skriftlig fråga om välfärdsarbete (fr. 2012/13:186). Socialministern anförde bl.a. följande:

Personalen är oerhört viktig för hur vår välfärd kommer att utvecklas. Hur arbetsmiljö och arbetsvillkor ser ut för personalen i hälso- och sjukvård och socialtjänst har en avgörande betydelse för hur de ska kunna ta hand om alla som behöver ta del av vård och omsorg i olika former. Hur medarbetarnas arbetssituation och inflytande ser ut har också betydelse för vilka möjligheter vård och omsorg har att rekrytera personal med den utbildning och kompetens som behövs.

För mig som socialminister är det mycket viktigt att alla arbetsgivare i sektorn har goda möjligheter att anställa den personal de behöver för att kunna ge en god, säker och jämlik vård, vilket är regeringens mål. Det är flera aktörer som har ansvar för frågan, på litet olika sätt.

— — —

En tung aktör är förstås arbetsgivarna. Sveriges Kommuner och Landsting startade för ett år sedan projektet Sveriges viktigaste jobb som bland annat syftar till att öka kunskapen om de viktiga jobben i välfärdssektorn, att påverka utbildningssystemet så att utbildningarna motsvarar de behov som arbetsgivarna har samt att identifiera vilket rekryteringsbehov som finns i sektorn.

Men det är förstås inte bara på nationell nivå vi behöver arbeta och vara medvetna om frågan. Varje arbetsgivare har det direkta ansvaret att skapa en god arbetsmiljö för sina anställda, där lönesättning och andra anställningsvillkor är en viktig faktor för att visa att man värdesätter det arbete medarbetarna utför.

Utskottets ställningstagande

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det enligt 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finnas bl.a. den personal som behövs för att kunna ge god vård. Enligt 3 § samma lag är det landstinget som ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.

Utskottet noterar att tillgången på läkare och specialistläkare sysselsatta i hälso- och sjukvård – i förhållande till befolkningen – har ökat de senaste åren. Utskottet välkomnar denna utveckling. Samtidigt är det oroande att efterfrågan är större än tillgången på framför allt erfarna läkare och specialistläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Utskottet noterar att regeringen sedan 2006 tagit initiativ till att minska denna brist, bl.a. genom utbyggnad av antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen.

För att öka antalet läkare som väljer att göra sin specialiseringstjänstgöring inom vuxenpsykiatri och inom barn- och ungdomspsykiatri, har regeringen gett extra medel till det s.k. Metisprojektet. Dessutom har Socialstyrelsen under 2013 påbörjat ett arbete med att ta fram målbeskrivningar och kompetenskrav för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri för att säkerställa tillgången på kompetens på området.

Läkare utbildade i ett annat land kommer även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården. Utskottet noterar i detta sammanhang att regeringen gett i uppdrag till en särskild utredare att lämna förslag på hur processen för godkännande av läkare som utbildats utanför EU/EES kan förbättras. Rapporten bereds i Regeringskansliet.

Frågan om hur arbetsmiljö och arbetsvillkor ser ut för personalen i hälso- och sjukvård är av stor betydelse. Dessa frågor är först och främst en arbetsgivarfråga, dvs. sjukvårdshuvudmännens ansvar.

Motionerna 2013/14:So348 (MP) yrkandena 2–10, 2013/14:So400 (V) yrkandena 7 och 21 och 2013/14:So527 (SD) avstyrks.

Utskottet delar naturligtvis motionärernas bedömning att det är viktigt med god kunskap om olika sjukdomstillstånd m.m. Riksdagen bör dock inte ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:So475 (FP) yrkandena 2 och 3, 2013/14:So563 (S) yrkande 1, 2013/14:So614 (S), 2013/14:So625 (S) och 2013/14:So664 (MP) yrkande 18. Motionerna avstyrks.

Behörighet

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om behörighet.

Jämför reservation 31 (MP).

Motionerna

I kommittémotion 2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 17 begärs ett tillkännagivande om att låta utreda förslag om psykologers bedömning vid tvångsvård, i syfte att avlasta läkare. Motionärerna anser att frågan behöver utredas.

I motion 2013/14:So292 av Cecilia Widegren (M) begärs ett tillkännagivande om möjligheten att se över dagens villkor för att återkalla läkarlegitimation. Motionären anför att en läkare som skriver falska läkarintyg, t.ex. för att ge rätt till assistansersättning eller andra offentliga stöd, bör förlora legitimationen och därmed rätten att praktisera som läkare.

Gällande rätt

Bestämmelser om legitimation, ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel och skyddad specialistbeteckning för ett antal vårdyrken finns i patientsäkerhetslagen (2010:659). Bestämmelser om provotid och återkallelse av legitimation m.m. finns i 8 kapitlet. En provotid på tre år ska beslutas för den som har legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården, om den legitimerade har varit oskicklig vid utövningen av sitt yrke och oskickligheten kan befaras få betydelse för patientsäkerheten, om den legitimerade i eller i samband med yrkesutövningen har gjort sig skyldig till brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne eller om den legitimerade uppsåtligen eller av oaktsamhet har brutit mot någon föreskrift som är av väsentlig betydelse för patientsäkerheten, eller på grund av andra omständigheter kan befaras vara olämplig att utöva yrket. Legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården ska bl.a. återkallas om den legitimerade har varit grovt oskicklig vid utövningen av sitt yrke, eller om den legitimerade i eller utanför yrkesutövningen har gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne, eller på annat sätt har visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.

När det gäller beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får ett sådant beslut inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, se 4 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

En undersökning för vårdintyg får enligt andra stycket samma bestämmelse göras endast om det finns skälig anledning till det. Undersökningen utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut

om sådant omhändertagande får fattas endast av en läkare i allmän tjänst eller av en läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg.

Tidigare behandling m.m.

När det gäller läkare som missbrukar sin förskrivningsrätt behandlade utskottet och avslog en motion om detta i sitt av riksdagen godkända betänkande 2011/12:SoU14 (riksdagens beslut 2011/12:100). Utskottet anförde följande (bet. s. 41):

Utskottet anser att det är allvarligt när läkare missbrukar sin förskrivningsrätt, men bedömer att den reglering om läkarlegitimation och begränsning av förskrivningsrätt som finns i patientsäkerhetslagen får anses tillräcklig. Motion [...] avstyrks.

Psykiatrilagsutredningen föreslår bl.a. i sitt betänkande Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU2012:17 del I) att nuvarande två tvångsvårdslagar, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPV, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, upphävs och att lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården samlas i en ny lag. När det gäller intagning till psykiatrisk tvångsvård föreslår utredningen att nuvarande ordning i huvudsak behålls oförändrad. De bestämmelser som i dag finns i 4 § LPV återfinns i 3 kap. 1 § utredningens förslag till en ny lag om psykiatrisk tvångsvård.

Utskottets ställningstagande

Utskottet noterar att Psykiatrilagsutredningen i sitt betänkande Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU2012:17 del I) föreslagit att nuvarande ordning vid intagning till psykiatrisk tvångsvård i huvudsak behålls oförändrad. Utskottet har ingen annan uppfattning.

Vad gäller dagens villkor för att återkalla läkarlegitimation bedömer utskottet att den reglering som finns i patientsäkerhetslagen får anses tillräcklig.

Motionerna 2013/14:So292 (M) och 2013/14:So348 (MP) yrkande 17 avstyrks.

Specialistsjuksköterskor

Motionerna

I kommittémotion 2013/14:So1 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1 begärs ett tillkännagivande om att regeringen snarast bör återkomma med förslag om hur antalet och andelen specialistsjuksköterskor ska öka. Motionärerna framhåller att en fjärdedel av alla specialistsjuksköterskor är 60 år

eller äldre och att dessa snart kommer att gå i pension. Personalens kompetens inom hälso- och sjukvården är enligt motionärerna avgörande för att patienterna ska kunna erbjudas en god och säker vård.

I motionerna 2013/14:So 673 av Lars Eriksson (S) och 2013/14:So674 av Carina Herrstedt (SD) finns liknande yrkanden, och motionärerna vill att det görs satsningar på eller en översyn av utbildningen av specialistsjuksköterskor. Motionärerna hänvisar till vårdens behov av fler sjuksköterskor med specialistutbildning.

I motion 2013/14:So291 av Cecilia Widegren (M) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om behovet av förbättrade villkor för sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor. Motionären anför att arbetet med att uppmuntra sjuksköterskor bör intensifieras dels genom att se över villkoren för de sjuksköterskor som väljer att vidareutbilda sig, dels genom att ge sjuksköterskorna ekonomiskt stöd under vidareutbildningen.

Tidigare behandling

I sitt av riksdagen godkända betänkande Hälsovård, sjukvård och social omsorg (2012/13:SoU1 utg.omr. 9) behandlade utskottet yrkanden om sjuksköterskors specialistutbildning och anförde följande (s. 44):

För en god och säker vård behövs det bl.a. välutbildade specialistsjuksköterskor. Många yrkesverksamma specialistsjuksköterskor kommer att gå i pension inom den närmaste tioårsperioden. Utskottet anser att det i första hand är landstingen som bör vidta åtgärder för att förbättra villkoren för sjuksköterskor som önskar specialutbilda sig.

Motionerna avstyrktes (ingen reservation).

Sjuksköterskornas specialistutbildning

Specialistutbildning som regleras i författning finns i dag för läkare, tandläkare och sjuksköterskor. Efter fullgjord utbildning kan personen ansöka om bevis om specialistkompetens hos Socialstyrelsen. Med bevis om specialistkompetens följer skyddad specialistbeteckning, vilket innebär att bara den som fått bevis om specialistkompetens har rätt att kalla sig specialist inom sin inriktning. Bestämmelserna finns i patientsäkerhetslagen (2010:659), i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), förkortad PSF, och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (för läkare och tandläkare).

Sjuksköterskornas specialistutbildning är en påbyggnadsutbildning på sjuksköterskeutbildningen. Den regleras i högskoleförordningen (1993:100) och ges på universitet och högskolor. Det krävs legitimation som sjuksköterska för att kunna påbörja en specialistutbildning.

Enligt 4 kap. 4 § PSF har en legitimerad sjuksköterska rätt att kalla sig specialistsjuksköterska om han eller hon har

1. avlagt specialistsjuksköterskeexamen

2. fullgjort en äldre vidareutbildning eller direktspecialisering som a) avser motsvarande specialområde, och b) i förekommande fall har motsvarande inriktning som anges i högskoleförordningen (1993:100).

Sjuksköterskor kan efter utbildning även få använda titeln specialistsjuksköterska och får då skyddad specialistbeteckning.

Bakgrund

Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten

I sitt betänkande Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten (2013/14:SoU2) behandlade utskottet regeringens proposition med samma namn (prop. 2012/13:175).

I propositionen föreslog regeringen ändringar i några lagar som rör behörighet för personal i hälso- och sjukvården – dock inte när det gäller specialistsjuksköterskeutbildningen. I den delen avsåg regeringen att återkomma i andra sammanhang (prop. s. 78, jfr. uppdraget som numera getts till Universitetskanslersämbetet [UKÄ] och Socialstyrelsen, se nedan).

I betänkandet hämtade socialutskottet in ett yttrande från finansutskottet (yttr. 2013/14:FiU3y) som anförde följande:

Finansutskottet väljer att begränsa yttrandet till ärendets budgetmässiga aspekter. Med det avses här dels potentiella effekter på statsbudgeten, dels beslutsordningen enligt rambeslutsmodellen.

Utskottet har vid flera tillfällen konstaterat att det är viktigt att de statsfinansiella konsekvenserna av förslag beaktas inom ramen för den årliga budgetprocessen (t.ex. i yttr. 2011/12:FiU6y, yttr. 2012/13:FiU3y och yttr. 2012/13:FiU5y). Utskottet har också upprepade gånger framhållit den breda parlamentariska förankring som sedan mitten av 1990-talet finns kring syftet, behovet och användningen av ett finanspolitiskt ramverk (bet. 2010/11:FiU42). Den s.k. rambeslutsmodell som riksdagen använder för att besluta om statens budget har varit en starkt bidragande faktor till den goda utvecklingen av de offentliga finanserna sedan mitten av 1990-talet.

Det centrala i rambeslutsmodellen är att anslag och andra utgifter i staten ska fastställas för varje utgiftsområde genom ett enda beslut enligt 5 kap. 12 § riksdagsordningen. Beslutsordningen med ett enda beslut innebär att såväl propositionens förslag som de motioner som påverkar det aktuella anslaget ska tas upp i anslagsbeslutet. Budgetprocessen innebär således en ordning där utgifter ställs mot varandra och prövas utifrån ett på förhand fastställt ekonomiskt utrymme (t.ex. yttr. 2012/13:FiU10y).

De nio motioner som utskottet yttrar sig om i detta ärende innehåller förslag om förlängd tandhygienistutbildning från nuvarande två till tre år och ekonomiskt stöd för sjuksköterskor under specialistutbildning. I motionerna finns även förslag om utökade utbildningsplatser för specialistsjuksköterskeutbildningar och förslag om ansvaret för sjukgymnasters specialistutbildning. Utskottet noterar att förslagen i motionerna är utformade som tillkännagivanden till regeringen, och de innehåller inga uttryckligt budgetpåverkande förslag för nästföljande budgetår. Däremot kommer förslagen, om de genomförs, att få statsfinansiella konsekvenser. Finansutskottet anser liksom tidigare (bl.a. i yttr. 2012/13:

FiU3y) att förslag som innebär, eller som i detta ärende kan innebära, nya utgifter för staten måste beredas noggrant och att utgiftspåverkande beslut ska fattas inom ramen för den ordinarie budgetprocessen. Utskottet betonar också vikten av att varje ny utgift för staten alltid föregås av en grundlig beredning av regeringen.

Aktuellt

Regeringsuppdrag till Universitetskanslersämbetet och Socialstyrelsen

När det gäller frågan om sjukvårdens behov av specialistsjuksköterskor beslutade regeringen den 19 juni 2013 att ge UKÄ i uppdrag att efter samråd med Socialstyrelsen föreslå hur de universitet och högskolor som har tillstånd att utfärda specialistsjuksköterskeexamen i ökad utsträckning kan samverka sinsemellan och hur lärosätena bättre kan samverka med hälso- och sjukvården (U2013/4058/UH). Som skäl för beslutet angav regeringen följande (s. 2 f.):

Examensbeskrivningen för specialistsjuksköterskeexamen med viss annan inriktning möjliggör för lärosätena att tillsammans med hälso- och sjukvården ta fram nya inriktningar som kan möta hälso- och sjukvårdens behov. För att kunna tillgodose behovet av utbildade specialistsjuksköterskor bör en dialog föras mellan berörda aktörer. Parallellt med den flexibilitet som den nya inriktningen innebär och de fördelar detta medför måste också anställningsbarheten och möjligheten att jämföra utbildningar nationellt och internationellt värnas. Mot denna bakgrund bör Universitetskanslersämbetet efter samråd med Socialstyrelsen ges i uppdrag att samverka om och följa upp specialistjuksköterskeexamen.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2014.

Vårdförbundets förslag om en specialistutbildning

Vårdförbundet har under 2013 i skriften Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor – en idé presenterat förslag på hur specialistutbildning för sjuksköterskor kan ske inom ramen för en anställning (se www.vardforbundet.se). Enligt förslaget ska specialistsjuksköterskeutbildningen även fortsättningsvis ges inom universitet eller högskola på avancerad nivå. För att garantera samhällets insyn och kvalitetskontroll föreslås att utbildningen också fortsättningsvis ska vara reglerad och ge en skyddad specialistbeteckning. Förbundet föreslår vidare att det inrättas utbildningsanställningar som regleras i kollektivavtal och att utbildningen till större delen genomförs ute i vårdverksamheten. När det gäller huvudmännens ansvar för att utbildningsanställningar inrättas föreslår förbundet en statlig reglering.

Socialstyrelsens rapport Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2011

I november 2013 publicerades Socialstyrelsens årliga rapport Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2011 (artikelnr 2013-11-38). Tillsammans med ett antal andra specialrapporter utgör rapporten ett underlag till den s.k. NPS-rapporten (Nationellt planeringsstöd) som publicerades den 31 januari 2014.

Av Socialstyrelsens rapport om tillgången på olika slag av sjuksköterskor framgår bl.a. följande när det gäller specialistsjuksköterskor (uppgifterna har hämtats från tabell 1 och bilaga 1 till rapporten).

Under 1995 var drygt 62 000 specialistsjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Sedan dess har antalet minskat och uppgick 2011 till drygt 56 000, vilket i sig är en minskning med knappt 800 jämfört med 2010.

Antalet sysselsatta inom olika grupper av specialistsjuksköterskor under 1995 och 2011 framgår av följande tabell:

	1995	2011
Anestesisjukvård och/eller intensivvård	8 404	11 915
Operationssjukvård	4 147	4 123
Ambulanssjukvård ³	19	1 286
Internmedicin och/eller kirurgi	25 970	10 810
Onkologi	771	1 087
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	3 057	4 694
Vård av äldre	43	592
Psykiatrisk vård	6 930	6 036
Distriktssköterska	12 920	15 715
<i>Samtliga specialistsjuksköterskor</i>	<i>62 242</i>	<i>56 258</i>

Antalet utexaminerade specialistsjuksköterskor var drygt 1 500 år 1995. Under ett antal år därefter minskade antalet för att därefter öka igen och 2011 var antalet ca 1 900.

När det gäller antalet specialistsjuksköterskor som går i pension gick drygt 11 000 i pension 1995 medan motsvarande siffra för 2011 är drygt 31 600.

Utskottets ställningstagande

En utgångspunkt för 2009 års Behörighetsutredning var att vård och omsorg ska kännetecknas av en hög patientsäkerhet och ett högt förtroende hos allmänheten (dir. 2009:25). När det gäller frågan om specialistutbildningen för sjuksköterskor angavs i direktiven att det fanns anledning

³ Ambulanssjukvård är en ny specialitet sedan 1999.

att se över det förhållandet att det utbildas för få specialistsjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov. Under flera år hade detta enligt direktiven varit ett problem för vårdgivarna som haft svårt att rekrytera ett tillräckligt antal specialistsjuksköterskor på många områden. Enligt regeringen fanns det därför ett behov av att göra en övergripande utredning av frågan om bristen på specialistsjuksköterskor samt lämna förslag på åtgärder för att få fler sjuksköterskor att specialistutbilda sig. I direktiven angavs att det finns flera orsaker till att det utbildas för få specialist-sjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov. Exempelvis får sjuksköterskorna, till skillnad från de som går specialistläkarutbildningen, inte lön under utbildningen, vilket bl.a. innebär att de ofta måste ta studielån. Ett annat hinder som angavs i direktiven är att det kan vara svårt att kombinera en utbildning med familjelivet, bl.a. på grund av att många specialistutbildningar bara ges på vissa platser i landet. Den avslutade utbildningen leder inte heller alltid till några påtagliga skillnader i arbetsuppgifter eller lön, vilket enligt direktiven också i vissa fall kan påverka intresset för att gå utbildningen.

Utskottet konstaterar således att Behörighetsutredningens uppdrag var avgränsat till att utreda och lämna förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig.

Behörighetsutredningen noterar i sitt betänkande Kompetens och ansvar (SOU 2010:65 s. 277 f.) att sjuksköterskornas specialistutbildning har diskuterats i flera olika sammanhang, att sjuksköterskor är en stor yrkeskår och att det är många som berörs av frågor som är knutna till deras specialistutbildning. Utredningen betonar vikten av en bättre samverkan och konstaterar inledningsvis att när huvudmannaskapet för sjuksköterskornas utbildning, jämte övriga medellånga vårdutbildningar, fördes över från landstingen till staten 2001 tecknades en principöverenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet och att en av de saker som lyftes fram i överenskommelsen var vikten av samverkan (bet. s. 282). Utredningen konstaterar att det alltså finns ett tydligt behov av förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvården och lärosätena. Genom ökad samverkan bedömer utredningen att bl.a. utbildningarna i större utsträckning kan utformas efter vårdens behov och att utbildningarnas innehåll kan anpassas efter den kunskap och de egenskaper som vården efterfrågar. En ökad samverkan leder också enligt utredningen till att problemen kring den verksamhetsförlagda utbildningen, som av många upplevs som en flaskhals för specialistutbildningen, kan avhjälpas.

Mot denna bakgrund föreslog Behörighetsutredningen att Högskoleverket bör få i uppdrag att, i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), utreda och föreslå former för bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården och de lärosäten som utfärdar specialistsjuksköterskeexamen. Uppdraget bör enligt utredningen inriktas på att hitta långsiktiga lösningar för samverkan på såväl nationell som regional och lokal nivå. I uppdraget bör det också ingå att hitta for-

mer för vården att inventera och beskriva sitt behov av specialistsjuksköterskor. Eftersom brist på samverkan mellan lärosäten kan påverka utbudet av specialistutbildningar bör översynen även avse formerna för samarbete lärosätena sinsemellan.

Av en remissammanställning som upprättats inom Socialdepartementet den 29 april 2013 framgår att sammanlagt 58 remissinstanser har yttrat sig i frågan om specialistsjuksköterskor. Samtliga instanser är positiva till förslaget; några få kommenterar att förslaget inte är tillräckligt för att åstadkomma en balans mellan tillgång och efterfrågan på specialistsjuksköterskor. En klar majoritet delar utredningens bedömning av vilka faktorer som utgör hinder för sjuksköterskor att specialisera sig och många diskuterar ingående utbildningsfrågor för specialistsjuksköterskor. Flera universitet och högskolor anger i sina svar att arbetsgivarna bör precisera behov av specialistsjuksköterskor och skilja på vilka arbetsuppgifter en sjuksköterska och en specialistsjuksköterska har och också ange skillnader i lön. Det framkommer i flera remissvar att det över lag finns ett stort behov av en bättre samverkan mellan vårdgivarna och lärosätena.

När det gäller frågan om sjukvårdens behov av specialistsjuksköterskor konstaterar utskottet att regeringen i juni 2013 gav UKÄ i uppdrag att – i samråd med Socialstyrelsen – föreslå hur de universitet och högskolor som har tillstånd att utfärda specialistsjuksköterskeexamen i ökad utsträckning kan samverka sinsemellan och hur lärosätena bättre kan samverka med hälso- och sjukvården. UKÄ fick även i uppdrag att årligen följa upp vilka specialistsjuksköterskeutbildningar som ges av lärosätena i syfte att få en överblick över utbildningsutbudet och för att kunna följa detta över tid. Vid fullgörandet av uppdraget ska ämbetet samverka med andra berörda myndigheter och föra en dialog med SKL och andra berörda organisationer. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2014. Den del som avser uppföljning av vilka specialistsjuksköterskeutbildningar som ges av lärosätena ska dock redovisas årligen vid utgången av maj månad.

Företrädare för UKÄ har inför utskottet den 28 november 2013 redogjort för sitt arbete med regeringsuppdraget när det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och de lärosäten som utfärdar specialistsjuksköterskeexamen.

Utskottet ser fram emot att få ta del av redovisningen av UKÄ:s uppdrag.

Utskottet ser mycket positivt på Vårdförbundets initiativ till och idé om hur en specialistutbildning för sjuksköterskor kan genomföras inom ramen för en anställning. I detta sammanhang noterar utskottet att ett antal lands- och regioner har börjat utveckla utbildningstjänster för att stimulera till ett ökat antal specialistutbildade sjuksköterskor. Utskottet kommer med stort intresse att följa dessa försök.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen rapportera bedömningar av tillgången och efterfrågan på bl.a. sjuksköterskor. Den senaste rapporten Nationella planeringsstödet 2014 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård (NPS) har

nyligen presenterats. Rapporten bygger bl.a. på statistikunderlaget Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2011, som nämnts ovan.

Enligt NPS-rapporten fanns det 56 258 sysselsatta specialistsjuksköterskor 2011. Av dessa var 48 322 sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att specialistsjuksköterskorna har minskat i förhållande till befolkningen – med 19 procent mellan 1995 och 2011 och med 6 procent sedan 2006. Det konstateras vidare att utvecklingen är olika inom olika specialiteter. Den grupp som har stått för den största minskningen är specialister inom specialiteterna medicin och kirurgi. Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på specialiserade sjuksköterskor, framför allt inom psykiatrisk vård, anestesivård och intensivvård, operationssjukvård och geriatrisk vård.

Av NPS-rapporten framgår vidare att medianåldern har ökat betydligt bland de specialiserade sjuksköterskorna jämfört med alla sjuksköterskor. År 2011 var medianåldern 54 år, mot 46 år 1995. Andelen specialistsjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården som är 65 år eller äldre har ökat från 3 procent 1995 till 12 procent 2011.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att tillgången på specialiserade sjuksköterskor har minskat. Tillgången minskar trots att antalet som årligen avslutat sin specialistsjuksköterskeutbildning har ökat under större delen av 2000-talet. Socialstyrelsen har tidigare också konstaterat att de ekonomiska incitamenten för sjuksköterskor att vidareutbilda sig är svaga, eftersom de inte får någon lön under utbildning och eftersom deras lön och arbetsuppgifter efter specialistutbildning på många områden inte skiljer sig nämnvärt från den lön och de arbetsuppgifter som sjuksköterskor utan specialistutbildning har.

Mot denna bakgrund konstaterar utskottet att en hel del har gjorts och fortfarande görs men att tillgången på specialistsjuksköterskor ändå fortsätter att minska. Utskottet föreslår därför att regeringen snarast återkommer till riksdagen med ett förslag om hur tillgången på specialiserade sjuksköterskor kan öka. Motionerna 2013/14:So1 (V) yrkande 1, 2013/14:So291 (M) yrkande 2, 2013/14:So 673 (S) och 2013/14:So674 (SD) är därmed delvis tillgodosedda.

Assisterad befruktning

Motionerna

Assisterad befruktning för ensamstående

I kommittémotion 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 55 begärs ett tillkännagivande om insemination för ensamstående. Motionärerna hänvisar till att en bred majoritet i riksdagen den 29 mars 2012 beslutade att ge regeringen i uppdrag att skyndsamt återkomma med ett lagförslag till riksdagen som innebär att ensamstående kvinnor ska få rätt

till assisterad befruktning. Motionärerna förutsatte att regeringen skulle hörsamma riksdagens tillkännagivande och skyndsamt återkomma med ett lagförslag i frågan, men konstaterar att direktiven till en utredning blev klara först den 19 juni 2013. Utredningen ska, i denna del, vara klar i maj 2014.

I motionerna 2013/14:So301 av Maria Ferm m.fl. (MP) yrkande 2, 2013/14:So574 av Camilla Waltersson Grönvall och Jenny Petersson (båda M) och 2013/14:So387 av Barbro Westerholm (FP) finns liknande yrkanden.

Ägg- och spermadonation

I kommittémotion 2013/14:So202 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att ge kvinnor möjlighet att få tillgång till behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt.

Tid för frysförvaring av embryon

I motion 2013/14:So669 av Ola Johansson och Fredrick Federley (båda C) begärs ett tillkännagivande om förlängd nedfrysningstid för befruktade äggceller. Motionärerna vill ompröva tidsgränsen för hur länge frysta, befruktade ägg kan lagras då behandlingen utvecklats ytterligare. I dag är tidsgränsen fastställd till fem år.

Surrogatmoderskap

I motion 2013/14:So301 av Maria Ferm m.fl. (MP) yrkande 8 begärs ett tillkännagivande om en parlamentarisk utredning om värdmödraskap.

Barnperspektiv

I motion 2013/14:So517 av Mikael Oscarsson (KD) begärs ett tillkännagivande om att i lagstiftningen tillvarata barnets rätt till kännedom om båda sina föräldrar.

Bakgrund

Riksdagen beslutade den 29 mars 2012, i enlighet med utskottets förslag i betänkandet Assisterad befruktning (2011/12:SoU26), att tillkännage för regeringen vad utskottet anfört om att regeringen – efter att ha vidtagit de utredningsåtgärder som krävs – skyndsamt ska återkomma till riksdagen med ett lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning på samma sätt som olikkönade respektive samkönade par redan har enligt gällande lag. Därmed biföll riksdagen delvis ett antal motioner om detta (1 res. SD+KD).

Riksdagen beslutade vid samma tillfälle att tillkännage vad utskottet i samma betänkande anfört om att regeringen förutsättningslöst – utifrån ett brett perspektiv som inkluderar juridiska och etiska frågeställningar samt

ekonomiska överväganden och hänsyn till internationella förhållanden – ska vidta sådana utredningsåtgärder som krävs när det gäller surrogatmoderskap (1 res. V+KD).

Gällande rätt

Enligt 5 kap. 4 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. får ett befruktat ägg eller ett ägg som har varit föremål för somatisk cellkärnöverföring förvaras i fryst tillstånd i högst fem år. Om det finns synnerliga skäl får Socialstyrelsen för särskilda fall medge att tiden för förvaring i fryst tillstånd förlängs (6 §).

Tidigare behandling

I sitt av riksdagen godkända betänkande Hälso- och sjukvårdsfrågor (2012/13:SoU13) behandlade och avslog utskottet motioner om assisterad befruktning för ensamstående m.fl. frågor och anförde bl.a. följande (s. 52 f., 2 res. S+MP+V resp. S):

Utskottet vill betona vikten av att regeringen snarast initierar det lagstiftningsarbete som krävs för att kunna ge ensamstående kvinnor rätt till assisterad befruktning.

Utskottet har nu fått veta att regeringen har för avsikt att tillsätta en utredning före maj månads utgång 2013. Utskottet ser mycket positivt på detta.

Utskottet behandlade senast motioner om att tillsätta en utredning i syfte att ge kvinnor möjlighet att få tillgång till behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt i sitt av riksdagen godkända betänkande Assisterad befruktning (2011/12:SoU26, rskr. 2011/12:180). Utskottet delade inte motionärernas uppfattning om behovet av en sådan utredning och avstyrkte motionerna (s. 15).

Aktuellt

När det gäller utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet har regeringen tillsatt en särskild utredare som ska överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att kunna bli föräldrar (dir. 2013:70). I uppdraget ingår att

- lämna förslag som ger ensamstående möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor
- ta ställning till om det ska krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna vid assisterad befruktning
- ta ställning till om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige, med utgångspunkten att detta i sådant fall ska vara altruistiskt
- ta ställning till om det behövs särskilda regler för de barn som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands

- ta ställning till om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet kan medföra problem vid tillämpningen av bl.a. den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen
- föreslå de följdändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen och i annan lagstiftning som behövs.

Utredaren ska i ett delbetänkande redovisa den del av uppdraget som avser ensamstående möjlighet till assisterad befruktning och nödvändiga följdändringar senast den 14 maj 2014. Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 24 juni 2015.

I november 2012 fick Nationella Värnadsrådet i uppdrag av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) sjukvårdsdelegation att nationellt kartlägga och ta fram gemensamma nationella tolkningar av frysförvaringen av embryon i fråga om omfattning, rutiner i landstingen, forskning inom området, användningen speciellt angående ansökan till Socialstyrelsen om dispens från nuvarande regelverk samt kassationen. Uppdraget omfattade även tolkningen av begreppet barnlöshet i fråga om landstingens erbjudande om assisterad befruktning.

Enligt uppgift från SKL pågår arbetet med en rapport och som beräknas vara färdig tidigast i februari 2014.

I Statens medicinsk-etiska råds rapport Assisterad befruktning – etiska aspekter (Smer 2013:01) behandlas bl.a. frågan om assisterad befruktning för ensamstående. I denna del gör rådet följande överväganden och ställningstaganden (s. 211):

Rådet vill framhålla vissa frågor av etisk karaktär som bör beaktas vid verkställandet av riksdagens beslut om att ensamstående ska ges möjlighet till assisterad befruktning. Dessa frågor handlar bl.a. om olika konsekvenser av ensamståendes tillgång till olika behandlingsmetoder. Assisterad befruktning för ensamstående bör föregås av en särskild bedömning utifrån ett barnperspektiv, där bl.a. kvinnans sociala nätverk ska beaktas. Det finns även anledning att överväga om spermiedonatorer bör ges särskild möjlighet att samtycka till donation till ensamstående kvinnor.

Rådet vill framhålla att det är viktigt att omgående stödja forskning och uppföljning av barn som tillkommer genom assisterad befruktning till ensamstående kvinnor. Det är viktigt att följa upp den psykologiska och sociala utvecklingen hos dessa barn för att i god tid kunna förutse om det finns behov av särskilda insatser och stöd till denna grupp.

I samma rapport behandlas också frågan om nedfrysning av befruktat ägg och könsceller. I denna del anser rådet att den nuvarande tidsgränsen på fem år för frysförvaring av befruktade ägg bör förlängas (s. 138).

Utskottets ställningstagande

I enlighet med utskottets förslag beslutade riksdagen under våren 2012 att tillkännage att regeringen skyndsamt ska återkomma med lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning samt att frågor om surrogatmoderskap utreds förutsättningslöst (bet. 2011/12: SoU26, rskr. 2011/12:180).

Utskottet konstaterar att regeringen i juni 2013 tillsatte Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet (dir. 2013:70). När det gäller ensamståendes möjligheter till assisterad befruktning ska utredaren senast den 14 maj 2014 lämna förslag som ger ensamstående möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor, samt ta ställning till vilka ändringar som behöver göras i lagstiftningen om assisterad befruktning och tillämpningen av denna till en ordning där en ensam tilltänkt förälder avser att genomgå behandlingen. Utskottet utgår från att regeringen därefter skyndsamt återkommer till riksdagen med ett lagförslag i enlighet med riksdagens tillkännagivande våren 2012.

Utskottet anser därmed inte att det är nödvändigt för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motionerna 2013/14:So301 (MP) yrkande 2, 2013/14:So387 (FP), 2013/14:So574 (M) och 2013/14:So657 (S) yrkande 55 som får anses åtminstone delvis tillgodosedda.

När det gäller motionsyrkanden om ägg- och spermadonation konstaterar utskottet att samma utredning har i uppdrag att ta ställning till om det vid assisterad befruktning ska krävas att barnet har en genetisk koppling till den eller de tilltänkta föräldrarna (dir. 2013:70). Om utredaren anser att det bör finnas en genetisk koppling ska utredaren ta ställning till om äggdonation ska tillåtas inom ett äktenskap eller samboskap.

Mot denna bakgrund anser utskottet inte att det finns skäl för riksdagen att ta ytterligare initiativ. Motion 2013/14:So202 (V) yrkande 2 får anses åtminstone delvis tillgodosedd och avstyrks.

När det gäller ett motionsyrkande om en omprövning av tiden för nedfrysning av befruktade äggceller konstaterar utskottet att SKL har gett Nationella Vävnadsrådet i uppdrag att göra en nationell kartläggning och ta fram gemensamma nationella tolkningar av frysförvaring av embryon avseende omfattning, rutiner i landstingen etc. En rapport kommer att presenteras inom kort. Utskottet konstaterar också att Statens medicinsk-etiska råd har behandlat frågan i sin rapport Assisterad Befruktning – etiska aspekter. Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motion 2013/14: So669 (C) får anses i huvudsak tillgodosedd och avstyrks.

Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet har även i uppdrag att analysera och allsidigt belysa frågan om surrogatmoderskap och ta ställning till om surrogatmoderskap i någon form ska tillåtas i Sverige. I uppdraget ingår att undersöka i vilken omfattning surrogatmoderskap efterfrågas i Sverige och bedöma om detta kan mötas av en reglering som är juridiskt, etiskt, medicinskt och i övrigt acceptabel. Om

utredaren anser att surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige ska utredaren bl.a. ta ställning till i vilka fall och under vilka förutsättningar surrogatmoderskap ska kunna genomföras och föreslå hur en heltäckande reglering av surrogatmoderskap ska utformas.

Utskottet anser att motion 2013/14:301 (MP) yrkande 8 därmed får anses tillgodosedd. Motion 2013/14:So517 (KD) om att i lagstiftningen tillvarata barnets rätt till kännedom om båda sina föräldrar anser utskottet också får anses tillgodosedd genom utredningens uppdrag. Motionerna avstyrks.

Abort för utländska kvinnor

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om abort för utländska kvinnor.

Jämför reservation 35 (V).

Motionen

I partimotion 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 38 begärs ett tillkännagivande om information om svensk abortlagstiftning. Motionärerna anför att regeringen bör genomföra en satsning på att informera om svensk abortlagstiftning i länder i vårt närområde där abort är förbjudet. I yrkande 39 begärs ett tillkännagivande om att utreda abortverksamhet i vissa landsting för utländska kvinnor.

Gällande rätt

Förutom de allmänna reglerna om hälso- och sjukvård som finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns det bestämmelser om abort i abortlagen (1974:595) och i Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15 [M]).

I abortlagen anges att om en kvinna begär att hennes havandeskap ska avbrytas får en abort utföras om åtgärden vidtas före utgången av den 18:e havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (1 §). Efter utgången av den 18:e havandeskapsveckan får aborter utföras endast om Socialstyrelsen ger kvinnan tillstånd till åtgärden. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl föreligger för aborten.

I och med en lagändring den 1 januari 2008 har kvinnor som inte är svenska medborgare eller bosatta i Sverige rätt att få abort utförd i landet utan särskilt tillstånd. Finansieringen av och betalningen för en abort ska ske enligt de generella regler som gäller när utländska personer får hälso-

och sjukvård i Sverige. Landstingens kostnader för vården ersätts således antingen av personens sjukvårdsförsäkring i hemlandet eller av personen själv, beroende på vilka regler som gäller i det enskilda fallet.

Bakgrund och pågående arbete m.m.

Hösten 2007 behandlade socialutskottet regeringens proposition 2006/07:124 Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter (bet. 2007/08:SoU4, rskr. 2007/08:29). Socialutskottet anförde bl.a. följande i sitt ställningstagande (1 res. V i dessa delar):

Utskottet välkomnar regeringens förslag att i abortlagen (1974:595) ta bort kravet att kvinnan ska vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige för att genomgå abort eller avbrytande av havandeskap. Det är vidare positivt att propositionen tydligt anger att utländska kvinnor som genomgår abort i Sverige ska erbjudas samma omhändertagande som svenska kvinnor, samt att de generella reglerna för ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård när en utländsk person får vård i Sverige ska gälla.

— — —

Utskottet anser att det är viktigt med god kunskap om svensk lagstiftning i andra länder. Information finns t.ex. att tillgå via Sveriges ambassader och konsulat. Utskottet ställer sig dock inte bakom motionerna [...]. Motionerna avstyrks.

Utskottet delar uppfattningen att det är viktigt att följa konsekvenserna av lagändringen och välkomnar en utvärdering. Utskottet anser att det vore värdefullt om den frågeställning om ekonomiska villkor som tas upp i motion [...] inbegrips i utvärderingen. Med det anförda får motionen anses delvis tillgodosedd.

Mot bakgrund av den ändrade lagstiftningen fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att för verksamhetsåret 2009 samla in statistik över antalet utländska kvinnors aborter i Sverige. Rapporten Utländska kvinnors aborter i Sverige under 2009 publicerades 2010. Resultatet visade att 132 aborter utfördes under 2009 vid 29 av totalt 106 abortkliniker. Den största andelen aborter utfördes på kvinnor från Asien (29 procent), följt av från länder inom EU utom Norden (19 procent) och Sydamerika (16 procent). Elva procent av det totala antalet aborter utfördes på kvinnor från Norden. Mer än hälften, 58 procent, av aborterna genomfördes i tidig graviditet, dvs. före utgången av den nionde (9+0) graviditetsveckan, och knappt var fjärde abort utfördes efter vecka nio (9+0) men före utgången av den tolfte veckan, (12+0), 24 procent. Andelen sena aborter, utförda efter utgången av den tolfte veckan, var 17 procent. Vid de flesta aborter, 126 av 132, hade kvinnan fått information i samband med åtgärden. Vid 39 procent av aborterna hade kvinnan varit på stödsamtal och vid 32 procent på efterkontroll.

Utskottets ställningstagande

Utskottet står naturligtvis bakom den ändring i abortlagen (2007:998) som gör det möjligt för kvinnor som inte är svenska medborgare eller bosatta i Sverige att få abort utförd i landet utan särskilt tillstånd. Utskottet vidhåller att det är viktigt att det finns kunskap om svensk lagstiftning i andra länder. Riksdagen bör dock inte ta något initiativ med anledning av motion 2013/14:So400 (V) yrkandena 38 och 39. Yrkandena avstyrks.

Organ- och kroppsdonation

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om organ- och kroppsdonation.
Jämför särskilt yttrande 11 (S, MP, V).

Motionerna

I kommittémotion 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 18 begärs ett tillkännagivande om organdonation. Enligt motionärerna är det angeläget att den översyn av nuvarande regler och hantering som nu pågår leder fram till förslag om hur fler organ ska kunna tillvaratas och användas för donation.

I motion 2013/14:So621 av Finn Bengtsson m.fl. (M) begärs ett tillkännagivande om ytterligare en översyn av rutinerna för organdonationer. Motionärerna anför att det fortfarande förekommer en brist på organdonationer i landet samt längre transplantationsköer och vill att regeringen, trots pågående arbete, överväger möjligheten att se över behovet av ytterligare en översyn av rutinerna för organdonationer.

I motion 2013/14:So520 av Penilla Gunther (KD) begärs ett tillkännagivande om behovet av fler kroppsdonationer till universitetssjukhusen. Motionären anför att den pågående utredningen bör få i tilläggsuppdrag att titta på frågan om kroppsdonation.

Tidigare behandling och pågående arbete

Socialutskottet behandlade motioner om organdonation i betänkandet Organdonationsfrågor (bet. 2011/12:SoU9, rskr. 2011/12:122). Utskottet anförde då följande:

Den medicinska utvecklingen går mycket snabbt och aktualiserar olika etiska, samhälleliga och juridiska frågeställningar. Ibland kan grundläggande etiska frågeställningar både för den enskilde och för samhället behöva belysas. Det kan vara frågor som har betydelse för den personliga integriteten eller som påverkar synen på människovärdet.

Lagstiftning som har betydelse för området är bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död och lagen (1995:831) om transplantation m.m.

Hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 januari 1983, lagen om kriterier för bestämmande av människans död trädde i kraft den 1 januari 1988 och lagen om transplantation m.m. trädde i kraft den 1 juli 1996. Utskottet har i avsnittet Gällande rätt ovan redogjort för huvud dragen i olika regelverk.

Genom transplantation kan människor få ett bättre liv och fler liv kan räddas. En förutsättning för transplantation är att det finns människor som vill donera sina organ och vävnader. Flera opinionsundersökningar har visat att åtta av tio svenskar är positiva till att donera organ och vävnader efter sin död. Socialstyrelsens rapport Möjliga donatorer i Sverige 2010 – En sammanställning av dödsfall inom intensivvården visar på ett trendbrott för 2010; fler möjliga donatorer hade en känd inställning till donation och färre närstående lade in sitt veto när donationsviljan hos den avlidna personen var okänd. Det finns således en klar vilja att donera, men tillgången till organ räcker inte för att fylla behovet för alla de patienter som väntar på en transplantation.

Under allmänna motionstiden 2011 väcktes ett tiotal motioner om olika organdonationsfrågor. För att bredda kunskapsunderlaget inför beredningen av dessa har utskottet kallat till sig företrädare för Socialstyrelsen och Statens medicinsk-etiska råd. Vidare har företrädare för Etikrådet vid Organisationen för organdonation lämnat information till utskottet. Utskottet noterar att Statens medicinsk-etiska råd, mot bakgrund av den kunskapsutveckling som skett, anser att en översyn av regelverket är nödvändig (prot. 11 november 2011). Av redovisningarna inför utskottet har det framkommit att det behövs en översyn för att bättre kunna tillgodose behovet av organ för donation.

Sammanfattningsvis drar utskottet slutsatsen att det finns vissa otydligheter på området som kan gälla såväl regelverket som rutiner och organisationsfrågor.

Utskottet anser att det är mycket angeläget med en översyn i enlighet med vad som nyss sagts i syfte att förbättra tillgången på organ och vävnader för donation. Utskottet välkomnar därför att regeringen som en inledning på ett sådant arbete hade ett möte med experter och sakkunniga på området den 5 december 2011. Utskottet har därtill fått veta att regeringen har inlett ett arbete med att ta fram en plan för det fortsatta arbetet.

Utskottet anser att regeringen ska återkomma till riksdagen senast innan riksdagens sommaruppehåll 2012 med en redovisning av en plan för vilka åtgärder som krävs i det fortsatta arbetet i syfte att förbättra tillgången på organ och vävnader för donation.

Regeringen beslutade den 28 februari 2013 att ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av vissa donations- och transplantationsfrågor (dir. 2013:25). De områden som omfattas är information till allmänheten samt dess möjlighet att ta ställning till donation, vårdgivarnas organisation och arbetssätt och deras betydelse för donations- och transplantationsverksamheten, förutsättningarna att bedriva donationsfrämjande insatser i vården samt uppgiftsutbytet med Scandiatransplant. Syftet med utredningen är enligt direktiven att säkerställa en fortsatt välfungerande donations- och transplantationsverksamhet i Sverige samt att möjliggöra ett ökat antal donatorer och tillgängliga organ.

Utredaren ska bl.a.

- lämna förslag på hur informationen till allmänheten kan förbättras samt hur förutsättningarna för enskilda personer att göra sin vilja känd kan förenklas
- bedöma vilket kunskapsstöd vårdgivarna behöver i fråga om organisation och arbetssätt
- göra en bedömning av förutsättningarna för donationsfrämjande insatser i vården göra en översyn och ta fram förslag till reglering av uppgiftsutbytet med Scandiatransplant.

Den 30 januari 2014 fick utredningen ett tilläggsdirektiv (2014:9) i vilket tiden fram till det första redovisningstillfället förlängdes som längst till den 28 mars 2014. Redovisningen, som ska ske i rapportform, ska innehålla

- en beskrivning av nuvarande ansvarsfördelning mellan olika aktörer gällande information till allmänheten och professionen
- en genomgång av de alternativ som finns i dag för enskilda att göra sin vilja känd
- en kartläggning av i vilka sammanhang som donationsfrågor på ett mer rutinmässigt sätt skulle kunna aktualiseras.

Det som återstår av uppdraget, dvs. att bedöma förutsättningarna för den enskilde att göra sin vilja känd, ska redovisas i slutredovisningen senast den 13 januari 2015.

I mars 2013 behandlade utskottet motionsyrkanden om organdonation i betänkandet Hälsö- och sjukvårdsfrågor (2012/13:SoU13). Utskottet anförde då bl.a. följande (s. 58, inga reservationer):

Utskottet drog i december 2011 slutsatsen att det fanns vissa otydligheter på området för organdonation som kan gälla såväl regelverket som rutiner och organisationsfrågor (bet. 2011/12:SoU9). Utskottet ansåg därför att det var mycket angeläget med en översyn i syfte att förbättra tillgången på organ och vävnader för donation och föreslog ett tillkännagivande till regeringen. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag (rskr. 2011/12:122).

Mot denna bakgrund ser utskottet mycket positivt på och välkomnar att regeringen nu har beslutat att tillsätta en utredning om donations- och transplantationsfrågor. Resultatet av utredningens arbete bör avvaktas.

Utskottets ställningstagande

Utskottet drog i december 2011 slutsatsen att det fanns vissa otydligheter på området för organdonation som kan gälla såväl regelverket som rutiner och organisationsfrågor (bet. 2011/12:SoU9). Utskottet ansåg därför att det var mycket angeläget med en översyn i syfte att förbättra tillgången på organ och vävnader för donation och föreslog ett tillkännagivande till regeringen. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag (rskr. 2011/12:122).

I februari 2013 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av vissa donations- och transplantationsfrågor (dir. 2013:25). De områden som omfattas är information till allmänheten samt dess möjlighet att ta ställning till donation, vårdgivarnas organisation och arbetssätt och deras betydelse för donations- och transplantationsverksamheten, förutsättningarna att bedriva donationsfrämjande insatser i vården samt uppgiftsutbytet med Scandiatransplant. Syftet med utredningen är enligt direktiven att säkerställa en fortsatt välfungerande donations- och transplantationsverksamhet i Sverige samt möjliggöra ett ökat antal donatorer och tillgängliga organ. Vid sammanträdet den 4 februari 2014 informerades utskottet om den pågående utredningen.

Utskottet ser mycket positivt på att donations- och transplantationsfrågorna utreds och ser fram emot att ta del av utredningens resultat. Motionerna 2013/14:So621 (M) och 2013/14:So657 (S) yrkande 18 avstyrks i avvaktan på detta. Även motion 2013/14:So520 (KD) avstyrks.

Medicin-etik

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om medicin-etik.

Motionen

I motion 2013/14:So469 av Yvonne Andersson och Lars-Axel Nordell (båda KD) yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om sjukvårdens uppgift i livets tjänst. Motionärerna anför bl.a. att medicinska landvinningar medför ett stort ansvar. Detta kan i vissa fall innebära begränsningar i den medicinska forskningen och utvecklingen, då det inte alltid är etiskt självklart att allt som medicinskt kan göras ska göras. I yrkande 3 begärs ett tillkännagivande om ett opolitiskt medicinsk-etiskt råd. Det bör utredas varför Sverige har politiskt valda företrädare med syfte att skapa ett opolitiskt medicinsk-etiskt råd i likhet med andra länder.

Bakgrund och pågående arbete m.m.

I socialutskottets betänkande om vissa medicinsk-etiska frågor (1984/85:SoU4)⁴ begärdes ett tillkännagivande om att regeringen skyndsamt skulle "överväga lämplig form för ett kontinuerligt informations- och åsiktsutbyte i fråga om sådan medicinsk forskning och behandling som kan anses känslig för den mänskliga integriteten eller påverka respekten för människovärdet" (s. 2). Enligt utskottet behövdes "ett permanent medicinsk-etiskt organ, gärna med tvärvetenskaplig inriktning, där bl.a. parla-

⁴ Rskr. 1984/85:23.

mentariker, sjukvårdsansvariga, forskare och teologer kan samråda i medicinsk-etiska frågor och där grundläggande gemensamma värderingar kan formuleras”.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) inrättades av regeringen 1985. Dess uppgift är att ge vägledning till regeringen och riksdagen. Rådet ska mot bakgrund av den snabba utvecklingen bedöma konsekvenserna för människovärdet och den mänskliga integriteten i samband med medicinsk forskning, diagnostik och behandling. I rådet ingår ordförande, sju företrädare för de politiska partierna och tio sakkunniga. Sverige var efter Frankrike det andra landet i Europa som etablerade ett rådgivande nationellt organ. Under de senaste åren har flera europeiska länder inrättat en motsvarande funktion. Sverige är dock det enda landet som har politiskt valda företrädare i sitt råd.

År 2010 beslutade riksdagen att vårdgivaren ska göra en etisk bedömning innan nya diagnos- eller behandlingsmetoder som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården. Bedömningen ska göras utifrån både individ- och samhällsetiska aspekter. Ansvaret regleras genom 2 h § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (prop. 2009/10:83, bet. 2009/10:SoU8, rskr. 2009/10:213). Socialutskottet anförde bl.a. följande i sitt ställningstagande:

Utskottet välkomnar förslaget att en etisk bedömning ska göras innan nya diagnos- eller behandlingsmetoder som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att en övergång till nya metoder föregås av noggranna etiska överväganden av de konsekvenser som kan uppstå för olika grupper i samhället. Vidare är det angeläget att den etiska bedömningen och analysen blir regel överallt inom hälso- och sjukvården.

Det är vårdgivaren som ska se till att den aktuella diagnos- eller behandlingsmetoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter. Utskottet anser liksom regeringen att nya diagnos- och behandlingsmetoder bör införas på ett ordnat och öppet sätt.

Utskottets ställningstagande

Utskottet påminner om bestämmelsen 2 h § hälso- och sjukvårdslagen som gäller sedan den 1 juli 2010, dvs. att vårdgivaren innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården ska se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter.

Utskottet delar inte motionärernas bedömning om en annan sammansättning av det medicin-etiska rådet. Motion 2013/14:So469 (KD) yrkandena 2 och 3 avstyrks.

Blodtransfusion

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om blodtransfusion.

Jämför reservation 36 (S).

Motionen

I motion 2013/14:So495 av Ingela Nylund Watz (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av att snarast införa ett NAT-system (nucleic acid testing) vid blodtransfusioner. Motionären anför att regeringen bör ge Socialstyrelsen ett uppdrag att granska och överväga förslaget till NAT-system för ökad patientsäkerhet.

Bakgrund

Kvalitet och säkerhet kring hanteringen av blod och blodkomponenter som ska användas för transfusion på människor regleras av Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för insamling, kontroll, framställning, förvaring av humanblod och blodkomponenter samt av lagen (2006:496) om blodsäkerhet. År 2010 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet i kraft. Författning innehåller kompletterande föreskrifter till lagen (1995:831) om transplantation m.m. och lagen (2006:496) om blodsäkerhet. Den syftar till att med respekt för den enskilda människans integritet säkerställa att blod och blodkomponenter håller hög kvalitet och säkerhet för att förhindra att smitta eller sjukdom överförs vid användning på människor (transfusion).

År 2010 publicerade Socialstyrelsen rapporten Sällningstest av blodgivare – kunskapsunderlag från experter. Rapporten togs fram i samband med revideringen av Socialstyrelsens föreskrifter om blodverksamhet (SOSFS 2009:28). Av rapportens sammanfattning framgår bl.a. följande:

I sjukvården behöver blod och blodkomponenter transfunderas i samband med större kirurgiska ingrepp, trauman och olycksfall, brännskadebehandlingar, tumör- och leukemibehandlingar, förlösningssblödningar, blodbyte på nyfödda, prematuritet och andra orsaker till akut och kronisk anemi. Det har uppskattats att mellan cirka en tredjedel och 80–90 procent av de givna transfusionerna är direkt livräddande på mycket kort sikt.

— — —

I Sverige används för närvarande serologiska testmetoder för sällningstesten av blodgivare. Det innebär att de smittsamma fönsterperioderna bedöms vara cirka 6,5 dagar för HIV (kombinerat ag/ak-test), cirka 45 dagar för hepatit B (antigentest) och cirka 60 dagar för hepatit C (antikroppstest). Om de serologiska testmetoderna kompletteras med

individuell NAT-testning av varje blodtappning minskar fönsterperioderna med ungefär 3,5 dagar för HIV, 25 dagar för hepatit B och cirka 57 dagar för hepatit C.

— — —

Att införa NAT innebär dock kraftigt ökade kostnader. Den årliga kostnadsökningen i Sverige för sållningstest vid tillägg av NAT skattas till cirka 65 miljoner kronor, exklusive stora initiala kostnader för att byta till en annan metod samt för ev. logistik och omorganisation. Den beräknade kostnaden för tillägget av NAT blir då 170 miljoner kronor per förhindrad virusöverföring respektive 35 miljoner kronor per vunnet QALY (kvalitetsjusterat levnadsår).

I stället för NAT kan man införa ett kombinerat test med antikropp plus antigen för att testa mot HIV, och många laboratorier har redan gått över till ett sådant kombinerat test. Detta innebär en kortare fönsterperiod med lägre smittöverföringsrisk utan några högre kostnader än i dag, jämfört med ett antikroppstest. Inom några år kan även ett kombinerat antigen antikroppstest för hepatit C komma att finnas, och kan då efter utvärdering övervägas för blodscreening verksamheten.

I den nya föreskriften (SOSFS 2009:28) har kraven på hiv-test ändrats så att man måste använda kombinerade test där blodgivaren testas för både antikropp och antigen för hiv. Detta har medfört att den s.k. fönsterperioden har förkortats.

Utskottets ställningstagande

Utskottet har fått veta att Socialstyrelsen planerar att på nytt se över de testmetoder som används för sållningstest av blodgivare och utifrån denna se över om det finns något behov av att ändra de nuvarande kraven. Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motion 2013/14:So495 (S). Motionen avstyrks.

Sterilisering

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om sterilisering.

Motionen

I motion 2013/14:So389 av Barbro Westerholm (FP) begärs ett tillkännagivande om möjlighet till sterilisering som preventivmetod. Sterilisering som födelsekontrollerande metod bör landstingen och sjukvården i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer ställa upp med varhelst man bor i Sverige och till rimlig kostnad för både män och kvinnor. Eftersom det inte är fallet i dag anser motionären att staten har ett ansvar för att rätta till detta.

Gällande rätt

Enligt 2 § steriliseringslagen (1975:580) får en person som har fyllt 25 år på egen begäran steriliseras, om han eller hon är bosatt i Sverige. Om sterilisering vägras ska frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning. Enligt 3 § ska en person som har fyllt 18 år men inte 25 år, som är bosatt i Sverige och som önskar sterilisera sig, ansöka hos Socialstyrelsen få tillstånd till sterilisering

- om det finns beaktansvärd risk för att arvsanlag som kan medföra allvarlig psykisk störning, svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag överförs till avkomling (genetisk indikation)
- i fråga om kvinna, om graviditet till följd av sjukdom, kroppsfel eller svaghet skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa (medicinsk indikation)
- i samband med ansökan om fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, om förutsättningar i övrigt föreligger för sådan fastställelse.

Av förarbetena till steriliseringslagen (prop. 1975:18 s. 1) framgår att lagen syftar till att grunda en rättighet: ”Enligt den föreslagna nya lagen skall varje man och kvinna som har fyllt 25 år och själv begär det få bli steriliserad.” Det framhålls (s. 1) att ”Såväl informationsverksamheten som operation och efterkontroll skall ersättas genom den allmänna försäkringen”.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter för verkställigheten av steriliseringslagen (SOSFS 2005:1).

Bakgrund

I en anmälan, som kom in till Justitieombudsmannen (JO) den 12 augusti 2009, framfördes ett klagomål mot Landstinget i Värmland om att landstinget hade beslutat att inte längre utföra steriliseringar som inte är medicinskt betingade. Den klagande ansåg att beslutet inte var förenligt med gällande lagstiftning (dnr 4488-2009).

I ett beslut den 28 januari 2011 anförde JO följande (redogörelse 2011/12: JO1 s. 486).

Socialstyrelsen har i sitt remissvar redogjort för tillämplig lagstiftning och konstaterat att landstingen är skyldiga att erbjuda sterilisering oavsett om ingreppet är medicinskt betingat eller inte. Jag delar styrelsens bedömning och vill endast tillägga följande.

Landstingsstyrelsen har som skäl för att inte längre erbjuda sterilisering utan medicinsk indikation angivit att sådana ingrepp är så lågt prioriterade inom landstinget att de i praktiken knappast utförs. Innebörden av tillämplig lagstiftning är dock att landstingen är skyldiga att utföra steriliseringar även om de inte är medicinskt betingade. Det är således inte möjligt för ett landsting att helt upphöra med att erbjuda denna typ av ingrepp. Landstinget borde därför inte ha fattat beslut med det innehållet.

Steriliseringar som inte är medicinskt betingade avser normalt att tillgodose livskvalitetsrelaterade behov och inte hälsorelaterade behov. Att sådana ingrepp ges låg prioritet inom hälso- och sjukvården är en bedömningsfråga som jag inte har anledning att ha synpunkter på.

Ärendet avslutas med den kritik som framgår av det ovan anförda.

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) presenterade hösten 2013 en granskning som visade på stora skillnader vid sterilisering. I hälften av landstingen och regionerna erbjuds sterilisering till patientavgift, medan avgiften i övriga landsting och regioner varierar kraftigt. I vissa landsting erbjuder man inte sterilisering (www.rfsu.se).

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar att landstingen enligt Socialstyrelsen är skyldiga att erbjuda sterilisering oavsett om ingreppet är medicinskt betingat eller inte. Riksdagen bör inte ta något initiativ på området. Motion 2013/14:So389 (FP) avstyrks.

Behov av en ny utredning om manipulativt ledarskap

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om behov av en ny utredning om manipulativt ledarskap.

Motionen

I motion 2013/14:So255 av Lars Tysklind och Barbro Westerholm (båda FP) begärs ett tillkännagivande om behovet av en ny utredning om destruktivt och manipulativt ledarskap. Motionärerna anför att utredningen I God Tro (SOU 1998:113) bör få en uppföljning, att problemets omfattning uppskattas och att aktuell kunskap tas fram och sprids om hur de som drabbats av destruktivt manipulativt ledarskap bäst kan hjälpas.

Bakgrund och pågående arbete

Betänkandet I God Tro

I maj 1996 beslutade riksdagen om ett tillkännagivande till regeringen med anledning av motion 1994/95:So406 av Barbro Westerholm (FP) om behovet av en utredning om hur andlig kränkning med dess hälsomässiga följder ska kunna förebyggas och åtgärdas samt hur människor som utsatts för sådan kränkning skall kunna få hjälp (bet. 1995/96:SoU17, rskr. 1995/96:263). En utredning tillsattes i mars 1997. Utredningens uppdrag var bl.a. att undersöka i vad mån människor hamnar i psykiska kristillstånd i samband med utträde ur nyandliga rörelser samt vilken hjälp

de i sådana fall behöver samt att inventera forskningsläget. Utredningen presenterade sina resultat i betänkandet I God Tro – Samhället och nyandligheten (SOU 1998:113).

I budgetpropositionen för 2001 (prop. 2000/01:1 utg.omr. 9 s. 31 f.) skrev regeringen bl.a. följande beträffande betänkandet:

Utredaren överlämnade den 1 oktober 1998 betänkandet I God Tro – samhället och nyandligheten (SOU 1998:113). Betänkandet har därefter remissbehandlats på sedvanligt sätt. Genom utredningen har en samlad kartläggning och beskrivning av frågor kring nyandliga rörelser och samhället, såväl nationellt som internationellt, åstadkommit. I betänkandet har vidare ett antal bedömningar gjorts och på några punkter har konkreta förslag på åtgärder lagts fram. Det gäller bl.a. ett förslag om inrättande av ett kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor där staten skall agera som huvudman. Kunskapscentrumet föreslås bl.a. arbeta med fördjupning av kunskap samt utvecklande av metoder för att ge adekvat hjälp till våldsökande vid kris i samband med utträde ur nyandliga rörelser.

— — —

Efter en sammantagen bedömning av betänkandet samt remissutfallet finner regeringen att ett behov av kunskap om nyandliga rörelser finns hos myndigheter och institutioner men att arbete med forskning och kompetenshöjning inom det aktuella området kan ske inom ramen för existerande verksamheter. Behov av att inrätta ett särskilt kunskapscentrum föreligger därför inte.

Skriftlig fråga

Den 22 januari 2014 besvarade socialminister Göran Hägglund (KD) en skriftlig fråga om manipulativa sekter (fr. 2013/14:313). Socialministern anförde bl.a. följande:

Catharina Bråkenhielm har frågat mig vilka åtgärder jag är beredd att vidta för att lyfta problemet, som frågan gäller, och ta fram och sprida aktuell kunskap om hur de som drabbats av destruktivt, manipulativt ledarskap bäst kan hjälpas.

Det är naturligtvis angeläget att samhället har kapacitet att se och möta människor som är eller har varit utsatta för skadligt manipulativt ledarskap i sektliknande former. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret att se till att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Landstingen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda medborgarna en god hälso- och sjukvård när det behövs. I skolan ska det enligt skollagen finnas tillgång till elevhälsopersonal för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser. Det är kommunerna och landstingen som ansvarar för att den personal som behövs finns och har kompetens att se och möta människor med problem.

Utskottets ställningstagande

I betänkandet I God Tro – samhället och nyandligheten (SOU 1998:113) gjordes en samlad kartläggning och beskrivning av frågor kring nyandliga rörelser och samhället. Utredningen remissbehandlades och den dåvarande regeringen vidtog, enligt uppgift, inte några direkta åtgärder med anledning av utredningen inom socialutskottets beredningsområde.

Utskottet anser att det är angeläget att samhället har kapacitet att se och möta människor som är eller har varit utsatta för skadligt manipulativt ledarskap i sektliknande former. Det gäller inte minst barn. I första hand är det kommunerna och landstingen som ansvarar för att den personal som behövs finns, och att personalen har den kompetens som krävs.

Det finns för närvarande inte något skäl för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motion 2013/14:So255 (FP). Motionen avstyrks.

Ambulanshelikopterverksamhet

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår ett motionsyrkande om ambulanshelikopterverksamhet.

Motionen

I motion 2013/14:So454 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M) begärs ett tillkännagivande om att se över möjligheterna att samordna den nordiska ambulanshelikopterverksamheten. Motionären anför att en samordning skulle kunna förbättra vårdkvaliteten, öka patientsäkerheten och minska kostnaderna för landstingen.

Gällande rätt

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, svarar landstinget 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.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10). Dessa ska tillämpas inom sådan verksamhet som omfattas av 6 § HSL, oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luften.

Tidigare behandling och pågående arbete m.m.

Socialutskottet behandlade motioner om nationellt samordnad luftburen ambulanssjukvård i betänkandet Hälso- och sjukvård (2012/13:SoU13). Motionerna avstyrktes (inga reservationer).

I maj 2013 behandlade utskottet regeringens skrivelse 2012/13:113 Riksdagens rapport om statens insatser inom ambulansverksamheten samt en följdmotion. I skrivelsen redovisade regeringen sin bedömning av Riksdagens rapport med samma namn (RiR 2012:20) samt vilka åtgärder som kommer att vidtas med anledning av Riksdagens iakttagelser (bet. 2012/13:SoU28, rskr. 2012/13:281). I sitt ställningstagande hänvisade

utskottet till Alarmeringstjänstutredningens betänkande En myndighet för alarmering (SOU 2013:33) som överlämnades till regeringen i april 2013. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

En nationell arbetsgrupp, som har bestått av representanter från Västra Götalandsregionen, Landstinget i Värmland, Norrbottens läns landsting samt personal från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), har på uppdrag av Landstingsdirektörernas förening tagit fram ett underlag för beslut om samverkan när det gäller luftburen ambulanssjukvård. I september 2012 presenterade arbetsgruppen rapporten Vård på vingar – Nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård. I underlaget finns ett förslag om att en nationell organisation bör bildas för att tillhandahålla tjänster med ambulanshelikopter och ambulansflygplan. I sina förslag pekar arbetsgruppen på att den nationella organisationen också bör samverka med bl.a. systerorganisationer i de nordiska grannländerna.

Frågan om nationellt samarbete har enligt uppgift från SKL tagits över av de landsting som i dag har luftburen ambulanssjukvård. Förutom helikoptersjukvård har man i det samarbetet även den flygplansbundna ambulanssjukvården och transportlogistik som utgångspunkter.

Vidare bedrivs sedan 2012 ett projekt av de landsting som har gräns mot Norge – dvs. Landstinget Dalarna, Landstinget i Värmland, Jämtlands läns landsting och Västra Götalandsregionen – om samverkan med norska Luftambulansetjenesten (ANS). Projektet Luftburen ambulanssjukvård följs dessutom av Norrbottens läns landsting och Västerbottens läns landsting. Projektets mål är bl.a. att skapa gemensamma avtalskonstruktioner och ekonomiska modeller som reglerar och underlättar samarbetet över gränsen, tydliggöra de medicinska ansvarsfrågorna vid akutinsatser samt utveckla styrning och ledning vid akutinsatser. Projektet löper till slutet av januari 2014 då ett gränsråd med representanter från bl.a. de svenska och de norska gränslandstingen bildas.

Nordiskt samarbete på hälsoområdet

I augusti 2013 fick en utredare i uppdrag av Nordiska ministerrådet att utarbeta en oberoende rapport om hur det nordiska samarbetet på hälsoområdet kan utvecklas och stärkas under de närmaste 5–10 åren. Utredaren ska bl.a. presentera förslag till hur detta kan uppnås genom arbetsfördelning, samordning och gemensamma lösningar exempelvis där det finns behov av tvärsanknadt samarbete. Rapporten ska presenteras för de nordiska social- och hälsoministrarna i juni 2014. Hälsorapporten ingår i Nordiska ministerrådets program Hållbar nordisk välfärd, som är en av ministerrådets största satsningar under perioden 2013–2015.

Nordiska hälsoberedskapsgruppen (Svalbardgruppen) är utsedd av de ansvariga myndigheterna i de nordiska länderna och består av representanter från hälsoområdet i de fem nordiska länderna samt de självstyrande

områdena Grönland, Åland och Färöarna. Nordiska hälsoberedskapsgruppen rapporterar till Nordiska ministerrådet om det nordiska hälsoberedskapsavtalet.

Utskottets ställningstagande

Utskottet noterar att det bl.a. pågår ett samarbete kring luftburen ambulanssjukvård mellan de svenska landsting som har gräns mot Norge och de norska gränslandstingen. Utskottet ser positivt på samarbetet.

Något riksdagsinitiativ är inte nödvändigt med anledning av motion 2013/14:So454 (M). Motionen avstyrks.

Hälso- och sjukvård – förenklad behandling

Utskottets ställningstagande

De motionsyrkanden som tas upp i bilaga 2 tar upp samma eller i huvudsak samma frågor som har behandlats tidigare under valperioden. Yrkandena har behandlats i betänkandena 2010/11:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m., 2010/11:SoU9 Hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor, 2011/12:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, 2011/12:SoU7 Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg, 2011/12:SoU10 Äldrefrågor, 2011/12:SoU12 Folkhälsofrågor, 2011/12:SoU14 Hälso- och sjukvårdsfrågor samt tandvårdsfrågor, 2012/13:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, 2012/13:SoU4 Stärkt stöd och skydd för barn och unga, 2012/13:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor, 2012/13:SoU20 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd, 2012/13:SoU24 Upphävande av kravet på sterilisering för ändrad könstillhörighet och 2013/14:SoU2 Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Riksdagen avslag yrkandena i enlighet med utskottets förslag. Utskottet ser ingen anledning att nu göra en annan bedömning och avstyrker därför motionsyrkandena.

Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

1. Organisation och styrning, punkt 1 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2013/14:So633 av Lena Sommestad m.fl. (S) och 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 16 och avslår motionerna 2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 40 och 2013/14:N333 av Christer Nylander (FP) yrkande 11.

Ställningstagande

Vi anser att det bör införas nationella kvalitetslagar som reglerar vilka spelregler som ska gälla för privata utförares medverkan i sjukvården.

Vi vill också se en vinstbegränsning. Ingen vinst ska kunna tas ut på bekostnad av kvaliteten, utan denna ska vara hög och likvärdig i såväl privat som offentlig verksamhet.

För att förhindra att enskilda drabbas av plötsliga nedläggningar av välfärdsverksamheter, och för att motverka kortsiktiga vinster på bekostnad av kvaliteten, är det nödvändigt att ställa hårdare krav när det gäller vilka som får driva välfärdsverksamhet.

Vi vill att det ska finnas tillräckligt med underlag i form av vårdtagare för att ny välfärdsverksamhet ska kunna starta. På så sätt undviker man att resurser förbrukas i onödan. Det ska vara möjligt för kommuner att själva välja om de vill införa LOV eller inte.

Vi anser att ersättningssystemen inom välfärden bör ses över, så att de ersätter utförare för reella behov och de kostnader som finns. Ersättningen inom vården bör styras av vårdtyngden.

För att garantera kvaliteten i välfärden krävs det vidare en mer utbyggd tillsyn, med möjlighet till fler oannonserade inspektioner och med tydliga sanktioner vid brott mot reglerna.

I varje kommun ska det finnas offentliga alternativ inom välfärden. Det ska vara möjligt för kommunerna att rikta upphandlingar och valfrihetssystem inom välfärden till enbart privata, kooperativa och ideella aktörer som inte drivs i vinstsyfte. För att göra det möjligt för non-profit-aktörer att växa och utvecklas anser vi att en nationell strategi för idéburen välfärd bör tas fram.

För att långsiktigt utveckla kvaliteten i välfärden vill vi att finansiärer, utförare och relevanta fackförbund tillsammans arbetar fram en etisk kod – ett socialt kontrakt – för all verksamhet inom välfärden.

Ett annat problem i dagens svenska sjukvård är att en betungande byråkrati tar alltför mycket tid från professionell personal som läkare och sjuksköterskor. En dominerande styrmodell i dagens sjukvård, liksom i andra delar av offentlig verksamhet, är en ekonomibaserad mål- och resultatstyrning, New Public Management.

I ljuset av de problem som har följt med den nya resultatstyrningen i sjukvården är det enligt vår mening angeläget att sjukvårdens organisation och styrmodeller revideras och utvecklas. Den växande sjukvårdsbyråkratin, som präglas av hård styrning och kontroll, innebär ett hot mot vårdkvalitet och vårdekonomi, men den utgör också på sikt ett hot mot den yrkesetik och det professionella omdöme som ytterst avgör hur väl vårdpersonal kan hantera komplexa problem i en ständigt föränderlig vårdmiljö.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag i dessa delar.

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

2. Organisation och styrning, punkt 1 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 40 och

2013/14:So633 av Lena Sommestad m.fl. (S) samt
avslår motionerna

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 16 och

2013/14:N333 av Christer Nylander (FP) yrkande 11.

Ställningstagande

Jag anser att anhöriga alltför ofta är osynliga inom hälso- och sjukvården. Anhörigstödet i hälso- och sjukvården måste därför förbättras.

Jag konstaterar att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas av hälso- och sjukvårdspersonal om barnets förälder eller en annan vuxen som barnet bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en

psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider. Hälso- och sjukvårdslagen bör skärpas så att det tydligt framgår att hälso- och sjukvården ska uppmärksamma och ge stöd också till vuxna anhöriga.

Ett annat problem i dagens svenska sjukvård är att en betungande byråkrati tar alltför mycket tid från professionell personal som läkare och sjuksköterskor. En dominerande styrmodell i dagens sjukvård, liksom i andra delar av offentlig verksamhet, är en ekonomibaserad mål- och resultatstyrning, New Public Management.

I ljuset av de problem som har följt med den nya resultatstyrningen i sjukvården är det enligt min mening också angeläget att sjukvårdens organisation och styrmodeller revideras och utvecklas. Den växande sjukvårdsbyråkratin, som präglas av hård styrning och kontroll, innebär ett hot mot vårdkvalitet och vårdekonomi, men den utgör också på sikt ett hot mot den yrkesetik och det professionella omdöme som ytterst avgör hur väl vårdpersonal kan hantera komplexa problem i en ständigt föränderlig vårdmiljö.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag i dessa delar.

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

3. Vårdval och ersättningssystem, punkt 2 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:Fi271 av Lars Johansson m.fl. (S) yrkande 5 i denna del och avslår motionerna

2013/14:C419 av Åsa Romson m.fl. (MP) yrkande 29 och

2013/14:So321 av Hillevi Larsson (S) yrkandena 1–3.

Ställningstagande

En mycket viktig principfråga för oss är att välfärdstjänsterna ska vara solidariskt finansierade och behovsorienterat tillgängliga efter generella kriterier. Det är i själva verket grundprincipen för den välfärdsmodell som vi förespråkar. Frågan om en tjänst ska utföras i egen regi eller inte är för oss en lämplighetsfråga. Vad som är lämpligt måste noga övervägas utifrån varje tjänsts särskilda karakteristika i förhållande till medborgarnas

bästa. Kommunerna bör ges möjlighet att vid upphandlingar av välfärds-tjänster enligt LOU och LOV kunna begränsa denna till non-profit-organisationer.

Eftersom berörda kommuner, landsting och regioner får svara för finansieringen av externa utförare inom hälsovården enligt LOV är det i högsta grad rimligt att dessa huvudmän får ett avgörande inflytande över etableringen av verksamheter de får betala för.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag som ger huvudmännen ett sådant avgörande inflytande.

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

4. Vårdval och ersättningssystem, punkt 2 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:C419 av Åsa Romson m.fl. (MP) yrkande 29 och
avslår motionerna

2013/14:Fi271 av Lars Johansson m.fl. (S) yrkande 5 i denna del och
2013/14:So321 av Hillevi Larsson (S) yrkandena 1–3.

Ställningstagande

Skillnaderna i hälsa är stora i Sverige. Det kan mätas t.ex. i sjukskrivningstal och livslängd. Ofta går det att se stora skillnader mellan olika bostadsområden i samma stad. Enligt en undersökning av Chess (Centre for Health Equity Studies) ökar den svenska hälsoklyftan mätt i förväntad livslängd för personer med olika utbildningsnivå. Högutbildade förväntas leva fem år längre än lågutbildade.

Mot denna bakgrund anser vi att det är viktigt att ha närhet till vård när hälsan brister. Det är därför angeläget med en vårdcentral i närområdet. Vi vill utforma ersättningssystemen i vården utifrån socioekonomiska faktorer och vårdtyngd.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om att utforma ersättningssystemen i hälso- och sjukvården utifrån socioekonomiska faktorer.

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

5. Vårdgarantin, punkt 3 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 4 och

avslår motion

2013/14:So253 av Lars-Axel Nordell och Anders Andersson (båda KD).

Ställningstagande

Enligt den nationella vårdgarantin ska besök hos läkare inom primärvården erbjudas inom en vecka. Detta innebär att primärvården har ett ansvar för att bedömning och behandling av lindrigare och okomplicerad psykisk ohälsa ska kunna erbjudas inom en vecka, en bedömning som stöds av Sveriges Kommuner och Landsting. Däremot kan regionen eller landstinget göra överenskommelser med kommunen om hur första linjens psykiatri kan se ut, och huruvida den unge i stället ska vända sig till någon annan enhet.

Jag anser att det måste finnas en gemensam samordning och överenskommelse för att det verkligen ska fungera smidigt. Ibland utgör barn- och ungdomspsykiatri (BUP) första linjen, vilket kan få till följd att de inte fullt ut kan fungera som den specialistfunktion de är. Socialstyrelsens uppföljning av väntetidernas utveckling inom BUP visar att det varit sämre 2012 än 2011. En tredjedel av landstingen nådde 2012 inte de mål i den förstärkta vårdgarantin som krävs för att få statsbidrag. Skälen som anges är sårbarheten i bemanning och fortsatt stort inflöde av patienter. Kritik finns mot att tillgänglighet prioriteras i stället för kvalitet.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag som innebär att det ingår i den generella vårdgarantin att erbjuda barn och unga bedömning och behandling av lindrigare, okomplicerad psykisk ohälsa inom en vecka.

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

6. Avgifter för sjukvård, punkt 4 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 4 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2013/14:So213 av Björn Söder (SD) yrkande 1.

Ställningstagande

Den 1 juli 2013 infördes lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Utlänningar som omfattas av förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska betala vårdavgift med 50 kronor för läkarbesök inom landstingets hälso- och sjukvård eller hos läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget samt för läkarvård som ges efter remiss av sådana läkare.

Jag konstaterar således att vårdavgiften är högre för gruppen svenskar. Dessutom har högkostnadsskyddet nyligen höjts från 900 kronor till 1 100 kronor för läkarbesök. Det här anser jag inte vara rättvist. Det framkommer dagligen uppgifter som gör gällande att svenskar inte har råd att betala patientavgifterna eller den medicin som de behöver.

Mot denna bakgrund anser jag att regeringen bör utreda möjligheterna för svenskar bosatta i Sverige att slippa betala högre avgifter för sjukvård, tandvård och mediciner än asylsökande, och därefter återkomma till riksdagen med ett sådant förslag.

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

7. Vård för asylsökande och papperslösa, punkt 6 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2013/14:So235 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 1.

Ställningstagande

Asylsökandes och papperslösas rätt till vård regleras i lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Lagarna ger endast asylsökande och papperslösa barn rätt till full sjukvård i Sverige. Sjukvård för asylsökande och papperslösa vuxna ges endast för s.k. akuta tillstånd och vård som inte kan anstå.

För att Sverige ska leva upp till sina internationella åtaganden måste asylsökande och papperslösa ges rätt till full sjukvård på samma villkor som alla andra i Sverige, dvs. rätt till behandling även för icke akuta sjuk-

domstillstånd. För att värna allas rätt till vård oavsett legal status och för att understryka den medicinska etikens grundläggande principer menar jag att asylsökande och papperslösa ska omfattas av den allmänna hälso- och sjukvården samt tandvården.

Regeringen bör återkomma med förslag om att asylsökande och papperslösa ska få full hälso- och sjukvård och tandvård inom ramen för det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet på samma villkor som övriga bosatta i Sverige.

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

8. Förlossningsvård, punkt 8 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 11 och 12 samt avslår motionerna

2013/14:So388 av Barbro Westerholm m.fl. (FP) och

2013/14:So667 av Margareta Larsson (SD).

Ställningstagande

Den svenska förlossningsvården är fantastisk. Med basen i barnmorskan och den kompetens som finns i denna yrkeskår har den svenska förlossningsvården varit världsledande. Genom att bejaka friska och naturliga förlossningar är det få länder i världen som uppnår samma goda resultat som den svenska förlossningsvården. Det är alarmerande att det blir allt vanligare med rapporter från barnmorskor runt om i landet som menar att de inte längre klarar av att sköta sitt jobb, att de oroar sig för patientsäkerheten och att de inte orkar arbeta under de arbetsvillkor som råder i dag.

Förlossningsupplevelsen har en livslång betydelse. Den påverkar kvinnans framtida hälsa, föräldraskapet och relationen mellan kvinnan och hennes partner.

Mot denna bakgrund anser jag att det bör fastställas ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. För att nå dit krävs det flera olika åtgärder, och situationen ser olika ut över landet.

Jag anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga situationen på förlossningsavdelningarna runt om i landet och komma med konkreta förslag på vad som behöver göras för att nå målet om att ha en barnmorska per aktiv förlossning.

Regeringen bör få i uppdrag att fastställa nationella mål för den svenska förlossningsvården samt ge Socialstyrelsen det uppdrag som beskrivits ovan.

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

9. Samarbetet med brukar- och patientorganisationer, punkt 9 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 9 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 20 och 21.

Ställningstagande

Jag anser att all vård utvecklas genom ett nära samarbete med brukar- och patientorganisationer. Ett sådant arbete bör därför formaliseras för att fungera. Jag anser också att kontinuerlig brukarrevision är central för utvecklingen av kvaliteten i verksamheten. Personer med egna erfarenheter av vissa sjukdomstillstånd eller av funktionsnedsättning bör anställas för att delta i utvecklingen av vården ur ett patient- och brukarperspektiv.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag i dessa delar.

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

10. Lekterapi, punkt 11 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 11 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So357 av Lars-Axel Nordell (KD) yrkandena 1 och 2.

Ställningstagande

Lekterapi finns på sjukhus som har barnkliniker. För ett barn kan sjukhusmiljön vara mycket skrämmande och enförmig. Stimulanserna är få. Därför är lekterapi, med möjlighet till lek och fantasi, så viktig. Omfattningen och utbudet av lekterapi varierar mellan de olika landstingen och över landet. Omfattningen bör därför kartläggas.

Även den öppna vården, både bvc och vårdcentraler, kan upplevas som skrämmande för ett barn. En lekterapeut skulle kunna utbilda både föräldrar och sköterskor i hur man hanterar rädsla för sprutor och hur man lirkar i ett barn medicin. För barns och ungas trygghet är lekterapeuter och lekterapi av avgörande betydelse.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag i dessa delar.

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

11. Cancersjukvård, punkt 12 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Meeri Wasberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 12 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 17.

Ställningstagande

En av de stora utmaningarna för sjukvården är bekämpandet av cancersjukdomar. Den nationella cancerstrategin tillkom för att få en nationell, långsiktig och målmedveten strategi för att cancervården ska behålla och förbättra sina resultat. Under 2010 bildades regionala cancercentrum (RCC) på sex ställen, med uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin.

Från ett patientperspektiv anser vi att det är ett grundläggande krav att cancervård och behandling är jämlik och optimal så att alla har samma rättigheter och möjligheter till vård och omsorg oberoende av landstings- eller regiontillhörighet. Mot denna bakgrund anser vi att det är dags att ta nästa steg, att utveckla kvaliteten och fördjupa samordningen och den nationella styrningen. De områden och frågor som vi anser måste prioriteras i ett sådant arbete är bl.a. nationella och regionala vårdprogram, vårdens ersättningssystem, rehabilitering, stöd till närstående, kontaktsjuksköterskor, kliniska studier, utbildning av patologer samt att det genomförs en nationell nivåstrukturerad inom den svenska cancersjukvården.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag i dessa delar.

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

12. Sällsynta diagnoser, punkt 13 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 13 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:U315 av Åsa Torstensson m.fl. (C, FP, KD, MP) yrkande 5 och avslår motion

2013/14:So434 av Christina Zedell (S) yrkandena 1–4.

Ställningstagande

Det finns goda förutsättningar för ett fördjupat nordiskt samarbete inom en rad välfärdsområden som t.ex. hälso- och sjukvård.

Nordens Välfärdscenter presenterade 2010 en rapport som handlar om att starta ett projekt om sällsynta diagnoser.

Vi anser att arbetet med små och sällsynta diagnosgrupper bör bli föremål för en fördjupad nordisk samverkan.

Regeringen bör få i uppdrag att ta initiativ till ett sådant samarbete.

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

13. Patientsäkerhet och kvalitet i vården, punkt 15 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 15 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 7 och avslår motionerna

2013/14:So235 av Christina Høj Larsen m.fl. (V) yrkande 2 och

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 22.

Ställningstagande

Kvalitetsregistren är en unik tillgång för hälso- och sjukvården, men de är också viktiga för medicinsk forskning, kliniska prövningar och industriell utveckling. Hittills har kvalitetsregistren använts i relativt liten grad för klinisk forskning, men de forskningsresultat som har tagits fram har varit

livsviktiga för patienterna. I den översyn av kvalitetsregistren som har gjorts bedöms att den vetenskapliga produktionen från kvalitetsregistren kan öka med 5–10 gånger.

Den översyn av kvalitetsregistren som gjordes 2010 pekar på att det bl.a. behövs en mer effektiv datainsamling till registren och en starkare nationell styrning av infrastrukturen. I dag finns problem med att vissa uppgifter dubbelregistreras i journalsystemen och kvalitetsregistren, vilket kan lösas genom att integrera strukturerade kvalitetsregister och nuvarande journalsystem. För att tiden ska räcka till är det viktigt att man inte behöver mäta allt utan kan koncentrera sig på att mäta rätt saker.

Mot denna bakgrund konstaterar vi att det behövs ett nationellt stöd och en organiserad samverkan mellan staten, sjukvårdshuvudmännen, forskningen och industrin för att alla register ska få tillräcklig finansiering och kvalitet, göras öppna och tillgängliga och användas i forskningssammanhang. Staten har ett huvudansvar för att denna utveckling kommer till stånd.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett sådant förslag.

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

14. Patientsäkerhet och kvalitet i vården, punkt 15 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 15 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 22 och

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 7 och
avslår motion

2013/14:So235 av Christina Høj Larsen m.fl. (V) yrkande 2.

Ställningstagande

Kvalitetsregistren är en unik tillgång för hälso- och sjukvården, men de är också viktiga för medicinsk forskning, kliniska prövningar och industriell utveckling. Hittills har kvalitetsregistren använts i relativt liten grad för klinisk forskning, men de forskningsresultat som har tagits fram har varit livsviktiga för patienterna. I den översyn av kvalitetsregistren som har gjorts bedöms att den vetenskapliga produktionen från kvalitetsregistren kan öka med 5–10 gånger.

Den översyn av kvalitetsregistren som gjordes 2010 pekar på att det bl.a. behövs en mer effektiv datainsamling till registren och en starkare nationell styrning av infrastrukturen. I dag finns problem med att vissa uppgifter dubbelregistreras i journalsystemen och kvalitetsregistren, vilket kan

lösas genom att integrera strukturerade kvalitetsregister och nuvarande journalsystem. För att tiden ska räcka till är det viktigt att man inte behöver mäta allt utan kan koncentrera sig på att mäta rätt saker.

Mot denna bakgrund konstaterar jag att det behövs ett nationellt stöd och en organiserad samverkan mellan staten, sjukvårdshuvudmännen, forskningen och industrin för att alla register ska få tillräcklig finansiering och kvalitet, göras öppna och tillgängliga och användas i forskningssammanhang. Staten har ett huvudansvar för att denna utveckling kommer till stånd.

Jag anser också att riskanalyser i vården är ett eftersatt område. Genom att göra systematiska riskanalyser där också brukare, patienter och deras organisationer är involverade kan mycket förändras och förbättras i vården. Det gäller både bemötandefrågor och att i så hög grad som möjligt ha vårdflöden där risker för felbehandling etc. minimeras. I vissa fall krävs mer resurser, åtminstone initialt för att göra noggranna analyser, men när vården utformas så att den fungerar på bästa möjliga sätt är det också möjligt att resurser kan frigöras.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag på dessa områden.

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

15. Patientsäkerhet och kvalitet i vården, punkt 15 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 15 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So235 av Christina Höj Larsen m.fl. (V) yrkande 2 och avslår motionerna

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 22 och

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 7.

Ställningstagande

Jag konstaterar att lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd inte innehåller någon begränsning av skyldigheterna för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården att lämna uppgifter till polisen om papperslösa som befinner sig på en vårdinrättning. Detta trots att det av förarbetena till lagen framgår att man på ett sjukhus bör kunna bekräfta en förfrågan från polis eller åklagare om en person finns på ett sjukhus. Jag delar remissinstansernas oro för att papperslösa inte ska våga söka vård och menar därför att uppgiftsskyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal bör ändras.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om en ändring av patientsäkerhetslagen som klargör att hälso- och sjukvårdspersonal inte är skyldig att lämna uppgifter om papperslösa till polis och åklagare.

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

16. Patientdatalagen och it i vården, punkt 16 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 16 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 12 och

avslår motionerna

2013/14:So416 av Christina Zedell (S),

2013/14:So500 av Olle Thorell (S) och

2013/14:So595 av Johan Hultberg (M).

Ställningstagande

Journaler som görs på BVC bör enligt min mening kunna följa med barnet till elevhälsovården när barnet börjar skolan. Journalanteckningarna handlar om ett barns utveckling. Om inte elevhälsovården kan ta del av dessa har man mindre möjlighet att fånga upp barn i särskilt behov av uppmärksamhet och stöd. Såväl psykisk, psykosocial och fysisk utveckling är angelägen för skolhälsovården att känna till, men jag anser också att hälso-perspektivet som är bredare bör vara inriktningen för en förbättrad helhets-syn.

Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om hälsojour-naler som följer barnet, hur detta kan ske med ett tydligt barnperspektiv och på ett säkert sätt.

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

17. Jämlik sjukvård, punkt 17 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 17 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 4 och

avslår motionerna

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 5,
2013/14:So450 av Anne Marie Brodén (M),
2013/14:So594 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 17 i denna del,
2013/14:So626 av Finn Bengtsson och Betty Malmberg (båda M),
2013/14:So635 av Penilla Gunther (KD) och
2013/14:So654 av Eva Lohman (M) i denna del.

Ställningstagande

För mig är frågan om jämställd och jämlik hälsa och vård överordnad. Rätten till bästa möjliga hälsa måste gälla alla oberoende av kön, ålder, klass, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och funktionsnedsättning. Jag anser att det behövs aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning.

Regeringen bör återkomma med förslag för att förbättra situationen för människor med funktionsnedsättning.

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

18. Jämlik sjukvård, punkt 17 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 17 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 4 och 5 samt

2013/14:So594 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 17 i denna del och
avslår motionerna

2013/14:So450 av Anne Marie Brodén (M),

2013/14:So626 av Finn Bengtsson och Betty Malmberg (båda M),

2013/14:So635 av Penilla Gunther (KD) och

2013/14:So654 av Eva Lohman (M) i denna del.

Ställningstagande

Jag konstaterar att det finns stora skillnader i både hälsa och tillgång till vård i Sverige. De skillnader i hälsa som finns hos befolkningen speglas även i vilken vård man får. Klasstillhörigheten kan vara avgörande för vilken behandling och medicinering man får i vården. Dödligheten i olika sjukdomar kan variera kraftigt beroende på utbildnings- och inkomstnivå. För mig är frågan om jämställd och jämlik hälsa och vård överordnad. Rätten till bästa möjliga hälsa måste gälla alla oberoende av kön, ålder, klass, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och funktionsnedsättning.

Den hbt-strategi som regeringen nu tagit fram är ett steg i rätt riktning när det gäller vård på lika villkor oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Jag anser emellertid att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att alla ska ha tillgång till vård på lika villkor. Det behövs även aktiva åtgärder när det gäller människor med funktionsnedsättning.

Regeringen bör återkomma med förslag om att förbättra situationen för människor med funktionsnedsättning och hur vård ska garanteras på lika villkor för hbtq-personer över hela landet. Regeringen bör också ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga äldre hbtq-personers situation i mötet med hälso- och sjukvården.

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

19. Insatser mot psykisk ohälsa, punkt 18 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 18 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So233 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 1–3 och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 3, 5, 10, 15–17, 22, 23 och 30–32.

Ställningstagande

Psykisk ohälsa är ett stort och ökande problem i vårt samhälle. Det behövs studier och mer forskning på området för att få bättre kunskap om, och stöd för, vilka behandlingsmetoder och insatser som ger bäst resultat. Enligt min mening behöver landsting och kommuner utveckla rutiner för uppföljning av insatser för att se till att stödet blir verksamt i praktiken. Vidare bör man tydliggöra kommuners och landstings ansvar för att samordna stöd och kontakter för individer med psykisk ohälsa. Jag anser även att regeringen bör utreda förslag om "familjeombud" som kan fungera som familjens samordnande kontaktperson gentemot myndigheter, vården och skolan och som kan koordinera processen.

När det gäller barn och ungdomars psykiska ohälsa, är det viktigt att BUP avlastas och att första linje-nivån måste fungera bättre. Det är också viktigt att första linjen inte släpper kontakten med en ung människa som mår dåligt innan hen fått kontakt med den specialiserade nivån. Det behövs även regelbundna uppföljningar av den psykiska och psykosociala hälsan hos eleverna. Vidare bör regeringen återkomma till riksdagen med förslag som gör det möjligt för personer under 18 år att få stödsamtal eller terapeutisk kontakt utan föräldrars tillstånd. Det är även viktigt med bättre omhändertagande och brukarstöd och att det ska vara möjligt att byta kon-

taktperson, läkare eller behandlare. Vidare är det viktigt att föräldrar eller den enskilde själv ska kunna ha synpunkter på vilken vårdenhet och var i landet de vårdas. Det är även viktigt att det finns mottagningar för unga vuxna, gärna upp till 25 år.

För att förbättra kunskapen om psykisk ohälsa, behövs det en parlamentariskt sammansatt framtidskommission som samlar olika professioner. Vidare bör den nationella kampanjen Hjärnkoll kompletteras med ett uppdrag om kunskap och attityder beträffande barns och ungas psykiska ohälsa. Slutligen anser jag att regeringen bör analysera det arbete som gjorts inom Sveriges Kommuner och Landsting för att förbättra och samordna insatser för att främja psykisk hälsa och för att effektivt möta och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga. Därefter bör regeringen återkomma med förslag på en permanent, statligt stödd struktur som på lokal nivå ska kunna ge stöd för implementerings- och utvecklingsarbete för främjande av barns och ungas psykiska hälsa, och välfungerande insatser vid psykisk ohälsa.

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

20. Insatser mot psykisk ohälsa, punkt 18 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 18 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 15 och avslår motionerna

2013/14:So233 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 1–3 och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 3, 5, 10, 16, 17, 22, 23 och 30–32.

Ställningstagande

På BUP finns inte möjlighet att ge stödsamtal till en ung människa utan att föräldrarna ger sitt tillstånd. Det är inte möjligt för den som är under 18 år. Många unga drar sig för att beskriva sina svårigheter för föräldrarna, och söker därför helt enkelt inte hjälp alls. Svårigheterna kan därför i stället tillta. Enligt min mening bör regeringen återkomma med förslag som gör det möjligt för personer under 18 år att få stödsamtal eller terapeutisk kontakt utan föräldrars tillstånd.

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

21. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, punkt 20 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 20 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So282 av Esabelle Dingizian och Agneta Luttröpp (båda MP) och 2013/14:So339 av Agneta Luttröpp och Mats Pertoft (båda MP) yrkandena 1 och 2 samt

avslår motion

2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 2.

Ställningstagande

Köerna för att få göra en neuropsykiatrisk utredning är långa. Ibland får personer som söker för utredning om neuropsykiatrisk diagnos inte ens stå i kön eftersom de inte uppfyller landstingens egna kriterier för utredning. Enligt min mening bör det införas en "utredningsgaranti" som säkerställer att patienterna får genomgå en utredning vid misstanke om adhd eller någon annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om detta.

Vidare vittnar många om att man måste vara helt drogfri för att få göra utredning. Man utsätts även för slentrianmässiga drogtester för att få läkemedelsbehandling, trots att misstanke om missbruk saknas. Under tiden uteblir stödet hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, vården och skolan, vilket innebär stora onödiga kostnader. Det bör tydliggöras att drogtestning endast får ske i fall då misstanke om missbruk finns. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om detta.

Slutligen bör regeringen uppdra åt t.ex. Socialstyrelsen att ta fram en nationell handlingsplan för unga med neuropsykiatrisk nedsättning med fokus på stöd i vardagen.

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

22. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, punkt 20 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 20 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So339 av Agneta Luttröpp och Mats Pertoft (båda MP) yrkande 2 och

avslår motionerna

2013/14:So282 av Esabelle Dingizian och Agneta Luttröpp (båda MP),

2013/14:So339 av Agneta Luttröpp och Mats Pertoft (båda MP) yrkande 1 och

2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 2.

Ställningstagande

Många vittnar om att man måste vara helt drogfri för att få göra utredning. Man utsätts även för slentrianmässiga drogtestar för att få läkemedelsbehandling, trots att misstanke om missbruk saknas. Under tiden uteblir stödet hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, vården och skolan, vilket innebär stora onödiga kostnader. Det bör tydliggöras att drogtestning endast får ske i fall då misstanke om missbruk finns. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om detta.

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

23. Vård och behandling av personer med självskadebeteende, punkt 21 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 21 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 19 och 20 samt

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 19 och 20 samt bifaller delvis motion

2013/14:So429 av Monica Green (S).

Ställningstagande

Flickor och unga kvinnor med självskadebeteende som den vanliga psykiatriska vården anser sig inte kunna behandla förs ibland över till rättspsykiatri där de hamnar på samma avdelningar som personer, oftast män, som är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar och inte sällan grova våldsbrott. Enligt vår mening står denna vård i strid mot såväl det allmänna rättsmedvetandet som mänskliga rättigheter och barnkonventionen. Det bör införas ett uttryckligt förbud mot att placera personer som varken är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar och kliniker. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag i denna riktning.

Innan förbudet träder i kraft måste dessa flickor kunna få en god vård i den reguljära psykiatrin. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att bistå landsting och regioner att bygga upp vården så att de så snart som möjligt kan ta emot patienter med självskadebeteende. Vidare bör de få i uppdrag att se till att tillförlitlig statistik finns om vilka som vårdas inom såväl rättspsykiatri som slutenvård, med vilka diagnoser och utifrån vilket lagrum.

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

24. Vård och behandling av personer med självskadebeteende, punkt 21 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 21 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 19 och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 20 och
avslår motionerna

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkande 20,

2013/14:So429 av Monica Green (S) och

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 19.

Ställningstagande

Flickor och unga kvinnor med självskadebeteende som den vanliga psykiatriska vården anser sig inte kunna behandla förs ibland över till rättspsykiatri där de hamnar på samma avdelningar som personer, oftast män, som är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar och inte sällan grova våldsbrott. Enligt min mening står denna vård i strid mot såväl det allmänna rättsmedvetandet som mänskliga rättigheter och barnkonventionen. Det bör införas ett uttryckligt förbud mot att placera personer som varken är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar och kliniker. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag i denna riktning.

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

25. Händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök, punkt 22 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 22 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 27 och 28.

Ställningstagande

Utredningen Händelseanalyser inom hälso- och sjukvården (SOU 2010:45) har lagt fram viktiga förslag för att händelseanalyser vid självmord ska göras på bättre sätt. Syftet är att det ska göras med ett helhetsperspektiv och att det ska bli långsiktigt hållbart, vilket är mycket bra. Enligt min mening är det viktigt att inte bara självmorden utan också självmordsförsök utreds på liknande sätt. Ett pussel behöver läggas i efterhand. Fanns det signaler? Visste kompisar hur läget var utan att man vågade kontakta vuxna? Varför? Kommande lagförslag om händelseanalyser vid självmord bör enligt min mening även inbegripa självmordsförsök.

Vidare anser jag att samma myndighet som får i uppdrag att handha händelseanalyserna även får i uppdrag att tillsammans vidareutveckla andra förslag som minskar antalet självmord.

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

26. Händelseanalyser vid självmord och självmordsförsök, punkt 22 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 22 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 27 och avslår motion

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 28.

Ställningstagande

Utredningen Händelseanalyser inom hälso- och sjukvården (SOU 2010:45) har lagt fram viktiga förslag för att händelseanalyser vid självmord ska göras på bättre sätt. Syftet är att det ska göras med ett helhetsperspektiv

och att det ska bli långsiktigt hållbart, vilket är mycket bra. Enligt min mening är det viktigt att inte bara självmorden utan också självmordsförsök utreds på liknande sätt. Ett pussel behöver läggas i efterhand. Fanns det signaler? Visste kompisar hur läget var utan att man vågade kontakta vuxna? Varför? Kommande lagförslag om händelseanalyser vid självmord bör enligt min mening även inbegripa självmordsförsök.

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

27. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (MP)

av Agneta Luttropp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 23 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So348 av Agneta Luttropp m.fl. (MP) yrkandena 2–10 och avslår motionerna

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 7 och 21 samt

2013/14:So527 av Per Ramhorn och Richard Jomshof (båda SD).

Ställningstagande

Den sammantagna bilden av de prognoser som görs pekar tydligt på att det i Sverige utbildas för få läkare för att täcka de behov som finns. Enligt min mening bör regeringen låta se över hur rekryteringarna sker och huruvida större effektivitet och samordningsvinster kan ske med en delvis mer samlad struktur för rekrytering av läkare från andra länder inom EU. Regeringen bör inleda diskussioner med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i frågan. Vidare måste frågan om validering för examen och läkarerfarenhet utanför EU ses över.

För en jämlik vård i hela landet och ett mer hållbart system anser jag vidare att regeringen bör inleda samtal med SKL i syfte att skapa ett regionalt eller nationellt poolsystem för att på ett mer strukturerat sätt kunna besätta tillfälliga tjänster där behovet är akut. Det är även viktigt att särskilda löneförmåner redovisas på ett öppet och transparent sätt.

Det behövs förbättrade sätt att säkerställa tillräcklig kompetens inom sjukvården i hela landet i ett långsiktigt perspektiv. Regeringen bör därför återkomma med ett förslag i frågan. Regeringen bör även återkomma med förslag om ett förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen eller genom att på annat sätt säkerställa behovet av specialiseringstjänstgöring genom att inbegripa alla de enheter som bedriver vård på uppdrag av landstinget. Regeringen bör även se över om det behövs särskilda stimulansmedel för

att säkra AT- och ST-tjänster i tillräcklig omfattning. Slutligen anser jag att regeringen bör ta initiativ till en fördjupad diskussion med SKL i frågan om schemaläggning för läkare.

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

28. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 23 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So527 av Per Ramhorn och Richard Jomshof (båda SD) och avslår motionerna

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 2–10 och

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 7 och 21.

Ställningstagande

Landsting på landsbygden har ofta svårt att rekrytera läkare, vilket hotar såväl vårdens kvalitet som patientsäkerheten. Att locka läkare till landsbygd är inte en utmaning bara i Sverige utan även i andra delar av världen. I landsbygdsområden i USA finns ett system där läkare kan förbinda sig att arbeta ett antal år varefter de som bonus får sin studieskuld reducerad. Regeringen bör låta utreda detta system för svenska förhållanden.

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

29. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 23 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 3, 4 och 8 samt

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 7 och 21 samt

avslår motionerna

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkandena 2, 5–7, 9 och 10 samt

2013/14:So527 av Per Ramhorn och Richard Jomshof (båda SD).

Ställningstagande

Det krävs ett helhetsgrepp för att trygga sjukvårdens personalförsörjning i hela landet både i närtid och i framtiden. En parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalförsörjning bör därför tillsättas för att analysera situationen och komma med konkreta förslag på kort och lång sikt. Den ska självklart arbeta tillsammans med landets främsta experter på området, ta lärdom av andra länder och ha en kontinuerlig dialog med berörda intresseorganisationer och fackföreningar.

Tillgång till kompetent personal är en så viktig fråga att alla samhällsaktörer bör engageras. Därför bör regeringen ta initiativ till en överenskomelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

Vidare anser jag att frågan om validering för examen och läkarerfarenhet utanför Sverige bör ses över, för att på ett enkelt och bra konstruerat sätt möjliggöra för de personer som berörs att få jobb inom sitt yrkesområde. Det är ett stort slöseri för samhället att dessa läkares erfarenhet inte tas till vara tidigare och smidigare. Frågan gäller även andra kompetenser inom vården.

Slutligen bör regeringen återkomma med förslag om ett förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen eller på annat sätt säkerställa behovet av specialiseringstjänstgöring genom att inbegripa alla de enheter som bedriver vård på uppdrag av landstinget.

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

30. Ökad kunskap om olika sjukdomar, punkt 24 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 24 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 18 och avslår motionerna

2013/14:So475 av Anita Brodén m.fl. (FP) yrkandena 2 och 3,

2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S) yrkande 1,

2013/14:So614 av Hillevi Larsson (S) och

2013/14:So625 av Monica Green m.fl. (S).

Ställningstagande

En ung människa som mår dåligt och som nått en ålder när elevhälsan eller ungdomsmottagningen inte är ett alternativ vet ofta inte vart hen ska vända sig. Till vårdcentralen förväntas man framför allt gå med fysiska

åtkommar. Valet blir då ofta att söka för ett fysiskt problem medan det verkliga skälet är att hen mår psykiskt dåligt. Enligt min mening borde det finnas yrkeskategorier som särskilt uppmärksammar psykisk ohälsa på alla vårdcentraler. Jag vill se en utveckling mot fler hälsocentraler som är inriktade på både fysisk och psykisk ohälsa. På en hälsocentral finns flera yrkesgrupper, hälsopedagogisk kunskap och här ska man kunna erbjuda ett paket av psykiskt och fysiskt hälsofrämjande åtgärder som exempelvis samtal med hälsopedagog, sjukgymnast, sjuksköterska, psykolog eller kurator.

Regeringen bör återkomma med förslag på hur beredskapen att ta hand om personer med psykisk ohälsa kan bli bättre på vårdcentralerna.

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

31. Behörighet, punkt 25 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 25 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP) yrkande 17 och
avslår motion

2013/14:So292 av Cecilia Widegren (M).

Ställningstagande

För att avlasta läkare skulle psykologer, enligt min mening, kunna göra bedömningen vid beslut om tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Jag anser att regeringen bör utreda frågan. Såväl risker som möjligheter bör vägas samman.

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

32. Specialistsjuksköterskor, punkt 26 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 26 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So1 av Eva Olofsson m.fl. (V) yrkande 1,
bifaller delvis motionerna

2013/14:So673 av Lars Eriksson (S) och

2013/14:So674 av Carina Herrstedt (SD) samt

avslår motion

2013/14:So291 av Cecilia Widegren (M) yrkande 2.

Ställningstagande

Vi konstaterar att andelen specialistsjuksköterskor minskade från 65 till 47 procent mellan 1995 och 2010. Samtidigt är en fjärdedel av alla specialist-sjuksköterskor 60 år eller äldre och kommer snart att gå i pension.

Vi anser att personalens kompetens inom hälso- och sjukvården är avgörande för att kunna erbjuda en god och säker vård. Det behöver därför såväl utbildas som anställas fler sjuksköterskor med specialistutbildning. Mot bakgrund av dessa välkända fakta anser vi att det är förvånande att regeringen väljer att nonchalera detta problem och helt saknar åtgärder för att komma till rätta med bristen på specialistsjuksköterskor.

Regeringens uppdrag till Universitetskanslersämbetet (UKÄ) att efter samråd med Socialstyrelsen föreslå hur de universitet och högskolor som har tillstånd att utfärda specialistsjuksköterskeexamen i ökad utsträckning kan samverka sinsemellan, och UKÄ:s uppdrag att årligen följa upp vilka specialistsjuksköterskeutbildningar som ges av lärosätena, handlar om att inriktningen på de utbildningar som finns ska svara mot ett kompetensbehov inom hälso- och sjukvården. Det innebär enligt vår mening inte att de kvantitativa behoven av specialistsjuksköterskor tillgodoses.

Vi anser att regeringen därför snarast ska återkomma med förslag om hur antalet och andelen specialistsjuksköterskor ska öka.

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

33. Ägg- och spermadonation, punkt 28 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 28 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So202 av Marianne Berg m.fl. (V) yrkande 2.

Ställningstagande

I dag är det endast kvinnor som lever i en relation med en man som har möjlighet att ta emot donerade ägg. Eftersom inte både ägg och sperma får komma från en givare betyder det att lesbiska kvinnor som lider av ofrivillig barnlöshet eller olikkönade par där båda personerna är infertila saknar möjlighet att få behandling. Lesbiska kvinnor som är infertila ska självklart ha samma rättigheter och möjligheter som heterosexuella kvinnor. Lagen bör därför inte ställa krav på att den kvinna som vill ta emot ett donerat ägg är gift eller sambo med en fertil man. En möjlighet att få

behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt skulle även ge heterosexuella par där båda parter är infertila en möjlighet att skaffa barn. Vidare skulle den kvinna-till-man transexuella man som vill donera ägg till sin kvinnliga partner kunna bli biologisk förälder.

Jag anser att regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att ge kvinnor möjlighet att få tillgång till behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt och därefter återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

34. Surrogatmoderskap, punkt 30 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 30 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So301 av Maria Ferm m.fl. (MP) yrkande 8 och

avslår motion

2013/14:So517 av Mikael Oscarsson (KD).

Ställningstagande

I ett antal länder finns lagar som reglerar värdmödraskap och det görs på helt olika sätt, exempelvis gällande regler om ersättning, värdmoderns rättigheter och krav på släktskap. I Sverige har värdmödraskap hittills avvisats, men en majoritet i socialutskottet drev våren 2012 igenom att frågor om surrogatmoderskap ska prövas mer förutsättningslöst. Enligt riksdagsbeslutet bör en sådan prövning utgå från ett brett perspektiv som inkluderar juridiska och etiska frågeställningar samt överväganden och hänsyn till internationella förhållanden. Det ska även tas in hur en reglering bör se ut för de barn i Sverige som har tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands. Jag ser positivt på att regeringen nu har tillsatt en utredning om detta.

Jag anser emellertid att frågan är komplicerad och rymmer många etiska ställningstaganden. Jag ser positivt på ett altruistiskt värdmödraskap, som självfallet inte utesluter ersättning för faktiska kostnader i samband med graviditet och förlossning.

Jag anser därför att regeringen bör ge en parlamentarisk utredning i uppdrag att utreda frågorna om värdmödraskap.

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

35. Abort för utländska kvinnor, punkt 31 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 31 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V) yrkandena 38 och 39.

Ställningstagande

Den 1 januari 2008 ändrades abortlagen så att kravet på att en kvinna för att få göra abort i Sverige måste vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige togs bort. Förvånansvärt nog saknas helt lättillgänglig information om lagändringen och vad den innebär på regeringens hemsida. Den information som finns är på svenska. Detta är en mycket stor brist och frågan är hur den berörda målgruppen ska kunna få vetskap om möjligheten att göra abort i Sverige utan information. Regeringen bör därför genomföra en satsning på att informera om svensk abortlagstiftning i länder i vårt närområde där abort är förbjudet.

Vidare vore det enligt min mening bra om vissa landsting gavs resurser för att bygga ut abortverksamheten och på andra sätt underlätta för utländska kvinnor som behöver göra abort i Sverige. Mot bakgrund av ovanstående resonemang bör regeringen utreda förutsättningarna för en utbyggd abortverksamhet i vissa landsting för utländska kvinnor.

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

36. Blodtransfusion, punkt 34 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 34 borde ha följande lydelse:

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

2013/14:So495 av Ingela Nylund Watz (S).

Ställningstagande

Allt blod som doneras av blodgivare måste testas för att man ska upptäcka eventuell blodsmitta som t.ex. hiv eller hepatit C och hepatit B. I Sverige används bara den äldre och mindre känsliga testmetoden serologi för att upptäcka dessa smittämnen medan man i de flesta andra utvecklade länder använder en känsligare och mer modern metod, NAT (nucleic acid testing).

Av hänsyn till patientsäkerheten anser vi att svensk sjukvård bör införa NAT som sållningstest på blodcentralerna. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att granska och överväga detta förslag.

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

Särskilda yttranden

1. Organisation och styrning, punkt 1 (MP)

Agneta Luttröpp (MP) anför:

I Miljöpartiets motion 2013/14:Fi283 presenteras partiets politik när det gäller vinster i välfärden. I motionen visar vi på behovet av att öka kvaliteten inom vården genom att ge ekonomiska resurser för att anställa fler och för att hälso- och sjukvården ska vara demokratiskt styrd och solidariskt finansierad med i huvudsak offentliga medel. Vi ställer oss positiva till lokala initiativ i form av alternativa driftsformer som intraprenad och entreprenad. Detta ökar patienternas valmöjligheter liksom möjligheterna att ta till vara nya idéer om arbetssätt och organisation. För att garantera en likartad och rättvis vårdstruktur i hela landet är Miljöpartiet mot försäljning och överlåtelse av driften av universitetssjukhus.

Jag vill i detta sammanhang erinra om detta och om vad som i övrigt framförs i motionen men avstår från att reservera mig.

2. Organisation och styrning, punkt 1 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

I Vänsterpartiets motion 2013/14:So400 redovisas partiets politik när det gäller inriktningen på den nationella politiken. En bra och jämlik hälsa är det viktigaste målet för vården, som är en viktig del av den gemensamma välfärden. Vinstdriven hälso- och sjukvård leder bort från strävan att ge vård efter behov och bör inte vara tillåten. Privata företag ska inte få ha fri dragningsrätt på skattepengar genom etableringsfrihet och förmånliga ersättningssystem.

Jag vill i detta sammanhang erinra om detta och om vad som i övrigt framförs i motionen.

3. Vårdval och ersättningssystem, punkt 2 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

I Vänsterpartiets motion 2013/14:So400 redovisas partiets politik när det gäller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Denna har gett vårdföretagarna, men inte patienterna, en enorm valfrihet. Ett allt vanligare alternativ till att upphandla hela verksamheter är de kundvalsmodeller som regleras av LOV. Dessutom har det införts en obligatorisk kundvalsmodell för primärvården i hela landet som innebär att alla landsting och regioner i Sverige är skyldiga att ha vårdvalssystem med full etableringsfrihet inom sin primärvård. Landstingen har inte längre möjlighet att fritt välja system. I och med den nya lagstiftningen är det inte heller längre möjligt att demokratiskt styra var vårdcentralerna ska etablera sig.

Ambitionen från regeringens sida är att alla landsting ska erbjuda s.k. vårdval för den enskilde även i den specialiserade vården. Ett tidsbegränsat stimulansbidrag har därför införts för åren 2012–2014. Om inte landstingen genomför vårdval inom den specialiserade vården hotar regeringen med en nationell lagstiftning i likhet med den situation som i dag råder när det gäller LOV och primärvården. Denna form av tvångsprivatiseringar bör inte genomföras.

Jag vill i detta sammanhang erinra om detta och om vad som i övrigt framförs i motionen.

4. Insatser mot psykisk ohälsa, punkt 18 (S)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S) anför:

I vår motion 2013/14:So657 presenteras Socialdemokraternas politik på psykiatriområdet (yrkande 29). Vi anser att det behövs en långsiktig och uthållig satsning i hela samhället för att skapa förutsättningar för god vård och ett gott liv för den som drabbas av eller lever med en psykisk sjukdom. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatriens uppdrag och hur den ska utvecklas. Vår långsiktiga inriktning för psykiatrien innehåller bl.a. följande delar: stärkt skolhälsovård, åtgärdsplan för barn och ungdomar i kris, stöd till hela familjen, bättre individuellt stöd för att delta i arbetslivet, individuell bedömning av ungdomar på ungdomshem, snabbare och enklare stöd till psykiskt sjuka, bättre tillvaratagande av brukarnas erfarenheter, översyn av antalet vårdplatser, fler sviktplatser, mer resurser till forskning och kompetensutveckling och fler jobb till personer med psykisk funktionsnedsättning. Psykiatrien behöver långsiktighet och en fungerande grundstruktur, inte fler projekt.

Vår motion 2013/14:So657 yrkande 29 behandlas i förenklad ordning i detta betänkande, varför vi avstår från att reservera oss.

5. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (S)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S) anför:

Vårdens framtida kompetensförsörjning är en av de stora utmaningarna i samhället. Sjukvården står inför stora utmaningar att klara generationsväxlingen när de stora pensionsavgångarna nu kommer, samtidigt som det behövs fler anställda i vården för att möta de ökade behoven. Det krävs en målmedveten politik såväl nationellt som i landstingen och regionerna för att attrahera, utbilda och rekrytera kunniga och engagerade medarbetare till vården de kommande åren. Vi föreslår att staten tar initiativ till att tillsammans med parterna tillsätta en delegation för framtidens kompetensförsörj-

ning i vården. Den ska lägga förslag och rekommendationer om insatser som kan genomföras på såväl nationell som regional och lokal nivå. Vi avser att jobba vidare med vårdens kompetensfrågor och förbehåller oss rätten att återkomma i frågan.

6. Sjukvårdens personalförsörjning m.m., punkt 23 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

De flesta problemen i sjukvården har ett samband med personalsituationen, vilket är naturligt eftersom det är en personalintensiv verksamhet där större delen av utgifterna är kostnader för personal. Jag vill i detta sammanhang erinra om att Vänsterpartiet i sin budget för 2014 bl.a. satsade 1,5 miljarder kronor som i huvudsak skulle användas till personalförstärkningar i hälso- och sjukvården. I satsningen ingick även pengar till bl.a. glesbygdsmedicin och mobila vårdteam (jfr motionerna 2013/14:Fi254 och 2013/14:So593).

7. Assisterad befruktning för ensamstående, punkt 27 (S, MP, V)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Meeri Wasberg (S) anför:

En bred majoritet i riksdagen beslutade den 29 mars 2012 att ge regeringen i uppdrag att skyndsamt återkomma med ett lagförslag till riksdagen som innebär att ensamstående kvinnor ska få rätt till assisterad befruktning. Vi förutsatte att regeringen skulle rätta sig efter riksdagens tillkännagivande och skyndsamt utreda och återkomma med ett lagförslag i frågan. Vi konstaterar att regeringen har valt att fortsätta att dra ut på frågan. Först den 19 juni 2013 blev direktiven till en utredning klara. Utredningen ska, i denna del, vara klar i maj 2014. Detta betyder att det inte kommer att presenteras någon proposition under mandatperioden trots att riksdagen i bred enighet kommit överens två och ett halvt år innan valet. Vi är starkt kritiska till regeringens sätt att behandla frågan.

Vi vill i detta sammanhang erinra om detta och om vad som i övrigt framförs i motionen. Mot bakgrund av den redovisning som vi fått när det gäller det arbete som pågår i utredningen avstår vi från att reservera oss.

8. Assisterad befruktning för ensamstående, punkt 27 (KD)

Anders Andersson (KD) anför:

Jag erinrar om att i samband med behandlingen av utskottets betänkande Assisterad befruktning (2011/12:SoU26) redovisade Anders Andersson som företrädare för Kristdemokraterna i ett särskilt yttrande våra motiv för att inte tillstyrka utskottets förslag om ensamstående kvinnors rätt till assi-

sterad befruktning. Denna ståndpunkt har vi fortfarande, och den är byggd på FN:s barnkonvention och på att inta den svagare partens, barnets, perspektiv.

9. Surrogatmoderskap, punkt 30 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

Frågan om barnlöshet är viktig, men jag anser inte att det problemet kan lösas genom att lagstiftningsvägen skapa ytterligare problem. I stället anser jag att vi ska fortsätta att arbeta för fler vårdnadshavare, generösare inseminationsregler och adoptionsregler som är mer tillåtande. Risken för att kvinnor blir utnyttjade eller far illa väger över när det gäller frågan om surrogatmoderskap.

Jag vill i detta sammanhang erinra om detta och om vad som i övrigt framförs i mitt särskilda yttrande i betänkandet Assisterad befruktning (2012/13:SoU26).

10. Surrogatmoderskap, punkt 30 (KD)

Anders Andersson (KD) anför:

Jag erinrar om att i samband med behandlingen av utskottets betänkande Assisterad befruktning (2011/12:SoU26) redovisade Anders Andersson som företrädare för Kristdemokraterna i ett särskilt yttrande våra motiv för att inte tillstyrka surrogatmoderskap.

Surrogatmoderskap är mycket tveksamt ur en rad etiska aspekter. Risken för exploatering av socialt och ekonomiskt utsatta kvinnor är uppenbar. Som kristdemokrat anser jag att det inte kan anses förenligt med människovärdesprincipen att använda en annan kvinna som medel för att lösa ett barnlöst pors problem. Inte heller ur barnets perspektiv är surrogatmoderskap önskvärt.

11. Organ- och kroppsdonation, punkt 32 (S, MP, V)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Meeri Wasberg (S) anför:

Det är angeläget att den översyn av vissa donations- och transplantationsfrågor (dir. 2013:25) som nu pågår leder fram till förslag om hur fler organ ska kunna tillvaratas och användas för donation.

I avvaktan på utredningens förslag avstår vi från att nu reservera oss. Vi förbehåller oss dock rätten att återkomma i frågan.

12. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (S)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Lennart Axelsson (S), Gunnar Sandberg (S) och Meeri Wasberg (S) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. När det gäller dessa motionsförslag hänvisar vi till tidigare ställningstaganden i motsvarande frågor i betänkanterna 2010/11:SoU1, 2010/11:SoU9, 2011/12:SoU7, 2011/12:SoU12, 2011/12:SoU14, 2012/13:SoU4, 2012/13:SoU13 och 2012/13:SoU20. Vi vidhåller de synpunkter som framfördes i de sammanhangen men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

13. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (MP)

Agneta Luttröpp (MP) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. När det gäller dessa motionsförslag hänvisar jag till tidigare ställningstaganden i motsvarande frågor i betänkanterna 2010/11:SoU9, 2011/12:SoU7, 2011/12:SoU10, 2011/12:SoU12, 2011/12:SoU14, 2012/13:SoU13 och 2012/13:SoU24. Jag vidhåller de synpunkter som framfördes i de sammanhangen men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

14. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (SD)

Per Ramhorn (SD) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. När det gäller dessa motionsförslag hänvisar jag till tidigare ställningstaganden i motsvarande frågor i betänkanterna 2011/12:SoU1, 2011/12:SoU14, 2012/13:SoU1 och 2012/13:SoU13. Jag vidhåller de synpunkter som framfördes i de sammanhangen men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

15. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling, punkt 38 (V)

Eva Olofsson (V) anför:

Utskottet har genom förenklad motionshantering avstyrkt de motionsförslag som finns upptagna i bilaga 2. När det gäller dessa motionsförslag hänvisar jag till tidigare ställningstaganden i motsvarande frågor i betänkanterna 2010/11:SoU9, 2011/12:SoU7, 2011/12:SoU10, 2011/12:SoU12, 2011/12:SoU14, 2012/13:SoU13, 2012/13:SoU20 och 2012/13:SoU24. Jag vidhåller de synpunkter som framfördes i de sammanhangen men avstår från att på nytt ge uttryck för avvikande uppfattningar i en reservation.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Motion väckt med anledning av proposition 2012/13: 175

2013/14:So1 av Eva Olofsson m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen snarast bör återkomma med förslag om hur antalet och andelen specialistsjuksköterskor ska öka.

Motion från allmänna motionstiden hösten 2011

2011/12:So568 av Eva Olofsson m.fl. (V):

11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att satsningen på att kommunerna ska upphandla sysselsättningsplatser bör riktas om.

Motioner från allmänna motionstiden hösten 2013

2013/14:K305 av Thoralf Alfsson och Kent Ekeröth (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa en begränsning av hur fri tolkhjälp kan utnyttjas.

2013/14:Fi271 av Lars Johansson m.fl. (S):

5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kommuner, landsting och regioner ges ett avgörande inflytande inför extern etablering inom hälsovården och socialtjänsten.
Avseende vad som anförs i motionen om att kommuner, landsting och regioner ges ett avgörande inflytande inför extern etablering inom hälsovården.

2013/14:Ju412 av Morgan Johansson m.fl. (S):

59. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att akutmottagningar i landet ska besitta den särskilda kunskap som krävs för att ta emot kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp.

2013/14:C419 av Åsa Romson m.fl. (MP):

29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utforma ersättningssystemet i vården utifrån socioekonomiska faktorer och vårdtyngd.

2013/14:C460 av Börje Vestlund m.fl. (S):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om transpersoners rätt att bilda familj.

2013/14:U315 av Åsa Torstensson m.fl. (C, FP, KD, MP):

5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om samverkan kring små och sällsynta diagnoser.

2013/14:Sf384 av Tomas Eneroth m.fl. (S):

22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en oberoende utvärdering av den nya lagens effekter, inklusive landstingens och kommunernas kostnader.

2013/14:So201 av Anders Andersson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en samlad nationell strategi för att minska förekomsten av allergier och astma.

2013/14:So202 av Marianne Berg m.fl. (V):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att ge kvinnor möjlighet att få tillgång till behandling med donerade ägg och donerad sperma samtidigt.

2013/14:So210 av Eva Flyborg (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om vårdens bemötande av våldsutsatta kvinnor.

2013/14:So212 av Björn Söder och Per Ramhorn (båda SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förbjuda icke medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att könsneutralisera lagen om könsstympning.

2013/14:So213 av Björn Söder (SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda möjligheterna för att svenskar, bosatta i Sverige, inte ska behöva betala högre avgifter för sjukvård, tandvård och mediciner än asylsökande.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inte ge utlänningar som vistas illegalt i landet rätt till vård på samma villkor som asylsökande.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att besluta att utlänningar som vistas illegalt i landet endast ska ges rätt till akut sjukvård.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda olika möjligheter för att kunna utkräva full ersättning för den akutsjukvård som utlänningar som vistas illegalt i landet har fått.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kräva av landets vårdinrättningar att polismyndigheten kontaktas i samband med att utlänningar som vistas illegalt i landet får akut sjukvård, så att utvisning kan verkställas efter att akut vård getts.

2013/14:So223 av Hans Hoff (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vård av psykiskt sjuka.

2013/14:So224 av Hans Hoff (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att dra in läkarlegitimationen för läkare som missbrukar sin förskrivningsrätt.

2013/14:So226 av Hans Hoff (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nollvision vad gäller skador och dödsfall som beror på brister i sjukvården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett nationellt system för inrapportering av avvikelser och kunskaper om dessa ska spridas till alla sjukhus i Sverige.

2013/14:So233 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att landsting och kommuner bör utveckla rutiner för uppföljning av insatser mot psykisk ohälsa för att kartlägga vilka behandlingsmetoder och insatser som ger bäst resultat.

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tydliggöra kommuners och landstings ansvar för att samordna stöd och kontakter för individer med psykisk ohälsa.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda förslag om "familjeombud" som kan fungera som familjens samordnande kontaktperson gentemot myndigheter, vården och skolan och som kan koordinera processen.

2013/14:So235 av Christina Höj Larsen m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att asylsökande och papperslösa ska få full hälso- och sjukvård och tandvård inom ramen för det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet på samma villkor som övriga som är bosatta i Sverige.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om en ändring av patientsäkerhetslagen som klargör att hälso- och sjukvårdspersonal inte är skyldig att lämna uppgifter om papperslösa till polis och åklagare.

2013/14:So249 av Eva Olofsson m.fl. (V):

24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör inrättas regionala centrum för kvinnofrid i varje sjukvårdsregion.

2013/14:So253 av Lars-Axel Nordell och Anders Andersson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att utvidga vårdgarantin.

2013/14:So255 av Lars Tysklind och Barbro Westerholm (båda FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en ny utredning om destruktivt och manipulativt ledarskap.

2013/14:So266 av Anna-Lena Sörenson (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att människor som lider av sällsynta eller extremt sällsynta sjukdomar bör få tillgång till god och likvärdig sjukvård efter behov.

3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör utvecklas en flexibel finansieringsmodell för behandling av sällsynta sjukdomar.

2013/14:So267 av Krister Örnfräder (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ för att skapa en helhetssyn på den framtida psykiatri – hur den ska fungera och se ut.

2013/14:So275 av Christina Oskarsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrad bröstcancervård och stöd till anhöriga.

2013/14:So280 av Yvonne Andersson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att vårddalet bör gälla även naprapati och kiropraktik.

2013/14:So281 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att skydda PKU-biobanken.

2013/14:So282 av Esabelle Dingizian och Agneta Luttröpp (båda MP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) med fokus på stöd i vardagen.

2013/14:So291 av Cecilia Widegren (M):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av förbättrade villkor för sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor.

2013/14:So292 av Cecilia Widegren (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över dagens villkor för att återkalla läkarlegitimation.

2013/14:So297 av Anna Steele (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en vidgning av den del av patientsäkerhetslagen som brukar kallas "kvacksalverilagen".

2013/14:So301 av Maria Ferm m.fl. (MP):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör återkomma med ett lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att den statiska 18-årsgränsen för fastställelse av könstillhörighet bör tas bort.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en parlamentarisk utredning om värdmödraskap.

2013/14:So306 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten för regeringen att tillsammans med SKL göra en översyn i syfte att uppnå en mer jämställd vård.

2013/14:So307 av Gustav Nilsson (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga att göra det möjligt att få ett livstestamente infört i sin journal.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga att inom nationella it-strategiprojekt verka för att livstestet blir åtkomligt även för vårdgivare utanför det egna landstinget.

2013/14:So309 av Gustav Nilsson och Lotta Finstorp (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över förutsättningarna för en uppvärdering av välfärdsyrken.

2013/14:So311 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över behovet av att upplysa vårdutbildningar och vårdgivare om endometrios och dess symtom och effekter.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över förutsättningarna för adekvat behandling av sjukdomen genom tidig diagnos.

2013/14:So314 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över behovet av en heltäckande europeisk vårdgaranti.

2013/14:So319 av Gunilla Nordgren och Ann-Britt Åsebol (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten till prövning av läkares förskrivningsrätt av receptbelagda läkemedel i vissa fall.

2013/14:So321 av Hillevi Larsson (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om kontroll av vårdcentraler inom vårdvalet.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ACG-systemet.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att göra deltagandet i vårdvalet frivilligt för landstingen.

2013/14:So332 av Hillevi Larsson och Kerstin Nilsson (båda S):

3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ökad kunskap om endometrios i sjukvården.

2013/14:So336 av Carin Runeson och Roza Güclü Hedin (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om samverkan mellan BUP och kommunerna.

2013/14:So337 av Suzanne Svensson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av forskning i syfte att minska ojämlikheten i cancervården.

2013/14:So338 av Anna Steele och Stefan Käll (båda FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att 18-årsgränsen för fastställelse av könstillhörighet bör tas bort.

2013/14:So339 av Agneta Luttröpp och Mats Pertoft (båda MP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör införa en "utredningsgaranti" som säkerställer att patienterna skyndsamt får genomgå en utredning vid misstanke om adhd eller någon annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör tydliggöras att drogtestning endast får ske i fall då misstanke om missbruk finns.

2013/14:So343 av Marta Obminska (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen när det gäller information och samtycke vid förlossningar.

2013/14:So344 av Marta Obminska (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att verka för att studenter på vårdutbildningar och vårdpersonal upplyses om endometrios med sikte på tidiga och korrekta diagnoser och adekvat behandling.

2013/14:So345 av Krister Hammarbergh (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av frågan om läkares förskrivningsrätt för mediciner så att denna upphör vid 67 års ålder med undantag för de fall där dispens beviljas.

2013/14:So348 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inleda diskussioner med SKL om en delvis mer samordnad struktur för rekrytering av läkare från andra länder.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över frågan om validering av examen och läkarerfarenhet från länder utanför EU.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över frågan om validering av examen och erfarenhet även för andra kompetenser inom vården.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett regionalt eller nationellt poolsystem.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att särskilda löneförmåner bör redovisas på ett öppet och transparent sätt.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrade sätt att säkerställa tillräcklig kompetens inom sjukvården i hela landet i ett långsiktigt perspektiv.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen eller att på något annat sätt säkerställa behovet av specialiseringstjänstgöring.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av särskild stimulans för att säkra tillgången på AT- och ST-tjänster.

10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till en fördjupad diskussion med SKL i frågan om schemaläggning för läkare.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om utökad förskrivningsrätt för specialistutbildade sjuksköterskor och sjukgymnaster.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att låta utreda förslag om psykologers bedömning vid tvångsvård.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av formaliserat samarbete med brukar- och patientorganisationer.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av brukarrevision.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om riskanalyser i vården.

2013/14:So357 av Lars-Axel Nordell (KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en kartläggning av lekterapin.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om betydelsen av en väl utbyggd lekterapi för barns och ungas trygghet.

2013/14:So360 av Ulrika Karlsson i Uppsala (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att säkerställa fri konkurrens och mångfald inom specialistvården och den kommunala omsorgen genom att se över reglerna i LOV så att även denna omfattas, genomförs och tillämpas i denna lagstiftning.

2013/14:So362 av Ann-Britt Åsebol och Johan Johansson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om valfrihet i vården.

2013/14:So364 av Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om fler geriatriker i äldreården

2013/14:So375 av Lena Asplund (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över PNA-verksamhet.

2013/14:So376 av Lena Asplund och Ulf Berg (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att sexuell preferens inte ska påverka om en person får lämna blod eller ej.

2013/14:So381 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett "medical card" införs.

2013/14:So387 av Barbro Westerholm (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett färdigt lagförslag om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör läggas fram för riksdagen med största skyndsamhet efter att Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet redovisat sina förslag i frågan.

2013/14:So388 av Barbro Westerholm m.fl. (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för för tidigt födda barn och deras familjer.

2013/14:So389 av Barbro Westerholm (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjlighet till sterilisering som preventivmetod.

2013/14:So393 av Staffan Danielsson (C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över en möjlighet att avsluta sitt liv i förtid vid svåra lidanden i livets slutskede.

2013/14:So394 av Emma Henriksson (KD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att följa upp hur övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri fungerar i alla landsting.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en sammanställning bör göras där exempel från landsting som lyckats bra i arbetet med denna övergång lyfts fram och kan verka som goda exempel för andra landsting.

2013/14:So400 av Jonas Sjöstedt m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om inriktningen för den nationella politiken för hälso- och sjukvården.

3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör tas fram.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vård på lika villkor för hbtq-personer.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalförsörjning.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nollvision för vårdskador.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda och lämna förslag på vad som behöver göras för att nå målet om att i den svenska förlossningsvården ha en barnmorska per aktiv förlossning.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om kunskapsspridning inom vården om våld mot barn.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig handlingsplan för psykiatri.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om genusperspektiv i psykiatri.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbud mot att placera personer som inte är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar eller kliniker.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om uppdrag till Socialstyrelsen om att bygga upp vården för patienter med självskadebeteende.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att genom en överenskommelse med SKL påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla metoder för upprättande av vårdkontrakt mellan den enskilde och den psykiatriska vården.

38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om information om svensk abortlagstiftning.
39. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda abortverksamhet i vissa landsting för utländska kvinnor.
40. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om anhörigstöd till vuxna inom hälso- och sjukvården.

2013/14:So408 av Désirée Liljevall (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om informationsteknikens roll för säkerheten i vården.

2013/14:So412 av Hans Olsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av nya metoder för att upptäcka bröstcancer hos kvinnor.

2013/14:So414 av Lars Mejern Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om regelbundna undersökningar med PSA-prov för män.

2013/14:So416 av Christina Zedell (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör låta utreda frågan om hur byråkratin kring turisternas vårdbehov skulle kunna underlättas.

2013/14:So424 av Margareta Cederfelt (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över lagstiftningen rörande omskärelse av omyndiga pojkar i Sverige.

2013/14:So429 av Monica Green (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bättre stöd till flickor med självskadebeteende.

2013/14:So433 av Jonas Gunnarsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att 18-årsgränsen för fastställelse av könstillhörighet tas bort.

2013/14:So434 av Christina Zedell (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för att, på nationell nivå, kunna ge ett samordnat stöd till uppbyggnaden av regionala medicinska center för sällsynta diagnoser.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ha den nationella cancerstrategin som en förebild för motsvarande centrala och samordnande insatser vid utvecklandet av regionala medicinska center för sällsynta diagnoser.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att verksamheten vid de regionala medicinska centren för sällsynta diagnoser ska bedrivas ur ett livstidsperspektiv.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nödvändigheten av att utveckla ett nytt remitteringssystem, där vårdtagare med sällsynta diagnoser har rätt att få specialiserad vård där den finns – oavsett landstingsgränser eller befintlig vård lokalt.

2013/14:So438 av Ulf Berg och Jessica Polfjärd (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över regelverket för blodgivning.

2013/14:So442 av Eva Flyborg och Helena Leander (FP, MP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om människors självbestämmande vid livets slut.

2013/14:So444 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av att förbättra bröstcancervården.

2013/14:So446 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheterna att införa konst och kultur som behandlingsform inom barnpsykiatri.

2013/14:So447 av Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheterna till en nationell sjukvårdsskatt för en mer rättvis och jämlik sjukvård i hela landet.

2013/14:So449 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att patienter ska ges möjlighet att få kultur på recept som en del i ett rehabiliteringsprogram i likhet med fysisk aktivitet på recept.

2013/14:So450 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förbättra kvinnors livsvillkor genom en mer jämlik hälso- och sjukvård.

2013/14:So452 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheterna att införa vårdval inom psykiatri.

2013/14:So454 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheterna att samordna den nordiska ambulanshelikopterverksamheten.

2013/14:So455 av Elisabeth Björnsdotter Rahm (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att se över försäkringsskyddet för ambulanspersonal.

2013/14:So460 av Per Ramhorn (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utöka lagen om registerkontroll så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, äldreomsorg, psykiatri och särskilt boende för personer med funktionsnedsättning.

Avseende vad som anförs i motionen om att utöka lagen om registerkontroll så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, psykiatri.

2013/14:So463 av Emma Carlsson Löfdahl (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att bygga upp regionala medicinska center för sällsynta diagnoser.

2013/14:So468 av Yvonne Andersson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av ökad utbildning i palliativ vård.

2013/14:So469 av Yvonne Andersson och Lars-Axel Nordell (båda KD):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om sjukvårdens uppgift i livets tjänst.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett opolitiskt medicinsk-etiskt råd.

2013/14:So471 av Stefan Käll (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förbättra rehabiliteringen för personer som har haft stroke.

2013/14:So475 av Anita Brodén m.fl. (FP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utöka den palliativa vården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av att tillvarata det nationella kunskapsstödet för palliativ vård.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om värdet av nordiskt samarbete inom palliativa vårdfrågor och specialistutbildning.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om barnhospis.

2013/14:So488 av Olle Thorell (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om läkemedel och vårdinsatser för rökavvänjning.

2013/14:So489 av Anna Wallén (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dietisternas roll i kommuner och primärvård.

Avseende vad som anförs i motionen om dietisternas roll i kommuner.

2013/14:So495 av Ingela Nylund Watz (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att snarast införa ett NAT-system vid blodtransfusioner.

2013/14:So499 av Carin Runeson och Kurt Kvarnström (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om väntetider hos BUP.

2013/14:So500 av Olle Thorell (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa ett enhetligt system för medicinska ID-brickor till allmänheten.

2013/14:So502 av Marietta de Pourbaix-Lundin (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att införa en åldersgräns för manlig omskärelse när den inte är medicinskt motiverad.

2013/14:So517 av Mikael Oscarsson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att i lagstiftningen tillvarata barnets rätt till kännedom om båda sina föräldrar.

2013/14:So518 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda stöd till ideella organisationer som arbetar förebyggande i fråga om önskade graviditeter och abort.

2013/14:So519 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga en uppföljning med kvalitetsregister och öppna jämförelser när det gäller behandling och vård av ALS-patienter i enlighet med det nationella vårdprogrammet och Socialstyrelsens riktlinjer.

2013/14:So520 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av fler kroppsdonationer till universitetssjukhusen.

2013/14:So526 av Mikael Oscarsson (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om utvecklingen av palliativ vård och omsorg inom Sveriges landsting, regioner och kommuner.

2013/14:So527 av Per Ramhorn och Richard Jomshof (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas enligt motionens intentioner.

2013/14:So529 av Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ta initiativ till en förstärkning av lagstiftningen som gäller utdrag ur belastningsregistret.

Avseende vad som anförs i motionen om att utöka lagen om registerkontroll så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, psykiatri.

2013/14:So530 av Julia Kronlid och Mattias Karlsson (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att i enlighet med resolutionen 1829 från Europarådet införa regelverk i Sverige som försvårar för könssselektiva aborter.

2013/14:So538 av Maria Lundqvist-Brömster och Anita Brodén (båda FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda behovet av ett centrum för samisk hälsa.

2013/14:So543 av Marie Nordén och Maria Stenberg (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bättre vård vid bröstcancer.

2013/14:So546 av Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att, i samverkan med sjukvårdens huvudmän, stimulera arbetet med utbildning för patienter med kroniska sjukdomar i att bemästra sin sjukdom.

2013/14:So548 av Isak From m.fl. (S):

2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om läkarmedverkan inom ambulanssjukvården och om tillgång till ambulanshelikopter i hela landet.

2013/14:So551 av Carin Runeson och Kerstin Engle (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bättre stöd till kvinnor som har genomgått abort.

2013/14:So552 av Carin Runeson och Kerstin Engle (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om Tobiasregistret.

2013/14:So560 av Per Bill (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om användning av PKU-registret enbart för forskning.

2013/14:So563 av Eva-Lena Jansson m.fl. (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att stärka kompetensen i primärvården när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett strukturerat samarbete mellan kommuner och landsting angående neuropsykiatriska funktionsnedsättningar säkerställs.

2013/14:So564 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att livsduglighetskriteriet ska anpassas efter den medicinska utvecklingen genom att det alltid ska finnas minst två veckors marginal från det tidigast födda överlevande barnet till den senast godkända tidpunkten för abort.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att dagens praxis för godkännande av sena aborter ska ändras så att inga aborter godkänns efter graviditetsvecka 19 annat än om fostret är så allvarligt skadat att det inte bedöms kunna överleva utanför livmodern.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att om en graviditet måste avbrytas efter graviditetsvecka 19 på grund av att mammans liv är i fara, ska målsättningen vara att rädda livet på både barn och moder enligt de riktlinjer som gäller för livsuppehållande behandling vid spontan förlossning vid samma tidpunkt.

2013/14:So565 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om de bakomliggande orsakerna till det höga aborttalet i Sverige och att utifrån detta underlag utarbeta en handlingsplan för att minska antalet aborter.

2013/14:So567 av Carina Herrstedt och Per Ramhorn (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alzheimerpatienter ska ges möjlighet till utredning och vid behov tillgång till symptomlindrande behandling.

2013/14:So574 av Camilla Waltersson Grönvall och Jenny Petersson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om påskyndandet av ensamståendes rätt till insemination.

2013/14:So576 av Pia Hallström (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om logopedi i den kommunala hemsjukvården.

2013/14:So581 av Edward Riedl (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att få myndigheter att tydligare upplysa den enskilde om möjligheten till samtycke.

2013/14:So588 av Per Ramhorn och Björn Söder (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hälsointyg.

2013/14:So590 av Johnny Skalin (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förstärka sjukvården.

2013/14:So594 av Eva Olofsson m.fl. (V):

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med Svenskt Demenscentrum kartlägga situationen och behoven för unga demenssjuka.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga äldre hbtq-personers situation inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen.
Avseende vad som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga äldre hbtq-personers situation inom hälso- och sjukvården.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ta ett aktivt initiativ för att öka antalet geriatriker.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till att öka inslagen av geriatrik och gerontologi på såväl grundutbildningarna som specialist- och vidareutbildningarna.

2013/14:So595 av Johan Hultberg (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga att se över patientdatalagen och Socialstyrelsens riktlinjer gällande tillgång till patientjournaler.

2013/14:So598 av Per Ramhorn och Mattias Karlsson (båda SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vidareutbildning av personal inom palliativ vård.

2013/14:So601 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en sänkning av tidsgränsen för fri abort från vecka 18 till vecka 12.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det efter graviditetsvecka tolv ska finnas synnerliga skäl för en abort.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med tydliga riktlinjer för stödinsatser i syfte att hitta alternativa lösningar till abort i de fall kvinnan så önskar.

2013/14:So614 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om inflammatoriska tarmsjukdomar.

2013/14:So618 av Hannah Bergstedt och Karin Åström (båda S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förebyggande arbete mot stressrelaterade sjukdomar.

2013/14:So619 av Finn Bengtsson och Anne Marie Brodén (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att överlåta ansvar för universitetssjukhusen till staten.

2013/14:So621 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ytterligare en översyn av rutinerna för organ donationer.

2013/14:So622 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att göra en översyn av en nationell samordning av sjukvårdsfinansieringen.

2013/14:So623 av Finn Bengtsson m.fl. (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett samordnat kostnadsansvar för sjukvård och sjukförsäkring.

2013/14:So625 av Monica Green m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om övergångsåldern och klimakteriet.

2013/14:So626 av Finn Bengtsson och Betty Malmberg (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga en översyn av bättre möjligheter till lika vård för alla.

2013/14:So629 av Suzanne Svensson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla som får en hjärtinfarkt ska behandlas lika oavsett kön, ålder, socioekonomisk position eller etnicitet.

2013/14:So633 av Lena Sommestad m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att revidera och utveckla styrmodeller i sjukvården.

2013/14:So635 av Penilla Gunther (KD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att nya läkemedel och nya medicinska tekniska hjälpmedel ska komma patienter till godo över hela landet.

2013/14:So644 av Krister Hammarbergh (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att överväga behovet av en översyn gällande möjligheten att söka vård över gränsen mellan Sverige och Finland.

2013/14:So654 av Eva Lohman (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över behovet av hbt-certifieringar av offentligt finansierad omsorg och vård.

Avseende vad som anförs i motionen om att se över behovet av hbt-certifieringar av offentligt finansierad vård.

2013/14:So657 av Lena Hallengren m.fl. (S):

6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientsäkerhet.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella kvalitetsregister.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om it-strategi för hälso- och sjukvården.

10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningssystemen i vården.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell genomförandeplan för jämställd hälso- och sjukvård.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet med förtur (gräddfiler) för privatbetalande patienter i den offentligt finansierade vården.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella kvalitetslagar.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om cancersjukvård.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om organdonation.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för hbt-personers hälsa.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hbt-certifiering för landets samtliga ungdomsmottagningar.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig handlingsplan för psykiatri.
55. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insemination för ensamstående.

2013/14:So659 av Mikael Jansson (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsynen över spermabanker bör ske med större noggrannhet.

2013/14:So664 av Agneta Luttröpp m.fl. (MP):

3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en fungerande första linjens psykiatri.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tydliggöra att det i den generella vårdgarantin bör ingå att erbjuda barn och unga bedömning och behandling av lindrigare, okomplicerad psykisk ohälsa inom en vecka.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten till akuta krissamtal.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om regelbundna uppföljningar av den psykiska och psykosociala hälsan hos eleverna.

12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hälsojournaler som följer barnet.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att göra det möjligt för unga under 18 år att få stödsamtal eller terapeutisk kontakt utan föräldrars tillstånd.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bättre omhändertagande och brukarstöd.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av att få information om att det är möjligt att byta kontaktperson, läkare eller behandlare.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om stöd för psykisk hälsa på vårdcentralen.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tillförlitlig statistik för vilka som vårdas inom rättspsykiatri och slutenvård.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att starkt avråda från att unga med självska-debeteende vårdas inom rättspsykiatri.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjlighet att välja enhet för slutenvård.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om mottagningar för unga vuxna.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om händelseanalyser vid självmord och själv-mordsförsök.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppdra åt myndighet att vidareutveckla förslag som minskar antalet självmord.
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en framtidskommission gällande psykisk ohälsa.
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om kompletterande uppdrag till den nationella kampanjen Hjärnkoll.
32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en permanent, statligt stödd struktur för imple-menterings- och utvecklingsarbete lokalt för främjande av barns och ungas psykiska hälsa.
34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att den statiska 18-årsgränsen för fastställelse av könstillhörighet bör tas bort.

2013/14:So667 av Margareta Larsson (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om beslutanderätt för födande kvinnor.

2013/14:So669 av Ola Johansson och Fredrick Federley (båda C):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förlängd nedfrysningstid för befruktade äggceller.

2013/14:So673 av Lars Eriksson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av utbildningen för sjuksköterskor.

2013/14:So674 av Carina Herrstedt (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att snarast återkomma till riksdagen med förslag till en särskild satsning på att utbilda fler specialistsjuksköterskor.

2013/14:Ub447 av Fredrik Schulte (M):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att överväga nationella regler för vårdval.

2013/14:N333 av Christer Nylander (FP):

11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett ökat statligt ansvarstagande för högspecialiserad vård.

2013/14:A405 av Mattias Karlsson m.fl. (SD):

7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrat samhällsstöd till offren för endometrios och andra könsspecifika sjukdomar.

BILAGA 2

Motionsyrkanden som avstyrks av utskottet i förslagspunkt 38

Motion	Motionärer	Yrkanden
38. Hälso- och sjukvård – förenklad behandling		
2013/14:Ju412	Morgan Johansson m.fl. (S)	59
2013/14:C460	Börje Vestlund m.fl. (S)	2
2013/14:Sf384	Tomas Eneroth m.fl. (S)	22
2013/14:So201	Anders Andersson (KD)	
2013/14:So210	Eva Flyborg (FP)	
2013/14:So212	Björn Söder och Per Ramhorn (båda SD)	1 och 2
2013/14:So213	Björn Söder (SD)	2–5
2013/14:So223	Hans Hoff (S)	
2013/14:So224	Hans Hoff (S)	
2013/14:So226	Hans Hoff (S)	1 och 2
2013/14:So249	Eva Olofsson m.fl. (V)	24
2013/14:So266	Anna-Lena Sörenson (S)	1 och 3
2013/14:So267	Krister Örnfjäder (S)	
2013/14:So275	Christina Oskarsson (S)	
2013/14:So280	Yvonne Andersson (KD)	
2013/14:So281	Ulrika Karlsson i Uppsala (M)	
2013/14:So297	Anna Steele (FP)	
2013/14:So301	Maria Ferm m.fl. (MP)	7
2013/14:So306	Gustav Nilsson (M)	
2013/14:So307	Gustav Nilsson (M)	1 och 2
2013/14:So309	Gustav Nilsson och Lotta Finstorp (båda M)	
2013/14:So311	Ann-Charlotte Hammar Johnsson (M)	1 och 2
2013/14:So314	Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M)	
2013/14:So319	Gunilla Nordgren och Ann-Britt Åsebol (båda M)	
2013/14:So332	Hillevi Larsson och Kerstin Nilsson (båda S)	3
2013/14:So336	Carin Runeson och Roza Güclü Hedin (båda S)	
2013/14:So337	Suzanne Svensson m.fl. (S)	
2013/14:So338	Anna Steele och Stefan Käll (båda FP)	
2013/14:So343	Marta Obminska (M)	
2013/14:So344	Marta Obminska (M)	
2013/14:So345	Krister Hammarbergh (M)	
2013/14:So348	Agneta Luttröpp m.fl. (MP)	15
2013/14:So360	Ulrika Karlsson i Uppsala (M)	1
2013/14:So362	Ann-Britt Åsebol och Johan Johansson (båda M)	
2013/14:So364	Gustav Nilsson och Finn Bengtsson (båda M)	
2013/14:So375	Lena Asplund (M)	
2013/14:So376	Lena Asplund och Ulf Berg (båda M)	
2013/14:So381	Penilla Gunther (KD)	
2013/14:So393	Staffan Danielsson (C)	
2013/14:So394	Emma Henriksson (KD)	1 och 2

Motion	Motionärer	Yrkanden
2013/14:So400	Jonas Sjöstedt m.fl. (V)	1, 3, 10, 14, 16, 17 och 23
2013/14:So408	Désirée Liljevall (S)	
2013/14:So412	Hans Olsson m.fl. (S)	
2013/14:So414	Lars Mejern Larsson (S)	
2013/14:So424	Margareta Cederfelt (M)	
2013/14:So433	Jonas Gunnarsson (S)	
2013/14:So438	Ulf Berg och Jessica Polfjärd (båda M)	
2013/14:So442	Eva Flyborg och Helena Leander (FP, MP)	
2013/14:So444	Anne Marie Brodén (M)	
2013/14:So446	Anne Marie Brodén (M)	
2013/14:So447	Anne Marie Brodén och Finn Bengtsson (båda M)	
2013/14:So449	Anne Marie Brodén (M)	
2013/14:So452	Anne Marie Brodén (M)	
2013/14:So455	Elisabeth Björnsdotter Rahm (M)	
2013/14:So460	Per Ramhorn (SD)	i denna del
2013/14:So463	Emma Carlsson Löfdahl (FP)	
2013/14:So468	Yvonne Andersson (KD)	
2013/14:So475	Anita Brodén m.fl. (FP)	1 och 4
2013/14:So489	Anna Wallén (S)	i denna del
2013/14:So499	Carin Runeson och Kurt Kvarnström (båda S)	
2013/14:So502	Marietta de Pourbaix-Lundin (M)	
2013/14:So518	Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD)	
2013/14:So519	Penilla Gunther (KD)	
2013/14:So526	Mikael Oscarsson (KD)	
2013/14:So529	Carina Herrstedt och Julia Kronlid (båda SD)	i denna del
2013/14:So530	Julia Kronlid och Mattias Karlsson (båda SD)	
2013/14:So538	Maria Lundqvist-Brömster och Anita Brodén (båda FP)	
2013/14:So543	Marie Nordén och Maria Stenberg (båda S)	
2013/14:So546	Håkan Bergman och Gunilla Svantorp (båda S)	
2013/14:So548	Isak From m.fl. (S)	2
2013/14:So551	Carin Runeson och Kerstin Engle (båda S)	
2013/14:So552	Carin Runeson och Kerstin Engle (båda S)	
2013/14:So560	Per Bill (M)	
2013/14:So564	Julia Kronlid m.fl. (SD)	1–3
2013/14:So565	Julia Kronlid m.fl. (SD)	
2013/14:So567	Carina Herrstedt och Per Ramhorn (båda SD)	
2013/14:So576	Pia Hallström (M)	
2013/14:So581	Edward Riedl (M)	
2013/14:So588	Per Ramhorn och Björn Söder (båda SD)	
2013/14:So590	Johnny Skalin (SD)	
2013/14:So594	Eva Olofsson m.fl. (V)	4, 23 och 24
2013/14:So598	Per Ramhorn och Mattias Karlsson (båda SD)	
2013/14:So601	Julia Kronlid m.fl. (SD)	1–3
2013/14:So618	Hannah Bergstedt och Karin Åström (båda S)	1
2013/14:So619	Finn Bengtsson och Anne Marie Brodén (båda M)	
2013/14:So622	Finn Bengtsson m.fl. (M)	
2013/14:So623	Finn Bengtsson m.fl. (M)	

Motion	Motionärer	Yrkanden
2013/14:So629	Suzanne Svensson m.fl. (S)	
2013/14:So657	Lena Hallengren m.fl. (S)	6, 9, 10, 12, 14, 15, 19, 20 och 29
2013/14:So659	Mikael Jansson (SD)	
2013/14:So664	Agneta Luttröpp m.fl. (MP)	34
2013/14:Ub447	Fredrik Schulte (M)	1
2013/14:A405	Mattias Karlsson m.fl. (SD)	7