

1984/85:31

Tisdagen den 20 november

Kl. 15.00

1 § Justerades protokollet för den 12 innevarande månad.

2 § Meddelande om val

Anf. 1 TALMANNEN:

Jag får meddela att val av två riksdagens ombudsmän kommer att ske vid morgondagens sammanträde.

3 § Talmannen anmälde att *Axel Andersson* (s) denna dag återtagit sin plats i riksdagen, varigenom *Kenth Högströms* uppdrag som ersättare upphört.

4 § Svar på frågorna 1984/85:172, 183, 186 och 199 om den gynekologiska läkarvården

Anf. 2 Statsrådet GERTRUD SIGURDSEN:

Herr talman! Margit Gennser har mot bakgrund av den s. k. Dagmarreformen frågat mig om jag avser att vidta åtgärder så att en medicinskt önskvärd läkarspecialisering säkerställs ute i primärvården alternativt säkerställs på annat sätt.

Kerstin Ekman har frågat mig om jag anser att det är en önskvärd utveckling att kvinnor med underlivsproblem i större utsträckning skall tas emot av allmänläkare och – om inte – om jag avser att vidta några åtgärder för att motverka denna utveckling.

Margareta Winberg har frågat mig om jag anser att framtidens allmänläkare i primärvården kommer att kunna bjuda en bättre kompetens än i dag vad gäller gynekologisk behandling och vilken roll jag anser att specialiteten gynekologi skall spela i framtiden.

Gunnel Jonäng har frågat mig om jag mot bakgrund av den pågående debatten kan ge min syn på frågan om utbyggnad av gynekologin i landet. Jag förutsätter att Gunnel Jonäng med sin fråga också menar vilken roll

specialiteten gynekologi skall ha i framtiden.

Jag besvarar frågorna i ett sammanhang.

Socialstyrelsen har givit ut allmänna råd för den framtida hälso- och sjukvården för mödrar och barn inom primärvården (Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:4).

Socialstyrelsens allmänna råd förutsätter att en stor del av hälso- och sjukvården för kvinnor och barn som inte kräver länssjukvårdens resurser successivt inordnas i primärvården. Detta förutsätter dock en nära samverkan med länssjukvården, t. ex. då det gäller diagnos och behandling av vissa komplikationer och övervakning av riskgraviditeter.

När det gäller erforderlig medicinsk kompetens hos primärvårdens personal bör den distriktsläkare som har ansvaret för uppgifter inom hälso- och sjukvården för kvinnor vara antingen läkare med fullgjord vidareutbildning inom gynekologi/obstetrik eller läkare med vidareutbildning inom allmänmedicin med vidgad erfarenhet inom verksamhetsområdet. I vidareutbildningen till specialist i allmänmedicin ingår fyra månaders tjänstgöring inom kvinnosjukdomar och förlossningar.

Tillgången på läkare med fullgjord vidareutbildning inom gynekologi/obstetrik gör det möjligt för ett betydande antal av dem att arbeta inom primärvården. Jag anser att det är angeläget att den resurs och kompetens som gynekologerna representerar tillvaratas på bästa sätt. De kvinnor som så önskar bör ha möjlighet att få konsultera en gynekolog utan att först behöva gå till en allmänläkare.

Jag räknar alltså med att erforderlig specialistkompetens kommer att finnas inom primärvården. Socialstyrelsen följer utvecklingen kontinuerligt. Även jag avser att noga följa vad som sker och finner därför ingen anledning att nu vidta någon åtgärd.

Anf. 3 MARGIT GENNSER (m):

Herr talman! Tack för svaret. fru Sigurdsen.

Det är bra att vi har någorlunda samma uppfattning. Patienten skall själv välja sin doktor, vare sig det är en specialist eller en allmänläkare. Kvinnor skall kunna konsultera en gynekolog utan omvägar via en allmänläkare.

Alla sakskäl finns på vår sida:

1. Sjukvårdsresurserna kommer att utnyttjas effektivare. Gynekologerna i öppen vård kan klara av de flesta gynekologiska problem direkt. Det kan i många av fallen inte allmänläkarna, utan de måste remittera patienterna vidare till specialister. Glöm inte att patienten mycket väl själv vet vart hon skall gå ifall hon råkar få gynekologiska besvär.

2. Det fordras ofta stort kunnande för att fastställa om en åkomma är banal eller inte. Det är t. ex. viktigt att underlivsinfektioner botas snabbt för att undvika framtida komplikationer, bl. a. sterilitet.

3. Det är väsentligt med tidig diagnos när det gäller cancer. Specialister ger faktiskt större trygghet. Fyra månaders gynekologi/obstetrik ger inte samma kunskaper som en specialistutbildning på fyra år.

4. Mödra- och barnvården har haft en föredömlig uppbyggnad i Sverige.

Detta vittnar låga siffror gällande förlossningskomplikationer och spädbarnsdödlighet om. Gynekologerna har tillsammans med barnläkarna byggt upp den goda vården. Det är beklämmande om den skall äventyras. En gediget utbildad specialistläkare har betydligt större möjligheter att både bota den specifika sjukdomen och med mänsklighet hjälpa patienten med eventuella samlevnadsproblem. En kortare och mer splittrad utbildning ger faktiskt både sämre kunskaper inom en specialitet och för helheten. Vetenskapliga belägg om den "sambandsorienterade medicinens" botande effekter saknas.

Men det är landstingspolitikerna som bestämmer, inte sjukvårdsministern, så har vi ju fått höra.

Det finns en enkel utväg: låt sjukförsäkringen följa patienten precis som den gjorde före Dagmarreformen. Då hade patienten beslutanderätt och valfrihet. Socialiseringen av våra sjukförsäkringar – de är ju numera skatter och inte försäkringar – har gett landstingspolitikerna alltför stora möjligheter att diktera patienternas behov. Samtidigt får de möjligheter att försämla kvaliteten på den medicinska vården. Så kommer t. ex. att ske i Malmö, där det inte skall finnas valfrihet och, enligt vad jag har hört, också i Östergötlands läns landsting. Det finns även många andra ställen där detta gäller. Kvalitetsförsäkring hör faktiskt samman med politisering. Det har vi redan sett på skolans område. Skall samma sak drabba sjuka?

Anf. 4 KERSTIN EKMAN (fp):

Herr talman! Jag tackar statsrådet för svaret.

Det borde inte behövas så mycket livserfarenhet för att ha klart för sig att förutsättningarna för god vård och rätt behandling inom sjukvården bygger på att vi har välutbildad personal att vända oss till och att vi som är vårdsökande känner förtroende för bl. a. de läkare vi besöker.

Dessa grundläggande regler tycks dock ha gått en hel del politiker helt förbi, och detta faktum är anledningen till dagens debatt. Det är därför bra att anslaget i statsrådets svar är hoppningivande.

Jag tror inte någon av oss som ställt frågor till statsrådet är negativ till allmänläkarna eller ifrågasätter deras kompetens och deras möjlighet att ge patienterna en god behandling. Det är bara så att gynekologerna är bättre utbildade inom sitt område – de har erfarenhet, och de har den lyhördhet som behövs. Det är därför vi kvinnor i så stor utsträckning som möjligt väljer att söka en gynekolog vid underlivssjukdomar eller besvär som vi kan ha som kvinnor.

200 kvinnor i timmen kommer fram till växeln var och en av de fem timmar per vecka gynekologerna vid läkarhuset i Göteborg har telefonmottagning. Man kan alltid vifta bort sådana här siffror, men jag anser att detta visar att det finns ett behov. De kvinnor som söker vet att hos den specialutbildade läkaren finner man den lyhördhet och sakkunskap som är ett måste för att kunna finna felet och ge den vård som behövs.

Om vi inte tillbakavisar de idéer som finns i vissa landsting kommer vi att äventyra vården för många kvinnor. Det är tveksamt om den utveckling

statsrådet redovisar i sitt svar är så mycket mer acceptabel. Förutsättningarna att sälla ut riskgraviditeter blir mycket sämre. Vi vet att *anledningen* till många besvär som kanske inte är direkt knutna till sjukdomstillstånd inte kommer att kunna spåras och kartläggas. Det är dock bra att statsrådet inte menar att det skall behövas remiss för att söka gynekolog, men hur blir det med möjligheterna att få gynekolog om Dagmarförslaget slår igenom?

Inte kan en allmänläkare, som skall syssla med helheten, som man så storstilat uttryckt det i debatten, fånga de små knepiga idéer som kan vara en del av bakgrunden till besvär eller sjukdom. Detta är ett stort område, som omfattar allt från graviditeter, barnlöshet, sex- och samlevnadsproblem, problem vid menstruation och övergångsbesvär till olika sjukdomstillstånd.

Det är ett kraftigt ställningstagande från statsrådet vi måste få här i kammaren i dag.

Anf. 5 MARGARETA WINBERG (s):

Herr talman! Också jag tackar statsrådet för svaret.

Med anledning av den offentliga diskussionen vill jag säga till några av landets läkare: Sluta att använda människors rädsla för att uppnå skrämässiga fördelar! Sluta att med partsintressen som grund försöka styra den framtida sjukvårdspolitiska inriktningen – för det är vad som ursprungligen förorsakade denna debatt. I våras gällde det barnläkarna. Jag misstänker att snart följer långvård, öron, ögon osv.

Sedan vill jag säga till oroliga kvinnor runt om i landet: Naturligtvis skall gynekologisk expertis finnas för varje kvinna som har behov av detta – också i framtiden och utan remiss.

Huvudtanken för det framtida stora hälso- och sjukvårdsarbetet har sitt ursprung i HS-90. Dess grundläggande utgångspunkt är att samhällsförhållanden och livsstil är grunden för ohälsa. Hälsoproblem måste därför ses och åtgärdas utifrån ett bredare perspektiv än det traditionella. Detta gäller inte minst kvinnosjukdomar som nära sammanhänger med kvinnors psykosociala omgivning. För att effektivt angripa dessa problem räcker inte de gamla specialiteterna till.

Detta har både riksdagen och utbildningsanordnare insett och slagit fast. Den reformerade läkarutbildning som statsrådet nämner är ett praktiskt exempel på detta. Denna nya utbildning, parad med fortbildning, klinik-tjänstgöring och auskultation har naturligtvis ett syfte, nämligen att göra allmänläkarna ännu bättre när det gäller att ta ett förstahandsansvar också för kvinnors hälsa.

I många regioner i landet fungerar detta redan i dag – oftast alldeles utmärkt. Här är allmänläkaren den nödvändiga spjutspetsen för en förbättrad folkhälsa. Att då få höra i den allmänna debatten att kvinnors kroppar inte får bli offer för en flummig allmänläkaridé är ett hån mot den grundtanke som framtidens hälso- och sjukvård vilar på.

När vi i utskott och kammare senast diskuterade denna fråga var samtliga partier som finns representerade i debatten här i dag överens om att *inte* låsa fast vissa specialiteter inom primärvården. Man kan ställa sig frågan:

Varifrån stannar den försåtliga kampanjen mot den reformerade hälso- och sjukvården? Som jag ser det härrör den bl. a. från konservativa intressen som vill riva upp Dagmarreformen och från partsföreträdare som, vilket i och för sig är begripligt, värnar om sina arbeten.

Men hälso- och sjukvården är för viktig för att styras av sådana tränga hänsyn. Kvinnors oro för sin hälsa skall mötas med kunskap och sakargument. Jag är för min del övertygad om att en modern sjukvårdssyn sådan den kommer att förverkligas i den nya allmänläkarrollen i samverkan med den gynekologiska specialiteten är det som i framtiden bäst kan ge oss kvinnor den uppmärksamhet vi så länge fått vänta på.

Anf. 6 GUNNEL JONÄNG (c):

Herr talman! Vi kvinnor skall ha rätt att välja läkare. Vill vi gå till en gynekolog skall vi ha rätt och möjlighet till det.

Jag ber att få tacka statsrådet för det positiva svar som hon har gett. Det var ett rejält och bra svar, och jag är glad att Gertrud Sigurdsen lyssnar på kvinnorna och ställer upp för kvinnors behov och kvinnors rätt till specialistvård.

När det finns tillgång till gynekologspecialister väljer kvinnorna själva rätt vårdnivå – det finns det undersökningar som visar. Valfrihet för kvinnorna när det gäller att välja läkare förutsätter att vi har möjligheter att välja, dvs. att det finns tillgång till gynekologer i primärvården. Då måste kravet ställas på landstingen att de inrättar gynekologtjänster i den öppna vården.

Det är landstingen som, det vet vi, planerar och beslutar – men det är viktigt att vi kvinnor ställer krav på landstingen. Det grundläggande kravet är att landstingen i sin sjukvårdsplanering skall följa socialstyrelsens anvisningar. Dessa anvisningar är klara och entydiga.

Chefen för socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning, docent Viking Falk, sade nyligen i en intervju: Om allmänläkarna står för mödravården kommer kvinnornas säkerhet att bli lidande.

Detta får naturligtvis inte ske. Det är nödvändigt att kvinnor får rätt vård och att vården sätts in i rätt tid. De sjukaste patienterna inom obstetrik-gynekologi har faktiskt oftast fått en avancerad sjukdom på grund av försenad diagnos. Det finns verkligen anledning att begrunda detta. Det säger en hel del om behovet av specialistvård.

En undersökning 1982 från norra sjukvårdsregionen visar att ovarialcancer, som är den vanligaste gynekologiska canceren hos kvinnor, ger så okarakteristiska symtom att 60 % av de patienter som ingick i undersökningen först sökte allmänläkare eller liknande. Därmed diagnosticerades sjukdomen på ett senare stadium än som hade varit fallet om patienterna haft tillgång till specialist redan i det första skedet.

Det finns anledning att understryka att detta inte innebär något som helst misstroende mot allmänläkarna. Jag är övertygad om att vi kvinnor har stort förtroende för allmänläkarna. Vi upplever det tryggt att gå till dem med olika krämpor. Många allmänläkare har också gjort goda insatser ute i regionerna när det gällt speciella kvinnosjukdomar. De kvinnor som finner trygghet i att

gå till allmänläkarna skall naturligtvis få göra det, men landstingens planering måste utgå från socialstyrelsens anvisningar.

Till sist vill jag be att få återkomma i debatten för att bemöta Margareta Winbergs uttalande.

Anf. 7 TALMANNEN:

Det tillåts inte eftersom detta är en frågestund. Debatten får då föras bara mellan frågeställarna och statsrådet.

Anf. 8 Statsrådet GERTRUD SIGURDSEN:

Herr talman! Låt mig först säga att jag instämmer i det som både Margareta Winberg och Gunnel Jonäng sade om betydelsen av den roll allmänläkarna spelar inom primärvården. De är oersättliga för primärvårdens utbyggnad. Det tycker jag vi kan vara överens om.

Jag noterar också att alla debattörer tycks vara överens om att kvinnorna skall ha valfrihet och rätt att välja att gå till en gynekolog om de så önskar.

Både Margit Gennser och Kerstin Ekman tar upp Dagmarpropositionen och dess förslag i det här sammanhanget, och det har jag svårt att förstå. Hur landstingen organiserar läkarbesättningen på sina vårdcentraler har ju föga att göra med Dagmarpropositionen. Förslagen kan möjligen diskuteras när landstingen skall förhandla med de fritidspraktiker som är gynekologer. Margit Gennser säger att det inte finns någon valfrihet i Malmö, men mig veterligt har inget landsting ännu slutfört de förhandlingar som är en konsekvens av Dagmarpropositionen. Låt oss vänta tills förhandlingarna är klara. Då får vi se hur man organiserar den här vården.

Jag noterar emellertid med tacksamhet att vi är överens i sakfrågan.

Anf. 9 MARGIT GENNSER (m):

Herr talman! Förhandlingarna i Malmö är visserligen inte slutförda, men vi vet redan att en hel del fritidspraktiker och även många praktiker som har för lågt timantal kommer att försvinna. Vi vet också att många tiotusental vårdtimmar kommer att äventyras. Samtidigt har en klar politisk vilja uttryckts för att bygga primärvården på allmänläkare – jag är fortfarande kommunalpolitiker i Malmö, så jag vet att det förhåller sig så.

Jag kommer nu att bli något personlig. Jag tillhör dem som fått en livshotande sjukdom. Jag har nämligen haft cancer två gånger. Mot den bakgrunden skulle jag vilja säga att jag tycker att vi politiker skall vara ytterst försiktiga när vi talar om konservatism, "flum", skräanda osv. När man blir svårt sjuk är det oerhört viktigt att man får välja vilken läkare man vill gå till. Alla har kanske inte varit i den situationen, men jag skulle vilja säga: Tänk efter en gång till! Jag antar att det är bristande fantasi som är orsaken till att man gör alltför politiserade uttalanden om djupt mänskliga problem.

Anf. 10 KERSTIN EKMAN (fp):

Herr talman! Även jag påpekar att det är viktigt att vi har skickliga allmänläkare, att de är en tillgång och att vi skall känna förtroende för dem. Jag tror emellertid inte att man kan diskutera den här frågan utan att komma in på Dagmarförslaget, som ju just inskränker valfriheten och möjligheterna för kvinnor att välja gynekologer, om de skulle vilja det.

Den bild av framtiden som skissas här i kammaren verkar underbar, men jag tror att man måste ta med valfriheten i resonemanget. Man kan inte bara bestämma från statsmakternas sida att om vi har det på det här sättet så är vården god och hur människorna uppfattar den har ingen betydelse.

Anf. 11 MARGARETA WINBERG (s):

Herr talman! Precis som statsrådet sade är vi överens om att självfallet ingen kvinna skall tvingas till en vårdnivå som hon inte själv accepterar. Men min utgångspunkt är att med den satsning som vi nu gör i landet, bl. a. på grundval av de politiska beslut som vi i mycket stor enighet har fattat i denna kammare, kommer en högre kompetens att finnas hos allmänläkarna. Det är min förhoppning och tro att kvinnorna då kommer att ha större förtroende för allmänläkarna, så att de väljer att låta dem ta förstahandsansvar också för kvinnors hälsa.

Anf. 12 GUNNEL JONÄNG (c):

Herr talman! Dagmarförslaget innebär, som jag ser det, bättre möjligheter för de sämst ställda regionerna att få tillgång även till specialisttjänster. Det innebär att landstingspolitikerna får pengar att prioritera med.

Det har visat sig att behovet av läkarvård inom gynekologi och mödravård för kvinnor upp till 55 år är lika stort som behovet av vård inom alla övriga specialistområden tillsammans. Om det finns specialister i primärvården som kvinnor kan vända sig till direkt, tycker jag att det är ett mer rationellt utnyttjande av vårdresurserna, än om man först skall gå till en allmänläkare och av denne remitteras till en gynekolog. Jag tycker att det är bra att gynekologerna har gått ut med denna information om risken för att vi inte kommer att ha tillgång till gynekologisk vård i framtiden. Det är naturligtvis väldigt angeläget att kvinnor nu också ställer upp och visar på behoven och formulerar sina krav på landstingen och politikerna där.

Anf. 13 Statsrådet GERTRUD SIGURDSEN:

Herr talman! Jag vill bara kortfattat säga till Margit Gennser, när hon så kategoriskt påstår att så och så många läkare i Malmö kommer att försvinna, att några förhandlingar, såvitt jag vet, ännu inte har slutförts. Jag har i dag uppvaktats av företrädare för läkarföreningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. De har uttryckt oro inför tidsperspektivet, att allt inte skall vara klart till den 1 januari. Men ännu föreligger alltså inga beslut om några indragna läkartjänster, Margit Gennser.

Anf. 14 MARGIT GENNSER (m):

Herr talman! Jag sade inte att det fanns beslut. Jag sade att det fanns klara politiska indikationer på att man ville "strypa" fritidspraktikerna. Det är möjligt att den här debatten får effekt – det hoppas jag sannerligen, för det var därför jag ställde till med den – så att våra landstingspolitiker och vad gäller Malmö våra kommunalpolitiker tänker om. I så fall har vi gjort nytta i dag.

Överläggningen var härmed avslutad.

5 § Svar på fråga 1984/85:187 om innehållet i landstingens dataregister

Anf. 15 Statsrådet GERTRUD SIGURDSEN:

Herr talman! Hugo Bergdahl har frågat mig om jag vill medverka till att personliga uppgifter om patienters sociala och psykiska situation inte tas med i dataregister hos landstingen. Bakgrunden till frågan är att ett landsting har utarbetat förslag om dataregistrering för planerings- och forskningsändamål rörande alla patienter som kontaktar landstingets öppna vård för psykiska besvär.

Låt mig inledningsvis konstatera att jag tidigare i år i kammaren lämnat en utförlig redogörelse för landstingens patientdatabaser framför allt ur integritetssynpunkt.

Nu liksom då kan jag konstatera följande. Landstingen har fr. o. m. år 1984 åtagit sig att inrätta s. k. patientdatabaser med ett visst minimiinnehåll avseende den slutna vården. Patientdatabaserna är bl. a. avsedda att förbättra planeringen av hälso- och sjukvården i landet.

Patientdatabaserna – liksom andra individbaserade dataregister som landstingen inrättar – är personregister enligt datalagens bestämmelser och därmed ställda under datainspektionens tillsyn.

Uppgifterna i patientdatabaser inom hälso- och sjukvården omfattas av sekretesslagens bestämmelser på samma sätt som andra uppgifter inom detta område, t. ex. uppgifter i journaler. Sekretessen inom hälso- och sjukvården är sträng jämfört med många andra områden. Den innebär att uppgifter om en patient i princip inte får lämnas ut om det inte står klart att det kan ske utan att patienten eller en nära anhörig lider men.

Det ankommer på de myndigheter som lämnar ut uppgifter om patienter eller som inrättar och för dataregister att se till att data- och sekretesslagstiftningens bestämmelser efterlevs.

Jag vill här än en gång starkt understryka vikten av att skyddet för patienternas integritet säkerställs i de här sammanhangen. Samtidigt vill jag också betona betydelsen av att landstingen – med beaktande av dessa hänsyn – kan få utnyttja de möjligheter som dataregistrering erbjuder för planering och utveckling av såväl förebyggande som vårdande insatser.

Jag kan avslutningsvis nämna att en statlig utredning – journalutredningen

(S 1980:3) – under hösten till mig överlämnat ett betänkande med förslag till en samlad lagreglering av frågor som rör patientjournaler. Lagens bestämmelser föreslås gälla patientuppgifter oavsett om de står i konventionella journaler eller återfinns i ett dataregister. Utredningens förslag syftar bl. a. till att på olika sätt stärka patienternas integritetsskydd, bl. a. genom att rutiner införs i vården som underlättar tillämpningen av sekretesslagens bestämmelser. Betänkandet bereds f. n. inom regeringskansliet. Avsikten är att en proposition i bl. a. detta ämne skall överlämnas till riksdagen under våren 1985.

Nr 31

Tisdagen den
20 november 1984

*Om innehållet i
landstingens data-
register*

Anf. 16 HUGO BERGDAHL (fp):

Herr talman! Jag tackar statsrådet för svaret.

Bakgrunden till min fråga är att, precis som sjukvårdsministern nyss har sagt, landstinget i Västmanlands län låtit utarbeta förslag om upprättande av dataregister över öppenvårdens samtliga psykopatienters sociala och psykiska situation. Jag vill i detta sammanhang framhålla följande. Enligt delbeslut i landstinget skall ett register upprättas, med start redan nästa år. Syftet med registret är att få ett underlag för planeringen av den framtida psykvården, och man avser att använda uppgifterna i samband med olika forskningsprojekt.

När det gäller själva sakfrågorna bör sjukvårdsministern och jag kunna vara överens om att någon form av statistik behövs för att man på ett någorlunda tillfredsställande sätt skall kunna planera vårdinsatserna även på detta område.

Men enligt min uppfattning är frågan om hur detta underlag tas fram en mycket känslig fråga. Ytterst gäller det, som jag ser saken, hur patienterna registreras och hur de skall kunna skyddas mot insyn som kan anses vara obehörig.

Förslaget om registrering av psykopatienter har mött skarp kritik, inte bara från patienter och deras anhöriga utan även från personalen inom sjukvården.

Enligt många människors mening innebär ett register över öppenvårdens samtliga psykopatienters sociala och psykiska situation ett allvarligt ingrepp i den enskilda människans integritet. Frågan gäller egentligen: Hur långt är samhället och vi politiker beredda att gå när det gäller riskerna för att enskilda människors liv och leverne med den hypermoderna teknikens hjälp kan redovisas på data?

Var går gränsen för hur fri och oregistrerad den enskilde medborgaren kan ha rätt att känna sig? Det är vad frågan gäller, och i det avseendet vill jag ställa en följdfråga: Hur långt är vi politiker beredda att gå?

Enligt min mening bör dataregister av det slag och det innehåll som det här är fråga om ge oss en allvarlig tankeställare. Som politiker bör vi ställa frågan: Är inte den enskilde individens integritet i allvarlig fara om vi accepterar lagring av känsliga uppgifter med motiveringen att effektivitetssamhället kräver detta?

Avslutningsvis vill jag till sjukvårdsministern också ställa följdfrågan: Är

*Om innehållet i
landstingens data-
register*

inte sjukvårdsministern alls orolig över vart det kan bära hän med den enskilde patientens personliga integritet vid ett registreringsförfarande av det slag som vi diskuterar?

Anf. 17 Statsrådet GERTRUD SIGURDSEN:

Herr talman! Jag har i mitt svar betonat att det är viktigt att skyddet för patienternas integritet är säkerställt i sådana här sammanhang. Jag har också sagt att den journalutredning som avlämnat sitt betänkande har kommit med ett förslag till samlad lagreglering. Jag tycker att den här frågan är viktigt oavsett om det gäller databaserade uppgifter eller om det gäller de traditionella patientjournalerna. Vi glömmer egentligen bort ibland att det även finns traditionella patientjournaler som kan komma på avvägar.

Denna fråga är naturligtvis lika viktigt oavsett vilket system vi har, och jag tror inte att farorna är större om vi har patientdatabaser än om vi har konventionella journaler.

Jag håller helt med om att det är viktigt att sekretessen är säkerställd då det gäller patienterna.

Anf. 18 HUGO BERGDAHL (fp):

Herr talman! Om inte statsrådet är nämnvärt oroad över utvecklingen, är det andra som är det. Det gäller inte bara stora grupper av människor, utan jag har också i min hand en rapport som datainspektionen avlämnade så sent som i går, där man säger att man är djupt oroad över utvecklingen när det gäller att använda sig av datainformation. Man angriper där den samkörningsteknik som har utvecklats på området, och det finns inget som säger att sjukvårdens datauppgifter på något sätt skulle vara nämnvärt mer skyddade än övriga datauppgifter.

Jag vill peka på några grupper av människor som datainspektionen säger kan komma i farozonen och där information som normalt inte borde komma till allmänhetens kännedom har utnyttjats. Det kan gälla tomtköpare, studerande, skattesparare, bostadsbidragstagare, bilägare, fångar, socialfall, vanliga boende, barnfamiljer, pensionärer m. fl. På olika sätt har dessa grupper kommit med i bilden. Den vägen har man fått fram uppgifter som enligt de lagar som gäller på det här området i dag inte skulle vara tillgängliga. Man har alltså lyckats komma förbi det hela. Därför är jag, sjukvårdsministern, oroad över att det inte finns hundra procentig garanti för att något motsvarande inte kan inträffa på sjukvårdens område.

Anf. 19 Statsrådet GERTRUD SIGURDSEN:

Herr talman! Det är klart att man aldrig kan få hundra procentig säkerhet. Men jag förstår om människor är oroade, och jag förstår också om de många gånger kan vara oroade på grund av att de är felinformerade.

Jag vill påpeka att samkörning av databaser måste vara godkänd av datainspektionen. Det är inte heller alla sammanställningar och undersökningar som är individbaserade – det är ju där som man i så fall kan känna oro.

Jag är lika angelägen som frågeställaren om att sekretessen verkligen blir

sådan att patienterna är skyddade. Vi skall naturligtvis på alla sätt försöka se till att det kommer att bli så. Som jag sagt kommer journalutredningen med ytterligare förslag om hur lagstiftningen kan stramas upp ytterligare.

Nr 31

Tisdagen den
20 november 1984

Anf. 20 HUGO BERGDAHL (fp):

Herr talman! Det hjälper inte att vi försöker känna oss övertygade om att skyddet finns – att den enskilda människan inte kommer i kläm utan kan känna sig trygg. När fall efter fall visar att det inte är så, då har vi anledning att vara oroade över utvecklingen. Det är inte bara jag som känner oro på det här området, utan det är många människor i det här landet som känner oro över utvecklingen.

När man går in på så känsliga områden som psykvården tror jag att vi allvarligt måste ställa frågan: Har vi nått den gräns där vi måste säga nej till en vidare utveckling härvidlag?

Överläggningen var härmed avslutad.

6 § Anf. 21 TALMANNEN:

På morgondagens föredragningslista upptas utrikesutskottets betänkande 1 främst bland två gånger bordlagda ärenden.

7 § Anmäldes och bordlades

Redogörelse

1984/85:4 Nordiska rådets svenska delegations berättelse angående sin verksamhet från den trettioförsta t. o. m. den trettioandra sessionen.

8 § Anmäldes och bordlades

Konstitutionsutskottets betänkande

1984/85:5 Vissa grundlagsfrågor m. m.

Skatteutskottets betänkande

1984/85:10 Kompensation till skogsägare som har gjort förluster i Vänerskogs konkurs (prop. 1983/84:196)

Socialförsäkringsutskottets betänkanden

1984/85:1 Läkemedelskostnader

1984/85:2 Vissa handikappfrågor

1984/85:3 Rehabiliteringsfrågor

Socialutskottets betänkande

1984/85:4 Vissa medicinsk-etiska frågor

Arbetsmarknadsutskottets betänkande

1984/85:6 Semester (skr. 1984/85:67)

*Ominnehållet i
landstingens data-
register*

Nr 31

Tisdagen den
20 november 1984

*Meddelande om
fråga*

9 § Meddelande om fråga

Meddelades att följande fråga framställdes

den 20 november

1984/85:217 av *Irène Vestlund* (s) till försvarsministern om underhållet av kustartilleriets fartyg:

Enligt uppgifter i massmedia har marinens verkstad i Vaxholm sedan lång tid tillbaka varit underbemannad. Denna underbemanning har bl. a. medfört att underhållet av kustartilleriets fartyg har eftersatts. Enligt uppgifter rostar fartygen sönder och beredskapen urholkas.

Ämnar statsrådet vidta några åtgärder för att motverka detta förhållande och i så fall vilka?

10 § Kammaren åtskildes kl. 15.35.

In fidem

BERTIL BJÖRNSSON

/Solveig Gemert