

Sammanfattning

I betänkandet behandlas Riksdagens revisorers förslag angående Primärvårdens resurser 1998/99:RR2 och motionsyrkanden som väckts i anledning därav. I betänkandet behandlas också drygt 170 motionsyrkanden från allmänna motionstiden 1998 om hälso- och sjukvård.

Utskottet framhåller att revisorernas granskning innebär en värdefull kunskapssammanställning. Emellertid kan utskottet konstatera dels att revisorerna inte anlagt den helhetssyn som utskottet angett i uppdraget, dels att flertalet av de frågor som revisorerna tar upp i olika sammanhang är föremål för beredning.

Utskottet finner inte att någon riksdagens åtgärd är påkallad och avstyrker således revisorernas förslag.

Samtliga motionsyrkanden avstyrks.

I betänkandet finns 47 reservationer och ett särskilt yttrande.

Riksdagens revisorers förslag 1998/99:RR2

Riksdagens revisorer föreslår

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.3 anført om uppföljnings- och utvärderingsverksamheten,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.4 anført om styrmekanismer,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.5 anført om patientströmmar och kvalitet,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.6 anført om målformulering.

Motionerna

Motioner väckta med anledning av riksdagens revisorers förslag

1998/99:So17 av Chris Heister m.fl. (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om primärvården som nav inom äldreomsorgen och hemsjukvården,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av fler specialister inom primärvården,

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

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förbud mot remisstväng,

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

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om översyn av Socialstyrelsens uppföljningar och statistik.

1998/99:So18 av Thomas Julin m.fl. (mp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att regeringen skall göra en tydlig redovisning av den samhällsbesparing som neddragningen i vårdsektorn medfört,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att redovisa en helhetsbild av primärvården även innefattande äldrevården.

Motioner väckta under allmänna motionstiden 1998

1998/99:So202 av Maud Ekendahl (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en kartläggning av alternativa behandlingsmetoder.

1998/99:So203 av Maud Ekendahl och Cristina Husmark Pehrsson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vidgad verksamhet för legitimerade sjuksköterskor i enskild regi.

1998/99:So204 av Bertil Persson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om HSF-modellen i sjukvården.

1998/99:So215 av Ingvar Eriksson och Göte Jonsson (m) vari yrkas

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

1998/99:So218 av Kenth Skårvik och Kerstin Heinemann (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vården av fibromyalgisjuka,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om försäkringskassornas gemensamma syn på diagnoser vid fibromyalgi,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av hjälpmedel för fibromyalgisjuka,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ergonomiska åtgärder på arbetsplatsen.

1998/99:So219 av Barbro Hietala Nordlund m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om bidragssystemet för glasögon till barn och ungdom.

1998/99:So222 av Carl Bildt m.fl. (m) vari yrkas

2. att riksdagen beslutar häva förbudet för ersättningsetableringar i enlighet med vad som anförts i motionen,
3. att riksdagen beslutar återinföra etableringsfriheten för specialistläkare och sjukgymnaster i enlighet med vad som anförts i motionen,
5. att riksdagen beslutar häva förbudet för läkare över 65 år att få sjukvårdsersättning i enlighet med vad som anförts i motionen.

1998/99:So224 av Ulf Kristersson m.fl. (m) vari yrkas

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av konkurrens och fler alternativ inom hälso- och sjukvården.

1998/99:So225 av Berit Adolfsson och Inger René (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder för att förbättra informationen och utbildningen vad gäller kvinnors hälsa.

1998/99:So226 av Berit Adolfsson (m) vari yrkas att riksdagen beslutar upphäva den lag som ger landstingen möjlighet att vägra att teckna vårdavtal med privatpraktiserande läkare över 65 år.

1998/99:So230 av Ulf Kristersson m.fl. (m) vari yrkas

15. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om sjukhusvården.

1998/99:So231 av Margit Gennser (m) vari yrkas

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

1998/99:So232 av Dan Ericsson (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en statlig utredning om omfattningen av lobotomioperationer i Sverige,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om statlig ersättning till lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet.

1998/99:So235 av Margareta Viklund (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att verka för att den inriktning av vård och omsorg som kännetecknar hospis skall ingå som en naturlig del i den offentliga hälso- och sjukvården,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att hospisverksamheten byggs ut i offentlig och privat regi.

1998/99:So236 av Berit Adolfsson (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utmönstring av förlegad diagnostik och behandling,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om bl.a. SBU:s rapporter.

1998/99:So237 av Berit Adolfsson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om smärtlindring.

1998/99:So241 av Ingrid Burman m.fl. (v) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär en översyn av möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som patientansvarig behandlare.

1998/99:So247 av Maud Ekendahl (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ansvaret för specialistläkarnas fortbildning.

1998/99:So250 av Leif Carlson (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om sparkonton inom den öppna vården,
2. att riksdagen hos regeringen begär en utredning om lämplig utformning av sparkonton inom den öppna vården i enlighet med vad som anförts i motionen.

1998/99:So251 av Rigmor Ahlstedt (c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en översyn av möjligheter att få likvärdig behandling vid infertilitet.

1998/99:So252 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om översyn av språkprov för utländska sjuksköterskor,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om formerna för bedömning av utländsk sjukvårdspersonals lämplighet för yrket.

1998/99:So256 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om införande av lag om äggdonationer och uppföljning av en sådan lag.

1998/99:So257 av Ulf Kristersson m.fl. (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utgångspunkterna för svensk hälso- och sjukvård,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om insatser i svensk hälso- och sjukvård,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om prioriteringar,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om problem i dagens hälso- och sjukvård,
5. att riksdagen beslutar införa en allmän hälsoförsäkring i enlighet med vad som anförts i motionen,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om skälen för en allmän hälsoförsäkring,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om konstruktionen av den allmänna hälsoförsäkringen,

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

10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om forskning och utveckling.

1998/99:So261 av Ingrid Burman m.fl. (v) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär att Socialstyrelsen gör en översyn av ersättning till vårdgivare enligt vad i motionen anförts.

1998/99:So262 av Åke Carnerö och Tuve Skånberg (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ett rikstäckande luftambulanssystem med akutmedicinsk kompetens.

1998/99:So265 av Ulf Björklund (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om bevarande av de mindre sjukhusen,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en analys i samarbete med Folkhälsoinstitutet och SmåKom-gruppen.

1998/99:So267 av Carina Hägg (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en förbättrad lagstiftning inom det psykologiska verksamhetsområdet.

1998/99:So268 av Carina Hägg (s) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att ett kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor enligt utredningen I god tro inrättas,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att förutsättningarna i Jönköpings län beaktas vid val av lokaliseringsort för ett kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor.

1998/99:So275 av Maj-Britt Wallhorn m.fl. (kd) vari yrkas

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

1998/99:So284 av Sofia Jonsson (c) vari yrkas

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

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förebyggande insatser för ätstörningar,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om rätt att välja vårdform.

1998/99:So289 av Britt-Marie Danestig (v) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om översyn av forskning och utveckling inom det psykologiska metodområdet, framför allt av psykologiska test.

1998/99:So294 av Kerstin Heinemann (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en treårig preskriptionstid,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att preskriptionstiden skall kunna räknas från den dag en felbehandling eller ett misstag upptäcks,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om värdet av ökad muntlig förhandling.

1998/99:So295 av Barbro Westerholm (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en översyn av den s.k. kvacksalverilagen.

1998/99:So304 av Chatrine Pålsson (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att tillskapa nödvändiga resurser för att psykologisk kompetens skall kunna bli en obligatorisk resurs – och en självklar tillgång för patienten – i primärvården.

1998/99:So312 av Marianne Andersson och Birgitta Carlsson (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att tillsammans med alternativmedicinare utarbeta krav för utbildning och behörighet inom olika alternativmedicinska områden,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om forskning om alternativmedicin.

1998/99:So313 av Viviann Gerdin och Gunnel Wallin (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att det råder brist på kunskap om typiska kvinnosjukdomar och att det bör föranleda åtgärder,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att öka kunskaperna om fibromyalgi hos läkarkåren,
5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att fortsatt statligt stöd skall utgå till forskning om fibromyalgi,
6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att patienter med kroniska smärtor bör ges rätt till remiss till en specialist på fibromyalgi.

1998/99:So314 av Lennart Daléus m.fl. (c) vari yrkas

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om brukarråd,
9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av rätt tolk,
12. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om den politiska ansvarsrollen,
13. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om mångfald inom vården av olika vårdformer,
14. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förändrad roll för sjukhusen.

1998/99:So316 av Eva Arvidsson och Karin Olsson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utredning vad gäller ett samlat tillsynsansvar.

1998/99:So317 av Eva Arvidsson och Siw Wittgren-Ahl (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en utredning för att få en enhetlig tillsynslagstiftning och ett utvidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologins område.

1998/99:So321 av Ingrid Burman m.fl. (v) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av forskning kring kvinnors normalvärden,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av prioritering av forskning om kvinnliga hormoner,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av medvetenhet om kvinnors hälsa i medicinsk kurslitteratur,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kvinnokunskap som obligatoriskt inslag på alla områden i läkarutbildningen,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av fortbildning av läkare i frågor som rör kvinnors hälsa,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling när det gäller kvinnors smärtor från rörelseapparaten,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa en rapport om vestibulit.

1998/99:So328 av Lennart Klockare och Monica Öhman (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ADB-förda patientjournaler.

1998/99:So340 av Inger Davidson m.fl. (kd) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ägg- och spermiedonation,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en vidgad syn på abortförebyggande åtgärder,

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

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

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

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

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

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

15. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om organdonation och aktivt samtycke,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om uppgiftslämnande till organdonationsregistret,

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

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

20. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utbildning av personal i medicinsk-etiska frågor,

21. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om hospis.

1998/99:So343 av Cristina Husmark Pehrsson (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om samordning av resurser för att öka kvaliteten för patienter med smärta.

1998/99:So346 av Siw Wittgren-Ahl och Eva Arvidsson (s) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om satsning på mer forskning om fibromyalgi,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att kunskaperna om fibromyalgi bland sjukvårdspolitiker och socialförsäkringspolitiker, allmänhet och massmedierna förbättras,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att läkare skall ha grundläggande utbildning i fibromyalgi, kunna diagnostisera, behandla och medverka till rehabilitering.

1998/99:So350 av Agneta Lundberg m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om lagstadgad skyldighet för arbetsterapeuter att föra journal utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

1998/99:So354 av Rigmor Ahlstedt (c) vari yrkas att riksdagen hos regeringen begär en översyn av alternativmedicinen.

1998/99:So355 av Rigmor Ahlstedt (c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att högkostnads-skyddet skall gälla för glasögon och tandvård.

1998/99:So371 av Gunnel Wallin och Viviann Gerdin (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att vid förhandlingar med Landstingsförbundet påtalas att vård skall ges på lika villkor.

1998/99:So379 av Lars Gustafsson m.fl. (kd) vari yrkas

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

1998/99:So386 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om omvårdnadens roll för en god vård,

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

1998/99:So387 av Lars Leijonborg m.fl. (fp) vari yrkas

21. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om husläkarlagens återinförande.

1998/99:So391 av Gudrun Schyman m.fl. (v) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om inriktningen av sjukvården i Sverige under kommande mandatperiod.

1998/99:So395 av Agneta Brendt m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kulturens betydelsefulla roll i vården.

1998/99:So401 av Tuve Skånberg (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utredning av postabortsyndrom i ett kvinnohälsoperspektiv.

1998/99:So405 av Birgitta Carlsson (c) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att ett nationellt hälsopolitiskt handlingsprogram för demenssjukdomar upprättas,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att demenssjukdomar betecknas som en folksjukdom,

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att utbildning av specialister (främst geriatriker och (äldre) psykiatriker) prioriteras och att distriktsläkare ges möjlighet till vidareutbildning med inriktning mot demens och andra åldersrelaterade sjukdomar.

1998/99:So413 av Marietta de Pourbaix-Lundin (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att utreda huruvida de nationella riktlinjerna kan tjäna som vårdgarantier för personer med olika kroniska sjukdomar.

1998/99:So414 av Fanny Rizell (kd) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att den utbildning i farmakologi som förutsätts för förskrivningsrätt görs tillgänglig för skolsköterskor,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förskrivningsrätt till skolsköterskor för ett begränsat antal läkemedel.

1998/99:So415 av Mikael Oscarsson (kd) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utvärdering av abortlagen.

1998/99:So417 av Marietta de Pourbaix-Lundin (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att speciellt uppmärksamma värdet av den samhällsnytta som tillförs hälso- och sjukvården genom brukarägda sjukhus.

1998/99:So418 av Birger Schlaug m.fl. (mp) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utredning om ett gemensamt högkostnadsskydd angående sjukvård, läkemedel, hjälpmedel och tandvård.

1998/99:So420 av Eva Arvidsson m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet att utarbeta riktlinjer för inklusion av kvinnor i den forskning som finansieras av forskningsråden efter NIH:s modell i USA.

1998/99:So421 av Eva Arvidsson m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att utreda frågan om legitimation för dietister.

1998/99:So424 av Ulf Kristersson m.fl. (m) vari yrkas

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om hiv/aidsarbetets inriktning på information, rådgivning och beteendepåverkan,

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en utvärdering av lagstiftningens effekter och annat hivpreventivt arbete,

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

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om hiv och invandrare,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om de frivilliga organisationerna vad gäller information, råd och stöd,

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utvärdering av kontaktspårningen,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om provtagning av hiv,

9. att riksdagen beslutar om sådan ändring av smittskyddslagen att såväl konsultation som behandling vid samhällsfarlig sjukdom skall vara kostnadsfri för patienten oavsett om denne vänder sig till den offentliga sjukvården eller försäkringsansluten privatpraktiserande läkare i enlighet med vad som anförts i motionen,

11. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om forskning rörande hiv/aids.

1998/99:So437 av Marianne Jönsson (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om aktiv epilepsivård.

1998/99:So438 av Siw Wittgren-Ahl m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om piercing och tatuering.

1998/99:So442 av Birgitta Carlsson (c) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om kostnader som bör inrymmas inom högkostnadsskyddet för läkemedel.

1998/99:So446 av Alf Svensson m.fl. (kd) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om 20 000 nya vårdplatser under en tioårsperiod,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av ökad mångfald bland vårdgivare,
5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om specialistutbildning för läkare,
9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om högkostnadsskyddet.

1998/99:So451 av Lennart Klockare och Ola Rask (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ambulanssjukvårdens kompetens och bemanning.

1998/99:So452 av Birgitta Ahlqvist och Lennart Klockare (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om äggdonationer i Sverige.

1998/99:So453 av Rinaldo Karlsson och Carin Lundberg (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av ökad forskning kring sjukdomen familjär amyloidos.

1998/99:So455 av Kenneth Johansson m.fl. (c) vari yrkas

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

1998/99:So458 av Gunnel Wallin och Viviann Gerdin (c) vari yrkas

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att speciellt studera värdet av de insatser som Reumatikerförbundet gör genom att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

1998/99:So460 av Thomas Julin m.fl. (mp) vari yrkas

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om principen "förorenaren betalar",
6. att riksdagen hos regeringen begär en utredning för att se över hur hela vårdkedjor skall kunna fungera och utvecklas,
7. att riksdagen hos regeringen begär en utredning av vad en schemaläggning av läkarnas arbetstider skulle kunna få för konsekvenser för patienters säkerhet och vårdens kvalitet,
8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att alla avgifter för läkemedel, läkarvård, tandvård och handikapphjälpmedel på sikt bör samordnas i ett högkostnadsskydd,
9. att riksdagen hos regeringen begär en utredning om vad de samhällsekonomiska kostnaderna för att samordna alla avgifter för läkemedel, läkarvård, tandvård och handikapphjälpmedel kan beräknas till,
10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av att det i alla landsting skall finnas tillgång till kvalificerad utredning och behandling av patienter med diffusa besvär från t.ex. amalgam,

14. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utbildning av vårdpersonal i frågor rörande alternativ/komplementärmedicin,

15. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om registrering av alternativmedicinska utövare,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om Socialstyrelsens möjligheter att skapa ett samordningsorgan i alternativ/komplementärmedicinska frågor,

17. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att Forskningsrådsnämnden bör initiera forskning rörande komplementära behandlingsmetoder.

1998/99:So462 av Helena Bargholtz m.fl. (fp) vari yrkas

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

1998/99:So465 av Lars Leijonborg m.fl. (fp) vari yrkas

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

1998/99:So467 av Lars Leijonborg m.fl. (fp) vari yrkas

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

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

5. att riksdagen beslutar att all öppenvård skall konkurrensutsättas,

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

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

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

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

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

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

13. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om primärvårdens problem,

14. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om våld i vården,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av psykosocial kompetens vid husläkarmottagningar,

17. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vikten av att rekrytera studenter inom bristyrken såsom vård.

13. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om olika gruppers yrkesutövning när det gäller respekten för homosexuella,

15. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om hälso- och sjukvårdens behov av kunskap om lesbiska kvinnors behov,

16. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om hivprevention.

1998/99:A802 av Carl Bildt m.fl. (m) vari yrkas

13. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att kvinnors särskilda behov skall uppmärksammas bättre inom sjukvården.

1998/99:A807 av Birger Schlaug m.fl. (mp) vari yrkas

10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att resurser satsas på forskning om preventivmedel för män.

1998/99:A810 av Maria Larsson m.fl. (kd) vari yrkas

25. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av forskning för att ge kvinnor rätt läkemedelsbehandling och vård.

Utskottet

Hälso- och sjukvårdens organisation, finansiering m.m.

Riksdagens revisorers förslag

Socialutskottet gjorde i mars 1997 en framställan till Riksdagens revisorer om en granskning av genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Resultaten av granskningen redovisades i rapporten 1997/98:5 Primärvårdens resurser.

I rapporten analyseras utvecklingen inom primärvården. Rapporten har avgränsats till den del av primärvården som bedrivs och finansieras av landstingen och omfattar därmed inte den kommunala hälso- och sjukvården. En ytterligare avgränsning har gjorts genom att tonvikten har lagts på att analysera resursutveckling och principer för resursfördelning.

Yttranden har inhämtats över rapporten.

Avgränsning av granskningen

Revisorerna anför inledningsvis att de är medvetna om att innebörden i begreppet primärvård har förändrats över tiden, och man redovisar i rapporten utförligt de förändringar som skett under senaste 10–15 åren. Det finns flera motiv till att revisorerna avgränsat rapporten till den del som rör landstingens verksamhet. Ett första motiv är att de stora förändringarna i sig gjort det nödvändigt att avgränsa granskningen. Breddningen av begreppet primärvård genomfördes så pass sent som år 1995, och en analys av utvecklingen under

ett eller två år hade knappast varit meningsfull. Revisorerna valde därför att anknyta till den tidigare definitionen av primärvård som i huvudsak omfattade landstingen. Ett andra motiv är att kostnaderna för vård och omsorg av äldre numera i olika statistiska sammanhang definieras som social verksamhet, inte som hälso- och sjukvård. Detta förhållande hade framför allt försvårat en internationell jämförelse. Ett tredje motiv är att landstingen är den dominerande aktören inom hälso- och sjukvården. Revisorerna vill vidare peka på att det saknas bredare genomgångar som kunnat utgöra underlag för en helhetsbedömning av primärvården. Socialstyrelsen har t.ex. i sitt primärvårdsprojekt inriktat sig på landstingsdelen av primärvården. Revisorerna kan emellertid instämma i att en bredare genomgång varit värdefull. I den förstudie som utgjorde underlag för granskningen sägs också att granskningen kan generera ytterligare studier från Riksdagens revisorer avseende t.ex. äldreomsorgen.

Vad gäller avgränsningen till resursutvecklingen inom primärvården anför revisorerna att de har svårt att förstå de invändningar som framförs av ett par av remissinstanserna. I rapporten analyseras t.ex. även frågor som rör tillgänglighet, prestationer, styrinstrument och utbildning. Begrepp som t.ex. samverkan mellan olika vårdnivåer och primärvårdens effektivitet hade dock inte varit möjliga att analysera eftersom det statistiska underlaget i det närmaste är obefintligt. Det framgår också med all tydlighet av Landstingsförbundets remissvar. Förbundet saknar å ena sidan en analys av primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården, men pekar å andra sidan på att det utvecklingsarbete som pågår först i ett senare skede kommer att ta upp frågor om systemeffektiviteten.

Mot denna bakgrund valde revisorerna att lägga tonvikten på resursfrågor, vilka också poängterats av riksdag och regering. Riksdag och regering har vid ett flertal tillfällen uttalat sig om att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvården, men samtidigt pekat på att förhållandevis lite hänt vad gäller förskjutningen av resurser mellan primärvård och övrig vård. I t.ex. regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) konstateras att för att landstingen skall kunna uppfylla sina åligganden enligt HSL och erbjuda alla invånare i sjukvårdsområdena en god och tillgänglig vård är det nödvändigt att sjukhusens öppenvårdsutbud i ett resursperspektiv kan omfördelas och användas bl.a. för att utveckla primärvården. Revisorerna vill vidare peka på att det endast finns ett fåtal kvantitativa mål för primärvården och att de i huvudsak rör resursutvecklingen.

Primärvårdens ställning

Revisorerna anför att hälso- och sjukvården i huvudsak är en landstingskommunal angelägenhet där sjukvårdshuvudmännen i allt väsentligt är ansvariga för planering och verkställande. Med all tydlighet framgår av rapporten att innebörden av detta är att revisorerna i praktiken är förhindrade att lägga fram konkreta förslag om hur huvudmännen skall planera och organisera sin verksamhet. De förslag som lades fram i rapporten avgränsades därför till statliga myndigheter. Däremot ansåg sig revisorerna oförhindrade att redovisa iakttagelser och reflexioner som gjorts under granskningen. I

samband med detta konstaterades bl.a. att primärvården klarat sig relativt väl i samband med de resursneddragningar som gjorts. Av remissvaren framgår också att varken Landstingsförbundet eller de landsting som ingick som remissinstanser framfört någon kritik mot revisorernas förfarande.

Riksdagens revisorer vill för det andra peka på att revisorerna både kan och bör granska hur nationella mål implementeras på kommunal nivå. I rapporten hänvisas t.o.m. till uttalanden från finansutskottet om vikten av styrning och uppföljning av kommunal verksamhet (1997/98:FiU3). Finansutskottet anför bl.a.: ”Det är enligt utskottets mening viktigt med en tydlig ansvarsfördelning mellan den statliga och den kommunala nivån. En statlig styrning av de kommunala verksamheterna genom lagfästa mål accentuerar behovet av en väl fungerande uppföljning av hur de nationella målen uppfylls. Den bör huvudsakligen ske genom en uppföljning av berörda statliga myndigheter.” Utskottet anser vidare sammanfattningsvis ”att ett fortsatt utvecklingsarbete i syfte att förbättra återföringen till nationell nivå av kunskaper om verksamhetens kostnader, kvalitet och effekter i förhållande till de nationella målen är mycket angeläget”.

Av rapporten framgår att den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken framför allt kommer till uttryck genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I HSL anges de övergripande nationella målen för hälso- och sjukvården. Det konstateras emellertid att explicita målformuleringar om t.ex. primärvårdens omfattning saknas i HSL. HSL ger således inget stöd när det gäller primärvårdens dimensionering. Riksdag och regering har i stället via allmänna uttalanden och riktlinjer i propositioner och utskottsbetänkanden redovisat sin syn på resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Som framgått ovan är innebörden av dessa uttalanden bl.a. att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet och att det skall finnas en allmänläkare per 2 000 invånare. Revisorerna är av den uppfattningen att riksdagen har ett ansvar för övergripande reglering och styrning av sjukvården och att detta inte nödvändigtvis behöver komma till uttryck genom lagstiftning. I samband med behandlingen av t.ex. propositioner utfärdas allmänna riktlinjer och uttalanden rörande vårdens mål, inriktning och utformning som uttrycker statsmakternas syn på hälso- och sjukvården. Dessa uttalanden etc. kan ses som målformuleringar som är underordnade de nationella målen i HSL, men som av naturliga skäl samspelar med dessa. Enligt revisorernas bedömning är det både naturligt och viktigt att följa upp den här typen av mål. I själva verket bör sådana målanalyser vara en viktig del i resultatanalysen. Revisorernas synsätt kommer också till uttryck i socialutskottets förslag till granskning av primärvården. Där föreslås att revisorerna bör granska genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Socialstyrelsen tycks i vissa andra sammanhang även anse att uttalanden i propositioner och betänkanden har karaktären av mål. I Socialstyrelsens primärvårdsprojekt konstateras t.ex. att det saknas drygt 500 läkare i primärvården innan det av riksdagen angivna målet när det gäller läkartätthet är nått. Revisorerna vill också peka på att riksdagens och regeringens intentioner förefaller få genomslag bland sjukvårdshuvudmännen. I de fem landsting som revisorerna besökt under granskningen har intentionerna funnits återgivna i olika måldokument. Den faktiska utvecklingen visar vidare

Uppföljning och utvärdering

Revisorerna finner det tillfredsställande att i princip samtliga remissinstanser förespråkar ytterligare utvärderingar av hälso- och sjukvården och i synnerhet primärvården. Den genomgång som redovisas i rapporten visar på ett stort behov av uppföljningar och utvärderingar. I många fall är det fråga om relativt enkla analyser av måluppfyllelse. I andra fall är det fråga om mer kvalificerade effektanalyser. En faktor som förstärker behovet av uppföljningar och utvärderingar är den successiva övergång till mål- och resultatstyrning som skett under flera år. Målstyrningsprocessen förstärker vikten av att metoder och system utvecklas för att följa upp och utvärdera verksamheten och därmed få en bättre grund för omprövning, styrning och utveckling av insatserna. Enligt revisorernas bedömning är kunskapsläget i flera fall otillfredsställande.

Revisorerna föreslår i avsnitt 2.3 att mål- och strukturanalyser bör ingå i regeringens skrivelser till riksdagen där hälso- och sjukvården analyseras. Regeringen bör vidare ta initiativ till en översyn av Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet inom sjukvårdsområdet. I en sådan översyn bör det bl.a. övervägas om inte den ekonomiska kompetensen vid styrelsen behöver stärkas.

Styrmekanismer

Revisorerna anför att sjukvårdshuvudmännen har betydande möjligheter att påverka inriktningen av hälso- och sjukvården eftersom de är ansvariga för planeringen och verkställandet av sjukvården. Under många år resulterade detta i en stark betoning av sluten sjukhusvård, medan den öppna vården utvecklades svagt. Som framgått tidigare förefaller emellertid primärvården ha klarat sig relativt väl under senare år. Enligt revisorernas uppfattning måste det dock även fortsättningsvis vara möjligt att styra över patientströmmar till primärvården, och verksamheten måste organiseras så att tillgängligheten blir hög. Revisorerna kan konstatera att sjukvårdshuvudmännen i princip har de nödvändiga instrumenten för att åstadkomma en sådan utveckling. Utformningen av vissa instrument beslutas emellertid av statsmakterna. Det kan vara fråga om t.ex. högkostnadsskydd, remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan. Revisorerna vill, i likhet med några av remissinstanserna, peka på att utformningen av dessa instrument kan påverka både patienternas incitament att besöka primärvården och incitamenten att vara verksam i primärvården. I förlängningen kan således möjligheterna att uppnå målen för primärvården påverkas. Riksdagens revisorer har noterat att regeringen föreslagit en förändring av remissreglerna som kan underlätta för patienterna att besöka specialistmottagningar utanför sjukhusen (prop. 1997/98:189). Revisorerna har inte underlag för att förespråka någon förändring av de instrument som berörts ovan, men vill understryka vikten av att regeringen analyserar hur sjukvårdshuvudmännens handlingsfrihet påverkas i

samband med beslut om förändringar av t.ex. högkostnadsskydd, remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

Enligt revisorernas uppfattning är det vidare viktigt att stärka primärvårdens attraktionskraft. Bristen på karriärmöjligheter och andra motivationshöjande inslag kan innebära att primärvården får svårt att rekrytera eller på sikt behålla läkare. Revisorerna är medvetna om att detta i huvudsak är en uppgift för sjukvårdshuvudmännen. Staten har dock ansvar för forskning och utbildning, vilket kan påverka både primärvårdens status och motivationen. Allmänmedicinens ställning inom forskningen och forskarutbildningen är dock mycket svag. Enligt revisorernas bedömning bör regeringen analysera om det finns möjligheter att stärka allmänmedicinens ställning inom forskning och forskarutbildning.

Revisorerna föreslår i avsnitt 2.4 sammanfattningsvis att regeringen bör analysera hur sjukvårdshuvudmännens handlingsfrihet påverkas i samband med beslut om förändringar av t.ex. högkostnadsskydd, remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan. Revisorerna föreslår vidare att regeringen bör analysera om det finns möjlighet att stärka allmänmedicinens ställning inom forskning och forskarutbildning.

Patientströmmar och kvalitet

Enligt revisorernas uppfattning förutsätter en överföring av patienter från den sjukhusanknutna öppna vården till primärvården en god tillgänglighet i primärvården. Annars riskerar förtroendet för primärvården att urholkas, och det finns en uppenbar risk för att patienterna även fortsättningsvis söker sig till specialistvården. Det är enligt revisorernas mening svårt att bedöma hur arbetet med att föra över patientströmmar till primärvården kommer att påverka dess resultat och kvalitet. Två alternativa förlopp är tänkbara. Om det finns en effektiviseringspotential med dagens dimensionering av primärvården eller om resurserna inte utnyttjas optimalt, behöver inte de utökade åtagandena innebära försämringar för patienterna. Föreligger ett sådant förlopp är det snarast ett rationellt agerande att föra över mer uppgifter till primärvården utan att tillföra mer resurser och i stället möjliggöra förändringar via effektiviseringar och andra förbättringar av verksamheten. Om det däremot är så att primärvården redan nu (och tidigare) arbetar med fullt kapacitetsutnyttjande och ett effektivt resursutnyttjande går det att ifrågasätta hur de planerade förändringarna av primärvårdens åtagande är möjliga utan resurstillskott. I likhet med t.ex. Spri anser revisorerna att osäkerhetsmomenten är stora och att effekterna behöver klargöras. Enligt revisorernas bedömning bör Socialstyrelsen få i uppdrag av regeringen att analysera hur den pågående omstruktureringen kan komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. I ett sådant uppdrag bör även ingå en analys av orsakerna till att utbyggnaden av primärvården varierar så kraftigt mellan sjukvårdshuvudmännen.

Revisorerna föreslår i avsnitt 2.5 att Socialstyrelsen bör få i uppdrag av regeringen att analysera hur överföringen av patienter till primärvården kan komma att påverka dess resultat och kvalitet. Orsakerna till att utbyggnaden

Målformulering

Flera av remissinstanserna anser att primärvården fått ökade uppgifter och att utvecklingen kan ställa krav på ytterligare resurser. Ett par av remissinstanserna pekar framför allt på att tillgången på läkare behöver förbättras.

Enligt revisorernas uppfattning är det inte osannolikt att det finns en ytterligare effektiviseringspotential inom primärvården. Det finns dock samtidigt en risk för att överföringen av patienter till primärvården kan leda till att tillgängligheten försämras. Spri pekar i sitt remissvar på att tillgängligheten till primärvården i många fall är låg redan i dag. Det är också en slutsats som dras i rapporten, även om den bygger på ett något föråldrat siffermaterial. Den låga tillgängligheten kan i sig vara ett tecken på att det går att effektivisera verksamheten, men den kan också innebära att primärvården är underdimensionerad. Ett oroande tecken är att antalet allmänläkare som pensioneras kommer att öka starkt efter år 2000. Den nuvarande vidareutbildningsvolymen i allmänmedicin är otillräcklig för att täcka detta behov.

Revisorerna har i föregående avsnitt föreslagit att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att analysera hur den pågående omstruktureringen av sjukvården kan komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. Enligt revisorernas uppfattning är dock detta inte tillräckligt. Det är inte otänkbart att primärvårdens ökade arbetsuppgifter ställer krav på ytterligare resursförstärkningar och leder fram till att målet om läkartäthet kan behöva omprövas. Enligt revisorernas bedömning bör regeringen därför löpande följa och analysera dessa frågor och redovisa utvecklingen inför riksdagen. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

Revisorerna föreslår i avsnitt 2.6 att regeringen löpande bör följa och analysera frågor om mål om läkartäthet etc. och redovisa utvecklingen inför riksdagen.

Motioner i anledning av revisorernas förslag samt från den allmänna motionstiden 1998

I *motion So17 av Chris Heister m.fl. (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om primärvården som nav inom äldreomsorgen och hemsjukvården (*yrkande 1*). Motionärerna anför att många gamla har ett stort vårdbehov och att det är viktigt att primärvården utnyttjas som resurs inom äldreomsorgen. I *yrkande 2* begär motionärerna ett tillkännagivande om behovet av fler specialister inom primärvården. Motionärerna anför att verksamheten måste breddas och kompetenshöjas genom att specialister inom framför allt psykiatri, geriatrik, pediatrik och gynekologi tillförs primärvården. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om en satsning på IT – inte bara inom telemedicin och journalhantering – utan också för lednings-, styr- och samverkanssystem (*yrkande 3*). I *yrkande 4* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om förbud mot remisstvång. Motionärerna anför att remisskravet kan föra med sig ett ökat antal läkarbesök och förlänga

väntetid och därmed också den tid som går innan behandling kan ske. Dessutom minskar remisstvång patientens inflytande och valfrihet. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om ersättningssystem (*yrkande 5*). Motionärerna anför att man bör utreda ett system där pengarna i större utsträckning följer patienten samt där inslag av prestationsersättning (dvs. betalning per behandlad patient) får större genomslag i lönebildningen. Det finns enligt motionärerna all anledning att noga följa och utvärdera de landsting som infört prestationsersättning på sjukhus samt studera hur andra länder hanterar ersättningssystemen. Enligt motionärerna förefaller det inte osannolikt att effekten av prestationsersättningar är generell och därför också skulle stimulera till ett ökat antal patientbesök per dag inom primärvården. I *yrkande 6* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om översyn av Socialstyrelsens uppföljningar och statistik. Motionärerna konstaterar att revisorerna i sin rapport pekat på ett antal brister i Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet samt att revisorerna föreslagit att regeringen tar initiativ till en översyn av Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet. Motionärerna vill understryka att det är viktigt att en sådan översyn kommer till stånd.

I *motion So257 av Ulf Kristersson m.fl. (m)* begärs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utgångspunkterna för svensk hälso- och sjukvård (*yrkande 1*). Motionärerna anför att alla skall ha rätt till sjukvård. Det betyder att alla medborgare skall garanteras god vård vid sjukdom eller olycksfall efter behov. Varje civiliserat samhälle måste tillhandahålla grundläggande trygghet och stöd till dem som behöver det. Hälso- och sjukvården utgör en fundamental del av denna trygghet. Därför är det enligt motionärerna legitimt att ålägga medborgarna att ekonomiskt bidra till att alla skall kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. En grundläggande trygghet måste omfatta alla. Ingen kan tillåtas ställa sig utanför systemet. Därför skall en försäkring vara obligatorisk. Motionärerna begär vidare ett tillkännagivande om insatser i svensk hälso- och sjukvård (*yrkande 2*). Hälso- och sjukvården skall så långt möjligt tillgodose människans medicinska behov och samtidigt ta hänsyn till livskvaliteten. Det är med andra ord nödvändigt, men inte tillräckligt, att patienter får god sjukvård inom rimlig tid. Vården skall dessutom erbjudas och tillhandahållas på ett sådant sätt att den enskilde patienten själv har ett inflytande över sin livskvalitet. Inflytandet garanteras bäst genom en rätt till sjukvård som är kombinerad med valfrihet tillsammans med en viss basal lagstiftning. Efterfrågan på sjukvård är omätlig enligt motionärerna. Människor har alltid nya behov och sjukvårdens tekniska och medicinska möjligheter att tillfredsställa behov utvecklas hela tiden. Detta obegränsade behov skapar prioriteringsproblem. Motionärerna begär därför ett tillkännagivande om prioriteringar (*yrkande 3*). Motionärerna anser att en viss mycket grundläggande prioritering inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården måste göras av riksdagen. Nödvändiga prioriteringar måste därefter göras med den medicinska etiken som grund. Motionärerna anser att alla människor skall ha tillgång till god sjukvård inom rimlig tid. Vidare begärs ett tillkännagivande om problem i dagens hälso- och sjukvård (*yrkande 4*). Enligt motionärerna beror problemen inom hälso- och sjukvården framför allt på det sätt den byggts upp och administre-

ras. Sjukvårdens omfattning, utformning och styrning har bestämts utifrån politiska prioriteringar. Systemet tar enligt motionärerna liten hänsyn till patienters eller personals önskemål eller behov. Sjukvårdens resurser nyttjas inte optimalt enligt motionärernas mening. Den offentliga vården är ofta dyr och ineffektiv genom att organisationen är stel. Man arbetar inte efter utvärderade resultat. Vidare är konkurrensutsättningen svag. Privat verksamhet återfinns framför allt inom den öppna sjukvården. Den slutna vården dominerar dock vårdapparaten, varför det offentliga på det hela taget dominerar sjukvården. Andelen privat verksamma läkare är bara åtta procent av det totala antalet legitimerade läkare. Motionärerna anser vidare att riksdagen skall besluta att införa en allmän hälsoförsäkring i enlighet med vad som anförts i motionen (*yrkande 5*). I *yrkandena 6 och 7* redovisar motionärerna skälen för en allmän hälsoförsäkring samt hur en sådan försäkring skulle kunna konstrueras. Hälsoförsäkringen skall omfatta det som i dag inryms i ersättning till sjukvårdshuvudmännen, ersättningen för läkemedel samt den del av sjukpenningen och förtidspensionerna som avser rehabilitering. Den del av landstingsskatten som avser sjukvård bör också föras till försäkringen enligt motionärerna. De beräknar att de totala resurserna torde uppgå till 180 miljarder kronor/år om man utgår från de resurser som åtgick 1997. Försäkringsavgiften bör enligt motionärernas förslag fastställas av riksdagen och delvis vara inkomstrelaterad i enlighet med vad som gäller för dagens skilda "försäkringssystem", eftersom vissa av dessa skall ingå i hälsoförsäkringen. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om kostnadskontroll (*yrkande 9*). Enligt motionärerna är patientavgifter ett lämpligt sätt att styra patienter till rätt vårdnivå. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om forskning och utveckling (*yrkande 10*). Att göra gränsdragningar inom forskning och utveckling i den samlade hälso- och sjukvården är mycket komplicerat. Gränserna mellan grundforskning och klinisk forskning förskjuts kontinuerligt. Vem som exakt finansierar vad har visat sig vara nästan omöjligt att utröna inom dagens landstingsmodell, anför motionärerna. Vårdgivare som verkar inom den försäkringsmodell som motionärerna förespråkar bör ha skyldighet att mot ersättning ta emot läkare och sjuksköterskor på specialistutbildning. En försäkringsgivare som har starka ekonomiska incitament att ta ett helhetsansvar kommer att sträva efter att introduktionen av ny teknik frigör resurser, snarare än att – som i dag ofta är fallet – bara öka volymen på verksamheten eller vidga indikatorerna så att nya patientgrupper kan behandlas, heter det i motionen.

I *motion So215 av Ingvar Eriksson och Göte Jonsson (båda m)* hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag om en allmän hälsoförsäkring (*yrkande 2*). Motionärerna anför bl.a. att en sådan hälsoförsäkring innebär att patientens behov sätts i centrum samtidigt som vårdens resurser öronmärks så att de inte kan användas till annat.

I *motion So224 av Ulf Kristersson m.fl. (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av konkurrens och fler alternativ inom sjukvården (*yrkande 5*). Motionärerna anför att det som mest skulle stärka den enskildes ställning vid vård skulle vara att de ekonomiska medlen för vården följde den enskilde patienten. Ett enkelt och effektivt sätt att genomföra nödvändiga förändringar är enligt motionärerna att låta pengarna följa

patientens val genom en obligatorisk sjukförsäkring. Patienten kan då använda försäkringen till att söka vård hos varje godkänd vårdgivare.

I *motion So230 av Ulf Kristersson m.fl. (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om sjukhusvården (*yrkande 15*). Motionärerna anför bl.a. att antalet akutplatser inte får minska om detta går ut över de äldres behov av sjukvård. Antalet personer som avlider två dagar efter utskrivning från sjukhus har ökat starkt. En sådan sjukvård är varken human eller kostnadseffektiv och inte värdig ett civiliserat samhälle.

I *motion So250 av Leif Carlsson (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om sparkonton inom den öppna vården (*yrkande 1*). Vidare hemställs att riksdagen hos regeringen begär en utredning om lämplig utformning av sparkonton inom den öppna vården (*yrkande 2*). Motionären föreslår att ett modifierat högkostnadsskydd – ett medicinskt sparkonto eller medborgarkonto – införs i den öppna vården. Det innebär att alla medborgare bör avsätta cirka tre procent av lönesumman skattefritt till att bygga upp ett individuellt konto till ett givet tak. När patienten blir sjuk används pengar från kontot till att betala den öppna vården, såväl sjukvårdande behandling som diagnostik. Kontots tak kan lämpligen sättas till ett basbelopp och kombineras med ett golv. Om sparkontots behållning vid årets slut överstiger taket återbetalas överskottet till individen efter skatteavdrag. Miniminivån för den årliga insättningen kan exempelvis vara en sjättedel av ett basbelopp, och om individens lön är så låg att insättningen blir lägre än miniminivån så lägger staten till pengar upp till golvet. Om patienten har överskridit kontot vid årets slut så återförs det till noll genom en insättning från staten. Det blir lönsamt att inte konsumera för mycket vård samtidigt som staten kompenserar kostnader vid hög vårdkonsumtion. Den stora fördelen med ett sparkonto är att patientens ställning i vården stärks, och patienten kan själv styra kostnaderna. Den patient som ofta uppsöker sjukvården, även om det inte alltid är medicinskt befogat, får göra det – men får betala själv. Den kroniskt sjuka patienten har ett väl fungerande högkostnadsskydd. Den politiska uppgiften skall inte vara att ransonera sjukvård – patienten måste själv få välja vad han eller hon vill betala för.

I *motion So204 av Bertil Persson (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om HSF-modellen i sjukvården. Motionären anför att incitamentsstrukturen för sjukvården är en nyckelfråga om sund ekonomi skall kunna uppnås. En allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring bör införas, där alla är med och där patienterna själva väljer vårdgivare. Kostnadskontroll uppnås genom s.k. kapitering, dvs. att patienten betalar hela årets sjukvård med sin sjukvårdspeng. Det blir därmed lönsammare att patienterna är friska än att de är sjuka. Landstingssjukvården bör finnas kvar men befrias från politikerstyrningen och i stället drivas professionellt, köpa sina lokaler och konkurrera med nya privata entreprenörer. En för Sverige utarbetad lösning enligt dessa riktlinjer har presenterats under beteckningen HSF-modellen och bör införas.

I *motion So247 av Maud Ekendahl (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ansvaret för specialistläkarnas fortbildning. Motionären anför att specialistläkarna inte kan stödja sig på någon bestämmelse i vare sig lag eller avtal för att kräva adekvat fortbildning. Bakom de vidareut-

bildningar som existerar i dagsläget står i många fall läkemedelsindustrin. Motionären anför att en förutsättning för att medborgarna skall kunna erhålla bästa möjliga vård och förebyggande insatser är att specialistläkarna är uppdaterade inom sina områden. Deras fortbildning skall självfallet inte vara beroende av medel från företaget med ekonomiska intressen i vården. I stället skall fortbildningen betraktas som en självklar driftskostnad inom hälso- och sjukvården, både för landstings- och privatverksamma läkare.

I *motion So417 av Marietta de Pourbaix-Lundin (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av att speciellt uppmärksamma värdet av den samhällsnytta som tillförs hälso- och sjukvården genom brukarägda sjukhus. Enligt motionären kommer Spenshults reumatiker- och rehabiliteringssjukhus att från årsskiftet vara det enda sjukhus i Sverige som har två unika kvaliteter. Sjukhuset har en tydlig avgränsning av sitt medicinska uppdrag och det är brukarägt. Denna typ av alternativ sjukvårdsdrift och dess samhällsnytta bör uppmärksammas och studeras mer noggrant, anför motionären.

I *motion So236 av Berit Adolfsson (m)* begärs ett tillkännagivande om utmönstring av förlegad diagnostik och behandling (*yrkande 1*). Motionären anför att man inom sjukvården varit snabb att ta till sig nya metoder utan något krav på att gamla metoder skall gallras bort. Motionären begär också ett tillkännagivande om vad som anförts om SBU:s rapporter (*yrkande 2*). Motionären anför att om man inom vården konsekvent gallrar bort otillräckligt utvärderade metoder och sådant som inte hjälper skulle inte vårdsökande behöva ställas mot varandra.

I *So391 av Gudrun Schyman m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om inriktningen av sjukvården i Sverige under kommande mandatperiod (*yrkande 1*). Motionärerna anför att sjukvården behöver en mer demokratisk arbetsorganisation med minskade löneklyftor, där alla personalgruppers kompetens tas till vara. Arbetsvillkoren och arbetsmiljön bör förbättras, framför allt inom omvårdnadsarbetet. Vårdutbildningen bör byggas ut och rekryteringen till vårdyrken förbättras, bl.a. genom att det blir mer självständiga, kvalificerade jobb där man har inflytande och makt att förbättra arbetssituationen. Vidare anføres att det förebyggande arbetet bör ställas i centrum samt att arbetet med kvinnors hälsa bör förstärkas. Primärvården bör förstärkas och göras avgiftsfri. Akutsjukvården bör ha tillgång till mycket avancerade undersöknings- och behandlingsmetoder. Den kommunala äldreomsorgen bör ha stöd av geriatriskt utbildade läkare eller distriktsläkare med tillräcklig kompetens och med klara ansvarsområden. Likaså bör psykiatri förstärkas. Samhället och särskilt landstingen bör ta ett fastare grepp över läkemedelshanteringen. Det behövs mer forskning om sambandet mellan miljö och sociala förhållanden samt ohälsa. Motionärerna anför slutligen att sjukvården bör demokratiseras. Huvuddelen av vården bör också i framtiden drivas i offentlig regi. Andra vårdformer bör i huvudsak ses som komplement.

I *motion So446 av Alf Svensson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om 20 000 nya vårdplatser under en tioårsperiod (*yrkande 2*). Motionärerna anför att om tio till tolv år kommer antalet personer som är 85 år eller äldre att vara 60–65 000 fler än år 1995. Även om

alltfler äldre är friska allt längre kommer behovet av sjukhusvård i den växande gruppen äldre att öka. Dagens avveckling av vårdplatser är därför orimlig. En ny vårdpolitik krävs. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om behovet av ökad mångfald bland vårdgivare (*yrkande 4*). Enligt en färsk undersökning som beställts av Kommunalarbetsförbundet trivs personalen bättre på de privata vårdföretagen än inom den offentliga vården och omsorgen. De fördelar som nämns hos privata vårdgivare är större ansvar, bättre karriärvägar, bättre och tillgängliga chefer som motiverar personalen och större möjligheter att ta egna initiativ. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om specialistutbildning för läkare (*yrkande 5*). Enligt motionärerna är det nödvändigt att snarast se över dimensioneringen med tanke på framtiden. Redan nu kan konstateras att det finns brist på exempelvis barnläkare, reumatologer, geriatriker och narkosläkare. För att kunna erbjuda en god vård i framtiden krävs specialistutbildade läkare.

I *motion So265 av Ulf Björklund (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om bevarande av de mindre sjukhusen (*yrkande 1*). Motionären anför bl.a. att Sverige utnyttjat ett hårdare koncentrationsmönster inom sjukvården än många andra länder. Spri har lagt fram en rapport i vilken det slås fast att små sjukhus inte är dyrare än stora sjukhus. Däremot är det stora skillnader mellan olika kliniker inom ett sjukhus. Genom att lägga ned sjukhus förlorar man också den närhet som lagen föreskriver. Den minskning av jourkostnaderna som åstadkoms vid en centralisering av vården försvinner genom att transportkostnaderna ökar. Vad man får är enbart försämrade service för befolkningen för sannolikt högre kostnad. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en analys i samarbete med Folkhälsoinstitutet och Småkom-gruppen (*yrkande 2*). Motionären anför att en analys bör göras som belyser vad som faktiskt sker med de mindre sjukhusen. En sådan analys skulle sannolikt visa hur ny teknik och nya metoder kan skapa möjligheter att bevara denna del av sjukvården.

I *motion So304 av Chatrine Pålsson (kd)* begärs ett tillkännagivande om behovet av att skapa nödvändiga resurser för att psykologisk kompetens skall kunna bli en obligatorisk resurs – och en självklar tillgång för patienten – i primärvården. Motionären anför att systematiserad samverkan mellan olika kompetenser – som medicinsk och psykologisk – är, sett i både patientens och samhällets perspektiv, det mest effektiva. Redan i primärvården måste patienten träffa på rätt kompetens. Psykologisk diagnostik och behandling måste lyftas fram som något mycket angeläget. Inom primärvården behålls inte dessa metoder. Motionären hänvisar också till att Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård i sitt slutbetänkande har lagt förslag som skulle möjliggöra att bl a primärvårdens patienter skulle få ökad tillgång till psykologisk kompetens i form av privatpraktiker. Förutom detta behöver dessutom en betydande utbyggnad av antalet anställda psykologer ske inom primärvården.

I *motion So340 av Inger Davidson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om utbildning av personal i medicinsk-etiska frågor (*yrkande 20*). Motionärerna anser att sjukvårdshuvudmännen skall avsätta mer resurser för att ge utbildning i medicinsk-etiska frågor och att denna utbildning måste få högre

status så att man kan tillmötesgå de ökade kraven på en god vård i livets slutskede.

I *motion So314 av Lennart Daléus m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om brukarråd (*yrkande 8*). Motionärerna anför att inrättandet av sådana råd bör uppmuntras. Patienter och anhöriga kan genom deltagande i brukarråd tillföra angelägna synpunkter till sjukvården och fungera som en värdefull länk mellan politiker, personal och patienter/anhöriga. Det finns enligt motionärerna en stor grupp patienter som har mer eller mindre stora svårigheter att själva föra sin talan. Det kan gälla barn, psykiskt sjuka eller personer med vissa funktionshinder. Deras rätt att föra talan måste förbättras och garanteras. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vikten av rätt tolk (*yrkande 9*). Motionärerna anför att personer som inte har svenska som modersmål har rätt till tolk. Inom sjukvården behandlas ofta frågor som för många människor kan kännas som ytterst besvärande. Därför krävs en förtroendefull kontakt mellan läkare och patient. Självklart bör den som är i behov av tolk kunna välja om det skall vara en man eller en kvinna. Samtidigt är det viktigt att konstatera att den äkta maken eller släktingar inte alltid är lämpliga för att skapa ett förtroendefullt samtal mellan läkare och patient. I motionen begärs också ett tillkännagivande om vad som anförts om den politiska ansvarsrollen (*yrkande 12*). Motionärerna anför att hälso- och sjukvården skall finansieras gemensamt via skatter och fördelas rättvist efter behov. Det politiska och demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården är viktigt och ger medborgarna möjlighet att ha inflytande över och insyn i hur de gemensamma resurserna fördelas. För att tydliggöra den politiska ansvarsrollen vill motionärerna skilja på finansierings- och utföransvaret. Verksamheten bör i högre grad präglas av lokala förutsättningar och politikerna skall säkerställa kraven på effektivitet och kvalitet. Motionärerna begär vidare ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om mångfald inom vården av olika vårdformer (*yrkande 13*). Att skilja på offentlig kontroll och finansiering å ena sidan och en fri produktion med enskilda, kooperativa och offentliga producenter å andra sidan är angeläget för att uppnå en ökad mångfald av vårdformer. En mångfald av vårdgivare kan innebära ökad närhet för patienten och en decentraliserad vårdstruktur. Om en vårdinsats kan utföras lika bra och till en fördelaktig kostnad av andra vårdgivare kan landstingen teckna vårdavtal med privata vårdgivare. Detta kan stimulera anställda inom vårdsektorn att starta företag i olika företagsformer och därigenom öppnas möjligheten för nya vårdgivare. I *yrkande 14* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en förändrad roll för sjukhusen. Motionärerna anför att vårdinsatsen vid ett akut sjukdomstillstånd skall påbörjas direkt i hemmet eller på olycksplatsen för att trygga säkerheten och skapa likvärdiga förutsättningar för patienten var han eller hon än bor. Satsningar bör göras på ambulanssjukvården, som bör vara av hög kvalitet.

I *motion So405 av Birgitta Carlsson (c)* begärs ett tillkännagivande om att utbildning av specialister, främst geriatriker och (äldre) psykiatriker, prioriteras och att distriktsläkare ges möjlighet till vidareutbildning med inriktning mot demens och andra åldersrelaterade sjukdomar (*yrkande 3*).

I motion So467 av Lars Leijonborg m.fl. (fp) yrkas att all öppenvård skall konkurrensutsättas för att på det sättet dels öka effektiviteten, dels underlätta för privata alternativ att få större utrymme (*yrkande 5*). Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om förstärkt kvalitetsgaranti (*yrkande 9*). Motionärerna anför att det skall krävas kvalitetscertifikat för all den verksamhet som upphandlas efter konkurrensutsättningen. Kraven på kvalitet kan utformas i form av en standardmall av Socialstyrelsen och tillämpas av kommuner och landsting. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad som anförts om vikten av mångfald i vården (*yrkande 12*). Motionärerna anför att valfrihet bör finnas i mödravården. Enligt motionärerna bör kostnaden för mödrahälsovård följa föräldrarna som en mödravårdspeng. De mottagningar som har vårdavtal med landstinget bör få ersättning för de föräldrapar som valt dem. Det bör även finnas valfrihet i barnhälsovården. Det bör därför införas en form av barnhälsovårdspeng, så att föräldrarna själva kan välja barnhälsovårdsmottagning. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om primärvårdens problem (*yrkande 13*). Motionärerna anför att Sverige i jämförelse med de flesta länder på Sveriges nivå har en mycket svagt utvecklad primärvård. Primärvården är hårt pressad. Arbetsbelastningen har ökat markant. Nedskärningar och allt kortare vårdtider på sjukhusen ökar pressen på husläkare, distriktssköterskor och andra personalgrupper i primärvården. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om våld i vården (*yrkande 14*). Motionärerna anför att arbetsrelaterat våld inom hälso- och sjukvården blivit allt vanligare i Sverige. Särskilt utsatta är personer som arbetar inom psykiatrin. Relationen mellan personal inom hälso- och sjukvård och de vårdsökande bygger på förtroende. När en patient utsätter personalen för hot och våld finns, utöver risken för fysiska och psykiska skador, också risken att behandlingen misslyckas. Det är därför viktigt att personalen dels får en utbildning i hur man hanterar dessa situationer, dels får hjälp och stöd att bearbeta vad som inträffat i samband med hot och våldshandlingar från patienter. I motionen begärs också ett tillkännagivande om behovet av psykosocial kompetens vid husläkarmottagningar (*yrkande 16*). I de få studier som utförts över betydelsen av tillgång till psykosocial kompetens på vårdcentraler visas att det kan slå en brygga över till andra discipliner i samhället som är väsentliga för rehabiliteringen av patienterna. Vidare har handläggningstiden förkortats och psykosociala problem upptäckts bakom den medicinska diagnosen. På vissa håll har dock en del samarbetssvårigheter förekommit mellan personal med hälso- och sjukvårdsutbildning å ena sidan och socialtjänstkompetens å andra sidan. I de få studier som gjorts över patienters tillfredsställelse med kuratorsinsats visas att majoriteten av patienterna var nöjda med kuratorsinsatsen. De husläkarmottagningar som ännu inte har psykosocial kompetens bör tillföras sådan. I *yrkande 17* begär motionärerna ett tillkännagivande om vikten av att rekrytera studenter inom bristyrken såsom vård. Den kommission som regeringen inrättat för att närmare kartlägga utbildningsbehov m.m. inom hälso- och sjukvården bör även undersöka hur karriärvägarna inom vårdrutina kan utvecklas. Likaså bör förslag tas fram om hur de som lämnat yrket kan stimuleras att återvända. Vidare bör man underlätta för personer med utländsk bakgrund som har

vårdyrkesutbildning att arbeta inom vårdyrkena. Inom apoteksverksamheten kommer personalbristen inom ett par år att bli stor. Detta personalbehov behöver snabbtredas så att antalet utbildningsplatser kan dimensioneras därefter.

I *motion So387 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om husläkarlagens återinförande (*yrkande 21*). Motionärerna anför att lagen ger framför allt de äldre en kontinuitet och en trygghet i kontakten med sin läkare. Ett återinförande av lagen skulle också ge de äldre och andra som väljer en privatläkare möjlighet att göra detta i större utsträckning eftersom husläkarlagen garanterar likvärdiga villkor för privata vårdgivare.

I *motion So386 av Kerstin Heinemann m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om omvårdnadens roll för en god vård (*yrkande 1*). Motionärerna anför att omvårdnaden utgör en omfattande och viktig del av verksamheten i sjukvården jämte medicinsk behandling. Den medicinska delen får av tradition och kanske av ideologiska orsaker större uppmärksamhet än omvårdnaden. Båda är dock avgörande för en god och effektiv vård. Vidare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ett omvårdnadscentrum (*yrkande 2*). Vid universitet och högskolor finns en betydande kunskap inom omvårdnadsforskningen. Samtidigt har denna kunskap svårigheter att nå ut i det praktiska vårdarbetet inom kommunernas och landstingens verksamhet. För att ömsesidigt utveckla omvårdnaden bör omvårdnadscenter byggas. Exempel på uppgifter som sådana center kan ha är att stärka utvecklingen av omvårdnad i kommuner och landsting, stödja omvårdnadsforskningen och dialogen mellan forskare och vårdpersonal, vara ett forum för utvärdering och redovisning av aktuell forskning, anordna forskningskonferenser samt främja vidareutbildning och fortbildning inom omvårdnadsområdet.

I *motion So18 av Thomas Julin m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att regeringen skall göra en tydlig redovisning av den samhällsbesparing som neddragningen i vårdsektorn medfört (*yrkande 1*). Det är enligt motionärerna viktigt att väga genomförda besparingar mot den samhällsnytta som gått förlorad och mot den ohälsa och otrygghet som neddragningarna skapat. Vidare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att redovisa en helhetsbild av primärvården, även innefattande äldrevården (*yrkande 2*). Motionärerna anför att det utgör en brist att inte se till helheten gällande primärvårdens alla delar. Det är en stor del av primärvårdens resurser som saknas i en analys som inte innefattar den vård och omsorg som ges inom äldrevården.

I *motion So460 av Thomas Julin m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om principen "förorenaren betalar" (*yrkande 4*). Motionärerna anför att kostnaderna inom hälso- och sjukvården till betydande del uppkommer av trafikolyckor, miljöstörningar samt missbruk av alkohol och tobaksanvändning. Skatter och avgifter på dessa verksamheter och varor skall åtminstone bekosta de samhällsekonomiska kostnader som de direkt eller indirekt orsakar. I *yrkande 6* hemställs att riksdagen hos regeringen begär en utredning för att se över hur hela vårdkedjor skall kunna fungera och utvecklas. Motionärerna anför att väl organiserad och samutnyttjad vård

leder till ett effektivt resursutnyttjande. Socialtjänst, primärvård, försäkringskassa och även arbetsförmedling kan i samverkan arbeta effektivare med såväl förebyggande som behandlande insatser. För att uppnå en god och effektiv vård av hög kvalitet måste hela vårdkedjor upprättas. Ekonomiska incitament till bevarande av befintliga vårdkedjor måste dessutom skapas. Vidare hemställer motionärerna att riksdagen hos regeringen begär en utredning av vad en schemaläggning av läkarnas arbetstider skulle kunna få för konsekvenser för patienters säkerhet och vårdens kvalitet (*yrkande 7*).

I *motion So395 av Agneta Brendt m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om kulturens betydelsefulla roll i vården. Motionärerna anför att Stockholms läns landsting mellan åren 1994 och 1998 bedrivit ett tvärvetenskapligt forskningsprogram med inriktning på den åldrande människan. Programmet och de enskilda projekt som ingått har bidragit till en bättre helhetssyn och en ökad livskvalitet för patienter, anhöriga och personal. Det är därför angeläget att föra ut resultaten av projekten till vårdutbildningarna och den praktiska vården och omsorgen, både inom landstingen och kommunerna i hela landet.

Tidigare behandling, pågående arbete m.m.

Motionsyrkanden från den allmänna motionstiden 1997 om hälso- och sjukvårdens organisation m.m. behandlades i mars 1998 i betänkandet *1997/98:SoU12 Hälso- och sjukvårdsfrågor*. Utskottet gjorde följande bedömning.

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

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

Riksdagen har tillstyrkt regeringens förslag att försäkringskassan skall få träffa överenskommelse med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om att delta i gemensamma projekt i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommuner och landsting skall få sluta avtal med varandra samt med försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens område delta i och bidra till finansieringen av gemensamma projekt. I samband med riksdagsbeslutet (1997/98:SfU1, rskr. 111) klargjordes att detta gäller samverkan i form av permanent och långsiktig verksamhet.

I 2 a § HSL anges hur hälso- och sjukvården skall bedrivas för att uppfylla kraven på en god vård. Vården skall bl.a. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Hälso- och sjukvården skall hålla en god personell och materiell standard, dvs. bedrivas av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. För att hälso- och sjukvård skall fungera krävs välutbildad och i övrigt kompetent personal som utför sina arbetsuppgifter sakkunnigt och omsorgsfullt. Utbildningsfrågorna har stor betydelse vid utformningen av behörighetsregler för hälso- och sjukvården och närliggande områden. Utöver goda kunskaper inom relevanta ämnesområden är det enligt utskottet viktigt att yrkesutövaren har sådana personliga egenskaper att hon eller han är lämplig för sitt yrke. Den grundläggande läkarutbildningen har nyligen utvärderats av Högskoleverket. Riksdagen har vidare fattat beslut om läkarnas vidareutbildning (prop. 1997/98:5, SoU8, rskr. 53). Utskottet utgår ifrån att regeringen noga följer utvecklingen.

Genom att ökade resurser nu tillförs kommuner och landsting förväntas påtagliga effekter på sysselsättningen samt tillgången och kvaliteten på vården och omsorgen.

I överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1998 har parterna vidare enats om att gemensamt satsa på verksamhetsutveckling, vilket bl.a. tar sikte på att förändra i befintliga personal- och organisationsstrukturer (s. 15–16 i skrivelsen).

(Motioner avstyrktes.)

En grundläggande utgångspunkt för utvecklings- och förnyelsearbetet inom hälso- och sjukvården är enligt utskottet att patientens ställning bör stärkas ytterligare. HSU 2000 har i betänkandet (SOU 1997:154) Patienten har rätt bl.a. föreslagit att vårdgarantin utvecklas. En generell behandlingsgaranti föreslås införas för operationer och andra medicinska åtgärder. Den enskildes val av fast läkarkontakt får inte begränsas till visst geografiskt område. Patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om metoder för undersökning, vård och behandling så att patienten kan ta till vara sina intressen. Patientens val skall enligt betänkandet vara avgörande när det finns flera behandlingsalternativ. Det måste dock vara rimliga proportioner mellan kostnader och nytta för patienten. En patientnämnd föreslås ersätta den nuvarande förtroendenämnden. Remissbehandlingen av betänkandet har nyligen avslutats.

I skrivelsen Redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1998 har parterna, staten och Landstingsförbundet, uttalat en gemensam ambition att inför en överenskommelse för åren 1999–2000 klargöra förutsättningarna för en behandlingsgaranti i enlighet med förslaget. I överenskommelsen för år 1998 är parterna överens om att prioriterade områden för förnyelse- och utvecklingsarbete är: tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, patientens möjligheter till delaktighet och inflytande, förutsättningarna för att ta till vara vårdresurser även utanför

huvudmännens egen verksamhet för att tillfredsställa behov av hälso- och sjukvård i befolkningen.

Utskottet delar bedömningen att det är angeläget att öka fokuseringen på patienters uttalade och outtalade vårdbehov. Omvårdnaden måste stärkas. Utskottet delar också bedömningen att det är angeläget att på ett kraftfullt sätt intensifiera arbetet med att genomföra vårdgarantin. Det beslutade resurstillskottet bör enligt utskottet leda till bl.a. att väntetiderna i vården blir kortare. Utskottet noterar att staten och Landstingsförbundet är överens om att de medel som anslås genom överenskommelsen för år 1998 bl.a. skall användas för att påskynda arbetet med att genomföra vårdgarantin. Utskottet anser att riksdagen inte behöver ta något initiativ i anledning av motionerna ---. (Motionerna avstyrktes.)

Socialutskottet har nyligen i sitt av riksdagen godkända betänkande 1998/99:SoU3 Stärkt patientinflytande m.m. behandlat frågor om bl.a. patientens ställning. Utskottet anförde sammanfattningsvis följande.

Utskottet ställer sig bakom regeringens förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Ändringarna innebär bl.a. att patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Remissreglerna till specialistmottagningar ändras så att landstinget ges möjlighet att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagning utanför sjukhusen. Vårdgivarens skyldighet att ge patienten en individuell anpassad information om dennes hälsotillstånd och om de olika metoder för undersökning, vård och behandling som finns preciseras. Vidare skall vårdgivarna i vissa situationer vara skyldiga att ta hänsyn till patientens val av behandling där två eller flera alternativ är möjliga.

Utskottet tillstyrker också att vårdgivarna i vissa situationer skall vara skyldiga att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second opinion). Utskottet anser att det är mycket angeläget att noga följa effekterna av lagstiftningen om rätt till förnyad medicinsk bedömning och föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa tillämpningen under ett år samt därefter lämna en utvärdering. Utskottet föreslår ett tillkännagivande.

Utskottet tillstyrker vidare förslaget till en ny lag om patientnämnder. Förslaget innebär att nämndernas arbetsområde utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen.

I överenskommelse som träffats mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning (den s.k. Dagmaröverenskommelsen) anfördes bl.a. följande under rubriken Att stärka patientens ställning (prop. 1997/98:189 s. 33 f.).

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall vara lätt tillgänglig, ha hög kvalitet och god omvårdnad och genomföras på grundval av patientens självbestämmande och integritet. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde, med företräde för dem som har störst behov.

Svensk hälso- och sjukvård har under 1990-talet förbättrat resursutnyttjandet. Därigenom har hälso- och sjukvården, till internationellt sett låga kostnader, kunnat leva upp till förväntningarna att med allt bättre resultat ta hand om både fler och allvarigare sjuka. Resurserna har först och främst satts in för att tillgodose behovet av ett fungerande akut omhändertagande av de

svårast sjuka, ett medvetet val i linje med av riksdagen fastställda riktlinjer för prioriteringar. Däremot har tillgängligheten ej kunnat upprätthållas på önskvärd nivå.

Med ett ökat antal äldre patienter med sammansatta problem och sjukdomar följer ökade behov av att dygnet runt kunna göra akuta bedömningar och insatser. I och med 1990-talets vårdplatsreduceringar förutsätts detta i betydande utsträckning kunna ske utanför sjukhusen. Men här finns problem vilket både orsakar överbeläggningar vid sjukhusen och utgör en bidragande orsak till bristande tillgänglighet inom den planerade vården. Genom att prioritera insatser till äldre i hela vårdkedjan kan utrymme skapas för bättre tillgänglighet för alla. Regeringen har i propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) särskilt lyft fram behovet av samverkan mellan landsting och kommuner, bl.a. för att säkra att behovet av medicinsk kompetens tillgodoses i den kommunala äldreomsorgen.

Regeringen föreslår i 1998 års ekonomiska vårproposition (proposition 1997/98:150, utgiftsområde 25) att statsbidragen till kommuner och landsting skall höjas med ytterligare 4 miljarder kronor år 1998, utöver tidigare beslutade höjningar. Därigenom kommer nivån på statsbidragen totalt att bli 20 miljarder kronor högre år 2000, i förhållande till år 1996. Resurstillskottet förbättrar förutsättningarna för att leva upp till förslagen och riktlinjerna inom äldreomsorgen. Regeringens bestämda inriktning är vidare att tillskotten skall leda till att kommuner och landsting vidtar åtgärder så att väntetiderna i sjukvården blir kortare och att omsorgen och vården i livets slutskede förbättras.

Denna överenskommelse är ett uttryck för regeringens och Landstingsförbundets gemensamma ambition att främja tillgängligheten och i övrigt stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. För detta ändamål är parterna överens om att avsätta 863 miljoner kronor under år 1999.

I den senaste *budgetpropositionen 1998/99:1* anför regeringen bl.a. följande angående hälso- och sjukvård. (s. 35)

Regeringen kan konstatera att utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har varit mycket omdanande. Den har präglats av besparingar och omstruktureringar inom sjukhussektorn, en kraftig omfördelning från sluten vård till öppna vårdformer och hemsjukvård liksom stora omfördelningar av ansvaret för vården och omsorgen av äldre och inom psykiatrin. Den demografiska utvecklingen med en ökad andel äldre har också spelat en viktig roll liksom den teknologiska utvecklingen som bl.a. gjort det möjligt att erbjuda allt äldre patienter aktiv behandling. I den situationen har vården fått problem med ökade väntetider. Den vårdgaranti som regeringen och Landstingsförbundet kom överens om för år 1997 har inte varit tillfyllest för att komma till rätta med dessa problem. Enligt regeringen är det av största vikt att arbetet för att förbättra vårdens tillgänglighet fortsätter. Landstingen och kommunerna har genom utökade statsbidrag fått förbättrade förutsättningar att korta väntetiderna inom vården samt att komma till rätta med de problem som i dag finns inom äldresjukvården. I den överenskommelse som slöts mellan regeringen och Landstingsförbundet för år 1999 om ersättningar för insatser för att stärka patientens ställning m.m. kom parterna överens om att dels bibehålla vårdgarantin, dels att under åren 1998–1999 göra en kraftsamling för att förbättra tillgängligheten i vården. Landstingen har härvidlag åtagit sig att påtagligt minska väntetiderna både för besök och behandling. Dessutom har regeringen och Landstingsförbundet enats om att närmare klargöra de ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en behandlingsgaranti. Regeringen har mot denna bakgrund uppdragit åt Soci-

alstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för arbetet skall vara en allsidig belysning av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organisatoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv. Ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förslag till förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som regeringen förelagt riksdagen. Landstingen har också tillförts medel för insatser inom området genom den ovan nämnda särskilda överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet. Mot denna bakgrund anser regeringen att målen för år 1999 för hälso- och sjukvården bl.a. skall vara att kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras och att patientens ställning skall stärkas.

Socialutskottet har nyligen i sitt av riksdagen godkända betänkande 1998/99:SoU1 gjort följande bedömning (delvis återgiven).

Utskottet föreslår att riksdagen godkänner att målet för utgiftsområdet för år 1999 skall vara att trygga en god hälsa och goda levnadsvillkor och se till att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodoser den enskilda individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

Utskottet delar regeringens uppfattning att välfärdspolitiken skall syfta till att alla människor skall ges förutsättningar för att kunna leva ett gott liv. I ett solidariskt samhälle skall alla oberoende av inkomst ha tillgång till sjukvård, barnomsorg och äldreomsorg av hög kvalitet. Tillsammans med inkomstrelaterade socialförsäkringar ger denna generella välfärd både förutsättningar till försörjning genom eget arbete och trygghet i livets olika skeden.

Utskottet har vid flera tidigare tillfällen betonat att vård och omsorg skall kännetecknas av trygghet, kvalitet och delaktighet och att den skall vara tillgänglig när den behövs. Verksamheten skall vara gemensamt finansierad och demokratiskt styrd. Utskottet anser att personlig ekonomi eller social status aldrig får påverka vårdens kvalitet och fördelning.

Socialministern har i ett frågesvar den 19 januari 1999 anfört bl.a. följande.

Situationen på arbetsmarknaden för vård- och omsorgspersonal har förändrats och efterfrågan ökar nu bl.a. på specialistutbildad personal. Landstingsförbundet har i en nyligen presenterad rapport – Vården en framtidsbransch – belyst vårdens framtida personal- och utbildningsbehov. När det gäller läkarna så gör man bedömningen att det finns ett ökat rekryteringsbehov, och att antalet platser i utbildningarna behöver utökas. Man framhåller dock att även andra åtgärder måste vidtas för att man skall kunna behålla anställda läkare och möta de unga läkarnas krav. Bl.a. så nämns vikten av att arbeta med inflytandefrågor, kommunikation och ledarskap. En översyn av organisationen kan enligt rapporten leda till att läkartid frigörs.

Regeringen har i propositionen om läkarnas vidareutbildning gjort bedömningen att ett nationellt planeringsstöd behöver inrättas för att göra det möjligt att skapa bättre överblick och verka för en mer långsiktig bedömning av den framtida läkarförsörjningen. Ett sådant planeringsstöd bör bl.a. innebära en bedömning av det framtida behovet av specialistkompetenta läkare. Regeringen har för avsikt att tilldela Socialstyrelsen ansvaret för det nationella planeringsstödet som bör kunna införas fr.o.m. den 1 juli 1999.

Socialstyrelsen bör således ta fram ett underlag som skall underlätta den lokala och regionala planeringen när det gäller tillgången på läkare. Besluten att anställa AT- och ST-läkare skall dock liksom tidigare fattas av landstingen.

Regeringen beslutade i juni 1998 att inrätta en kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven samt föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn. Kommissionen skall bl.a. analysera de villkor som kan tänkas påverka möjligheterna att rekrytera personal. Hit hör t.ex. arbetstid, arbetsorganisation och arbetsmiljö. I arbetet ingår dessutom att överväga en långsiktig lösning av dimensioneringsfrågan för högre utbildning inom vård- och omsorgssektorn. I kommissionen ingår förutom fem statsråd, representanter för sjukvårdshuvudmännen samt berörda fackförbund. Arbetet skall vara slutfört den 31 juli 1999.

Om kommissionens arbete visar att ytterligare åtgärder bör vidtas är regeringen självklart beredd att överväga sådana.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000, planerar att avge slutbetänkande i april 1999. I betänkandet kommer enligt uppgift att behandlas formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument, erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen, ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

Regeringen har nyligen gett i uppdrag till en grupp forskare att sammanställa den kunskap som finns och identifiera de områden där behovet av ökad kunskap kring välfärdsutvecklingen är angeläget. Av kommittédirektiven (dir. 1999:7 Välfärdsboksut över 1990-talet) framgår bl.a. följande.

Kommitténs uppdrag är att beskriva utvecklingen av människors välfärd på de mest centrala områdena, sedd mot bakgrund av den samhällsekonomiska utvecklingen och de förändringar som gjorts av de välfärdspolitiska systemen på dessa områden under 1990-talet. Inom svensk välfärdsforskning har man betonat att människors faktiska levnadsförhållanden bör utgöra grunden för välfärdsbedömningar och att det framför allt är omfattningen och fördelningen av dåliga förhållanden som bör uppmärksammas. Kommittén bör i linje med detta fokusera på ofärdsutvecklingen, välfärdens baksida, vilket också ökar den socialpolitiska relevansen.

Bedömningen av välfärdens utveckling bör fokuseras på varaktiga förhållanden. Ofärd drabbar människor som under längre tider har låga inkomster, hälsobesvär eller är utan arbete.

När det gäller människors ekonomiska resurser är det tre förhållanden som får anses som särskilt angelägna att beskriva. Det första är den allmänna inkomstutvecklingen och dess fördelning. Det andra är hur förutsättningarna för individernas självförsörjning har förändrats. Det tredje är de särskilda försörjningsproblem som ligger bakom ett ökat socialbidragstagande.

I alla former av gruppbildningar är människor knutna till varandra via olika slags sociala relationer. Om de sociala relationerna försvagas upplöses också det kitt som håller samman grupper av människor, allt från familjer till hela samhällen. Ett bokslut över 1990-talets välfärdsutveckling bör därför även belysa hur människors sociala förankring i familj, grupper och samhället utvecklats. Det välfärdsproblem som intagit den kanske mest centrala positionen i den socialpolitiska debatten i Sverige under 1990-talet är marginalisering.

Bristen på stabila sociala relationer, både när det gäller sysselsättning och familj och vänner, utgör kärnan i denna problematik. Det är därför en viktig

uppgift för kommittén att beskriva brister avseende sysselsättning och brister på social förankring som ofärdsproblem.

Kommittén ska särskilt redovisa hur utsatta grupper som handikappade och invandrare, eller individer som på annat sätt har en svag ställning på arbetsmarknaden, har klarat sig under 1990-talet.

I den socialpolitiska debatten om marginalisering har två ofärdsindikatorer; vräkningar och hemlöshet, givits särskild uppmärksamhet. Här framstår kunskapsläget som angeläget att förbättra.

Frågor om folkhälsan och hälsans fördelning i befolkningen ska vara centrala för kommitténs bedömning av välfärdens utveckling under 1990-talet. Kommittén ska redovisa den allmänna hälsoutvecklingen i landet och de skillnader i ohälsa som finns mellan olika sociala grupper och hur detta förändrats under 1990-talet.

En allt äldre befolkning ställer ökade krav på samhällets äldreomsorg, men även på de anhöriga. Kommittén skall därför söka belysa förändringar i den offentliga omsorgen och de anhörigas roll för vården av de äldre.

När det gäller hur kvaliteten och tillgängligheten inom vård- och omsorgssektorn utvecklats under 1990-talet kommer regeringen att ge Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag att göra en samlad bedömning i denna fråga utifrån tillgängligt material. Avsikten är att Socialstyrelsens redovisning skall överlämnas till den nu aktuella kommittén för att utgöra ett underlag i dess arbete med ett välfärdsbokslut.

— — — Den centrala uppgiften för kommittén är alltså att göra en samlad bedömning av välfärdsutvecklingen mot bakgrund av en beskrivning vad gäller förändringar av de socialpolitiska välfärdssystemen och de stora strukturförändringarna under 1990-talet. Därmed kan viktiga kunskapsluckor och centrala forskningsuppgifter, med särskild relevans för de utmaningar socialpolitiken står inför på 2000-talet, identifieras.

Vid bedömningen av utvecklingen i Sverige bör kommittén göra jämförelser med vad som inträffat i andra länder som genomgått en likartad utveckling och där jämförelsematerial finns tillgängligt.

Utskottets bedömning

Utskottet behandlar inledningsvis Riksdagens revisorers förslag.

Flera av remissinstanserna har i sina yttranden över revisorernas rapport framhållit att rapporten utgör en värdefull kunskapssammanställning. Utskottet delar denna bedömning. Revisorernas granskning har emellertid avgränsats till den del av primärvården som bedrivs och finansieras av landstingen och omfattar således inte den kommunala hälso- och sjukvården. Detta innebär enligt utskottets uppfattning att revisorerna inte anlagt det helhetsperspektiv som utskottet angett i sin framställan om en granskning av genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Revisorerna uttalar att en bredare genomgång kunde ha varit värdefull men pekar samtidigt på att den genomförda granskningen kan generera ytterligare studier från revisorerna avseende t.ex. äldreomsorgen.

När det t.ex. gäller äldreomsorgen vill utskottet emellertid framhålla att kontinuerliga uppföljningar görs av flera aktörer. Socialstyrelsen har sedan år 1996 i uppdrag att följa utvecklingen inom äldreområdet och ge underlag till att utveckla tillsynen och kompetensutvecklingen. Arbetet har rapporterats årligen. En slutrapport beräknas till maj år 2000. Vidare kan nämnas att

regeringen i december 1997 tillsatte Äldreprojektet, en arbetsgrupp med uppgift att utarbeta och följa upp det nationella handlingsprogrammet för äldrepolitiken. Regeringen har också tillsatt en kommission för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn och en arbetsgrupp med uppgift att kartlägga personalförsörjning och utbildningsbehov inom äldreomsorgen. Slutligen kan nämnas att regeringen nyligen har beslutat om direktiv för en parlamentarisk äldreberedning vars uppgift är att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken (dir. 1998:109).

Utskottet vill understryka vikten av uppföljning och utvärdering på hälso- och sjukvårdens område. Utskottet noterar därför med tillfredsställelse att Socialdepartementet i sitt remissvar över revisorernas rapport påpekat att departementet under de närmaste åren i ökad omfattning kommer att ägna tid och resurser åt att stärka inslaget av resultatstyrning inom sitt ansvarsområde. Vidare kan nämnas att dåvarande Inrikesdepartementet i sitt remissvar anfört att regeringen kommer att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att dels utifrån befintlig statistik förbättra underlaget för statens samlade uppföljning av verksamhet i kommuner och landsting, dels lämna förslag till åtgärder för att på längre sikt åstadkomma en väl fungerande uppföljning av måluppfyllelse och resursanvändning. Utskottet har inhämtat att en sådan arbetsgrupp tillsattes i maj 1998 och att arbetet i gruppen kommer att pågå till mars 2001. En första redovisning av gruppens arbete kommer att lämnas under våren 1999.

Utskottet vill också framhålla att i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m., den s.k. *Dagmaröverenskommelsen*, har 11 miljoner kronor avsatts för oberoende uppföljning.

Utskottet noterar vidare att i det betänkande som *Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000*, kommer att avge inom kort skall enligt uppgift behandlas dels formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument, dels erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen och dels ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

Hösten 1998 föreslog utskottet att remissreglerna till specialistmottagningar skulle ändras så att landstinget ges möjlighet att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagning utanför sjukhusen (1998/99:SoU3). Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:54).

Utskottet anser att det är av största vikt att frågor om läkartäthet löpande följs och analyseras. Utskottet har vid flera tillfällen uttalat att samhället inte kan acceptera att brist på läkare råder i vissa delar av landet och inom vissa specialiteter. Utskottet gav redan hösten 1989 regeringen till känna att riksdagen önskade en samlad redovisning och en analys beträffande den geografiska och verksamhetsmässiga fördelningen av läkarna. Utskottet vill också erinra om att ett nationellt planeringsstöd skall inrättas fr.o.m. den 1 juli 1999 för att skapa en bättre överblick och verka för en mer långsiktig bedömning

av den framtida läkarförsörjningen. Ett sådant planeringsstöd på nationell nivå bör enligt utskottet bli av stort värde vid sjukvårdshuvudmännens långsiktiga planering av behovet av specialistkompetenta läkare. Planeringsstödet kan också tjäna som underlag för bedömningen av dimensioneringen av den grundläggande läkarutbildningen.

Som ovan anförts har regeringen inrättat en kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven samt föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn. Kommissionen skall bl.a. analysera de villkor som kan tänkas påverka möjligheterna att rekrytera personal. Hit hör t.ex. arbetstid, arbetsorganisation och arbetsmiljö. I arbetet ingår dessutom att överväga en långsiktig lösning av dimensioneringsfrågan för högre utbildning inom vård- och omsorgssektorn.

Utskottet vill sammanfattningsvis framhålla att revisorernas granskning utgör en värdefull kunskapsammansättning. Emellertid konstaterar utskottet dels att revisorerna inte anlagt den helhetsyn som utskottet angett i uppdraget, dels att flertalet av de frågor som revisorerna tar upp i olika sammanhang är föremål för beredning. Förslaget bör därför inte föranleda något uttalande från riksdagen. Inte heller bör motionerna So17 (m) yrkandena 1, 3–4 och 6 och So18 (mp) yrkande 2 föranleda något sådant uttalande.

Utskottet övergår härefter till att behandla övriga frågor om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering i anledning av motionsyrkanden väckta under den allmänna motionstiden 1998.

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

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

Utskottet vill erinra om att regeringen i budgetpropositionen för år 1999 (prop. 1998/99:1) aviserade ytterligare resurstillskott till kommuner och landsting med två miljarder kronor år 2001. Riksdagen biföll regeringens förslag (rskr. 1998/99:87). Därigenom kommer nivån på statsbidragen totalt att bli 22 miljarder högre år 2001, i förhållande till år 1996. Dessa ökade resurser kan förväntas ha påtagliga effekter på sysselsättningen samt tillgången till och kvaliteten på vården och omsorgen. Utskottet har vidare erfärit att en överenskommelse träffats den 12 mars 1999 mellan företrädare för Socialdemokraterna och Centerpartiet om en särskild satsning på vård och omsorg under perioden 2002–2004. Överenskommelsen innebär att sammanlagt cirka åtta miljarder kronor frigörs under denna period. Partierna är överens om att dessa medel – genom en konkret och uppföljningsbar satsning – skall tillföras vård- och omsorgssektorn. Parterna har enats om att fyra områden skall prioriteras i sammanhanget, nämligen primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald.

Utskottet avstyrker motionerna So17(m) yrkande 5, So204 (m), So215 (m) yrkande 2, So230 (m) yrkande 15, So236 (m) yrkandena 1 och 2, So250 (m) yrkandena 1 och 2, So257 (m) yrkandena 1–7, 9–10, So304 (kd), So314 (c) yrkandena 8–9, 12, 14, So340 (kd) yrkande 20, So387 (fp) yrkande 21, So391 (v) yrkande 1, So395 (s), So417 (m), So446 (kd) yrkande 2, So460 (mp) yrkande 4, 6–7 och So467 (fp) yrkandena 9, 13, 14 och 16.

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

Motionerna So224 (m) yrkande 5, So314 (c) yrkande 13, So446 (kd) yrkande 4 och 467 (fp) yrkandena 5 och 12 avstyrks.

Flera motioner behandlar läkarnas specialistutbildning. Utskottet delar motionärernas inställning att det är av största vikt att noga följa behovet av specialistutbildade läkare. I detta sammanhang vill utskottet erinra om den lagändring som riksdagen under föregående riksmöte beslutade när det gäller läkares specialisttjänstgöring. Lagändringen innebär att det i landstingen skall finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som tillgodoser det beräknade framtida behovet av specialistkompetenta läkare i klinisk verksamhet (1997/98:SoU8, rskr. 1997/98:53). Som ovan anförts skall vidare ett nationellt planeringsstöd inrättas fr.o.m. den 1 juli 1999 för att skapa en bättre överblick och verka för en mer långsiktig bedömning av den framtida läkarförsörjningen. Ett sådant planeringsstöd bör enligt utskottets uppfattning underlätta en bedömning av

det framtida behovet av specialistkompetenta läkare. Dessutom kan åter nämnas den kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven samt föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn som regeringen inrättat. Med anledning härav anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna So17 (m) yrkande 2, So247 (m) och So446 (kd) yrkande 5. Även motion So405 (c) yrkande 3 avstyrks.

Frågan om rekrytering av personal till vård- och omsorgssektorn skall som ovan anförts behandlas av den kommission som skall slutföra sitt arbete i juli 1999. Kommissionen skall enligt sitt uppdrag bl.a. analysera arbetsorganisationens betydelse för att stärka individens möjlighet att utvecklas i sitt arbete. Utskottet anser att resultatet av kommissionens arbete bör avvaktas och är inte berett att ta något initiativ med anledning av motion So467 (fp) yrkande 17. Motionsyrkandet avstyrks.

Utskottet instämmer i vad som anförts i motion So386 (fp) yrkande 1 om att omvårdnaden utgör en omfattande och viktig del av verksamheten i sjukvården. Hälso- och sjukvårdens närmare innehåll är dock en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Utskottet finner inte heller skäl att bifalla yrkande 2 i samma motion angående inrättande av ett omvårdnadscentrum. Motionsyrkandena avstyrks därför.

I motion So18 (mp) yrkande 1 anförts att regeringen bör göra en tydlig redovisning av den samhällsbesparing som neddragningen i vårdsektorn medfört. Utskottet konstaterar att regeringen nyligen tillsatt en kommitté som enligt sina direktiv (dir. 1999:7) skall beskriva välfärdsutvecklingen för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper och ur ett livscykelperspektiv. Frågor om folkhälsan och hälsans fördelning i befolkningen skall vara centrala för kommitténs bedömning av välfärdens utveckling under 1990-talet. Motionsyrkandet är därmed i huvudsak tillgodosett och avstyrks.

Av 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Hur sjukhusen närmare organiseras är en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motion So265 (kd) yrkande 1. Även yrkande 2 avstyrks.

Privata vårdgivare

I *motion So222 av Carl Bildt m.fl. (m)* begärs att riksdagen beslutar häva förbudet för ersättningsetableringar i enlighet med vad som anförts i motionen (*yrkande 2*). I *yrkande 3* begär motionärerna att riksdagen beslutar återinföra etableringsfriheten för specialistläkare och sjukgymnaster. Motionärerna anför att genom att garantera möjligheten till ersättningsetablering kan patienterna gå till samma välbekanta mottagning där den nye läkaren eller sjukgymnasten genom de gamla journalerna känner till patientens problem. Om ersättningsetableringar inte kan ske leder detta på sikt till ett offentligt vårdmonopol. Därmed försvinner konkurrens mellan olika vårdgivare. Vidare begär motionärerna att riksdagen beslutar häva förbudet för läkare över 65 år att få sjukvårdsersättning i enlighet med vad som anförts i motionen (*yrkande 5*). Motionärerna anför att åldersgränsen strider mot riksdagens beslut att

införa en flexibel pensionsålder och att den innebär att sedan länge etablerade läkarkontakter bryts. Det säger sig självt att viljan att nyinvestera är obefintlig de sista åren om man vet att praktiken läggs ned i samband med att verksamheten måste upphöra vid en 65-årsgräns, anför det. Ett liknande yrkande framförs i *motion So226 (m) av Berit Adolfsson*.

I *motion So203 av Maud Ekendahl och Cristina Husmark Pehrsson (båda m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vidgad verksamhet för legitimerade sjuksköterskor i enskild regi. Motionärerna anför att en stor del av befolkningens behov av hälso- och sjukvård med fördel kan ombesörjas av andra yrkeskategorier än läkare. Således finns det ett starkt intresse från t.ex. distriktssköterskor att etablera privata vårdalternativ vid sidan av husläkare eller distriktsläkare under förutsättning att detta kan ske på ekonomiskt rimliga villkor. Barnmorskor skulle kunna bedriva mödrahjälsövård i enskild regi i större utsträckning än vad som är fallet i dag och även kunna utvidga verksamheten till preventivmedelsrådgivning och gynekologiska hälsokontroller med viss provtagning. Annan verksamhet som skulle lämpa sig för privat verksamhet är barnhälsövård, skelningsbehandling, viss klinisk fysiologisk behandling samt kontroll av patienter med vissa sjukdomar som t.ex. diabetes och högt blodtryck. Vidare skulle verksamhet i enskild regi mycket väl kunna bedrivas inom områdena folkhälsoarbete, ungdomsmottagning, förlossningsvård samt inkontinensmottagning.

I *motion So231 av Margit Gennser (m)* begärs tillkännagivanden om vad i motionen anförts om behandling av lymfterapeuter vid komplikationer efter bröstcanceroperationer (*yrkande 1*) och att de statliga kostnaderna för behandling av lymfterapeuter skall avräknas mot statens bidrag till landstingen (*yrkande 2*). Behandlingen utförs av sjukgymnaster – s.k. lymfterapeuter – som har specialutbildning. Tillgången på sjukgymnaster med denna specialutbildning är begränsad och återfinns i huvudsak bland privata vårdgivare. Enligt motionären har landstingen varit mycket negativt inställda till denna form av terapi. Statsmakten måste därför i detta fall se till att den minoritet av patienter som behöver behandlingen verkligen får den inom sjukförmånenens ram.

I *motion So261 av Ingrid Burman m.fl. (v)* begärs att Socialstyrelsen gör en översyn av ersättningssystemet till vårdgivare. Motionärerna har uppmärksammat att vissa patienter har problem att förstå skillnaden mellan de olika bestämmelser som reglerar ersättningen för sjukgymnaster, kiropraktorer och naprapater. Patienter har i allmänhet tagit fasta på att dessa grupper är legitimerade, och då drar man den till synes självklara slutsatsen att ersättningsreglerna är desamma för samtliga. Motionärerna tar inte ställning till eller gör någon värdering av de olika aktörernas verksamhet men vill att samtliga legitimerade som har närliggande medicinska behandlingsuppgifter skall behandlas lika. Ett liknande yrkande framförs i *motion So371 av Gunnel Wallin och Vivian Gerdin (båda c) (yrkande 1)*.

I *motion So467 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs att riksdagen beslutar återinföra den fria etableringsrätten för privata allmänläkare, barnläkare, gynekologer, geriatriker, sjukgymnaster och barnmorskor (*yrkande 3*), att riksdagen beslutar upphäva 65-årsregeln för privata vårdgivare (*yrkande 4*) samt att riksdagen beslutar återinföra rätten för läkare med specialistkompe-

tens att överlåta sin praktik till läkare med samma eller likartad specialistkompetens (*yrkande 7*). Motionärerna anför att det av flera undersökningar och utredningar samstämmigt framgår att den privata vården är mer kostnadseffektiv än den offentliga vården, och att den har lika hög eller högre vårdkvalitet än den offentliga vården. Vidare anförts att patienterna ofta är mer nöjda med den privata vården än med den offentliga. Fler alternativ och ökad konkurrens bidrar till en ökad kostnadspress som skulle kunna frigöra avsevärda summor som kan användas till att ge mer vård för pengarna. Ett frisläppande av de privata vårdgivarna skulle dessutom relativt snabbt fylla igen de luckor i vården där det råder brist på läkare, inte minst inom primärvården. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om förstärkt upphandlingskompetens (*yrkande 10*). Enligt motionärerna måste beställarfunktionen stärkas för att förhindra brister i upphandlingen. Det skall vara obligatoriskt att läkare och sjuksköterskor skall ingå i beställarstaben.

Tidigare behandling, pågående arbete m.m.

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

Olika frågor med anknytning till privata vårdgivare behandlade utskottet senast våren 1998 i betänkandet *1997/98:SoU12*. Utskottet anförde bl.a. följande.

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

För ungefär ett år sedan beslutade riksdagen om vissa förändringar i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 1997 respektive den 1 januari 1998.

Samverkansdelegationen har nyligen slutfört sitt utredningsuppdrag. Remissbehandling pågår till mitten av april 1998. I princip har delegationen i sitt slutbetänkande behandlat alla de frågor som tas upp i motionerna. Riksdagen bör inte i detta skede ta något initiativ på området. Utskottet finner inte skäl att återinföra den nationella husläkarlagen. (Motionerna avstyrktes.)

Samverkansdelegationen har också föreslagit att även andra legitimerade vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster bör ges möjlighet att bedriva verksamhet som enskild vårdgivare med finansiering av landsting. I utredningsförslaget nämns bl.a. sjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter. Riksdagen bör inte föregripa regeringens kommande förslag på området. (Motionerna avstyrktes.)

Regeringen har den 8 januari 1998 tillkallat *en särskild utredare* med uppgift att analysera tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling

på hälso- och sjukvårdstjänster där den enskilde vårdgivaren för att kunna bedriva verksamheten med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med en sjukvårdshuvudman (S 1998:01, dir. 1998:12). Utredningens arbete beräknas vara slutfört under våren 1999.

Socialministern har i ett frågesvar den 21 januari 1999 angående 65-årsgränsen anfört följande.

Beslutet om att läkare som har uppnått 65 års ålder fattades i riksdagen, om jag har förstått det rätt, med ganska bred majoritet. Man bedömde att man skulle klara läkarförsörjningen. Ett skäl var möjligtvis också att en gräns skulle dras för när läkare skall upphöra att utöva sin profession. Jag har inte haft anledning att reflektera över att gå till riksdagen och kräva en ändring av detta. Men jag är naturligtvis beredd att fundera över effekterna då man nu allmänt sett talar om en läkarbrist. Jag kan förstå att läkare som har kommit till åren så pass att de inte klarar att utöva sitt yrke inte bör göra det. Men det är inte alldeles säkert att läkare som är 65 eller 66 år inte skulle klara det. Jag är naturligtvis beredd att fundera på frågan, men jag har hittills inte kommit fram till att det har varit dags att gå till riksdagen med ett förslag. — — Jag tror att det finns alla skäl att fundera på den typen av åldersbegränsningar som det här handlar om. Jag upprepar: Jag är beredd att överväga vad man kan göra när det gäller just läkarnas deltagande i den svenska sjukvården.

Utskottets bedömning

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

Utskottet anser att det är viktigt att noga följa frågan om läkarförsörjning i svensk sjukvård. Samverkansdelegationen har i sitt betänkande behandlat de nu aktuella frågorna om enskilda vårdgivares rätt till etablering, rätten att överlåta en etablering samt den s.k. 65-årsregeln och dess tillämpning. Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet. Riksdagen bör inte föregripa regeringens förslag på området. Motionerna So222 (m) yrkande 2, 3 och 5, So226 (m) och So467 (fp) yrkande 3 (delvis), 4 och 7 avstyrks.

Samverkansdelegationen har också föreslagit att även andra legitimerade vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster bör ges möjlighet att bedriva verksamhet som enskild vårdgivare med finansiering av landsting. I utredningen nämns bl.a. sjuksköterskor och barmorskor. Inte heller i denna del bör riksdagen ta något initiativ. Motionerna So203 (m), So231 (m), So261 (v), So371 (c) yrkande 1 och So467 (fp) yrkande 3 (delvis) avstyrks.

Tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling på hälso- och sjukvårdstjänster i vissa fall är för närvarande föremål för utredning. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motion So467 (fp) yrkande 10.

I *motion So446 av Alf Svensson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om högekostnadsskydd (*yrkande 9*). Under senare år har avgifterna för den enskilde ökat dramatiskt dels genom att högekostnadsskyddet höjts, dels därför att flera vårdavgifter inte omfattas av högekostnadsskyddet. Kostnader för resor i samband med vård ingår inte. Motionärerna anser att en översyn bör göras så att högekostnadsskyddet verkligen inkluderar alla vårdavgifter. I det sammanhanget bör en återinförd "fri lista" för läkemedel aktualiseras.

I *motion So355 av Rigmor Ahlstedt (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att högekostnadsskyddet skall gälla för glasögon och tandvård. Motionären anför att med en väl fungerande syn och väl fungerande tänder så ges några viktiga förutsättningar för att människor skall fungera och må bra. Därför bör både glasögon och tandvård i ekonomiskt hänseende jämföras med sjukvård och högekostnadsskyddet gälla även för dessa områden.

I *motion So442 av Birgitta Carlsson (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om kostnader som bör rymmas inom högekostnadsskyddet för läkemedel. Motionären anför att många personer plågas av svår värk eller svåra smärtor och att många av dessa personer äter mycket smärtstillande medicin. Motionären påpekar att det i dag finns ett alternativ till dessa smärtstillande mediciner, nämligen att utan kostnad låna Transkutan elektrisk nervstimulator (TENS) inom sjukvården. Till denna elektriska nervstimulator finns tillbehör som måste bytas med jämna mellanrum. Dessa tillbehör är kostsamma och får bekostas av patienten själv. Eftersom patienter som behandlas med elektrisk nervstimulator inte behöver äta smärtstillande läkemedel i samma utsträckning borde tillbehören till TENS räknas som läkemedel och alltså inrymmas inom högekostnadsskyddet, anför det.

I *motion So467 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ett bättre högekostnadsskydd (*yrkande 8*). Motionärerna anför att totalt 2 000 kr skall vara den nivå då högekostnadsskyddet inträder, 1 000 kr för läkemedelsutgifter och 1 000 kr för besök i den öppna hälso- och sjukvården.

I *motion So418 av Birger Schlaug m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en utredning om ett gemensamt högekostnadsskydd angående sjukvård, läkemedel, hjälpmedel och tandvård (*yrkande 2*). Motionärerna anför att regeringen bör utreda vad ett sådant högekostnadsskydd kan kosta staten. Ett liknande yrkande framförs i *motion So460 av Thomas Julin m.fl. (mp)* (*yrkande 8*). I den sistnämnda motionen hemställer motionärerna vidare att riksdagen hos regeringen begär att en utredning om vad de samhällsekonomiska kostnaderna för att samordna alla avgifter för läkemedel, läkarvård, tandvård och handikaphjälpmedel kan beräknas till (*yrkande 9*).

I *motion So219 av Barbro Hietala Nordlund m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om bidragssystemet för glasögon till barn och ungdom. Motionärerna anför att det i dag råder stora olikheter mellan landstingen när det gäller bidrag för glasögon till barn. Varje landsting avgör

själv om, och i så fall hur stort bidrag som skall utgå. Denna ojämlikhet är mycket olycklig. Staten, som anslagsgivare till landstingen, bör ta initiativ till överläggningar med Landstingsförbundet för att klarlägga situationen och för att utreda kostnader och alternativa kostnadsersättningar till barn och ungdom. Syftet skall vara att rätta till ojämlikheter och brister i bidragssystemet.

Tidigare behandling, pågående arbete

I betänkande 1997/98:SoU2 *Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor* gavs en bred bakgrundsbeskrivning avseende patientavgifter och högkostnadsskydd vartill hänvisas (36–40).

Motionsyrkanden om patientavgifter och högkostnadsskydd behandlade utskottet senast i betänkande 1997/98:SoU12 *Hälso- och sjukvårdsfrågor*. Utskottet anförde sin bedömning bl.a. följande (s. 54).

Systemet med statligt reglerade patientavgifter avskaffades i princip den 1 januari 1991. Motivet var att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att effektivare kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens organisation och resurser genom att t.ex. differentiera avgiftsnivåerna mellan olika typer av mottagningar. Enligt den grundläggande bestämmelsen, 26 § hälso- och sjukvårdslagen, får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer i den mån inte annat är föreskrivet. ---

Det nu gällande högkostnadsskyddet omfattar patientavgifter för läkarvård och sjukvårdande behandling inom landstingen, läkarvård och sjukgymnastik hos privata vårdgivare med ersättning från landstingen samt inkontinensartiklar för vilka landstingen har kostnadsansvar. Frågan om att utöka högkostnadsskyddet har utretts men regeringen har inte tagit slutlig ställning. Regeringen har aviserat en proposition om ny inriktning på tandvårdsförsäkringen. Utskottet vill inte föregripa regeringens kommande förslag på området. (Motionerna avstyrktes.)

I utskottets *betänkande 1997/98:SoU25 Reformerat tandvårdsstöd* föreslogs att bastandvården borde kompletteras med ett skydd mot höga behandlingskostnader för omfattande protetiska åtgärder, implantat och andra dyrbara behandlingar som t.ex. tandreglering. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1997/98:289). De föreslagna reglerna avsåg således endast tandvårdsområdet.

Utskottets bedömning

Högkostnadsskyddet i den öppna hälso- och sjukvården omfattar patientavgifter för läkarvård och sjukvårdande behandling inom landstingen, läkarvård och sjukgymnastik hos privata vårdgivare med ersättning från landstingen samt inkontinensartiklar för vilka landstingen har kostnadsansvar.

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

sjukdom eller i likartat syfte, under vissa förutsättningar omfattas av högkostnadsskydd.

De ovan nämnda reglerna om högkostnadsskydd infördes den 1 januari 1997. Utskottet anser inte att det finns någon anledning att nu se över reglerna. Motionerna So355 (c), So418 (mp) yrkande 2, So442 (c), So446 (kd) yrkande 9, So460 (mp) yrkandena 8 och 9 och So467 (fp) yrkande 8 avstyrks.

När det gäller bidrag till barn och ungdom avseende glasögon konstaterar utskottet att detta är en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Riksdagen bör således inte ta något initiativ med anledning av motion So219 (s). Motionen avstyrks.

Ledningen av hälso- och sjukvård

I *motion So241 av Ingrid Burman m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om möjligheten att utse annan yrkesutövare än läkare som patientansvarig behandlare. Motionärerna anför att inom den psykiatriska vården baseras diagnostik och behandling både på psykologisk och medicinsk vetenskap. Diagnostik och behandling som vilar på den psykologiska vetenskapen utförs vanligen av legitimerad psykolog. I dessa fall har en ”patientansvarig läkare” ingen fortlöpande behandlingskontakt – och har inte heller anledning att ha det. I dessa fall är det naturligt att patientansvarig behandlare är en legitimerad psykolog. I proposition 1995/96:176 anges att regeringen har för avsikt att uppdra åt Socialstyrelsen att genomföra en utvärdering av systemet med patientansvarig läkare samt att möjligheten att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Det är enligt motionärerna angeläget att Socialstyrelsens utvärdering snarast kommer till stånd samt att den genomförs med anlitan av erforderlig psykologisk expertis inom hälso- och sjukvård.

Tidigare behandling, pågående arbete

I *proposition 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården* infördes bl.a. följande under rubriken ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården – patientansvarig läkare (s. 58).

Bestämmelsen om patientansvarig läkare i 13 § HSL är kopplad till de enheter där det skall finnas en chefsöverläkare. Någon utvärdering av bestämmelsen har inte gjorts och den bör därför för närvarande inte förändras. Undantaget för patientansvarig läkare inom primärvården bedöms dock inte vara nödvändigt. Det är naturligt att den fasta läkarkontakten inom primärvården som enligt gällande bestämmelser skall ha de uppgifter som en patientansvarig läkare annars har, också faktiskt är patientansvarig. Risken för att olägenheter uppkommer genom att patienten väljer en fast läkarkontakt och en annan läkare utses som patientansvarig torde vara obefintlig. I konsekvens med regeringens förslag bör bestämmelsens koppling till chefsöverläkare tas bort.

Verksamheten med patientansvarig läkare bör emellertid utvärderas. Regeringen har avsikten att uppdra åt Socialstyrelsen att genomföra denna utvärdering. I det sammanhanget bör frågan om möjligheten att utse även andra

yrkesutövare än läkare som patientansvariga övervägas. Därvid bör särskilt beaktas patientsäkerhetsaspekten i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som helt eller delvis bygger på annan vetenskap än den medicinska, t.ex. diagnostik, vård och behandling av patienter utförd av psykolog inom psykiatri.

Utskottet behandlade den ovan nämnda propositionen i sitt *betänkande 1995/96:SoU18*. Utskottet delade inställningen i propositionen och motioner (c och v) att verksamheten med patientansvarig läkare borde utvärderas och att frågan om även andra yrkesutövare än läkare skulle kunna utses som patientansvariga på lämpligt sätt borde övervägas (s. 10–11).

I *betänkande 1997/98:SoU2* behandlades också ett yrkande (s) med begäran att annan än läkare skulle kunna utses till ”patientansvarig”. Utskottet konstaterade att något formellt uppdrag om utvärderingen inte hade givits. Visst förberedelsearbete pågick. Utskottet utgick ifrån att den begärda utvärderingen snarast skulle komma till stånd (s. 84 i betänkandet).

I *betänkande 1997/98:SoU12* behandlades åter yrkanden (v) om patientansvarig läkare. Utskottet konstaterade att något uppdrag ännu inte givits. Utskottet anförde att det utgick från att en utvärdering snarast skulle komma till stånd (s. 66).

Av *regleringsbrevet för budgetåret 1999* avseende Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen skall göra en utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare. Socialstyrelsen skall därvid särskilt belysa hur de strukturella förändringarna under 1990-talet, i form av bl.a. kortare vårdtider, ökad andel dagvård/dagvårdskirurgi samt specialistmottagningar utanför sjukhusen påverkat verksamheten. Av vikt är vidare att analysera hur formuleringen ”om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten” i 27 § hälso- och sjukvårdslagen tolkats. I uppdraget ingår dessutom att överväga möjligheten att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Härvid bör särskilt beaktas patientsäkerhetsaspekten i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som helt eller delvis bygger på annan vetenskap än den medicinska. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 januari 2000.

Utskottets bedömning

Utskottet noterar med tillfredsställelse att regeringen nu gett Socialstyrelsen i uppdrag att göra en utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare. Motion So241 (v) är därmed tillgodosedd och avstyrks.

Frågor om tillsyn och behörighet

Tillsyn avseende det psykologiska verksamhetsområdet

I *motion So267 av Carina Hägg (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en förbättrad lagstiftning inom det psykologiska verksamhetsområdet. Motionären anför att legitimerade psykologer i dag är verksamma inom en rad områden där de inte har som primär uppgift att undersöka, vårda eller behandla. På dessa områden utövas ingen tillsyn över psykologers icke hälso- och sjukvårdande verksamhet. Vidare använder sig

personer med otillräcklig utbildning av psykologiska metoder. Allmänhetens skydd mot oetisk och ibland t.o.m. skadlig användning av psykologiska kunskaper är fortfarande alltför bristfällig. Det behövs nu en samlad tillsynslagstiftning avseende psykologyrket, inklusive bestämmelser mot oseriös och skadlig samt vilseledande verksamhet inom det psykologiska området. Det behövs även en effektiv tillsynsverksamhet på området.

I motion So295 av *Barbro Westerholm (fp)* begärs ett tillkännagivande av vad i motionen anförts om en översyn av den s.k. kvacksalverilagen. Motionären anför att kvacksalverilagen inte innehåller något hinder mot psykologiskt kvacksalveri inom hälso- och sjukvården bortsett från förbudet för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att undersöka eller behandla barn under åtta år respektive att undersöka eller behandla annan under hypnos. Vidare erinrar motionären om att vikten av att vissa frågeställningar inom det psykologiska verksamhetsområdet utreds betonades i socialutskottets betänkande 1997/98:SoU22 samt att riksdagen beslutat att som sin mening ge regeringen till känna att dessa frågor utreds. Det är enligt motionären nu angeläget att denna utredning kommer till stånd utan dröjsmål och att den leder till en enhetlig tillsynslagstiftning och ett utvidgat skydd inom psykologins område. Motionärerna påpekar också att det förekommer att patienter som sökt utövare av alternativ medicin inte fått korrekt diagnos, vilket inneburit allvarliga konsekvenser för patienten. När kontakt tagits med Socialstyrelsen har svaret blivit att man inte kan ta sig an fallet för att det ligger utanför styrelsens tillsynsområde. Likaså förekommer rapporter om personer som deltagit i ”personlighetsutvecklande” kurser och som farit psykiskt illa genom de metoder som använts. Inte heller dessa personer har kunnat få hjälp.

I motion So317 av *Eva Arvidsson och Siw Wittgren-Ahl (båda s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av en utredning för att få en enhetlig tillsynslagstiftning och ett utvidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologins område. Motionärerna anför att med hänsyn till den inverkan psykologisk yrkesutövning har på såväl individ- och grupp- som organisationsnivå är det av stor betydelse för allmänhetens skydd att dels yrkesbe-teckningen psykolog förbehålls den grupp som har en av samhället angiven utbildning, dels att samhället ges möjlighet att ingripa mot oseriös och skadlig psykologverksamhet inom alla områden.

Övriga tillsynsfrågor

I motion So316 av *Eva Arvidsson och Karin Olsson (båda s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en utredning vad gäller ett samlat tillsynsansvar. Motionärerna anför att länsstyrelserna har tillsynsansvaret på regional nivå vad gäller socialtjänsten samt att tillsynen över hälso- och sjukvården utövas av Socialstyrelsens sex regionala tillsynsmyndigheter. Uppdelningen mellan länsstyrelserna och de regionala tillsynsenheterna innebär en svårighet och en otydlighet vid tillsynen i gränsområdet mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. Gränserna mellan kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård har i vissa fall luckrats upp under senare år, vilket gör det svårare för den enskilde att veta var hon eller han

skall vända sig med synpunkter och eventuella klagomål. Det är därför angeläget att skapa en tydligare organisation för tillsynen. Regeringen bör därför utreda om det inte vore lämpligt att låta Socialstyrelsen, som i dag har det övergripande ansvaret, få ett utökat tillsynsansvar att även gälla socialtjänsten på lokal nivå.

Legitimation för dietister

I *motion So421 av Eva Arvidsson m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att utreda frågan om legitimation för dietister. Motionären anför att vem som helst kan kalla sig dietist eller kostexpert. För att öka patientsäkerheten bör det finnas garantier för patienten. I dag kan samhället inte erbjuda detta till patienter och allmänhet då det inte finns en legitimerad yrkeskår. Motionären påtalar vidare att frågan har behandlats i riksdagen och beslutet blev att legitimation för dietister inte skall införas. Ett av skälen till beslutet var att det är den läkare som remitterar till dietist som har det medicinska ansvaret. Men många människor kommer inte till dietister via remiss av läkare utan vänder sig själva till olika sorters kostrådgivare.

Språkprov för utländska sjuksköterskor m.m.

I *motion So252 av Barbro Westerholm (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om översyn av språkprov för utländska sjuksköterskor (*yrkande 1*). Motionären anför att det händer att utländska studerande får underkänt i språkprovet enbart därför att de har svårigheter med stavningen av namn, framför allt om det skall vara enkel- eller dubbelkonsonant. I det praktiska arbetet har denna svårighet ingen större betydelse, i synnerhet som vi i Sverige använder personnummer som utgångspunkt för registrering av olika data om patienterna, journalagring etc. Vidare begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om formerna för bedömning av utländsk sjukvårdspersonals lämplighet för yrket (*yrkande 2*). Motionären anför att de flesta utländska elever går på olika kurser för utländsk sjukvårdspersonal. Kurserna avslutas med ett skriftligt prov. Det är emellertid bara provresultatet som bedöms, inte vilken lämplighet eleven visat för sitt yrke under kursens gång, vid förhör och i kontakten med patienterna. Inför beslut om godkännande bör en samlad bedömning göras av elevens prestation under kursen och resultatet av det skriftliga provet.

Frågor om förskrivningsrätt

I *motion So414 av Fanny Rizell (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att den utbildning i farmakologi som förutsätts för förskrivningsrätt görs tillgänglig för skolsköterskor (*yrkande 1*). Motionärerna anför att sjuksköterskor med vidareutbildning till distriktssköterska har förskrivningsrätt för ett begränsat antal läkemedel. Denna rätt är knuten till dels en åtta poängs utbildning i farmakologi, dels en anställning som distriktssköterska. Denna förskrivningsrätt gäller inte skolsköterskor. Många skolsköterskor har distriktssköterskeutbildning och kontakter med primär-

vården genom sommarvikariat där de har viss förskrivningsrätt. Eftersom förskrivningsrätten är knuten till funktion, inte till kompetens, kan inte skolköterskan dra nytta av sin kompetens. Vidare begär motionären ett tillkännagivande om förskrivningsrätt för skolsköterskor för ett begränsat antal läkemedel (*yrkande 2*). Skolsköterskan bör ges förskrivningsrätt för rökavvänjningsmedel och läkemedel avseende astma och allergi samt ha rätt att göra vaccinationsbeställningar.

Tidigare behandling, pågående arbete m.m.

Frågor om dels om en samlad effektiv tillsynslagstiftning inom psykologins område, dels ett vidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet behandlades av utskottet i betänkande 1997/98: *SoU22 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Utskottet anförde bl.a. följande.

Flera motionärer tar upp olika frågeställningar med anknytning till det psykologiska verksamhetsområdet. Det gäller yrkanden med begäran dels om en samlad effektiv tillsynslagstiftning inom psykologins område, dels ett vidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet.

I Behörighetskommitténs betänkande (SOU 1996:138), vilket legat till grund för propositionen, behandlas liknande frågor (t.ex. s. 390 f. och s. 420). Kommittén anförde att psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet utövad av personer som saknar reglerad kompetens kan innebära risk för skador hos den som behandlas. Kommittén ansåg därför att det kunde finnas skäl att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonal rätten att behandla allvarliga psykiska störningar. En sådan inskränkning i den fria närings- och yrkesfriheten kräver dock att det i lagform görs preciseringar och avgränsningar inom det psykologiska behandlingsområdet. Utformningen av en sådan bestämmelse krävde enligt kommitténs uppfattning ytterligare utredning, bl.a. för att avgränsa förbudsområdet på ett sätt som gör en sådan reglering möjlig att tillämpa på ett rimligt sätt. Någon sådan ytterligare utredning hade det inte funnits utrymme för inom ramen för kommitténs arbete. Kommittén lämnade därför inte något förslag i den delen.

Några remissinstanser har pläderat för en utvidgning av förbudsområdet när det gäller hälsofarlig utövning inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet.

Utskottet instämmer i stort i den bedömning som Behörighetskommittén och motionärerna har gjort, dvs. att olika frågeställningar inom det beskrivna området på lämpligt sätt bör belysas ytterligare. Utskottet är däremot inte berett att ställa sig bakom den exemplifiering av ”psykologiska metoder” som görs i vissa motioner. Regeringen bör återkomma till riksdagen med en redovisning. Vad utskottet nu anfört bör riksdagen med anledning av motionerna (m, fp, v och s) ge regeringen till känna.

Enligt uppgift från *Socialdepartementet* pågår visst förberedelsearbete med anledning av tillkännagivandet.

Regeringen har den 25 september 1997 tillsatt en utredning om *Översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter* (S 1997:16). Av utredningens direktiv framgår bl.a. följande under rubriken Tillsynen över socialtjänsten (dir. 1997:109).

Socialstyrelsen har enligt 67 § socialtjänstlagen tillsynen över socialtjänsten i riket. Styrelsen skall också följa och vidareutveckla socialtjänsten bl.a. genom att bedriva en kvalificerad uppföljning, utvärdering och kunskapsförmedling.

Tillsynen över hälso- och sjukvården har nyligen förstärkts genom en ny lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården, som trätt i kraft den 1 januari 1997. Enligt 1 § har Socialstyrelsen tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal. Den direkta tillsynen utövas av Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter.

Länsstyrelsen har enligt 68 § socialtjänstlagen det regionala tillsynsansvaret över hur kommunerna tillämpar socialtjänstlagen. Länsstyrelsen skall vidare informera och ge råd till allmänheten och biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet, främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan samt i övrigt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

Riksdagen har med anledning av regeringens proposition Ändring i socialtjänstlagen beslutat (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264) om vissa preciseringar av länsstyrelsens tillsynsansvar samt vidgade uppgifter när det gäller tillståndsgivning för vissa enskilt bedrivna verksamheter.

Således införs ett tillstånd för yrkesmässigt bedrivna enskild heldygnsverksamhet i form av hem för vård eller boende, för särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade samt för hem för viss annan heldygnsvård. Krav på tillstånd skall också gälla för enskilt bedrivna hem eller enskild öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet. Länsstyrelsen i det län där verksamheten skall bedrivas föreslås vara tillståndsgivande myndighet.

Tillståndspliktig verksamhet som regleras i socialtjänstlagen skall stå under länsstyrelsens tillsyn. Tillsynen skall omfatta också viss annan enskild verksamhet. Häri ingår både entreprenadverksamhet och sådan icke tillståndspliktig enskild verksamhet från vilken kommunen upphandlar enstaka tjänster för att fullgöra sina skyldigheter enligt socialtjänstlagen. Länsstyrelsens tillsyn omfattar också hem för vård eller boende enligt 23 § socialtjänstlagen.

Länsstyrelsen har även olika uppgifter som berör tillsyn och uppföljning av verksamheter inom alkoholområdet. Behov av att se över formerna och organisationen av tillsynen över socialtjänsten har aktualiserats i olika sammanhang. I regeringens proposition om ändring i socialtjänstlagen uttalar regeringen att den regionala tillsynen över socialtjänsten behöver effektiviseras och bli mer slagkraftig.

Vidare har riksdagen beslutat (rskr. 1996/97:185) att ge regeringen tillkänna vad socialutskottet uttalat i sitt betänkande 1996/97:SoU13. Utskottet anser att tillsynen över äldreomsorgen bör förbättras. Tillsynen måste skärpas och inriktas på frågor om laglighet och rättssäkerhet. Tillsynen måste också inriktas på att säkra kvalitet och kompetens i vården och omsorgen, så att de äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras. Utskottet anser vidare att det är angeläget att skapa en tydligare organisation för tillsynen. Det får inte råda någon tvekan om vart den enskilde skall vända sig med sina synpunkter och klagomål. Informationen om möjligheten att klaga måste förbättras. Utskottet pekar också på hur uppdelningen mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter medför svårigheter och en otydlighet vid tillsynen i gränsområdet mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. Enligt utskottet bör övervägas om tillsynen

kan läggas på samma statliga myndighet för såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården för att härigenom skapa en slagkraftigare organisation.

Frågan om tillsynen över socialtjänsten aktualiseras ytterligare av den markering som regeringen gör i propositionen om ändring i socialtjänstlagen. Bland de frågor som därmed kan komma att ställas i centrum är personalens kompetens, effekt och resultat av verksamheterna, bemötandet av klienter och allmänhet. – – – Förslag skall lämnas till hur tillsynen över socialtjänsten kan förbättras och effektiviseras. Härvid bör även förutsättningarna för en bättre samordning av tillsynen över socialtjänsten samt hälso- och sjukvården analyseras. Behov av ökade befogenheter för tillsynsmyndigheterna, motsvarande vad som gäller inom hälso- och sjukvården, bör också övervägas. Vilka konsekvenser som eventuella förslag medför för andra uppgifter som de olika tillsynsmyndigheterna har, t.ex. olika typer av tillståndsgivning, skall analyseras och redovisas.

Utredningens arbete skall vara slutfört senast den 31 maj 1999.

Frågor om legitimation för dietister behandlades av *Behörighetskommittén* i betänkande *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område SOU 1996:138*. Kommittén anförde bl.a. (s. 348 f.).

Till kommittén har framställts önskemål om att dietister bör omfattas av legitimationsreglerna. Det är dock främst de dietister som arbetar med individriktad kostrådgivning och behandling som på ett mer påtagligt sätt kan påverka patientsäkerheten. De dietister som är verksamma inom offentlig verksamhet utgör redan i dag hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av Socialstyrelsens individtillsyn.

Dietisterna arbetar oftast relativt självständigt med patienterna. Brister i kompetensen hos en dietist kan i vissa fall innebära allvarliga risker för patientens hälsa. – – – Enligt kommitténs uppfattning bör man, på samma sätt som tidigare föreslagits angående audionomer och biomedicinska analytiker, låta dietisterna omfattas av de nya bestämmelserna om skyddad yrkestitel. – – – Genom de föreslagna regleringarna ställs dietisterna i sin verksamhet under samhällets tillsyn. Bestämmelserna underlättar för arbetsgivare och andra att bilda sig en uppfattning om dietisternas kompetens och torde försvåra yrkesverksamhet för personer som saknar erforderlig utbildning för yrket.

Regeringen delade kommitténs bedömning, se *proposition 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (s. 103).

Utskottet tillstyrkte regeringens förslag i denna del, se *betänkande 1997/98:SoU22 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Utskottet anförde bl.a. (s. 11 f.).

Sedan lång tid utgör legitimationen det mest framträdande beviset på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården. Legitimationen är ett uttryck för att en yrkesutövare står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för att personalen har en viss kunskapsnivå samt vissa personliga egenskaper och kvalifikationer.

Utskottet delar regeringens bedömning att rätten till legitimation skall förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården samt dessutom i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. Därmed bedö-

mer utskottet den föreslagna utökningen av legitimerade yrkesgrupper vara en lämplig avgränsning. Utskottet delar regeringens bedömning att legitimation skall införas för arbetsterapeuter, apotekare, receptarier och sjukhusfysiker. Varken Behörighetskommittén eller regeringen har föreslagit att sjukhusingenjörerna skall bli legitimerade. Utskottet anser inte, på de skäl kommittén anfört, att riksdagen bör ta något initiativ i frågan. – – – (Motioner avstyrktes.)

Utskottet delar också bedömningen att det behövs ett komplement till legitimationen. Det föreslagna systemet med skyddad yrkestitel för vissa grupper som inte omfattas av legitimation bör därför införas.

Utskottet delar regeringens bedömning att yrkesgrupperna audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer skall omfattas av den särskilda regleringen med skyddade yrkestitlar och tillstyrker därför även förslaget till 3 kap. 6 §. – – – (Motioner avstyrktes.)

Från *Socialstyrelsen* har inhämtats att i samband med de språkprov som bl.a. utländska sjuksköterskor måste genomgå görs en allsidig bedömning av språkkunskaperna. Avsikten är att fråga skall vara om en rimlighetsbedömning med betoning på sådant som har betydelse för patienternas säkerhet. Från *Socialstyrelsen* har vidare inhämtats att bl.a. utländska sjuksköterskor inför erhållande av svensk legitimation har att genomgå viss praktik. Vid denna praktik görs en bedömning av den utländska sjuksköterskans lämplighet för yrket.

Frågan om förskrivningsrätt för ytterligare personalgrupper behandlades i utskottets *betänkande 1997/98:SoU15 Läkemedelsfrågor*. Utskottet anförde bl.a. följande (s.10–11).

Den generella förskrivningsrätten för distriktssköterskor infördes den 1 april 1994. Syftet med att utöka förskrivargruppen till att omfatta andra än läkare var att hälso- och sjukvården skulle förenklas och effektivieras, särskilt i glesbygd med låg läkartäthet. Läkemedel som får förskrivas av distriktssköterskor är upptagna på en särskild lista som ges ut av Läkemedelsverket. Listan uppdateras minst en gång per år och omfattar endast läkemedel som används i omvårdnadsarbete. Preparaten måste ha varit i bruk i minst två år innan de kan förskrivas av distriktssköterskor. *Socialstyrelsen* och *Läkemedelsverket* har meddelat allmänna råd resp. föreskrifter för förskrivningsrätten. *Socialstyrelsen* har på uppdrag av regeringen följt upp förskrivningsreformen under senare hälften av 1996. En sammanfattning av uppföljningsstudien har publicerats i *Distriktssköterskornas förskrivningsrätt* (*Socialstyrelsens Meddelandeblad* nr 26/97). Studien kartlägger de utbildningsinsatser som genomförts och förskrivargruppens utnyttjande av förskrivningsrätten dels i olika delar av landet, dels inom olika indikationsområden. Den belyser också distriktssköterskornas inställning till förskrivningsrätten samt vilka för- och nackdelar den fört med sig för patienten. *Socialstyrelsen* konstaterar att studien bl.a. visar att förskrivningsrätten, med därtill hörande utbildning, på olika sätt bidragit till en enklare och effektivare handläggning av vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet. *Socialstyrelsen* anser bl.a. att en översyn bör ske av indikationer och läkemedel, att läkares recept till vissa patienter kan få återeras av sköterska och att även vissa andra sköterskor skulle kunna få förskrivningsrätt. Enligt uppgift från *Socialdepartementet* avser regeringen att inom kort uppdra åt *Socialstyrelsen* att utreda frågan om utvidgad förskrivningsrätt enligt de förslag som *Socialstyrelsen* lagt fram i sin uppföljningsstudie. När det gäller utvidgad förskrivningsrätt för distrikts-

sköterskor och viss förskrivningsrätt för andra sjuksköterskegrupper har liknande motioner behandlats i betänkande 1994/95:SoU15. Utskottet ansåg att det krävs ytterligare erfarenheter av distriktssköterskornas förskrivningsrätt innan ställning bör tas till frågan om att utvidga förskrivningsrätten till fler grupper, t.ex. skolsköterskor.

Utskottet anförde i sin bedömning bl.a. följande.

Socialstyrelsens uppföljningsstudie av distriktssköterskornas förskrivningsrätt visar att förskrivningsrätten på olika sätt bidragit till en enklare och effektivare handläggning av vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet. Förskrivningsrätten har bl.a. inneburit en kompetenshöjning hos distriktssköterskorna som medfört ett mervärde för patienten bl.a. genom att den ökar tillgängligheten till behandlingsalternativet läkemedel. Den underlättar också för äldre, funktionshindrade och andra som har svårigheter att ta sig till en vårdcentral eller annan mottagning där läkare finns. Socialstyrelsen anser därför att en översyn bör ske av indikationsområden och läkemedel. På grund av de förändringar som skett, särskilt inom hälso- och sjukvård för äldre, finns enligt Socialstyrelsen anledning att överväga en utvidgning av förskrivningsrätten till att gälla även andra sjuksköterskegrupper/befattningar. Sådana grupper skulle enligt styrelsen kunna vara legitimerade sjuksköterskor med specialistutbildning inom geriatrik/gerontologi, verksamma inom kommunal hälso- och sjukvård för äldre, och distriktssköterskor verksamma inom skolhälsovård. Regeringen har aviserat att uppdrag inom kort skall ges Socialstyrelsen att i samråd med berörda myndigheter och organisationer bereda ärendet vidare med den inriktning som Socialstyrelsen föreslagit. Utskottet anser att ärendets vidare beredning bör avvaktas innan ställning tas till frågor om förskrivningsrätten. (Motionerna avstyrktes.)

Socialstyrelsen har nu erhållit ett uppdrag att se över möjligheterna att utvidga förskrivningsrätten i viss mån. Uppdraget skall redovisas senast den 31 augusti 1999.

Utskottets bedömning

Behörighetskommittén anförde i sitt betänkande (SOU 1996:138) att det kunde finnas skäl att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonal rätten att behandla allvarliga psykiska störningar. Kommittén ansåg dock att frågan behövde utredas ytterligare och lämnade inte något förslag i den delen. I samband med beredning av proposition 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och i anledning av motionsyrkanden gav utskottet våren 1998 som sin mening regeringen till känna att utskottet i stort instämde i den bedömning som Behörighetskommittén gjort, dvs. att olika frågeställningar inom det beskrivna området borde belysas ytterligare, samt att regeringen borde återkomma till riksdagen med en redovisning.

Utskottet utgår från att regeringen återkommer till riksdagen med den begärda redovisningen. Motionerna So267 (s), So295 (fp) och So317 (s) är i huvudsak tillgodosedda och avstyrks därför.

Av direktiven till utredningen om översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter (S 1997:16) framgår att utredningen skall lämna förslag om hur tillsynen över socialtjänsten kan förbättras och

effektiviseras samt att förutsättningarna för en bättre samordning av tillsynen över socialtjänsten samt hälso- och sjukvården bör analyseras. Motion So316 (s) är därmed i huvudsak tillgodosedd och avstyrks.

Frågor om behörighetsreglering för olika yrkesgrupper har nyligen prövats av riksdagen. Utskottet anförde i det sammanhanget att bl.a. dietister borde omfattas av den föreslagna regleringen med särskilt skyddad yrkestitel. Utskottet finner inte nu skäl att ändra detta ställningstagande. Motion So421 (s) avstyrks därför.

Utskottet delar inställningen i motion So252 (fp) yrkande 1 att utländska sjuksköterskor som har att genomgå språkprov inte bör underkännas därför att de gjort bagatellartade fel som saknar praktisk betydelse. Av de uppgifter som inhämtats från Socialstyrelsen anser sig utskottet dock kunna utgå från att proven inte tillämpas på ett sådant sätt. Motionsyrkandet avstyrks därför i den mån det inte är tillgodosett med det anförda.

Utskottet instämmer också i vad som anförts i motion So252 (fp) yrkande 2 om att den lämplighet som en elev visat för sitt yrke t.ex. i kontakt med patienterna bör beaktas vid bedömningen av eleven. Utskottet anser dock att de uppgifter som inhämtats från Socialstyrelsen visar att bedömningen av eleven görs med beaktande av den lämplighet för yrket som eleven visat vid praktiktjänstgöring. Motionsyrkandet avstyrks i den mån det inte är tillgodosett med det anförda.

Frågan om att utvidga förskrivningsrätten för vissa personalkategorier utreds för närvarande av Socialstyrelsen. Resultatet av detta arbete bör avvaktas. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motion So414 (kd). Motionen avstyrks.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

I *motion So294 av Kerstin Heinemann (fp)* begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om en treårig preskriptionstid (*yrkande 1*), samt att preskriptionstiden skall kunna räknas från den dag en felbehandling eller ett misstag upptäcks (*yrkande 2*). Motionärerna anför att i HSN:s arbete konstateras alltför ofta att nuvarande tidsgräns på två år innebär problem för anmälaren. Mycket ofta sträcker sig behandlingsperioderna över väsentligt längre tid än två år. Vid mycket långa sjukdomsperioder har vederbörande ofta inte återhämtat sig fysiskt eller psykiskt så att han eller hon orkar göra en anmälan efter en felbehandling. Vid dödsfall, inte minst när det gäller barn, krävs ofta lång tid för anhöriga att bearbeta sin sorg. Därmed faller deras möjligheter att anmäla ärendet när preskriptionstiden är så kort som två år. Samtidigt får inte preskriptionstiden sättas så att minnesbilder av aktuellt fall försvåras. Preskriptionstiden bör därför enligt motionärerna förlängas till tre år. I andra fall kan det vara så att orsaken till en patients besvär på grund av en felbehandling upptäcks först efter att preskriptionstiden har gått ut. Det är ur patientsynpunkt helt nödvändigt att preskriptionstiden ändras så, att när orsaken till en patients problem är ett misstag från sjukvården, skall preskriptionstiden börja löpa från den dag då misstaget upptäcks. I *yrkande 3* begärs ett tillkännagivande om värdet av ett ökat inslag

Tidigare behandling

Motionsyrkanden om HSAN:s verksamhet liknande de aktuella behandlades senast av utskottet i *betänkande 1997/98:SoU22 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Utskottet anförde under rubriken Preskription bl.a. följande (s. 21).

Syftet med bestämmelserna om disciplinpåföljd är i första hand att stärka patientsäkerheten men bestämmelserna ger också patienten en möjlighet till upprättelse. För att disciplinpåföljden skall få avsedd effekt gentemot den ansvarige yrkesutövaren bör dock påföljden åläggas snarast efter förseelsen. Rättssäkerheten för yrkesutövaren talar också för att tiden begränsas. Utskottet kan konstatera att ett antal ärenden (mål) har fått skrivas av på grund av att absolut preskription inträtt. Enligt utskottet bidrar bestämmelsen i dess nuvarande skick därmed inte till att upprätthålla en för patienter och personal godtagbar rättssäkerhetsnivå. Utskottet anser att den absoluta preskriptionstiden bör förlängas från fem till tio år efter förseelsen. Utskottet anser inte att det finns tillräckliga skäl att ändra den nuvarande tvååriga preskriptionstiden för underrättelse om anmälan. (Motionen avstyrktes.)

När det gäller frågan om muntlig förhandling vid HSAN anförde utskottet under rubriken HSAN:s verksamhet m.m. i samma betänkande bl.a. följande (s. 27).

Den nuvarande bestämmelsen om muntlig förhandling i HSAN överförs enligt propositionen med oförändrad lydelse till 7 kap. 11 § i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Utskottet, som anser att bestämmelsen är välavvägd, tillstyrker lagförslaget – – –. (Motionen avstyrktes.)

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det inte finns tillräckliga skäl att ändra den nuvarande tvååriga preskriptionstiden för underrättelse om anmälan. Motion So294 (fp) yrkandena 1 och 2 avstyrks därför. Likaså vidhåller utskottet uppfattningen att den nuvarande bestämmelsen om muntlig förhandling i 7 kap. 11 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område är väl avvägd och avstyrker yrkande 3 i motion So294 (fp).

Psykologiska test

I *motion So289 av Britt-Marie Danestig (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om översyn av forskning och utveckling inom det psykologiska metodområdet, framför allt av psykologiska test. Motionären anför att psykologiska test används av psykologer som arbetsinstrument inom bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst, habilitering, rättsmedicinalvård, skola och yrkesmässig rehabilitering. I arbetslivet och i försvaret används psykologiska test för rekrytering och urval. Vidare anförts att de i

Sverige använda psykologiska testen ofta har ett internationellt ursprung samt det finns ett stort behov av att anpassa dessa test till svenska förhållanden. Dessutom behöver nya svenska test utvecklas. Standardisering av internationella eller svenska psykologiska test är en tämligen omfattande och kostsam process. Det innebär t.ex. att varje test måste utprövas på tämligen stora svenska grupper innan det kan rekommenderas för användning. Anknypning till forsknings- och utvecklingsarbete är en nödvändighet. Motionären anför vidare att eftersom Sverige är ett litet land är de kommersiella möjligheterna små för att finansiera de större standardiseringsinsatserna för psykologiska test. Finansieringsmöjligheterna för vetenskaplig konstruktion, utprövning och därtill relaterat forsknings- och utvecklingsarbete bör därför uppmärksammas, när det gäller metodutveckling utan omedelbar kommersiell förräntning, men där människors behov av adekvata och rättvisande metoder väger tungt, anför det. Motionären hänvisar slutligen till Barnpsykiatrikommittén och anför att regeringen bör se över frågan.

Tidigare behandling

I den forskningspolitiska propositionen 1996/97:5, avsnitt 7 Socialdepartementet, föreslogs att till hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen skall höras att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen bör i den omfattning som behövs samverka med andra huvudmän samt med berörda universitet och högskolor. Ett förtydligande av denna innebörd, 26 b §, föreslogs infört i HSL. (I samband med behandlingen i utskottet hade inte avgivits något motionsyrkande rörande psykologiska test.) Lagförslaget tillstyrktes av utskottet (1996/97:SoU6). Riksdagen följde utskottet (rskr. 1996/97:59).

Ett par motioner (från fp och v) om psykologiska test liknande den nu aktuella behandlades i utskottets *betänkande 1995/96:SoU17* s. 35 f., vartill hänvisas.

Utskottet antecknade bl.a. att Sveriges Psykologförbund hade tagit upp frågan om ansvaret för svenska standardiseringar och normeringar av utländska test och om svenska psykologers tillgång till moderna, fullgott utprövade psykologiska instrument samt att en arbetsrapport avlämnades sommaren 1995. I rapporten hade bl.a. hänvisats till HSU 2000 som i enlighet med sina tilläggsdirektiv bl.a. skulle överväga ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

Utskottet uttalade i sin bedömning att utskottet ansåg det viktigt med en standardisering och normering av psykologiska test så att de blir rättvisande i svensk miljö. Frågor om forskning borde enligt utskottets uppfattning övervägas samlat vid behandlingen av nästa forskningspolitiska proposition. Motionsyrkandena avstyrktes.

Även i *betänkande 1997/98:SoU12* behandlades ett par motioner liknande den nu aktuella om psykologiska test. Utskottet anförde i sin bedömning bl.a. följande.

Sedan den 1 januari 1997 gäller enligt 26 b § i hälso- och sjukvårdslagen att landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Utskottet vidhåller sin tidigare uppfattning att det är viktigt med en standardisering och normering av psykologiska test så att de blir rättvisande i svensk miljö. Riksdagen bör dock inte ta något initiativ på området. (Motionerna avstyrktes.)

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin tidigare uppfattning att det är viktigt med en standardisering och normering av psykologiska test så att de blir rättvisande i svensk miljö. Riksdagen bör dock inte ta något initiativ på området. Motion So289 (v) avstyrks.

Ambulansfrågor

I motion So262 av Åke Carnerö och Tuve Skånberg (båda kd) begärs ett tillkännagivande till regeringen vad i motionen anförts om en utredning om ett rikstäckande luftambulanssystem med akutmedicinsk kompetens. Motionärerna hänvisar till Försvarsbeslut 96 som bl.a. innebar att arbetet med att åstadkomma en effektivare helikopterberedskap för sjuktransporter skall fortsätta samt att Försvarsmakten bör fortsätta sina ansträngningar att få till stånd avtal med sjukvårdshuvudmännen. För att möjliggöra ett heltäckande svenskt luftambulanssystem måste de helikopterresurser som finns i landet organiseras så att en tillfredsställande beredskap kan erbjudas medborgare i hela landet. Ett rikstäckande luftambulanssystem där Försvarsmaktens helikoptrar utgör en viktig resurs tillsammans med övriga helikopterresurser i samhället ökar tryggheten i samhället. Den utredning som pågår bör därför ta ett helhetsgrepp på hur ett svenskt luftambulanssystem med avancerad akutmedicinsk kompetens skall utformas.

I motion So451 av Lennart Klockare och Ola Rask (båda s) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ambulanssjukvårdens kompetens och bemanning. Motionärerna anför att det vid Göteborgs universitet pågår forskning om ambulanssjukvårdens yrkeskunnande och de kunskapsfält som ambulanssjukvårdaren använder i sitt professionella yrkesutövande. Denna forskning kan komma att visa på behov av en helt ny utbildning för ambulanssjukvård i Sverige. Det är dock viktigt att se hur denna utbildning kan användas inom andra områden i hälso- och sjukvården. Likaså är det viktigt att se vad som händer inom Norden och i övriga Europa. Motionärerna påpekar att det är angeläget att avvakta pågående forskningsresultat innan förändringar vidtas av ambulanssjukvårdens bemanning.

I 6 § HSL stadgas att landstingen svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

Motionsyrkanden om ambulanshelikoptrar behandlades senast i *betänkande 1997/98:SoU12*. Utskottet anförde bl.a.

Frågan om ambulanshelikoptrar i akutsjukvården behandlades i proposition 1996/97:137 Nollvisionen och det trafiksäkra samhället. Regeringen ansåg att förutsättningarna för ett sammanhängande system med ambulanshelikoptrar stationerade vid ett antal akutsjukhus i landet borde utredas och därvid bl.a. vägas mot andra resursbehov som finns inom hälso- och sjukvården. Ett klarläggande behövdes enligt propositionen, av de medicinska, organisatoriska och finansiella förutsättningarna för ett sammanhängande system med ambulanshelikoptrar och ambulanser. Enligt uppgift pågår arbete med direktiv för en utredning på området. (Motionen avstyrktes.)

Utskottet anser att riksdagen inte bör föregripa regeringens kommande förslag på området. (Motionerna avstyrktes.)

Regeringen har den 16 april 1998 gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och SOS Alarm Sverige AB utreda de medicinska, organisatoriska och finansiella förutsättningarna för ett sammanhängande system med ambulanshelikoptrar. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 30 april 1999.

Utskottets bedömning

Frågan om ett sammanhängande system med ambulanshelikoptrar är för närvarande föremål för utredning. Enligt utskottets uppfattning bör riksdagen därför inte ta något initiativ i denna fråga. Motion So262 (kd) avstyrks.

Ambulanssjukvårdens organisation är i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ med anledning av motion So451 (s). Motionen avstyrks.

Journalföring

I *motion So328 av Lennart Klockare och Monica Öhman (båda s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ADB-förda patientjournaler. Motionärerna anför att ADB-förda journaler innebär många fördelar men också att någon ”originaljournal” på papper inte finns. Vid varje utskrift skapas en ny journalhandling och det kan vara svårt för patienten och andra att avgöra om någon uppgift i journalen har ändrats eller lagts till utan att detta har angetts. Det finns nu tekniska möjligheter att genom en s.k. logg registrera om någon i efterhand har ändrat i en journal. Krav bör ställas på att en sådan teknik skall användas för alla som är registeransvariga för ADB-förda patientjournaler.

I *motion So350 av Agneta Lundberg m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om lagstadgad skyldighet för arbetsterapeuter att

föra journal utanför hälso- och sjukvårdens område. Motionärerna anför att arbetsterapeuter är skyldiga att enligt patientjournalagen föra patientjournal inom hälso- och sjukvårdens område. Ett inte ringa antal arbetsterapeuter meddelar dock vård inom socialtjänsten för människor med fysiska och psykiska sjukdomar och handikapp, för psykiskt utvecklingsstörda, inom skolväsendet och i arbetslivet. Arbetsterapeutens insatser inom dessa områden är förebyggande vård, behandlingar av sjukdomar, handikapp och andra besvär, utprovning av hjälpmedel samt rådgivning och undersökning för t.ex. intygsskrivning. Det är därför angeläget att skyldighet för arbetsterapeuter att föra journal utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområden lagstadgas.

Bakgrund

Av 1 § patientjournalagen (1985:562) framgår att vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras patientjournal. Vidare framgår av lagens 9 § att bl.a. den som är legitimerad enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område är skyldig att föra patientjournal.

Enligt 6 § patientjournalagen får uppgifter i en journalhandling inte utplånas eller göras oläsliga. Vidare framgår av samma paragraf att vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den. Socialstyrelsen har dock enligt 17 § samma lag möjlighet att under vissa förutsättningar medge att en journal helt eller delvis förstörs.

Av *Socialstyrelsens* föreskrifter beträffande Patientjournalagen (*SOSFS 1993:20*) framgår bl.a. följande under rubriken Journalföring med hjälp av ADB.

Med en journalhantering avses inte bara sedvanliga dokument utan även framställning i skrifter eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. Detta gäller t.ex. röntgenbilder samt patientjournaler på mikrofilm och journaler som förs med hjälp av ADB.

Patientjournalagen är teknikneutral, dvs den gäller oberoende av på vilket medium journalen förs. — — —

Det finns många olika datorjournalssystem. Det är emellertid viktigt att man använder sig av ett sådant system som uppfyller de krav som ställs i patientjournalagen, datalagen och sekretesslagen.

För ADB-förda journaler gäller alltså samma regler i patientjournalagen som för manuellt förda journaler. Det innebär bl a följande.

1. Det skall framgå av journalen vem som svarat för införandet av en viss uppgift.
2. Kravet på ”signering” måste upprätthållas på motsvarande sätt som vid förande av manuella journaler.
3. Rättelse av uppgift får inte medföra att den felaktiga uppgiften förstörs.
4. Journalanteckningarna skall kunna förstöras efter ett beslut av Socialstyrelsen enligt 17 § PjL.
5. Journalerna skall vid behov kunna lämnas ut i såväl original som i kopia.
6. Sådana behörighetsnivåer för tillgång till journalerna skall finnas som tillgodoser patienternas rätt till sekretesskydd och integritet.

7. Även anonyma patienter skall kunna registreras.

8. Journalerna skall kunna bevaras, gallras och arkiveras enligt bestämmelserna i patientjournalagen och dessa föreskrifter.

Det skall finnas ett tillfredsställande back-upsystem, t.ex. i form av en säkerhetskopior. Chefsöverläkare, läkare som avses i 14 § ALI eller den som annars svarar för patientjournalerna skall utforma sådana rutiner att föreskrifterna om förande av journaler med ADB-teknik kan följas.

Av 51 § socialtjänstlagen (1980:620) framgår att handläggning av ärenden enligt lagen som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Utskottets bedömning

Utskottet vill betona att hanteringen av ADB-förda patientjournaler måste uppfylla de krav som ställs i patientjournalagen. Det innebär dels att uppgifter i en journalhandling inte får utplånas eller göras oläsliga om inte Socialstyrelsen efter särskild prövning medgett detta, dels att vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den. Självfallet är det också ett oeftergivligt krav att systemet är så utformat att patienternas rätt till sekretesskydd och integritet tillgodoses. Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd där vikten av att patientjournalagen följs vid journalföring med hjälp av ADB särskilt framhålls. Riksdagen bör enligt utskottets uppfattning inte ta något initiativ med anledning av motion So328 (s). Motionen avstyrks.

Arbetsterapeuter är, liksom andra legitimerade grupper enligt 3 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, journalföringspliktiga vid vård av patienter inom hälso- och sjukvårdens område. Utskottet finner inte anledning att föreslå någon ändring beträffande journalföringsplikten. Motion So350 (s) avstyrks.

Aborter, fosterdiagnostik, äggdonationer m.m.

I motion So340 av Inger Davidson m.fl. (kd) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om ägg- och spermadonation (*yrkande 2*). Motionärerna anser att donation av könsceller kan komma att på olika sätt beröra de familjer och individer som ingår i givarens och mottagarens närhet. Det är därför viktigt att ifrån ett helhetsperspektiv analysera de potentiella problem som donationen kan medföra. I motionen berörs olika situationer för barnet, föräldrarna i den familj där barnet växer upp samt för donatorn och dennes familj. Motionärerna anser att de rättsliga konsekvenserna av ägg- och spermadonation inte är helt klara. Motionärerna anser att befruktning utanför kvinnans kropp med donerade könsceller bör upphöra. Motsvarande komplikationer gäller också vid givarinsemination. Motionärernas uppfattning är att man genom information om de etiska komplikationerna och genom underlätande av adoption bör få givarinsemination att upphöra. Motionärerna begär också ett tillkännagivande till regeringen om en vidgad syn på abortförebyg-

gande åtgärder (*yrkande 8*). Abort är att släcka liv. Allt måste enligt motionärerna göras för att i opinionsbildning och rådgivning framställa det som naturligt och självklart att en graviditet skall fullföljas. Socialt och ekonomiskt skall alla tänkbara insatser erbjudas för att undvika abort. En vidgad syn på vad som brukar kallas abortförebyggande åtgärder föreslås därför. I *yrkande 9* begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om tidsgränsen då Socialstyrelsens prövning krävs. Motionärerna anför att abortlagens nuvarande tidsgräns diskuteras både bland lekmän och medicinskt sakkunniga. Å ena sidan har det framförts argument för en sänkning av tidsgränsen. Antalet aborter skulle på det sättet kunna minska. Å andra sidan hävdas att en kortare tid skulle kunna medföra att en del abortsökande inte fick tillräcklig tid att i lugn och ro tänka igenom sitt beslut. Motionärerna anser att de tänkbara effekterna av en sänkt tidsgräns bör studeras noga. Vidare begärs i *yrkande 10* ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om livsduglighet. Motionärerna anser att en ändring måste ske av Socialstyrelsens allmänna råd. Motionärerna anser att det behövs entydiga signaler om att abort inte är tillåtet om ett barn kan bedömas livsdugligt utanför livmodern. De anser att den övre gränsen för abort bör ändras till 20 veckor för att marginalen skall vara tillräcklig. I *yrkande 11* begär motionärerna ett tillkännagivande om stödsamtal. De anser att informationen om stödsamtalen bör få en mycket tydligare inriktning än i dag. Varje abortsökande bör få en skriftlig information. Informationen bör redovisa vilka grundvärderingar samhället står för när det gäller människovärdet och tydligt men varsamt lyfta fram det etiska dilemma. På ett naturligt sätt kan sedan alternativet till abort diskuteras. Hur och i vilken omfattning stödsamtalen skall ske bör enligt motionärerna ytterligare övervägas. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om utbildning av personal som deltar i stödsamtal (*yrkande 12*). De anser att mötet vid ansökan om abort och följande stödsamtal endast skall få genomföras av personer som fått en utbildning i etisk rådgivning. I Norge finns en tvåårig akademisk utbildning för etisk rådgivning. Motionärerna anser att något liknande bör införas i Sverige. Grundkraven på rådgivarna bör fastställas av Socialstyrelsen, heter det i motionen. I *yrkande 13* begärs ett tillkännagivande om abortförebyggande och graviditetsstödande forskning. Motionärerna anser det viktigt med tvärvetenskaplig forskning kring situationen före och efter en abort för kvinnan, hennes familj och närmaste anhöriga. Många kvinnor får problem efter en abort. Resultaten från en intensifierad svensk forskning kunde enligt motionärerna bli till nytta såväl i det abortförebyggande och graviditetsstödande arbetet som vid stödsamtalen efter en abort, heter det i motionen.

I *motion So379 av Lars Gustafsson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om det abortförebyggande arbetet (*yrkande 9*). Motionärerna anför att det är synnerligen angeläget att samhället gör allt för att nedbringa antalet aborter. Ungdomsmottagningarna har stor betydelse i det förebyggande arbetet, vilket måste präglas av en djup och bred information av välutbildad personal. Sexualundervisningen måste enligt motionärerna fördjupas. Ansvarstagande för sin sexualitet och partnern bör betonas, heter det i motionen.

Ett liknande yrkande finns i *motion So340 av Inger Davidson m.fl. (kd) yrkande 14*. Familje- och preventivmedelsrådgivningen skall vara väl utbyggd i hela landet samt omfatta ett brett spektrum av metoder, även så kallad naturlig familjeplanering. Vidare måste det finnas ungdomsmottagningar i varje kommun, anför det.

I *motion So401 av Tuve Skånberg (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om en utredning av postabortsyndrom i ett kvinnohälsoperspektiv. Motionären anför att det i staten New York gjordes en jämförande studie under åren 1975–1979. 40 000 kvinnor undersöktes, varav hälften gjorde abort och hälften födde fram sina barn. När man senare analyserade deras påföljande hälsotillstånd beträffande barnafödande, såg man ett signifikant mönster av ökade komplikationer hos de kvinnor som gjorde abort. En kommande utredning bör undersöka om det finns några jämförande svenska studier. Utredningen bör också undersöka hur stort antalet prematurfödslar och utomkvedshavandeskap från 1970-talet och framåt är i Sverige. Likaså bör undersökas vilka svenska rön som gjorts i fråga om komplikationer vid kommande graviditeter för kvinnor som gjorde abort vid första graviditeten alternativt i tonåren.

I *motion So415 av Mikael Oscarsson (kd)* begärs ett tillkännagivande om en utvärdering av abortlagen. Motionären anför att en undersökning visar att närmare var tredje kvinna mellan 16 och 29 år som gjort abort uppger att de har eller har haft problem som de sätter i samband med aborten. Mot denna bakgrund finns det goda skäl att utvärdera den nuvarande abortlagen och undersöka bl.a. hur kvinnors psykiska hälsa förändrats, varför kvinnor gör abort, hur kvinnor mår efter en abort och om de får de alternativ till abort som de önskar.

I *motion So256 av Barbro Westerholm (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om införande av en lag om äggdonationer och uppföljning av en sådan lag (*yrkande 2*). Motionären anför att i dag är läget så att barnlösa par som har egna pengar att satsa på en behandling utomlands gör det, medan andra med samma medicinska behov inte får den möjligheten. Det är därför angeläget att regeringen lägger fram ett lagförslag till riksdagen som jämställer äggdonation med spermadonation. Till förslaget bör kopplas en plan över hur man avser att följa upp och utvärdera lagen.

Även i *motion So452 av Birgitta Ahlqvist och Lennart Klockare (båda s)* yrkas att regeringen snarast återkommer till riksdagen med förslag om hur äggdonationsverksamheten i Sverige skall regleras.

I *motion A807 av Birger Schlaug m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om att resurser satsas på forskning om preventivmedel för män (*yrkande 10*).

Tidigare behandling, pågående arbete

Utskottet behandlade motionsyrkanden om abortförebyggande arbete och fosterdiagnostik senast i *betänkande 1997/98:SoU12* (mars 1998). Utskottet återgav i det sammanhanget delar av Socialstyrelsens råd (1989:6) samt delar av Socialstyrelsens allmänna råd om information om fosterdiagnostik, SOSFS 1997:20 (s. 80–83 i utskottets betänkande). I sin bedömning uttalade utskottet följande (delvis återgiven).

Utskottet anser det mycket angeläget att antalet aborter minskar. För att åstadkomma en minskning måste arbetet på att stärka och förbättra de förebyggande insatserna fortsätta. Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet arbetar också aktivt på området. Något initiativ från riksdagens sida behövs inte enligt utskottet. (Motionerna avstyrktes.)

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

Utskottet kan konstatera att Statens medicinsk-etiska råd fortlöpande följer utvecklingen på det medicinsk-etiska området. Något initiativ från riksdagen behövs inte. (Motionerna avstyrktes.)

Innan abort utförs skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Syftet med ett stödsamtal är att hjälpa kvinnan att själv fatta beslut om huruvida hon skall genomgå abort eller inte. Kvinnan/föräldraparet skall även erbjudas stödsamtal efter genomgången abort. Ansvar för utformningen av stödsamtalet åligger sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen omarbetar för närvarande Allmänna råd om tillämpningen av abortlagen. Enligt uppgift gäller omarbetningen bl.a. avsnittet om stödsamtal/kuratorssamtal. Något initiativ från riksdagen behövs inte med anledning av motionerna.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det inte finns någon anledning att begränsa rätten till abort eller att nu se över abortlagstiftningen. Socialstyrelsen omarbetar för närvarande de allmänna råden på området. Motionerna berörs i vart fall i någon mån av den omarbetningen. (Motionsyrkandena avstyrktes.)

De frågor som tas upp i motionerna – – – faller inom ramen för Statens medicinsk-etiska råds uppdrag. Rådet lämnade våren 1995 sina synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen. Riksdagen bör inte föregripa regeringens kommande förslag på området. (Motionerna avstyrktes.)

Enligt uppgift från *Socialstyrelsen* pågår en omarbetning av de allmänna råden om tillämpningen av abortlagen (mars 1999). De nya råden beräknas bli färdigställda under våren 1999.

I utskottets *betänkande 1997/98:SoU12 Hälsa- och sjukvårdsfrågor* behandlades motioner om manligt hormonellt preventivmedel. Utskottet anförde att enligt uppgift pågår arbete i USA med att utveckla ett sådant preventivmedel. Utskottet ansåg vidare att riksdagen inte borde ta något initiativ på området. Motionerna avstyrktes (s. 106).

Utskottet vidhåller att det är mycket angeläget att antalet aborter minskar. För att åstadkomma en minskning måste arbetet med att stärka och förbättra de förebyggande insatserna fortsätta. Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet arbetar också aktivt på området. Något initiativ från riksdagens sida behövs inte enligt utskottet. Motionerna So340 (kd) yrkande 8, 13 och 14, So379 (kd) yrkande 9 och So401 (kd) avstyrks.

Innan abort utförs skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Syftet med ett stödsamtal är att hjälpa kvinnan att själv fatta beslut om huruvida hon skall genomgå abort eller inte. Kvinnan/paret skall även erbjudas stödsamtal efter genomgången abort. Ansvaret för utformningen av stödsamtalet ligger på sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen omarbetar för närvarande de allmänna råden om tillämpningen av abortlagen. Omarbetningen avser bl.a. avsnittet om stödsamtal/kuratorssamtal. Från Socialstyrelsen har inhämtats att de nya råden kommer att färdigställas under våren 1999. Med hänsyn härtill behövs inte något initiativ från riksdagen med anledning av yrkandena 11 och 12 i motion So340 (kd). Yrkandena avstyrks.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det inte finns någon anledning att begränsa rätten till abort eller att nu se över abortlagstiftningen. Som ovan anförts avser Socialstyrelsen att inom kort ersätta de nu gällande allmänna råden. Motion So340 (kd) yrkande 9 avstyrks. Även motion So340 (kd) yrkande 10 avstyrks. Vidare avstyrks motion So415 (kd).

De frågor som tas upp i motionerna So256 (fp) yrkande 2, So340 (kd) yrkande 2 och So452 (s) faller inom ramen för Statens medicinsk-etiska råds uppdrag. Rådet lämnade våren 1995 sina synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen. Riksdagen bör inte ta något initiativ på området. Motionerna avstyrks därför.

Utskottet vidhåller sin uppfattning att riksdagen inte bör ta något initiativ när det gäller frågan om preventivmedel för män. Motion A807 (mp) yrkande 10 avstyrks.

Organdonation, m.m.

I motion So340 av Inger Davidson m.fl. (kd) begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om organdonation och aktivt samtycke (yrkande 15). Motionärerna anför att en fråga som varit föremål för omfattande diskussioner och överväganden är vem som skall få bestämma om organ får tas till vara eller inte. De flesta anser att det är bäst om varje individ under sitt liv själv ger uttryck för sin vilja – eller tveksamhet inför – att bli donator. Då blir frågan sällan ett problem för de anhöriga, heter det i motionen. Huvudprincipen måste enligt motionärerna vara aktivt samtycke från givaren. Om det blir allt vanligare med personliga beslut om organdonationer kommer det också att uppfattas som naturligt att till en avlidens närstående ställa frågan om hur personen ställde sig till att bli donator av organ. I yrkande 16 begärs ett tillkännagivande om uppgiftslämnande till organdonationsregistret. Motionärerna anser att stat, landsting eller kommuner aktivt bör informera om organdonation vid de tillfällen då människor naturligt har

kontakt med vissa myndigheter. Sådana tillfällen kan enligt motionärerna vara mönstring inför värnplikt, utfärdande av körkort, besök vid hälsomotagningar etc. Vid sådana tillfällen skulle den enskilde erbjudas att lämna uppgifter till organdonationsregistret. Det skulle enligt motionärerna underlätta för många att på detta sätt ge sin åsikt till känna. I *yrkande 17* begärs ett tillkännagivande till regeringen om donationskort. Motionärerna anser att den vilja till organdonation som den enskilde lämnar till organdonationsregistret skulle – förutom i registret – dokumenteras på ett donationskort. Även i detta sammanhang är det viktigt att lyfta fram behovet av information och utbildning, heter det i motionen. I *yrkande 18* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om aktiv dödshjälp. Motionärerna anser att kraven på eutanasi med skärpa måste motarbetas. Kraven uttrycker en cynism inför människovärdet och uttrycker ofta ett starkt nyttotänkande.

Tidigare behandling, pågående arbete

Motionsyrkanden liknande de som nu är aktuella behandlades senast i *betänkande 1997/98:SoU12*. Utskottet hänvisade till *betänkande 1997/98:SoU2* i vilket en relativt ingående beskrivning av transplantationslagens tillkomst redovisats. Vidare hade i det sammanhanget redogjorts för arbetet med information om bl.a. organdonation, donationskort. Utskottet anförde vidare i sin bedömning att krav på samtycke för ingrepp på en avliden människa för transplantationsändamål finns i lagen om transplantation m.m. (1995:831) samt att utskottet inte hade ändrat uppfattning när det gäller kravet på samtycke vid ingrepp på en avliden person för transplantationsändamål. Utskottet anförde också att regeringen avsatt extra medel till Socialstyrelsens disposition för informationsinsatser, produktion och distribution av donationskort. Slutligen anförde utskottet att regeringen i direktiven om vård i livets slutskede klart markerat att den är helt emot att legalisera dödshjälp. (Motionen avstyrktes.)

Kommittén om vård i livets slutskede (S 1997:23) skall enligt direktiven överväga och lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten för dem som är svårt sjuka och döende, deras familjer och närstående. I direktiven (dir. 1997:147) anför under rubriken Dödshjälp följande.

Vid olika tillfällen har en legalisering av dödshjälp diskuterats.

Dödshjälp, eller eutanasi, innebär att en läkare avsiktligt avslutar en patients liv på dennes begäran. Enligt svensk lag är eutanasi förbjuden. Den som berövar en annan människa livet gör sig skyldig till mord eller dråp, även om det sker på den dödades begäran.

En förklaring till det ökade intresset för eutanasi kan vara patienternas krav på ökad autonomi, inkluderande rätten att avsluta sitt liv. Men rätten att bestämma är, som tidigare sagts, inte absolut när det gäller vårdinsatser.

Läkarens uppgift är att värna liv. Om dödshjälp skulle legaliseras skulle det kunna leda till att människors tillit till hälso- och sjukvården och dess personal hotades. En legalisering av dödshjälp skulle också ge skrämmande signaler till de många som vill leva trots svår sjukdom.

En önskan om hjälp att dö kan vara ett uttryck för att människor i livets slutskede inte blir befriade från smärta och plågor på det sätt som hade varit önskvärt. Det måste därför stå helt klart att brister i vården inte skall komp-

enstras genom att läkare får rätt att ge dödshjälp utan genom att den palliativa vården utvecklas och förbättras och kommer dem till del som har behov av den. Antalet fall där god palliativ vård inte skulle ge tillräcklig effekt är, enligt många bedömare, synnerligen litet.

Om dödshjälp skulle tillåtas, skulle ett visst antal människor kunna komma att få dödshjälp trots att de inte uttryckligen begärt det. Därtill kommer att många skulle kunna känna oro för att dödshjälp tillgrips på ett otillbörligt sätt.

Frågan om dödshjälp skall således inte behandlas av kommittén.

Utredningsarbetet skall vara slutfört senast den 31 december 2000.

Utskottets bedömning

Utskottet vill återigen poängtera att krav på samtycke för ingrepp på en avliden människa för transplantationsändamål finns i lagen om transplantation m.m. (1995:831) samt att denna lag i stor enighet antogs av riksdagen våren 1995 (prop. 1994/95:148, SoU21, rskr. 381). Utskottet har inte ändrat uppfattning när det gäller kravet på samtycke vid ingrepp på en avliden person för transplantationsändamål. Vidare kan påpekas att regeringen vid ett par tillfällen har avsatt extra medel till Socialstyrelsens disposition för informationsinsatser, produktion och distribution av donationskort m.m.

Med hänvisning till det anförda avstyrks motion So340 (kd) yrkande 15. Även yrkandena 16 och 17 avstyrks.

I direktiven till utredningen om vård i livets slutskede har regeringen klart markerat att den är helt emot att legalisera dödshjälp. Det saknas därför anledning för riksdagen att ta något initiativ med anledning av motion So340 (kd) yrkande 18.

Hivpreventiva frågor, informationsinsatser, m.m.

I motion So424 av Ulf Kristersson m.fl. (m) begärs tillkännagivanden om vad i motionen anförts om hiv/aidsarbetets inriktning på information, rådgivning och beteendepåverkan (yrkande 1), om samlevnadsundervisningen i skolan (yrkande 3), om hiv och invandrare (yrkande 4) och om frivilliga organisationers informationsarbete (yrkande 6). Information som påverkar attityder och beteenden är enligt motionärerna avgörande för att hejda smittspridningen. Information om hiv/aids bör också ingå i all upplysningsverksamhet om sexuellt överförbara sjukdomar. Kampanjer på nationell och regional nivå behövs för att påminna människor om riskerna med hiv. Informationskampanjerna måste, enligt motionärerna, vara ärliga och formulerade på ett sådant sätt att människor i riskzonen påverkas och låter testa sig. Det är viktigt att informationen utformas så att den når de målgrupper som avses. Särskilda målgrupper för det förebyggande arbetet måste, enligt motionärerna, vara ungdomar, homo- och bisexuella män, flyktingar och invandrare, narkotikamissbrukare och utlandsresenärer. För att verkligen påverka attityder och beteenden bör informationsinsatserna kombineras med samtal och dialog. Personer som arbetar med att förhindra smittspridning måste få särskild utbildning så att de kan möta unga människor och hjälpa dem att finna större

säkerhet, trygghet och ansvarstagande i sin sexualitet. Sådan utbildning måste gälla kunskap om såväl hetero- som homosexualitet. Skolan har en viktig uppgift när det gäller fördjupad information till ungdomar. Information om hiv liksom om andra sexuellt överförbara sjukdomar samt om homosexualitet måste ingå i all samlevnadsundervisning, anser motionärerna. Lika viktigt är det att nå flyktingar och invandrare, som kanske tidigare inte fått någon information i sina hemländer om faran med hivsmittan. Särskild information bör också riktas till olika personalgrupper som kommer i kontakt med flyktingar och invandrare. Vidare framhåller motionärerna frivilligorganisationernas viktiga roll i det förebyggande arbetet. En större del av informationsmedlen bör komma dessa organisationer till del. I *yrkande 2* begär motionärerna att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som anförts om en utvärdering av lagstiftningens effekter och annat hivpreventivt arbete. Om den relativt begränsade smittspridningen i vårt land är ett resultat av smittskyddslagens bestämmelser och förbud mot t.ex. bastuklubbar har enligt motionärerna aldrig utvärderats. Samma förhållande gäller det arbete som Folkhälsoinstitutet bedriver samt effekterna av olika informationskampanjer. Vidare begärs ett tillkännagivande om vad som anförts om utvärdering av kontaktspårningen (*yrkande 7*). Kontaktspårningen är, enligt motionärerna, ett av de viktigaste vapnen i smittskyddsarbetet och den måste bedrivas intensivt och på ett kompetent och förtroendeingivande sätt. I syfte att få en så effektiv kontaktspårning som möjligt i hela landet, bör dess kvalitet och resurser omgående utvärderas. Vidare begärs också ett tillkännagivande om vad som anförts om provtagning av hiv (*yrkande 8*). Provtagningen fyller, enligt motionärerna, en viktig funktion i kampen mot hiv. En väl utbyggd hivtestning av god kvalitet måste därför vara ett naturligt inslag i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att provtagningen görs både i form av screening och med avidentifierade test för att få en effektiv övervakning av epidemin. Samtidigt måste en lättillgänglig provtagning finnas för människor som är oroliga för att de kan vara hivinfekterade, menar motionärerna. Vidare bör flyktingar och invandrare som kommer till Sverige erbjudas hivtest som ett led i en hälsoundersökning. Vidare yrkas att riksdagen beslutar om en sådan ändring av smittskyddslagen att såväl konsultation som behandling vid samhällsfarlig sjukdom skall vara kostnadsfri för patienten, oavsett om denne vänder sig till den offentliga sjukvården eller till försäkringsansluten privatpraktiserande läkare i enlighet med vad som anförts i motionen (*yrkande 9*). Motionärerna avvisar den åtskillnad som görs mellan offentlig och enskild vård. Frihet att välja vårdgivare är särskilt viktig när det gäller en sexuellt överförd sjukdom. Slutligen begärs i *yrkande 11* ett tillkännagivande om forskningen. Motionärerna anser att forskningen är av central betydelse för att vi skall hitta ett vaccin mot hiv samt hitta rätt behandling till både aids-sjuka och till symtomfria hivsmittade. Forskningen på detta område måste få möjlighet att utvecklas. Det måste vara en prioriterad fråga att satsa pengar på detta forskningsområde där Sverige redan ligger väl framme.

I *motion Ju709 av Barbro Westerholm m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om hivprevention (*yrkande 16*). Motionärerna anför att mycket av preventionen för män som har sex med män sker i samarbete med de homosexuellas organisationer. Det har lett till att inrikt-

ning, kampanjmetoder och kanaler är effektiva. Det är därför viktigt att dessa satsningar får fortsätta och att Folkhälsoinstitutets bidrag till verksamheten inte minskar. Vidare är det viktigt att tillåta anonym testning.

Tidigare behandling, pågående arbete

Motionsyrkanden om hivprevention m.m., varav några exakt likalydande som dem som nu behandlas, behandlades av utskottet i *betänkande 1997/98:SoU12 Hälso- och sjukvårdsfrågor*. Utskottet anförde i sin bedömning bl.a. följande.

Utskottet vidhåller att det är glädjande att de hivförebyggande insatserna varit framgångsrika och att smittspridningen inte har fått den omfattning som tidigare befarats. Insatserna mot hiv/aids måste dock ges fortsatt hög prioritet på alla samhällsnivåer och bör i ökad utsträckning riktas mot de grupper där riskbeteendet är som störst och där en fortsatt hög smittspridning sker. Utskottet anser att det finns ett behov av att från centralt håll initiera och stödja förebyggande insatser. De preventiva insatserna bör dock så långt som möjligt integreras i kommuners och landstings reguljära verksamhet. Det är också angeläget att ett ökat samarbete mellan olika aktörer kommer till stånd. Skolhälsovården och ungdomsmottagningarna har en viktig funktion. Många frivilligorganisationer och intresseorganisationer gör betydelsefulla insatser på området och deras erfarenheter bör tas till vara i det fortsatta arbetet. Motionerna – – – står inte i någon egentlig motsättning till den förda politiken. – – – (Motionerna avstyrktes).

De frågor som berörs i yrkandena 2, 7 och 8 i motion So206 (m) omfattas av direktiven (1996:68) för kommittén för en översyn av smittskyddslagen. Riksdagen bör inte föregripa kommitténs kommande förslag på området. Yrkandena avstyrks.

När det gäller yrkande 9 i motion So206 (m) vidhåller utskottet sin tidigare inställning att patientavgifter bör erläggas när vård och behandling för en samhällsfarlig sjukdom ges av privatpraktiserande läkare. Utskottet vidhåller också sin inställning när det gäller forskningen på området. Yrkandena 9 och 11 i motion So206 (m) avstyrks därför.

I det senaste *forskningsbetänkandet 1996/97:SoU6* behandlades ett motionsyrkande liknande yrkande 11 i motion So424 (m). För en utförlig redogörelse hänvisas till betänkandet (s. 24–25). I sin bedömning konstaterade utskottet att regeringen i propositionen hade uttalat att forskningen inom smittskyddsområdet borde ha en fortsatt hög prioritet. Forsknings- och utvecklingsarbetet skulle bl.a. inriktas på praktisk tillämpning av nya vetenskapliga fynd. Utskottet delade denna inställning och såg inte någon egentlig motsättning mellan motionsyrkandet och propositionen. Yrkandet ansågs i huvudsak tillgodosett och avstyrktes. Riksdagen följde utskottet (rskr. 59).

I den senaste *budgetpropositionen 1998/99:1 (utg.omr. 9)* anfördes under anslag A 4 Insatser mot aids bl.a. följande:

Det hiv-preventiva arbetet har varit framgångsrikt. Sverige har förblivit ett land med låg förekomst av hiv-infektion trots ett omfattande resande och invandring från länder med hög förekomst av hiv/aids. Årligen upptäcks ca 250 personer med hiv-diagnos. Sedan år 1995 har antalet nya anmälda aidsfall minskat i Sverige. Största förändringen skedde bland homosexuellt smittade män, med en minskning på 61 procent. Bland heterosexuellt smittade

har ingen motsvarande minskning skett under perioden. I den heterosexuellt smittade gruppen har det stora flertalet smittats utomlands. Minskningen av antalet anmälda aidsfall kan delvis förklaras av att de så kallade bromsmedicinerna började användas under år 1996.

Av avgörande betydelse för hur det preventiva arbetet lyckas är en väl fungerande verksamhet inom kommuner, landsting och frivilligorganisationer samt en god samverkan mellan dessa.

Folkhälsoinstitutet har ett nära samarbete med olika frivilligorganisationer vad gäller hiv/aidsfrågor och lämnar ekonomiskt stöd till dessa. Det största ekonomiska stödet lämnas till NoaksArk-Röda korset, RFSL och RFSU. En utvärdering av dessa organisationer visar att de har en specifik och ändamålsenlig målgruppsinriktning. Organisationerna har framgångsrikt engagerat medlemmar och aktivister och skapat en social rörelse kring sexualupplysning och preventionsarbete.

Ekonomiskt stöd ges också direkt till de hivsmittades frivilligorganisationer på riksnivå. De rikstäckande invandrarorganisationerna samarbetar direkt med Folkhälsoinstitutet och spelar en aktiv roll i vissa projekt.

En utvärdering av det så kallade extra bidraget främst till storstäderna redovisades för riksdagen i budgetpropositionen för år 1997. Utvärderingen visade att det bedrivs ett mångfacetterat och avancerat arbete som bygger på genomarbetade handlingsprogram i de stora städerna.

Slutsatser

Det hiv-preventiva arbetet har varit mycket framgångsrikt och bör enligt regeringen få fortsatt hög prioritet. Den inriktning som angavs i budgetpropositionen för år 1998 ligger fast;

- insatserna bör genomföras inom ramen för sammanhållna handlingsprogram,
- insatserna bör i ökad utsträckning riktas mot de grupper som löper störst risk att smittas med hiv/aids,
- samarbetet mellan olika aktörer behöver fördjupas,
- stödet till frivilligorganisationer bör prioriteras och deras kompetens tillvaratas och utvecklas samt
- insatserna skall fortlöpande följas upp och utvärderas.

Till förebyggande hiv/aids-verksamhet i storstadsområdena fördelades för år 1998 90 miljoner kronor från det under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner uppförda anslaget A2 Bidrag för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting. Syftet var att underlätta avvecklingen av en del av det tidigare specialdestinerade bidraget och att värna den verksamhet som byggts upp i samarbete mellan kommuner, landsting och frivilliga organisationer. Regeringens avsikt är att även för år 1999 värna om de verksamheter som byggts upp och medel avses utbetalas från anslaget A2 under utgiftsområde 25. En överföring från A4-anslaget bör engångsvis göras med 14 miljoner kronor till anslaget A2 under utgiftsområde 25. Bidraget skall användas för hiv/aidsförebyggande arbete i storstäderna.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 51 622 000 kronor anvisas under anslaget A4 Insatser mot aids för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 65 622 000 kronor vardera året.

Utskottet gjorde följande bedömning i *betänkande 1998/99:SoU1*. Utskottet konstaterar att det hivpreventiva arbetet varit framgångsrikt och att före-

komsten av hivinfektion i landet ligger kvar på en låg nivå. Utskottet vidhåller att insatserna mot hiv/aids måste ges fortsatt hög prioritet på alla samhällsnivåer samt att de i ökad utsträckning bör riktas mot de grupper där riskbeteendet är som störst och där en fortsatt hög smittspridning sker. Enligt utskottets mening bör de preventiva insatserna så långt som möjligt integreras i kommunernas och landstingens reguljära verksamhet. Utskottet har därför inte något att invända mot att medel från ifrågavarande anslag överförs till utgiftsområde 25, anslag A 2, för att användas för förebyggande hiv/aidsverksamhet i storstadsområdena. Utskottet vill i detta sammanhang framhålla att överföringen till ett annat utgiftsområde inte innebär någon sänkning av ambitionsnivån när det gäller det hivpreventiva arbetet. Utskottet finner den av regeringen föreslagna medelsanvisningen väl avvägd.

De aktuella motionerna avvisades. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1998/99:104).

Folkhälsoinstitutet har givit ut en rapport med titeln *Liv med HIV* (1998:39). Rapporten innehåller tre studier om män som haft kontakt med Venhälsan och PH-center (psykosocial mottagning för homo- och bisexuella män med hivrelaterad problematik).

1996 års *smittskyddskommitté* beräknas avge slutbetänkande i mars 1999. Av direktiven framgår att kommittén bl.a. skall kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer bör tas till vara (dir. 1996:68).

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller att det är glädjande att de hivförebyggande insatserna varit framgångsrika och att smittspridningen inte har fått den omfattning som tidigare befarats. Insatserna mot hiv/aids måste dock ges fortsatt hög prioritet på alla samhällsnivåer och bör i ökad utsträckning riktas mot de grupper där riskbeteendet är som störst och där en fortsatt hög smittspridning sker. Utskottet anser att det finns ett behov av att från centralt håll initiera och stödja förebyggande insatser. De preventiva insatserna bör dock så långt som möjligt integreras i kommuners och landstings reguljära verksamhet. Det är också angeläget att ett ökat samarbete mellan olika aktörer kommer till stånd. Skolhälsovården och ungdomsmottagningarna har en viktig funktion. Många frivilligorganisationer och intresseorganisationer gör betydelsefulla insatser på området och deras erfarenheter bör tas till vara i det fortsatta arbetet. Motion So424 (m) yrkandena 1, 3, 4 och 6 står inte i någon egentlig motsättning till den förda politiken. Något initiativ från riksdagen behövs inte. Motionsyrkandena avstyrks därför. Även motion Ju709 (fp) yrkande 16 (delvis) avstyrks.

De frågor som berörs i yrkandena 2, 7 och 8 i motion So424 (m) omfattas av direktiven (1996:68) för kommittén för en översyn av smittskyddslagen. Kommitténs slutbetänkande kommer inom kort att överlämnas till regeringen. Riksdagen bör inte föregripa kommande förslag på området. Yrkandena avstyrks.

När det gäller frågan om fullständig anonymitet vid hivtest vill utskottet också hänvisa till kommittén. Frågan bedöms falla inom ramen för utredningens direktiv. Motion Ju709 (fp) yrkande 16 (delvis) avstyrks.

Även när det gäller frågan om patientavgifter bör erläggas när vård och behandling för en samhällsfarlig sjukdom ges av privatpraktiserande läkare vill utskottet hänvisa till kommittén. Motion So424 (m) yrkande 9 avstyrks. Utskottet vidhåller också sin inställning när det gäller forskningen på området. Yrkande 11 i motion So424 (m) avstyrks därför.

Bemötande av homosexuella

I *motion Ju709 av Barbro Westerholm m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om olika gruppers yrkesutövning när det gäller respekten för homosexuella (*yrkande 13*). Motionärerna anför att läkares, sjuksköterskors, psykologers, psykoterapeuters och liknande gruppers yrkesutövning skall bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är enligt motionärerna inte förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att arbeta med omvändelse av homosexuella. Detta bör komma till uttryck vid prövningen av legitimationsärenden m.m. inom Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I *yrkande 15* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om hälso- och sjukvårdens behov av kunskap om lesbiska kvinnors behov. Motionärerna anför att en enkätundersökning i Stockholm visat att kunskaperna om sexuell överföring av sjukdomar är mycket små och att man skyddar sig mycket sällan när man har sex med kvinnor. Bara hälften av kvinnorna berättar för sin gynekolog om sin homosexualitet. De kommer också i lägre utsträckning till mammografi och cellprovtagningar.

Bakgrund

Folkhälsoinstitutet har givit ut en rapport (kunskapssammanställning) med titeln *Lesbisk hälsa. En översikt av hälsofrågor i en marginaliserad grupp* (F-serie nr 3, 1996). I slutorden anför rapportförfattaren att forskningen måste fördjupas och breddas. För sjukvårdens del skulle det kunna vara en angelägen arbetsuppgift att kartlägga attityder och kunskaper bland vårdgivare på alla områden – från MVC till sjukhemmet – i kvalitetshöjande syfte. Det finns enligt uppgift klara indikationer på hälsoproblem bland lesbiska kvinnor. I USA och London finns särskilda mottagningar för lesbiska kvinnor. Rapportförfattaren föreslår att något sådant borde prövas i en större stad i Sverige och stå för kunskaps- och metodutveckling i syfte att höja kompetensen i den övriga sjukvården.

Utskottets bedömning

Av 2 kap. 1 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att en patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård

som uppfyller detta krav. Av 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att vården skall bygga på respekt för patientens medbestämmande och integritet.

Utskottet delar motionärernas uppfattning att det inte kan accepteras om hälso- och sjukvårdspersonal på något sätt försöker påverka homosexuella när det gäller deras sexuella läggning. Utskottet anser dock inte att riksdagen bör ta något initiativ i denna fråga.

Utskottet instämmer också i motionärernas uppfattning att det är angeläget att hälso- och sjukvårdens personal har goda kunskaper om lesbiska kvinnors behov. Detta är emellertid i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen och inte för riksdagen. Inte heller i denna fråga bör riksdagen ta något initiativ.

Motion Ju709 (fp) yrkandena 13 och 15 avstyrks.

Vård och behandling för olika sjukdomar m.m.

I *motion So437 av Marianne Jönsson (s)* begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om behovet av en mera aktiv epilepsivård. Motionären anför att pensionsavgångar drastiskt kommer att minska tillgången på neurologer och att utbildningstakten kraftigt måste ökas för att undvika en katastrofal brist på neurologisk kompetens. Motionären anför vidare att den första kontakten med sjukvården efter ett misstänkt epileptiskt anfall alltid är fylld av oro. Det är då utomordentligt viktigt att dels möta vårdpersonal med insikt och kunnighet, dels bli snabbt och grundligt utredd. Utredningen är enligt motionären en uppgift för specialister med erfarenhet av att bedöma anfallstyp och behandlingsstrategi. Vidare aktualiseras rehabilitering och habilitering i allmänhet för sent. De vinster som ligger i ett tidigt åtgärdande tillvaratas inte. Motionären föreslår att ett kunskapscentrum för epilepsi inrättas. Vidare måste vården av barn med epilepsi prioriteras. Motionären anser att i det decentraliserade samhället tenderar olikheten i möjligheter att erhålla sjukvård på lika villkor att öka. Landstingens prioritering av och tillgången på epilepsivård inom eget landsting varierar enligt motionären högst påtagligt.

I *motion So453 av Rinaldo Karlsson och Carin Lundberg (båda s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av forskning kring sjukdomen familjär amyloidos. Motionärerna anför att familjär amyloidos på grund av sitt begränsade spridningsområde, delar av Norrland, är mindre känd. Sjukdomen kallas även för Skellefjesjukan eller Västerbotenssjukan. Sjukdomen drabbar ofta unga människor, 25–55 år. Man blir mycket svårt handikappad och sjukdomen leder oftast till döden. I Sverige finns några forskare som är intresserade av sjukdomen och deras forskning har också gett resultat. I dag saknas långsiktiga ekonomiska resurser för att kunna föra forskningen framåt. De medel som har stått till förfogande är frivilliga insatser. Det är viktigt att resurser också finns för sjukdomar som inte får så stora rubriker, men som är en tragedi för de inblandade och deras familjer.

I *motion So237 av Berit Adolfsson (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om smärtlindring. Motionären anför att undersökningar visar att många cancersjuka helt i onödan har svåra smärtor i livets slutskede. Motionären anför att det inom landsting och kommuner säkerligen pågår olika arbeten och projekt med inriktning på smärtlindring. Det är viktigt att alla avslutade, nu pågående och planerade arbeten och projekt kartläggs och inventeras. Det finns med stor sannolikhet mycket att vinna på att ta del och lära av andras kunskaper och erfarenheter. Kartläggningen bör, tillsammans med inhämtande och sammanställning av övriga fakta och kunskaper inom området, resultera i en utbildningsplan för all vårdpersonal som arbetar med smärtlindring.

I *motion So321 av Ingrid Burman m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa en rapport om vestibulit (*yrkande 7*). Motionärerna anför att vestibulit är en ”nyupptäckt” sjukdom som nästan bara drabbar unga kvinnor och som yttrar sig som mycket svåra smärtor i slidmyningen. Orsaken tycks vara en kombination av svampinfektioner, biverkningar av läkemedel mot svampinfektioner och överansträngning av slemhinnorna. En teori är att det kan finnas ett samband med samlag som genomförs trots att kroppen inte har lust. Nära hälften av gynekolog- och hudkliniker vid landets sjukhus har eller planerar ett samarbete kring vestibulit genom att öppna speciella mottagningar.

I *motion So275 av Maj-Britt Wallhorn m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en åldersgräns i sjukvården (*yrkande 1*). Motionärerna anför att en undersökning visat att en åldersgräns håller på att växa fram inom sjukvården. De äldre räknas ibland som ett B-lag och behandlas inte lika bra som de yngre på en medicinavdelning. Det får enligt motionärerna inte vara samhällsnyttan som avgör vårdinsatsen. Landsting och kommuner måste garantera fortsatt god vård. Omsorgen om äldre skall vara ett prioriterat område.

I *motion So251 av Rigmor Ahlstedt (c)* begärs ett tillkännagivande om en översyn av möjligheterna att få likvärdig behandling vid infertilitet. Motionären anför att det i dag råder stora ekonomiska skillnader för dem som på grund av ofruktsamhet inte kan skaffa barn på naturlig väg. Sedan några år tillbaka klassas infertilitet som en sjukdom, men landstingen gör väsentliga skillnader i prioriteringsordning när det gäller att bedöma barnlösheten och dess psykologiska konsekvenser. Detta är inte tillfredsställande, anför motionären. Behandlingen bör vara likvärdig oavsett vilket landsting man tillhör, heter det i motionen.

I *motion So284 av Sofia Jonsson (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om forskning (*yrkande 1*). Motionären anför att det behövs satsningar på forskning om förebyggande insatser mot ätstörningar, vilka faktorer som utlöser problemen och uppgifter på hur många kvinnor och män som är drabbade. I *yrkande 2* begärs ett tillkännagivande om förebyggande insatser för ätstörningar. Förhållandet till mat och regelbundna måltider är mycket viktigt för att förebygga sjukdomen. Maten i skolan måste vara god och serveras på fasta tider och miljön i skolbispisningen skall vara trivsamt. Hemkunskapen har en viktig roll eftersom unga människor behöver kunskap om näringsbehov och en grundkunskap för att skaffa sig en bra matkultur.

Motionären påtalar vidare att det är viktigt att de patienter som drabbas av anorexi och bulimi har rätt att välja den vårdform de önskar (*yrkande 3*).

I *motion So465 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om stöd till polioskadade (*yrkande 25*). Motionärerna anför att många polioskadade, som insjuknade på 1950-talet och tidigare, nu har drabbats av problem i form av nytillkommen eller ökad muskelsvaghet och ökad uttrötthet. Andra symtom är muskelsmärta, ledvärk, köldkänsla, köldintolerans och i vissa fall andningsproblem. Alltför få inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten känner till detta och det är därför viktigt att kunskap sprids om dessa sena effekter av polio samt att patienterna remitteras till de mottagningar som specialiserat sig på att hjälpa dessa patienter.

Flera av motionsyrkandena rör fibromyalgi.

I *motion So313 av Vivianne Gerdin och Gunnel Wallin (båda c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att det råder brist på kunskap om typiska kvinnosjukdomar och att det bör föranleda åtgärder (*yrkande 1*). I *yrkande 3* begärs ett tillkännagivande om att öka kunskaperna om fibromyalgi hos läkarkåren. Motionärerna anför vidare att det är mycket viktigt att statliga medel även i fortsättningen ges för forskning om fibromyalgi (*yrkande 5*). Vidare anføres att patienter med kroniska smärtor bör ges rätt till remiss till en specialist på fibromyalgi (*yrkande 6*). Även i *motion So346 av Siw Wittgren-Ahl och Eva Arvidsson (båda s)* framhålls vikten av mer forskning om fibromyalgi (*yrkande 1*). I *yrkande 2* anføres att kunskaperna om fibromyalgi bland sjukvårdspolitiker och socialförsäkringspolitiker, allmänhet och massmedier bör förbättras. Vidare begärs ett tillkännagivande om att läkare skall ha grundläggande utbildning i fibromyalgi, kunna diagnostisera, behandla och medverka till rehabilitering (*yrkande 3*).

I *motion So218 av Kenth Skårvik och Kerstin Heinemann (båda fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om vården av fibromyalgisjuka (*yrkande 1*). Motionärerna framhåller att det är viktigt att få en diagnos inom rimlig tid. Neddragningar inom vården har påverkat fibromyalgipatienterna. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om försäkringskassornas gemensamma syn på diagnoser vid fibromyalgi (*yrkande 2*). Enligt ett projekt som drivs av Reumatikerförbundet upplever fibromyalgipatienter en väsentligt minskad kontroll över sina liv sedan de blev sjuka. Försäkringskassans bedömningar av diagnosen varierar stort. Vissa kassor accepterar diagnosen medan andra har motsatt uppfattning. I *yrkande 3* begärs ett tillkännagivande om behovet av hjälpmedel för fibromyalgisjuka. Fibromyalgisjuka har stort behov av hjälpmedel, men kunskapen har varken nått ut till de sjuka eller till vårdpersonalen. Slutligen begärs ett tillkännagivande om ergonomiska åtgärder på arbetsplatsen (*yrkande 4*). Det är viktigt att de som är sjuka i fibromyalgi får sin situation på arbetsplatsen inventerad.

Ett par motionsyrkanden rör reumatiska sjukdomar.

I *motion So455 av Kenneth Johansson m.fl. (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om forskning om de reumatiska sjukdomarna med ett paramedicinskt perspektiv och ett omvårdnadsperspektiv (*yrkande 11*). Motionärerna anför att omvårdnadsforskningen behöver påskyndas liksom de

paramedicinska insatserna där det saknas kompetenta forskare för att vetenskapligt förankra projekt och utvecklingsarbete.

I motion *So458 av Gunnel Wallin och Vivian Gerdin (båda c)* begärs ett tillkännagivande om behovet av att speciellt studera värdet av de insatser som Reumatikerförbundet gör genom att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet (*yrkande 2*). Motionärerna anför att Reumatikerförbundet äger och driver ett sjukhus, Spenshults Reumatiker- och rehabiliteringssjukhus, specialiserat inom reumatologisk rehabilitering. Många reumatiker vill gärna få sin rehabilitering förlagd hit, men ofta ges ingen remiss från sjukvårdshuvudmännen.

I motion *So460 av Thomas Julin m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om vikten av att det i alla landsting skall finnas tillgång till kvalificerad utredning och behandling av patienter med diffusa besvär från t.ex. amalgam (*yrkande 10*). Motionärerna anför att alla patienter som så önskar skall ha rätt till ett annat utlåtande och även rätt att byta behandlande läkare i de fall kommunikationen mellan läkare och patient inte fungerar som patienten önskar.

Tidigare behandling, pågående arbete m.m.

I *proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* anförde regeringen att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

I utskottets betänkande *1996/97:SoU14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* anförde utskottet under rubriken Etiska grundfrågor bl.a. följande (s.15).

Utskottet instämmer i de principer som enligt propositionen bör ligga till grund för prioriteringar inom vården, nämligen människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer utgör en etisk plattform. Principerna för prioriteringarna och de bakomliggande skälen måste i enlighet med propositionen redovisas öppet. Utskottet delar regeringens bedömning att de värderingar, såväl på politisk/administrativ nivå som på klinisk/professionell nivå, som styr tillgången till hälso- och sjukvård och principerna för prioriteringarna i vården i stort måste kunna delas av det stora flertalet i befolkningen. — — — (Motionerna avstyrktes.)

Under rubriken Riktlinjer för prioriteringar anförde utskottet i samma betänkande bl.a. följande (s. 22).

Utskottet ställer sig bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. Högst prioritet bör

därför gälla för vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi. Mot bakgrund av det sagda är motionerna – – – tillgodosedda och avstyrks.

Utskottet delar bedömningen i propositionen att omvårdnad till patienter i livets slutskede kräver resurser och kompetens och ett utvecklat samarbete mellan olika vårdgivare. Det delade ansvaret ställer enligt utskottet stora krav på samarbete mellan huvudmännen. Att skapa förutsättningar så att varje människa kan få en värdig död bör enligt utskottet vara en av de högst prioriterade uppgifterna inom vården. Detta bör enligt utskottet innebära att smärtlindrande behandling och god omvårdnad prioriteras framför andra medicinska insatser om dessa inte kan höja patientens livskvalitet. God omvårdnad innebär att ingen skall behöva dö ensam. (Motionen avstyrktes.)

Prioriteringsutredningen har bl.a. framhållit att svåra kroniska sjukdomar har flera aspekter bl.a. svårt lidande i form av t.ex. smärta. Utskottet delar uppfattningen i motion So16 (m) yrkande 2 att insatser för att minska lidande, bl.a. svår eller långvarig smärta, bör ges hög prioritet även i andra fall än vid vård i livets slutskede. Det är också utskottets uppfattning att aktuell vägledande information om vård i livets slutskede ständigt bör finnas. Motionsyrkandena – – – är i huvudsak tillgodosedda och avstyrks därför.

I ett flertal motioner från den allmänna motionstiden berörs vikten av insatser mot olika sjukdomar. Utskottet har under senare år i liknande fall regelmässigt uttalat att utskottet inte ställer sig bakom motionskrav om att satsningar bör göras på vissa sjukdomar eller att vården av dessa bör organiseras på visst sätt. Att bedöma sådana frågor är enligt utskottet i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen skall vid behov tillhandahålla underlag för bedömningarna. Utskottet har även på senare år hänvisat till Prioriteringsutredningens arbete.

De riktlinjer som regeringen lägger fram i propositionen och som utskottet nyss ställt sig bakom låter sig inte förena med någon "lista" där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra. Det som tas upp i motionerna får enligt utskottets mening bedömas med ledning av de föreslagna principerna och riktlinjerna. Därutöver erinrar utskottet om att en del utredningsarbete som berör de sjukdomar som tas upp i motionsyrkandena redan redovisats eller pågår t.ex. inom Statens beredning för medicinsk utvärdering. – – – Utskottet utgår således ifrån att de olika sjukdomsgrupper som nu behandlas, men även andra diagnoser och sjukdomstillstånd, kan komma att övervägas i det nämnda utvecklingsarbetet. Motionerna – – – är i huvudsak tillgodosedda och avstyrks.

Regeringen har den 23 oktober 1997 tillkallat en delegation (*Prioriteringsdelegationen, S 1997:20*) med uppgift att bl.a. sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. Av delegationens direktiv framgår bl.a. följande (dir. 1997:135).

En delegation tillkallas med uppgift att bl.a. sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. Delegationen skall arbeta mot landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård samt mot privata vårdgivare. Debatten och samtalet om prioriteringar i vården måste hela tiden lyftas fram och hållas levande i beslutsprocessen. Att bidra till detta i samråd med lokala företrädare skall vara en av delegationens huvuduppgifter. Att värdera effekterna av de riktlinjer riksdagen beslutat om skall vara en annan central upp-

gift för delegationen. Hit hör bl.a. att bedöma om vissa grupper drabbas på bekostnad av andra.

Särskild uppmärksamhet bör ges åt äldre och funktionshindrade människor och andra människor med svaga resurser.

I sitt arbete skall delegationen föra en dialog med och genomföra aktiviteter på lokal nivå i samarbete med de lokala etiska kommittéer som har i uppgift att bl.a. följa prioriteringsfrågorna på landstingsnivå. I samråd med lokala företrädare skall också metoder utvecklas för uppföljning av riktlinjernas tillämpning. Det är viktigt att även detta arbete har sin förankring på det lokala planet.

Delegationen skall också noga följa hur samarbetet utvecklas mellan den kommunala sjukvårdshuvudmannen och landstinget i prioriteringsfrågor.

En annan viktig uppgift är att ta vara på erfarenheter från andra länder där man arbetar med liknande frågeställningar.

På nationell nivå skall samråd ske med Statens medicinsk-etiska råd, Socialstyrelsen och andra berörda organ. Delegationens uppgift påverkar inte Socialstyrelsens ansvar.

I betänkande 1997/98:SoU12 *Hälso- och sjukvårdsfrågor* behandlade utskottet motionsyrkanden om vård och behandling av olika sjukdomar. Utskottet anförde i sin bedömning bl.a. följande (s. 101).

Utskottet delar inledningsvis den inställning som framförs i flera motioner, att hälsoekonomisk forskning bör uppmuntras och stimuleras. Såväl enskilda människors lidande som samhällsresurser sparas om resurserna kan användas på ett mer aktivt sätt, t.ex. genom effektivare rehabiliteringsinsatser.

I motionerna framhålls också vikten av insatser mot olika sjukdomar.

En del utredningsarbete som berör dessa sjukdomar pågår inom t.ex. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). I direktiven för Nationella folkhälsokommittén berörs också vissa frågeställningar som anknyter till motionsyrkandena. Utskottet vill också erinra om att det i överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1998 uttalas att arbetet med nya nationella riktlinjer och vårdprogram för olika sjukdomar är angeläget. Parterna har enats om att avsätta 2 miljoner kronor för att driva på arbetet. Parterna uttalar vidare i överenskommelsen (s. 22) som en gemensam ambition för kommande år att de skall behandla frågan om specialistvård för patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd.

Utskottet behandlar varje år ett flertal motioner från den allmänna motionstiden om insatser mot olika sjukdomar. Utskottet har tidigare regelmässigt uttalat att utskottet inte ställer sig bakom motionskrav om att satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller om att vården av dessa bör organiseras på visst sätt. Att bedöma sådana frågor är enligt utskottet i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen skall vid behov tillhandahålla underlag för bedömningarna. Utskottet har ställt sig bakom riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, SoU14) vilka inte låter sig förenas med någon "lista" där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra. (Motionerna avstyrktes.)

I *budgetproposition 1998/99:1 utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning* anfördes att Medicinska forskningsrådet, med anledning av budgetpropositionen för 1998, fått i uppdrag att i samverkan med andra berörda forskningsstödjande organ stödja forskning om reumatiska sjukdomar (volym 8 s. 187).

I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar för år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. (den s.k. *Dagmar-överenskommelsen*, *proposition 1997/98:189 s. 33 f.*) framhålls de äldres behov i hälso- och sjukvården. Vidare är parterna eniga om att landstingen skall tillse att de patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador som önskar vård i annat landsting också skall få det.

Socialministern har i ett interpellationssvar den 5 mars 1999 om kostnaden för *in vitro*-fertilisering anfört bl.a. följande.

Riksdagen ställde sig år 1997 bakom det förslag till riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som lagts fram i proposition 1996/97:60 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården, ---

I propositionen konstaterades att det hos flertalet ofrivilligt barnlösa par finns en påvisbar biologisk rubbning såsom resttillstånd efter tidigare sjukdom eller en pågående kronisk sjukdom och därmed ett klart hälsorelaterat behov. Enligt riktlinjerna bör behandling av ofrivillig barnlöshet höra till prioriteringsgrupp III, dvs. den näst lägsta prioriteringsgruppen. Hit hör vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Den utredning som föregick propositionen föreslog att behandling av ofrivillig barnlöshet skulle prioriteras lägre och placeras i något som utredningen kallade "gränsfall".

Som jag påpekade inledningsvis beslutar sjukvårdshuvudmännen självständigt hur resurserna skall fördelas inom landstinget. De riktlinjer riksdagen ställt sig bakom kan därför inte vara annat än rådgivande.

De landsting som beslutat att inte finansiera IVF-behandling eller som beslutat att endast finansiera ett visst antal behandlingar per par har i flera fall gjort det efter moget övervägande av vilka prioriteringar de anser bör göras eller som de anser krävs i det egna landstinget. I några fall har frågan tagits upp till förnyad prövning bl.a. mot bakgrund av nya medicinska rön som medför större säkerhet och bättre resultat. Således har Landstinget Sörmland omprövat sitt tidigare beslut så att IVF-behandling i fortsättningen kommer att ligga inom det offentliga åtagandet igen. Västerbottens läns landsting, som under en period inte heller finansierat IVF-behandling, har tagit upp frågan till förnyad diskussion. På flera håll har också samverkan på regional nivå kommit till stånd.

Jag vill också framhålla att behandling av ofrivillig barnlöshet på intet sätt är den enda fråga där variationer i policy förekommer mellan landstingen. Med självständiga landsting ligger det i sakens natur att vissa variationer förekommer. Men det är naturligtvis viktigt att skillnaderna inte är för stora. Det är därför glädjande att kunna konstatera att samverkan på regional nivå i flera fall lett till att likartade kriterier används vid ställningstagande till behandling av ofrivillig barnlöshet.

Slutligen vill jag också poängtera att det är viktigt med en öppen, levande debatt kring prioriteringsfrågorna. För att understödja detta har regeringen inrättat en särskild delegation, Prioriteringsdelegationen, med uppgift att bl.a. sprida kunskap om riktlinjerna för prioriteringar. Att värdera effekterna av de riktlinjer riksdagen beslutat om är en annan central uppgift för delegationen. Hit hör bl.a. att bedöma om vissa grupper drabbas på bekostnad av andra.

Från *Socialstyrelsen* har inhämtats att antalet landsting med en organiserad mottagning/verksamhet för personer med sena effekter av polio ökat markant de senaste fem åren.

De sjukdomar som berörs i motionerna orsakar ett stort lidande för många människor. Utskottet vill framhålla att utredningsarbete som rör vissa av dessa sjukdomar pågår inom t.ex. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Utskottet vill också erinra om att i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar för år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. (den s.k. Dagmaröverenskommelsen) har parterna enats om att landstingen skall tillse att de patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador som önskar vård i annat landsting också skall få det.

Utskottet behandlar varje år ett flertal motioner från den allmänna motionstiden om insatser mot olika sjukdomar. Utskottet har tidigare regelmässigt uttalat att utskottet inte ställer sig bakom motionskrav om att satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller om att vården av dessa bör organiseras på visst sätt. Att bedöma sådana frågor är enligt utskottet i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen skall vid behov tillhandahålla underlag för bedömningarna. Utskottet har ställt sig bakom riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, SoU14, rskr. 1996/97:186), vilka inte låter sig förenas med någon "lista" där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra och vidhåller denna bedömning. Utskottet erinrar dock om att smärtlindrande behandling och god omvårdnad i livets slutskede särskilt uppmärksammades i detta sammanhang. Utskottet vill också erinra om det arbete som bedrivs av Prioriteringsdelegationen. Delegationen har till uppgift att bl.a. sprida kunskap om riktlinjerna för prioriteringar. Vidare skall delegationen värdera effekterna av de riktlinjer som riksdagen beslutat om. Hit hör bl.a. att bedöma om vissa grupper drabbas på bekostnad av andra. Delegationen skall enligt sina direktiv ge särskild uppmärksamhet åt bl.a. äldre människor. Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motionerna So218 (fp), So237 (m), So251 (c), So275 (kd) yrkande 1, So284 (c) yrkandena 1–3, So313 (c) yrkandena 1, 3, 5 och 6, So321 (v) yrkande 7, So346 (s) yrkandena 1–3, So437 (s), So453 (s), So455 (c) yrkande 11, So458 (c) yrkande 2, So460 (mp) yrkande 10 och So465 (fp) yrkande 25. Motionerna avstyrks.

Kvinnors hälsa

I *motion A802 av Carl Bildt m.fl. (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att kvinnors särskilda behov skall uppmärksammas bättre inom sjukvården (*yrkande 13*). Motionärerna anför att en relativt enig bild visar att kvinnor i lägre utsträckning än män får del av rehabilitering och bra vård, stöd och ersättning.

I *motion So225 av Berit Adolfsson och Inger René (båda m)* begärs ett tillkännagivande om åtgärder för att förbättra informationen och utbildningen vad gäller kvinnors hälsa. Motionärerna anför att många av de besvär som kvinnor lider av är onödiga. Det finns hjälp, men man söker den inte. Vidare har vetenskapen ofta mannen som förebild. Det kan också misstänkas att det inom sjukvården förutsätts att kvinnor skall utstå smärta vid t.ex. barnafö-

dande samt att denna inställning spridit sig till andra sjuk- och smärttillstånd, t.ex. migrän och muskelvärk. Med ökad kunskap hos kvinnorna själva och hos vårdande personal och ett ökat inslag av rubricerade problem i utbildningen av personal på alla nivåer kan många sjukdomar förebyggas och svårare sjukdomstillstånd undvikas.

I *motion So343 av Cristina Husmark Pehrsson (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om samordning av resurser för att öka kvaliteten för patienter med smärta. Motionären anför att många kvinnor i dag är sjukskrivna på grund av smärtor i rörelseapparaten. Kunskaper inom området för att lindra och bota finns men är splittrade på många olika kategorier av vårdpersonal och myndigheter.

I *motion So321 av Ingrid Burman m.fl. (v)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av forskning kring kvinnors normalvärdet (*yrkande 1*). Motionärerna anför att när normalvärdet för blodtryck skulle fastställas mättes blodtrycket på ett antal medicine kandidater – alla män. Utifrån detta manliga normalvärde ansågs kvinnor ha för högt blodtryck och tvingades äta blodtryckssänkande medicin för att komma ned i normalt, dvs. manligt, tryck. Även de undersökningar som ligger till grund för bedömningen av blodfetter är gjorda på män. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om prioritering av forskning om kvinnliga hormoner (*yrkande 2*). Motionärerna anför att närmare en miljon svenska kvinnor dagligen behandlas med hormoner i olika former. Hormonell behandling påverkar ofta kvinnors allmänna livssituation och livskvalitet. Eventuella samband mellan behandling och olika tumörformer i t.ex. bröst, livmoder och äggstockar diskuteras livligt. Vid sekelskiftet kommer det att finnas cirka en miljon kvinnor över 60 år i Sverige. Med hormonell behandling finns möjlighet att förebygga t.ex. benskörhet och hjärtinfarkt hos vissa riskgrupper. Men för detta krävs ytterligare prioritering av forskning om kvinnliga hormoner. Vidare begär motionärerna ett tillkännagivande om vad som anförts om behovet av medvetenhet om kvinnors hälsa i medicinsk litteratur (*yrkande 3*). Genom att kalla kvinnors besvär psykosomatiska lägger man skulden för olika besvär på kvinnan. Det är något fel i kvinnans psyke som gör att hon får kroppsliga symtom. Därmed kan läkaren utesluta kvinnors situation och livsbetingelser, t.ex. det faktum att kvinnor ofta arbetar i underordnad ställning, har de mest monotona, förslitande arbetsuppgifterna och oftast har huvudansvar för hem och barn. Motionärerna anför vidare att under tiden som kunskap om kvinnors hälsa utvecklas och byggs upp måste kvinnokunskap ingå som ett obligatorium på alla områden i utbildningen av nya läkare (*yrkande 4*). I *yrkande 5* begärs ett tillkännagivande om behovet av fortbildning av läkare i frågor som rör kvinnors hälsa. Motionärerna begär vidare ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling när det gäller kvinnors smärtor från rörelseapparaten (*yrkande 6*). Motionärerna anför att andelen kvinnor med smärtor från rörelseapparaten utgör en stor del av de långtidssjukskrivna i Sverige samt att detta är ett av vår tids stora könsrelaterade folkhälsoproblem. Samordning av forskningsresultat och tvärvetenskaplig metodutveckling skulle kunna höja kvaliteten i vården för denna stora patientgrupp.

I *motion A810 av Maria Larsson m.fl. (kd)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av forskning för att ge kvinnor rätt läkemedelsbehandling och vård (*yrkande 25*). Motionärerna anför att läkemedelsforskningen oftast har mannen som norm för sin forskning. Det behövs mer forskning och kunskap för att ge kvinnor rätt läkemedelsbehandling. Likaså behövs bättre kunskap t.ex. för vården av hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor.

I *motion So462 av Helena Bargholtz m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en handlingsplan för hur hälso- och sjukvården skall utformas så att vården i ordets rätta bemärkelse skall bli jämställd (*yrkande 1*). Motionärerna anför att Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården i sitt betänkande rapporterat om såväl väsentliga kunskapsluckor som brister i vården. Bland åtgärdsförslagen tog utredningen upp en rad frågor som måste bli föremål för fortsatt forskning för att öka våra kunskaper om kvinnors speciella behov. Man tog också upp behovet av utbildning av hälso- och sjukvårdens personal om könsspecifika skillnader både när det gäller sjukdomsförekomst och behandling samt rehabilitering.

I *motion So420 av Eva Arvidsson m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av att utarbeta riktlinjer för inklusion av kvinnor i den forskning som finansieras av forskningsråden efter NIH:s modell i USA. Motionärerna anför att mycket av den medicinska forskningen har bedrivits på manliga yngre och medelålders populationer. Även när kvinnor har inkluderats i studier, har resultaten ofta redovisats gemensamt för både kvinnor och män, vilket gjort att eventuella könsskillnader inte kunnat upptäckas. Det betyder att kvinnor bör inkluderas i medicinska studier i större omfattning än tidigare. Motionärerna påpekar att man i USA tillskapade en specifik lagstiftning för att stödja en sådan utveckling. Lagstiftningen innebar att National Institutes of Health (NIH) skulle införa riktlinjer för inklusion av kvinnor och etniska minoriteter i klinisk forskning.

Tidigare behandling, pågående arbete

Frågor om kvinnors hälsa behandlades senast av utskottet i betänkande *1997/98:SoU12 Hälsa- och sjukvårdsfrågor*. Utskottet anförde bl.a. följande (s. 105).

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det är angeläget att kvinnors särskilda hälsoproblem uppmärksammas. Utskottet erinrar om att en del av Bemötandeutredningens förslag nu förs ut till myndigheterna genom det genderprogram för social välfärd som Socialdepartementet driver. HSU 2000 har nyligen i betänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) behandlat olika aspekter på patienternas krav och förväntningar på vården samt olika informationssätt. Betänkandet remissbehandlas för närvarande. I överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1998 har parterna uttalat en klar inriktning för en patientfokuserad och tillgänglig vård samt för patientens möjlighet till delaktighet. I överenskommelsen behandlas också arbetet med nationella riktlinjer och vårdprogram för olika sjukdomar. Utskottet erinrar vidare om det arbete som nu pågår inom Nationella folkhälsokommittén (dir. S 1995:14). Kommittén skall med utgångspunkt i det över-

gripande målet en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling med utgångspunkt i olika analyser lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka åtgärder som skall prioriteras. (Motionerna avstyrktes.)

Medicinska forskningsrådet (MFR) har i ett policyuttalande den 16 februari 1999 anfört bl.a. följande.

Det ingår i det allmänna kvalitetskravet på forskning, som av etikkommittéerna skall vägas in i den etiska bedömningen av humanforskningsprojekt, att studiepopulationens sammansättning är sådan att resultaten kan generaliseras i enlighet med projektets övergripande syfte. Detta innebär att forskaren bör redovisa motiv till eventuell selektion av studiepopulation med avseende på såväl kön som ålder, eventuell etnisk tillhörighet eller annan avgränsning. Enbart praktiska eller ekonomiska motiveringar bör inte accepteras för inskränkningar av studiepopulationen om projektets resultat därmed inte kommer att kunna generaliseras. Ett flerstegsförfarande bör dock vara möjligt så att man i ett första steg väljer en homogen men mycket avgränsad studiepopulation för att i nästa steg inkludera andra grupper för generaliserbarhet.

Förutom dessa vetenskapliga kvalitetsaspekter finns också tydliga etiska implikationer om man avgränsar sin studiepopulation med avseende på t.ex. ålder, kön eller etnisk grupptillhörighet. Vissa grupper kan komma att felaktigt utpekas som särskilda i visst avseende och kunskapsmängden för andra grupper, som inte studeras, kan bli jämförelsevis underdimensionerad. Vid praktisk tillämpning av forskningsresultaten finns också en påtaglig risk för att man felaktigt överför resultat erhållna från en begränsad studiepopulation till en annan icke studerad grupp.

Av dessa skäl vill MFRs nämnd för forskningsetik framhålla vikten av att etikkommittéerna uppmärksammar projektansökningarnas val av studiepopulation och vid behov begär in ytterligare motiveringar eller preciseringar samt väger in valet av studiepopulation i den etiska bedömningen.

Nationella folkhälsokommittén lämnade i mars 1998 ett delbetänkande, Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål SOU 1998:43. I betänkandet redovisas vissa utgångspunkter och principer som kommittén bedömer bör vara vägledande i det fortsatta arbetet med nationella hälsomål och strategier. I betänkandet anförs vidare att kommittén planerar debattskrifter om bl.a. klass- och könsskillnader i hälsa. Kommittén avser också att genom "hearingar" belysa olika områden som är väsentliga för folkhälsan, bl.a. kvinnors hälsa.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin uppfattning att det är angeläget att kvinnors särskilda hälsoproblem uppmärksammas. Utskottet vill också erinra om det s.k. genderprogram för social välfärd som Socialdepartementet driver. Genom detta program skall all verksamhet inom Socialdepartementets ansvarsområden tillföras ett genderperspektiv. Det innebär att förslag och verksamhet alltid analyseras utifrån båda könen behov och förutsättningar. Utskottet erinrar vidare om att riksdagen nyligen beslutat om lagändringar som sammanfattningsvis innebär att patientens ställning och inflytande stärks (1998/99:SoU3

Stärkt patientinflytande m.m., rskr. 1998/99:54). Härutöver kan nämnas att i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning (den s.k. Dagmaröverenskommelsen) har parterna enats om en satsning på att ytterligare stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Det skall bl.a. ske genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet. Utskottet vill också hänvisa till det arbete som pågår inom Nationella folkhälsokommittén. Kommittén skall med utgångspunkt i det övergripande målet en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling, lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka åtgärder som skall prioriteras. Kommittén kommer i sitt fortsatta arbete att behandla bl.a. frågor om könsskillnader och kvinnors hälsa.

Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ med anledning av motionerna So225 (m), So321 (v) yrkandena 2–5, So462 (fp) yrkande 1 och A802 (m) yrkande 13. Motionerna avstyrks därför.

Utskottet delar bedömningen som Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (S 1994:8) gjort, nämligen att en situation där forskningens resultat ensidigt gagnar kunskapsframväxt avseende vissa grupper i samhället på bekostnad av andra är problematisk både ur rättvisesynpunkt och ur etiksynpunkt. Jämlikhet och jämställdhet inom kunskapsframväxten förutsätter att de studiepopulationer som ingår i forskningsprojekt är representativa i relation till befolkningen i stort eller till den patientgrupp som är föremål för studier. Medicinska forskningsrådet har även i ett policyuttalande nyligen framhållit bl.a. vikten av att etikkommittéerna uppmärksammar projektansökningarnas val av studiepopulation och vid behov begär in ytterligare motiveringar eller preciseringar samt väger in valet av studiepopulation i den etiska bedömningen. Utskottet anser med anledning härav att något tillkännagivande inte är erforderligt och avstyrker motionerna So321 (v) yrkande 1, So420 (s) och A810 (kd) yrkande 25 i den mån de inte är tillgodosedda med det anförda.

Utskottet har redan tidigare intagit ståndpunkten att inte ställa sig bakom motionskrav om att vissa satsningar bör göras på enskilda sjukdomar eller att vården av dessa bör organiseras på visst sätt. Motionerna So321 (v) yrkande 6 och So343 (m) avstyrks därför.

Nationella riktlinjer

I motion *So413 av Marietta de Pourbaix-Lundin (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om behovet av att utreda huruvida de nationella riktlinjerna kan tjäna som vårdgarantier för personer med olika kroniska sjukdomar. Motionären erinrar om att en mycket stor del av sjukvårdskonsumtionen sker av människor med någon form av kronisk sjukdom. De nationella riktlinjerna för god medicinsk praxis är i första hand riktade mot patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar. De nationella riktlinjerna ligger till grund för utarbetandet av vårdprogram hos sjukvårdshuvudmännen. Vad som skapas är i själva verket en vårdgaranti – under förutsättning

att de lokala vårdprogrammen får en seriös behandling inom respektive landsting.

I *motion So405 av Birgitta Carlsson (c)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att ett nationellt hälsopolitiskt handlingsprogram för demenssjukdomar upprättas (*yrkande 1*) och att demenssjukdomar betecknas som en folksjukdom (*yrkande 2*).

I *motion So467 av Lars Leijonborg m.fl. (fp)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om nationella vårdprogram (*yrkande 11*). Motionärerna anför att Socialstyrelsen tillsammans med den medicinska professionen bör intensifiera arbetet med att utveckla och genomdriva rikstäckande vårdprogram för olika diagnosgrupper.

Bakgrund

I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar för år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. (den s.k. *Dagmaröverenskommelsen, proposition 1997/98:189 s. 41*) framgår att verksamhetsområdet *Nationella riktlinjer för god medicinsk praxis* nu överförs från överenskommelsen till Socialstyrelsens ordinarie verksamhet. I överenskommelsen anfördes att detta arbete för att stärka patientens möjligheter att få likvärdig kunskapsbaserad vård i hela landet är under utveckling. Hittills har, med Socialstyrelsen som samordnare, nationella riktlinjer fastställts för diabetes. De följs närmast av nationella riktlinjer för kranskärslsjukdom och slaganfall (stroke).

Utskottets bedömning

Utskottet anser att fastställandet av nationella riktlinjer för god medicinsk praxis är väsentligt för att stärka patientens möjligheter att få likvärdig kunskapsbaserad vård i hela landet. Verksamhetsområdet är numera en integrerad del av Socialstyrelsens ordinarie verksamhet. Utskottet utgår från att arbetet med att fastställa nationella riktlinjer för god medicinsk praxis fortsätter. Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motionerna So405 (c) yrkandena 1 och 2, So467 (fp) yrkande 11 och So413 (m).

Alternativa behandlingsmetoder m.m.

I *motion So202 av Maud Ekendahl (m)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om en kartläggning av alternativa behandlingsmetoder. Motionärerna anför att alternativmedicin och homeopati måste ses som ett komplement till skolmedicinen. Det finns vidare skäl att genomföra en kartläggning av senare års forskning, alternativbehandlarnas utbildning samt omfattningen och patienternas erfarenheter av alternativmedicin.

I *motion So312 av Marianne Andersson och Birgitta Carlsson (båda c)* begärs att riksdagen ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att tillsammans med alternativmedicinare utarbeta krav för utbildning och behörighet inom olika alternativmedicinska områden (*yrkande 1*). Motionärerna anför att det saknas ordentliga kriterier för utbildning och därmed följande

behörighet och att sådana krav bör utarbetas tillsammans med verksamma terapeuter inom olika områden. Vidare begärs ett tillkännagivande om forskning om alternativmedicin (*yrkande 2*). Motionärerna anför att det är viktigt för alternativmedicinare att kunna publicera vetenskapliga tidskrifter. Hittills har det varit omöjligt för alternativmedicinare att erhålla forskningsresurser som därför saknar pengar för att genomföra forskningsprojekt som fyller högt ställda krav. Regeringen bör ge tydliga signaler om att alternativmedicinen är ett angeläget forskningsområde.

I *motion So354 av Rigmor Ahlstedt (c)* begärs en översyn av alternativmedicinen. Motionären anför att utbildningen bör ses över i syfte att ge utövarna högre status och att möjligheterna att införa legitimation bör övervägas. Man bör även studera och kartlägga omfattningen av och patienternas erfarenheter av den alternativa medicinbehandlingen. Alternativa behandlingsmetoder bör införlivas i det allmänna obligatoriska försäkringssystemet.

I *motion So460 av Thomas Julin m.fl. (mp)* begärs ett tillkännagivande om utbildning av vårdpersonal i frågor rörande alternativ/komplementärmedicin (*yrkande 14*). Motionärerna anför att enligt hälso- och sjukvårdslagen skall patienten ges upplysning om de olika behandlingsmetoder som står till buds. I dagsläget är det inte självklart att informatörerna har god kunskap om de möjligheter som alternativmedicinens företrädare kan erbjuda, vilket är otillfredsställande ur patientens synvinkel. I motionen begärs också ett tillkännagivande om registrering av alternativmedicinska utövare (*yrkande 15*). Motionärerna anför att en alternativmedicinsk utövare kan behandla och diagnostisera alla typer av sjukdomar och tillstånd. Endast ärenden som faller under kvacksalverilagen är undantagna. Samtidigt har ingen statlig instans någon som helst kontroll över och insyn i de alternativmedicinska utövarnas verksamheter. Detta är en oacceptabel situation med tanke på patienternas säkerhet och integritet. Motionärerna begär också ett tillkännagivande om Socialstyrelsens möjligheter att skapa ett samordningsorgan i alternativ/komplementärmedicinska frågor (*yrkande 16*). Detta organ skulle i första hand stå för information till allmänhet, myndigheter och sjukvårdspersonal. I dag råder ett informations- och kunskapsunderskott vad gäller utvecklingen inom alternativmedicinen. I *yrkande 17* begärs ett tillkännagivande om att Forskningsrådsnämnden bör initiera forskning rörande komplementära behandlingsmetoder. Ny forskning, speciellt med inriktning på hur skolmedicinska undersöknings- och behandlingsmetoder kan förbättras genom aktiv samverkan med alternativmedicinska behandlingsmetoder, är i dag den länk som saknas för att de medicinska disciplinernas strävan efter en helhetssyn skall kunna bli verklighet.

Tidigare behandling, pågående arbete

Motionsyrkanden, några liknande de nu aktuella, om bl.a. alternativa behandlingsmetoder behandlades senast av utskottet i *betänkande 1997/98: SoU22* i anledning av *proposition 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Propositionen, som byggde på förslag från 1994 års behörighetskommitté, innehöll inte något förslag rörande alternativmedicin. Kommittén berörde frågan om reglering av alternativmedicinsk verksamhet.

Utgångspunkten för kommitténs fortsatta överväganden kring en kompletterande reglering var dock att endast de yrkesgrupper som bedriver en verksamhet som kan påvisa någon form av vetenskaplig resultatdokumentation bör komma i fråga för en reglering (SOU 1996:138 s. 315 f.).

Utskottet anförde i det ovan nämnda betänkandet bl.a. (s. 18).

Inledningsvis konstaterar utskottet att attityden till flera s.k. alternativa behandlingsmetoder, dock inte alla, har förändrats under de senaste decennierna. Kunskaper inom alternativmedicin behövs enligt utskottet både för att kunna bedöma effekter och vinster och för att utröna eventuella skador och biverkningar. Utskottet förutsätter att ansökningar om medel till forskning på området behandlas i en positiv anda. Utskottet delar inte motionärernas uppfattning om registrering m.m. av alternativmedicinska utövare hos Socialstyrelsen. Utskottet befarar att ett system som bygger på en sådan registrering skulle kräva utökade resurser utan att ge motsvarande vinst. (Motionerna avstyrktes.)

Utskottets bedömning

Utskottet vill återigen framhålla att attityden till flera s.k. alternativa behandlingsmetoder, dock inte alla, har förändrats under de senaste decennierna. Vidare vill utskottet på nytt betona att kunskaper inom alternativmedicin behövs både för att kunna bedöma effekter och vinster och för att utröna eventuella skador och biverkningar. Utskottet anser inte att riksdagen bör ta något initiativ i anledning av motionerna So202 (m), So312 (c) yrkande 1, So354 (c) och So460 (mp) yrkande 14. Dessa avstyrks därför.

I motionerna So312 (c) yrkande 2 och So460 (mp) yrkande 17 behandlas frågor om forskning rörande alternativmedicin och komplementära behandlingsmetoder. Utskottet vidhåller att det får förutsättas att ansökningar om medel till forskning på området behandlas i en positiv anda. Riksdagen bör inte ta något initiativ i frågan. Motionsyrkandena avstyrks.

Utskottet delar inte motionärernas uppfattning i motion So460 (mp) om registrering m.m. hos Socialstyrelsen utan vidhåller sin uppfattning att ett system som bygger på registrering skulle kräva utökade resurser utan att ge motsvarande vinst. Motion So460 (mp) yrkandena 15 och 16 avstyrks.

Tatuering och piercing

I *motion So438 av Siw Wittgren-Ahl m.fl. (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om piercing och tatuering. Motionärerna anför att det är rimligt med krav på utbildning och införande av licens för dem som utövar yrket som tatuerare/kroppssmyckare. Likaså är det befogat att kontroll, klassificering och godkännande av pigment (färg) införs. Det skall inte vara tillåtet att utföra kroppshåltagning, s.k. piercing, eller tatuering på minderårig utan att godkännande lämnats av dennes vårdnadshavare.

Frågor om tatuering och piercing behandlades senast av utskottet i *betänkande 1997/98:SoU22 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* i anledning av ett i stort likalydande motionsyrkande som det nu aktuella. Utskottet anförde i detta sammanhang bl.a. följande (s. 16–19).

Enligt uppgift från *Socialstyrelsen* finns inte någon entydig reglering i Sverige av frågan om piercing och tatuering. Avsikten med ett sådant ingrepp är närmast estetisk eller kosmetisk. Syftet är *inte* att vidta någon hälso- och sjukvårdande åtgärd och ingreppet som sådant faller därför utanför hälso- och sjukvårdslagen.

Ingrepp av detta slag kan dock falla under hälsoskyddslagen respektive smittskyddslagen såvitt gäller hygien- och smittskyddsfrågor när ingreppet utförs. Enligt hälsoskyddslagen skall den kommunala nämnd som svarar för miljö- och hälsoskydd ägna särskild uppmärksamhet åt bl.a. lokaler där allmänheten yrkesmässigt erbjuds hygienisk behandling (se vidare Allmänna råd 1995:3).

Socialstyrelsen har i *Allmänna råd 1995:3 Yrkesmässig hygienisk behandling* anført bl.a. följande (s. 18–19):

Generella åtgärder vid behandlingar där håll görs i huden

Då behandlingen medför att man gör håll i det översta hudlagret bör man alltid iaktta följande:

Behandla inte minderåriga utan föräldrars medgivande.

Tatuering innebär att man med nål applicerar färg i hudens djupare lager. Därvid uppkommer en blödning i huden. Smittrisken vid tatuering är avsevärt större än vid t.ex. akupunktur och håltagning på grund av den långa tid som åtgår för tatuering.

Vid tatuering bör följande åtgärder alltid vidtas förutom de som nämns i ovanstående uppräknig:

Använd sterila färglösningar. Detta innebär dels att de lösningar som används är sterila i sig, dels att sterila spädningvätskor används. Blandningarna bereds i sterila koppar och med hjälp av sterila instrument som kasseras eller steriliseras efter varje kund. En beredd färglösning används endast till en person.

Tatuera enbart frisk hud. Skadad hud, t.ex. vid eksem, kan innehålla mycket stora mängder bakterier. Tatuera därför inte annan hud än den som är helt frisk. Inte heller bör någon form av eksem föreligga på annan del av huden. I begreppet ”sjuk hud” ingår också effekten av intravenöst drogmissbruk och diabetes som insulinbehandlas eftersom detta ofta medför en massiv förekomst av gula stafylokocker på huden. Personer med sjukdomar som innebär ett försämrat infektionsförsvar bör inte tatueras.

Använd skyddshandskar av engångstyp för att både den behandlade och den som behandlas skyddas mot smitta.

Den som tatuera bör upplysa sina kunder om att det är svårt att i efterhand avlägsna en tatuering samt att plastikkirurgiska ingrepp för att avlägsna en tatuering i flertalet fall måste bekostas av individen själv, tatuering inte bör ske vid vissa sjukdomstillstånd, t.ex. eksem eller immunbrist.

Utskottet gjorde följande bedömning.

I motion So333 (s) behandlas piercing och tatuering. Utskottet instämmer i att verksamheten kan skapa problem. Vissa bestämmelser om sådan verk-

samhet finns och Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd. Utskottet utgår från att styrelsen följer utvecklingen och vid behov initierar erforderliga åtgärder. Motionen avstyrks.

Enligt uppgift från *Socialstyrelsen* gäller de ovan nämnda allmänna råden alltfjämt.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin tidigare inställning att verksamhet med piercing och tatuering visserligen kan skapa problem men att Socialstyrelsen får förutsättas följa utvecklingen och vid behov initiera erforderliga åtgärder. Motion So438 (s) avstyrks.

Kunskapscentrum

I *motion So268 av Carina Hägg (s)* begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att ett kunskapscentrum för livsåskådnings- och trosfrågor enligt vad som föreslås i betänkandet I God Tro inrättas (*yrkande 1*). Motionären hänvisar till att den nämnda utredningen föreslår att det bör inrättas en stiftelse med arbetsnamnet KULT – Kunskap för livsåskådnings- och trosfrågor. Motionären begär också ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om att förutsättningarna i Jönköpings län skall beaktas vid val av lokaliseringsort för ett sådant kunskapscentrum (*yrkande 2*). Motionären anför att det i Jönköpings län finns många verksamma samfund och ett väl dokumenterat intresse för religion samt att det finns en stor historisk erfarenhet om olika samfunds framväxt i relation till det omgivande samhället.

Tidigare behandling, pågående arbete

I betänkandet I God Tro SOU 1998:113 anfördes följande (s. 22 och 23).

På många ställen i landet finns välutvecklade specialiserade krismottagningsar. Enligt utredningens bedömningar finns det, som nämnts, inget underlag för utvecklandet av en särskild krisstödsenhet för människor som lämnar nyandliga rörelser. Däremot finns det ett stort behov av kunskap om andliga frågor om och fenomenets komplexitet för dem som möter människor i kris i samband med medlemskap i en nyandlig rörelse. Det handlar om social tillhörighet, om trosföreställningar, om auktoritet, underordning och mycket annat.

Den allmänna debatten om de nya religiösa rörelserna domineras av missuppfattningar, överdrifter och ibland av ren desinformation från olika parter. Kontakter med forskare, vårdarbetare, medlemmar och andra visar entydigt på behovet av en ökad dialog mellan samhället och de nya religiösa rörelserna och på behovet av en seriös kunskap om det nya religiösa landskapet.

Behovet av en ökad kunskap bland människor som möter avhoppare och andra med problem som är förknippade med att man slutat eller blivit utesluten, eller för den delen anhörigas medlemskap i en nyandlig rörelse, är inte bara av psykologisk natur. För att kunna handskas med dessa mänskliga kriser räcker det inte med ett individuellt perspektiv. Här krävs också social, juridisk och teologisk kunskap.

Därför föreslår utredningen inrättandet av en stiftelse med arbetsnamnet KULT – Kunskapscentrum för Livsåskådnings- och Trofrågor.

Förutom att fungera som ett kunskapscentrum blir en av denna stiftelses huvuduppgifter att bygga broar mellan rörelser och samhället, mellan minoriteterna och majoriteten. Stiftelsens mål blir att skapa dialog, minska polarisering, öka kunskap och förebygga kriser, såväl på individ- som på samhällsnivå. Vidare föreslås stiftelsen initiera och stimulera forskning genom förvaltandet av särskilda medel för detta.

Enligt uppgift från Socialdepartementet bereds utredningsbetänkandet I God Tro för närvarande (mars 1999) i departementet.

Utskottets bedömning

Utredningsbetänkandet I God Tro bereds för närvarande i Regeringskansliet. Enligt utskottets uppfattning bör denna beredning avvaktas. Motion So268 (s) avstyrks.

Hospisvård i livets slutskede

I motion So235 av Margareta Viklund (kd) begärs ett tillkännagivande om vad som i motionen anförts om att verka för att den inriktning av vård och omsorg som kännetecknar hospis skall ingå som en naturlig del i den offentliga hälso- och sjukvården (*yrkande 1*). Motionären anför att hospis innebär att vården inriktas på att behandla människan, den enskilda individen, mer än sjukdomen, vars symtom dock bekämpas. Forskning, vetenskaplig utvärdering och kvalitetskontroll är några av hospisens grundstenar. Vidare begär motionären ett tillkännagivande om att hospisverksamheten byggs ut i offentlig och privat regi (*yrkande 2*). Motionären anför att många önskar vårda den sjuke hemma men är förhindrade på grund av vårdtyngden och/eller ekonomisk situation.

I motion So340 av Inger Davidson m.fl. (kd) begärs ett tillkännagivande om vad i motionen anförts om hospis (*yrkande 21*). Motionärerna anför att hospisverksamheten är mycket angelägen, eftersom den har just den helhetsyn som motionärerna betonar – människan som ande, själ och kropp. Hospisvården måste vidareutvecklas och etableras på flera ställen. Det behövs en öppenhet inför nya vårdformer i livets slutskede.

Tidigare behandling, pågående arbete

Motionsyrkanden om vård i livets slutskede behandlades i utskottets *betänkande 1997/98:SoU24 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Yrkandena tog främst sikte på vikten av att ge döende människor ett tryggt och människovärdigt omhändertagande. Utskottet anförde i sin bedömning bl.a. följande (s. 78 och 79).

Utskottet delar inställningen i motionerna att målet för vården skall vara att ge patienten god livskvalitet även i livets slutskede och en lugn och värdig död. Vården bör bedrivas som en aktiv helhetsvård med lindring av smärta

och andra besvärande symtom samt psykologiskt, socialt och andligt stöd åt patienten och de närstående.

I Socialstyrelsens Allmänt råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32 (M och S)) ges vägledning för den gemensamma planeringen då en patient bedöms ha behov av insatser från den kommunala socialtjänsten eller annan vårdgivare efter sjukhusvistelse. I rådet betonas särskilt att en patient som befinner sig i livets slutskede och som samtidigt bedöms som medicinskt färdigbehandlad bör få stanna kvar på sjukhuset om detta är hans eller hennes önskan och det kan ge en ökad livskvalitet. Om patienten önskar att få vården i det egna hemmet eller i ett särskilt boende, bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten kunna bistå även denna önskan.

Direktiverna till utredningen om vården i livets slutskede omfattar även de frågor som motionärerna tar upp. Något tillkännagivande med anledning av motionerna --- behövs inte. Motionerna avstyrks. ---

Utskottet har nyligen i motionsbetänkande 1998/99:SoU7 *Äldrepolitik* behandlat liknande motionsyrkanden. Ett enigt utskott konstaterade att de frågor som motionärerna tog upp omfattades av direktiven till utredningen om vård i livets slutskede och att något tillkännagivande därför inte var erforderligt.

Som ovan anförts är frågan om vård i livets slutskede föremål för utredning (S 1997:23). I direktiven (dir. 1997:147) anför bl.a. följande under rubriken *Översyn av vård- och boendeformer*.

Den sista tiden i livet kan i dag te sig väldigt olika beroende på var den enskilde befinner sig. Det kan vara stor skillnad på att vårdas på ett stort sjukhus eller inom exempelvis hospiceverksamhet, i det egna hemmet eller i en särskild boendeform.

Kommittén skall inhämta kunskap om var människor skulle vilja tillbringa sin sista tid. Hit hör också kunskap om hur närstående skulle vilja att vården var organiserad.

Kommittén skall också kartlägga hospice-vårdens omfattning och innehåll samt särskilt se på hospice-vård i kombination med hemsjukvård.

Vård i livets slutskede innebär svåra ställningstaganden och kräver hög medicinsk och omvårdnadsnärlig kompetens. De mycket gamla som bor inom särskilt boende i kommunerna är ofta svårt sjuka och vårdas ofta där till livets slut. En följd av Ädel-reformen är att kommunerna i många fall nu ansvarar för vård i livets slutskede. Uppföljningen av Ädel-reformen visar att den kunskap som behövs för att vårda döende i många fall är bristfällig. Kommittén skall analysera och överväga om nödvändig kompetens finns samt föreslå eventuella behov av förändringar för att möta patienternas behov.

Vård i hemmet i livets slutskede ställer höga krav både på de närstående och personalen. För att familjen eller de närstående skall våga och orka ha en svårt sjuk anhörig hemma måste de få stöd och kunna känna trygghet. Även denna fråga skall belysas av kommittén. Anhörigas erfarenheter av vård i livets slutskede bör på olika sätt tas till vara.

Kommittén skall överväga och lämna förslag till hur vården i livets slutskede bör organiseras så att svårt sjuka och döende får tillgång till god palliativ vård. Som ett led i detta arbete skall kommittén redovisa goda exempel på arbetssätt och organisationsformer som syftar till en god vård i livets slutskede. Det handlar här mycket om vårdideologiska synsätt. Organisationsformerna kan naturligtvis variera beroende på lokala förutsättningar och

behov. Det viktiga är att det palliativa tänkandet får en större spridning och integreras i alla vårdformer där döende finns.

När nya vårdformer som hemsjukvård och hospice-avdelningar byggs ut måste samarbetet mellan dessa och exempelvis kliniker på akutsjukhus, långvårdskliniker och särskilda boendeformer utvecklas. Kommittén skall belysa hur detta samarbete kan organiseras.

Utskottets bedömning

Direktiven till utredningen om vården i livets slutskede omfattar de frågor som motionärerna tar upp. Något tillkännagivande med anledning av motionerna So235 (kd) och So340 (kd) yrkande 21 behövs därför inte. Motionerna avstyrks.

Lobotomi

I *motion So232 av Dan Ericsson (kd)* begärs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om en statlig utredning om omfattningen av lobotomioperationer i Sverige (*yrkande 1*). Motionären påpekar att förra socialministern Margot Wallström tillsatte en särskild utredning angående dem som tvångssteriliserats. I detta sammanhang såg socialministern hela steriliseringslagen som ett övergrepp. Det är enligt motionären bra att man nu arbetar för upprättelse för dem som drabbats. Motionären efterlyser konsekvens i en principiellt sett liknande frågeställning. Vidare begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad i motionen anförts om statlig ersättning till lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet (*yrkande 2*). Motionären anför bl.a. att för att staten i någon mån skall gottgöra dem som utsattes för lobotomi och på så sätt erkänna att detta inte var en riktig behandling i ett samhälle som slår vakt om människovärdet bör den svenska regeringen i likhet med den norska besluta om att ge ersättning till de lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet.

Tidigare behandling, pågående arbete m.m.

Utskottet har behandlat frågor om lobotomi m.m. i anledning av motionsyrkanden liknande de nu aktuella vid ett par tillfällen tidigare. I *betänkande 1997/98:SoU2* gavs en bred bakgrund om lobotomi och capsulotomi, skadeståndsregler m.m. Vidare behandlades motionsyrkanden om vikten av uppföljning och utvärdering av lobotomiingrepp respektive krav på statlig ersättning till dem som lobotomerats under 1940- och 1950-talen. Motionerna avstyrktes. I *betänkande 1997/98:SoU12* behandlades åter motioner om ersättning till lobotomerade. Utskottet vidhöll sin inställning att det inte föreligger några skäl för generell ersättning till dem som lobotomerats.

För att staten skall vara skyldig att utge ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler krävs att det kan bevisas att skadan orsakats uppsåtligen eller genom vårdslöshet. För att få skadestånd krävs dessutom att ansökan om ersättning skett inom tio år från det att den skadegörande handlingen företogs. Även om

skadeståndsskyldighet inte föreligger kan regeringen i ett enskilt fall besluta om ersättning av nåd när särskilda omständigheter föreligger.

Socialministern har i ett frågesvar den 16 februari 1999 angående ersättning till lobotomerade från 1940- och 1950-talen anfört bl.a. följande.

— — — Regeringen har den 6 mars 1997 lämnat en begäran om skadestånd för lobotomi utan åtgärd. I ärendet inhämtades yttrande från Socialstyrelsen som förklarade att behandlingen skedde i enlighet med dåtida vetenskap och beprövad erfarenhet.

Även om jag djupt beklagar de negativa effekter som lobotomin har medfört för de patienter som behandlades med denna metod anser jag inte att det, varken i samband med Steriliseringsutredningens delbetänkande eller i övrigt har framkommit några nya informationer som föranleder mig att göra någon annan bedömning än vad riksdag och regering redan har gjort.

Utskottets bedömning

Utskottet vidhåller sin tidigare inställning att det inte föreligger några skäl för generell ersättning till dem som lobotomerats. Motion So232 (kd) avstyrks.

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *primärvårdens resurser*

att riksdagen avslår Riksdagens revisorers förslag och motionerna 1998/99:So17 yrkandena 1, 3, 4 och 6, 1998/99:So18 yrkande 2,

res. 1 (m)

2. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering*

m.m.

att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So204, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So250 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10, 1998/99:So304, 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14, 1998/99:So340 yrkande 20, 1998/99:So387 yrkande 21, 1998/99:So391 yrkande 1, 1998/99:So395, 1998/99:So417, 1998/99:So446 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7, 1998/99:So467 yrkandena 9, 13, 14 och 16,

res. 2 (m)

res. 3 (v)

res. 4 (kd)

res. 5 (c)

res. 6 (fp)

res. 7 (mp)

3. beträffande *mångfald bland vårdgivare*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So224 yrkande 5, 1998/99:
So467 yrkandena 5 och 12, 1998/99:So314 yrkande 13, 1998/99:
So446 yrkande 4,

res. 8 (m, kd, c, fp)

4. beträffande *läkarnas specialistutbildning*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So17 yrkande 2, 1998/99:
So247 och 1998/99:So446 yrkande 5,

res. 9 (m, kd)

5. beträffande *geriatrisk specialistkompetens*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So405 yrkande 3,

res. 10 (c)

6. beträffande *rekrytering av personal*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So467 yrkande 17,

7. beträffande *omvårdnad i sjukvården*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So386 yrkandena 1 och 2,

res. 11 (fp)

8. beträffande *redovisning av samhällsbesparing*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So18 yrkande 1,

res. 12 (mp)

9. beträffande *bevarande av mindre sjukhus*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So265 yrkande 1,

res. 13 (m, kd, c)

10. beträffande *analys angående mindre sjukhus*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So265 yrkande 2,

11. beträffande *privata vårdgivare*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So222 yrkandena 2, 3 och 5,
1998/99:So226, 1998/99:So467 yrkandena 3 delvis, 4 och 7,

res. 14 (m, fp)

12. beträffande *andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So203, 1998/99:So231,
1998/99:So261, 1998/99:So371 yrkande 1, 1998/99:So467 yrkande 3
delvis,

res. 15 (m)

res. 16 (fp)

13. beträffande *offentlig upphandling*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So467 yrkande 10,

14. beträffande *högkostnadsskydd*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So355, 1998/99:So418 yr-
kande 2, 1998/99:So442, 1998/99:So446 yrkande 9, 1998/99:So460
yrkandena 8 och 9 samt 1998/99:So467 yrkande 8,

res. 17 (v, mp)

res. 18 (kd)

res. 19 (fp)

15. beträffande *bidrag till glasögon*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So219,
res. 20 (v, mp)
16. beträffande *patientansvarig läkare*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So241,
17. beträffande *tillsyn avseende det psykologiska verksamhetsområdet*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So267, 1998/99:So295 och 1998/99:So317,
18. beträffande *samordning av tillsyn*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So316,
19. beträffande *legitimation för dietister*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So421,
20. beträffande *språkprov för utländska sjuksköterskor*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So252 yrkande 1,
21. beträffande *praktiktjänstgöring*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So252 yrkande 2,
22. beträffande *utvidgning av förskrivningsrätten*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So414,
23. beträffande *preskription*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So294 yrkandena 1 och 2,
res. 21 (mp, fp)
24. beträffande *munlig förhandling*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So294 yrkande 3,
res. 22 (fp)
25. beträffande *psykologiska test*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So289,
26. beträffande *ambulanssjukvården*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So262 och 1998/99:So451,
27. beträffande *ADB-förda patientjournaler*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So328,
28. beträffande *journalföringsplikt*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So350,
29. beträffande *abortförebyggande åtgärder*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So340 yrkandena 8, 13 och 14, 1998/99:So379 yrkande 9 och 1998/99:So401,
res. 23 (kd) – delvis
30. beträffande *stödsamtal*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So340 yrkandena 11 och 12,
res. 23 (kd) – delvis
31. beträffande *tidsgränsen då Socialstyrelsens tillstånd krävs för abort*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So340 yrkande 9,
res. 23 (kd) – delvis
32. beträffande *fosters livsduglighet*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So340 yrkande 10,
res. 24 (m, kd)

33. beträffande *översyn av abortlagen*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So415,
34. beträffande *övriga etiska frågor*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So256 yrkande 2,
1998/99:So340 yrkande 2 och 1998/99:So452,
res. 23 (kd) – delvis
res. 25 (m, fp)
35. beträffande *preventivmedel för män*
att riksdagen avslår motion 1998/99:A807 yrkande 10,
res. 26 (mp)
36. beträffande *aktivt samtycke till organdonation*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So340 yrkande 15,
res. 27 (kd, mp)
37. beträffande *organdonationsregistret och donationskort*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So340 yrkandena 16 och 17,
res. 28 (kd)
38. beträffande *dödshjälp*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So340 yrkande 18,
res. 29 (kd)
39. beträffande *hivpreventiva frågor*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So424 yrkandena 1–4 och 6–
8 och 1998/99:Ju709 yrkande 16 delvis,
res. 30 (m)
40. beträffande *anonyma tester*
att riksdagen avslår motion 1998/99:Ju709 yrkande 16 delvis,
res. 31 (v, mp, fp)
41. beträffande *patientavgifter*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So424 yrkande 9,
res. 32 (m) – delvis
42. beträffande *forskning avseende hiv och aids*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So424 yrkande 11,
res. 32 (m) – delvis
43. beträffande *bemötande av homosexuella*
att riksdagen avslår motion 1998/99:Ju709 yrkandena 13 och 15,
res. 33 (v, mp, fp)
44. beträffande *vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So218, 1998/99:So237,
1998/99:So251, 1998/99:So275 yrkande 1, 1998/99:So284 yrkandena
1–3, 1998/99:So313 yrkandena 1, 3, 5 och 6, 1998/99:So321 yrkande
7, 1998/99:So346 yrkandena 1–3, 1998/99:So437, 1998/99:So453,
1998/99:So455 yrkande 11, 1998/99:So458 yrkande 2, 1998/99:So460
yrkande 10 och 1998/99:So465 yrkande 25,
res. 34 (m)
res. 35 (kd)
res. 36 (c)
res. 37 (fp)
res. 38 (mp)

45. beträffande *kvinnors hälsa*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So225, 1998/99:So321 yrkandena 2–5, 1998/99:So462 yrkande 1 och 1998/99:A802 yrkande 13,

res. 39 (m)

res. 40 (v, mp)

res. 41 (fp)

46. beträffande *forskning*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So321 yrkande 1, 1998/99:So420 och 1998/99:A810 yrkande 25,

res. 42 (v, kd, mp)

47. beträffande *vissa kvinnosjukdomar*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So321 yrkande 6 och 1998/99:So343,

res. 43 (m)

48. beträffande *nationella riktlinjer*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So405 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So467 yrkande 11 och 1998/99:So413,

res. 44 (c)

49. beträffande *alternativmedicin*
att riksdagen avslår motionerna 1998/99:So202, 1998/99:So312 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So354 samt 1998/99:So460 yrkandena 14–17,

res. 45 (c, mp)

50. beträffande *tatuering och piercing*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So438,

res. 46 (mp)

51. beträffande *kunskapscentrum*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So268,

52. beträffande *hospisvård i livets slutskede*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So235 och 1998/99:So340 yrkande 21,

53. beträffande *lobotomi*
att riksdagen avslår motion 1998/99:So232.

res. 47 (kd, mp)

Stockholm den 25 mars 1999

På socialutskottets vägnar

Ingrid Burman

I beslutet har deltagit: Ingrid Burman (v), Chris Heister (m), Susanne Eberstein (s), Margareta Israelsson (s), Rinaldo Karlsson (s), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Conny Öhman (s), Elisebeht Markström (s), Rolf Olsson (v), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Thomas Julin (mp), Kenneth Johansson (c), Kerstin Heinemann (fp), Catherine Persson (s) och Rosita Runegrund (kd).

Reservationer

1. Primärvårdens resurser (mom. 1)

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

Vi delar i stor utsträckning revisorernas analys och slutsatser men tycker att det finns skäl att särskilt belysa några områden.

Revisorernas skrivelse aktualiserar primärvårdens problem. Trots att primärvården klarat sig relativt väl undan större besparingar kvarstår dess problem. Det gäller svårigheterna att rekrytera personal, tillgängligheten och svårigheten att kunna ta emot och med god kvalitet behandla de patienter som överförs från sjukhus till primärvård.

En genomgripande översyn av primärvårdens struktur är nödvändig. Fler specialistkategorier än allmänläkarna måste kunna ingå i primärvården och dubbelspecialiseringar bör underlättas. Primärvården måste få en förstärkt roll som nav inom äldreomsorgen och centrum i hemsjukvården. Många gamla har ett stort vårdbehov och det är viktigt att primärvården utnyttjas som resurs inom äldreomsorgen. En satsning på IT – inte bara inom telemedicin och journalhantering – utan också för lednings-, styr- och samverkanssystem är erforderlig. Remisstväng bör enligt vår uppfattning förbjudas.

Vi vill också peka på vikten av att den översyn av Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet som revisorerna föreslår verkligen kommer till stånd. Det är viktigt att statistik finns som gör det möjligt att utvärdera olika vårdgivares effektivitet. Likaså behövs statistik som möjliggör internationella jämförelser.

Vad ovan anförts med anledning av motion So17 (m) yrkandena 1, 3, 4 och 6 bör ges regeringen till känna.

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

1. beträffande *primärvårdens resurser* att riksdagen med anledning av Riksdagens revisorers förslag och motion 1998/99:So17 yrkandena 1, 3, 4 och 6 samt med avslag på motion 1998/99:So18 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

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

Enligt vår uppfattning måste varje civiliserat samhälle tillhandahålla grundläggande trygghet och stöd till dem som behöver det. Hälso- och sjukvården utgör en fundamental del av denna trygghet. Hälso- och sjukvården skall så långt möjligt tillgodose människans medicinska behov och samtidigt ta hänsyn till livskvaliteten. Det är med andra ord nödvändigt, men inte tillräckligt, att patienter får god sjukvård inom rimlig tid. Vården skall dessutom erbjudas och tillhandahållas på ett sådant sätt att den enskilde patienten själv har ett inflytande över sin livskvalitet. Inflytandet garanteras bäst genom en rätt till sjukvård som är kombinerad med valfrihet tillsammans med en viss basal lagstiftning.

Vi anser vidare att en viss mycket grundläggande prioritering inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården måste göras av riksdagen för att fastlägga och avgränsa sjukvårdsåtagandets omfattning. Nödvändiga prioriteringar måste därefter göras med den medicinska etiken som grund. Problemen inom hälso- och sjukvården beror framför allt på det sätt på vilket den byggts upp och administreras. Sjukvårdens omfattning, utformning och styrning har bestämts utifrån politiska prioriteringar. Systemet tar enligt vår uppfattning liten hänsyn till patienters eller personals önskemål eller behov. Sjukvårdens resurser nyttjas inte optimalt. Den offentliga vården är ofta dyr och ineffektiv genom att organisationen är stel. Man arbetar inte efter utvärderade resultat.

För att ingen skall falla utanför den grundläggande tryggheten när det gäller sjukvård förespråkar vi en *obligatorisk* hälsoförsäkring. Modellen skall med andra ord omfatta alla medborgare, oavsett betalningsförmåga, hälsotillstånd eller annat. Alla människor skall vara anslutna till valfri försäkringskassa eller motsvarande, som skall administrera försäkringen. Ingen får avvisas. En stor fördel med en sådan hälsoförsäkring är att pengarna i större utsträckning kommer att följa patienterna.

Hälsoförsäkringen bör som vi ser det omfatta det som i dag inryms i ersättningen till sjukvårdshuvudmännen, ersättningen för läkemedel samt den del av sjukpenningförsäkringen och förtidspensionerna som avser rehabilitering. Den del av landstingsskatten som avser sjukvård bör också föras till försäkringen. De totala resurserna torde uppgå till ca 180 miljarder kronor/år om man utgår från de resurser som gick åt år 1997.

Försäkringsavgiften för den enskilde skall enligt vår modell fastställas av riksdagen. Den del av hälsoförsäkringen som ersätter dagens landstingsskatt tas ut proportionellt, utan inkomsttak. Försäkringskassan tilldelas medel ur dessa avgifter, med avdrag för de delar som går till statligt ansvar för sjukvård. Pengarna följer patienten i denna försäkringsmodell, vilket innebär att sjukvården organiseras och helt verkar utifrån patienternas behov. Detta bör enligt vår mening jämföras med dagens hierarkiska landstingssystem där alla har en teoretisk rätt till sjukvård men där systemet inte förmår leverera denna

vård vilket i sin tur leder fram till dagens alltmer desperata tal om brist på resurser.

Hälsöförsäkringen kan kombineras med ett medicinskt sparkonto eller medborgarkonto i den öppna vården och de närmare formerna för utformningen av en sådan bör utredas

Sjukvård ges i många former, öppna och slutna. Av flera skäl är det enligt vår mening viktigt att vård ges på "rätt nivå". Om en patient går till en specialistläkare på ett sjukhus med en åkomma som lika gärna, eller bättre, hade kunnat hanteras av en allmänläkare finns risk att patienten slussas runt mellan flera läkare innan han eller hon hamnar rätt. Dessutom blir kostnaderna högre, eftersom ett besök hos specialistläkare i normalfallet kostar mer.

Det finns olika typer av system för att komma till rätta med detta. Ett vanligt sätt i dagens landstingsmodell är att kräva remiss från allmänläkare för specialistläkarbesök. Remisstväng är dock inte en bra lösning, eftersom det minskar den enskildes valfrihet och tillgången till vård. En bättre lösning är enligt vår mening att styra med patientavgifter.

Egenvård kan, vilket nyligen gjorda undersökningar och försök bestyrker, vara ett sätt att hålla kostnaderna nere i den öppna vården, och på sikt, förebygga sjukdom. För vårdgivarna kan det vara ett bra konkurrensmedel att erbjuda utbildning i egenvård eller annan typ av förebyggande vård.

Vård på rätt nivå innebär givetvis att kroniskt sjuka i vissa fall har en närmare kontakt med sin specialistläkare än andra patienter. Vissa långtidssjuka behöver en kontinuerlig kontakt med specialistläkare, andra inte, enligt vår bedömning.

Att göra gränsdragningen inom forskning och utveckling i den samlade hälso- och sjukvården är mycket komplicerat. Gränserna mellan grundforskning och klinisk forskning förskjuts kontinuerligt. Vem som exakt finansierar vad har visat sig vara nästan omöjligt att utröna inom dagens landstingsmodell. I den försäkringsmodell som föreslås bör vårdgivare som verkar inom den ha skyldighet att mot ersättning ta emot läkare och sjuksköterskor på specialistutbildning. En försäkringsgivare som har starka ekonomiska incitament att ta ett helhetsansvar kommer att sträva efter att introduktionen av ny teknik frigör resurser, snarare än att – som i dag ofta är fallet – bara öka volymen på verksamheten eller vidga indikationerna så att nya patientgrupper kan behandlas.

Vad här anförts med bifall till motionerna So17 (m) yrkande 5, So215 (m) yrkande 2, So230 (m) yrkande 15, So250 (m) yrkandena 1 och 2 och So257 (m) yrkandena 1–7, 9 och 10 samt med anledning av So204 (m) bör ges regeringen till känna.

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

2. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.*

att riksdagen med bifall till motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So250 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10 och med anledning av 1998/99:So204 samt med avslag på motionerna

1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So304, 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14, 1998/99:So340 yrkande 20, 1998/99:So387 yrkande 21, 1998/99:So391 yrkande 1, 1998/99:So395, 1998/99:So417, 1998/99:So446 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7 samt 1998/99:So467 yrkandena 9, 13, 14 och 16 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

1998/99:SoU10

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

Ingrid Burman och Rolf Olsson (båda v) anför:

Vi delar bedömningen i motion So391 (v) om inriktningen av sjukvården i Sverige under kommande mandatperiod. Sjukvården behöver en mer demokratisk arbetsorganisation med minskade löneklyftor, där alla personalgruppers kompetens tas till vara. Det är enligt vår uppfattning väsentligt att arbetsvillkoren och arbetsmiljön förbättras, framför allt inom omvårdnadsarbetet. Vidare bör förhållandena inom hemsjukvården och anhörigvårdarnas situation förbättras. Också entreprenörer bör vara skyldiga att erbjuda bra arbetsvillkor och arbetsmiljöer. Huvuddelen av vården bör också i framtiden drivas i offentlig regi. Andra vårdformer bör i huvudsak ses som komplement.

Vårdutbildningen bör enligt vår uppfattning byggas ut och rekryteringen till vårdrkten förbättras, bl.a. genom att det blir mer självständiga, kvalificerade jobb där man har inflytande och makt att förbättra arbetssituationen. Vi anser vidare att det förebyggande arbetet bör ställas i centrum. Uppsökande verksamheter som riktar sig till utsatta grupper, riktade hälsokontroller och hälsosamtal kan minska klyftorna i hälsotillstånd.

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

När det gäller primärvården anser vi att den bör förstärkas och göras avgiftsfri. Vidare bör primärvårdens områdesansvar och ansvar för det förebyggande arbetet betonas tydligare.

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

Den kommunala äldreomsorgen anser vi bör ha stöd av geriatriskt utbildade läkare eller distriktsläkare med tillräcklig kompetens och med klara ansvarsområden. Likaså bör den psykiatriska vården förstärkas. Psykiatrin

bör utveckla en uppsökande verksamhet som också når de psykiskt sjuka som riskerar att bli isolerade eller bostadslösa och som inte själva söker vård.

Det är enligt vårt synsätt mycket viktigt att samhället och särskilt landstingen bör ta ett fastare grepp över läkemedelshanteringen. Läkemedelskommittéer bör ha möjlighet att granska och aktivt styra användningen av olika mediciner. Läkemedelsindustrins marknadsföring bör begränsas och industrin bör helt frikopplas från läkarnas vidareutbildning.

Slutligen anser vi att det behövs mer forskning om sambandet mellan miljö och sociala förhållanden samt ohälsa. Landstingen bör aktivt stödja samhällsmedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete som förbättrar kunskaperna om vilka grupper i samhället som drabbas av sjukdom och vilka orsaksfaktorer som finns. Det är mycket angeläget att man får bättre metoder för att utvärdera och följa upp förebyggande arbete. Också den alternativa medicinen bör uppmärksammas. Arbetet med att utarbeta nationella riktlinjer när det gäller stora folksjukdomar bör förstärkas. Vad ovan anförts med anledning av motion So391 (v) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

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

2. *beträffande hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So391 yrkande 1 och med avslag på motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So204, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So250 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10, 1998/99:So304, 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14, 1998/99:So340 yrkande 20, 1998/99:So387 yrkande 21, 1998/99:So395, 1998/99:So417, 1998/99:So446 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7, och 1998/99:So467 yrkande 9, 13, 14 och 16 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

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

Lars Gustafsson och Rosita Runegrund (båda kd) anför:

Vi vill framhålla att inom tio–tolv år kommer antalet personer som är 85 år och äldre att vara 60 000–65 000 flera än 1995. Även om vi vet att allt flera äldre är friska allt längre, så kommer behovet av sjukhusvård i den växande gruppen äldre att öka. Därför är dagens avveckling av vårdplatser orimlig. En ny vårdpolitik måste till. Den bör ha som mål att vårt land om tio år kan erbjuda 20 000 fler sjukvårdsplatser. Många kommer att kunna erbjudas vård i form av avancerad sjukvård i hemmet med ett sjukhus som bas och utgångspunkt. En stor brist i dagens sjukvård är att patientens val inskränks till att ta emot vården hemma eller ingen vård alls. I patientens val måste det också finnas en möjlighet att kunna välja vård på sjukhus.

Antalet vårdplatser på sjukhusen måste bli fler i stället för färre. På tio år har antalet vårdplatser halverats från ca 80 000 till knappt 40 000. Det är en myt att påstå att vi hade för många vårdplatser inom alla vårdområden när de

drastiska nedskärningarna inleddes. En anpassning till nya vårdmetoder och medicinska framsteg är naturlig. En viss minskning av antalet vårdplatser har därför varit rimlig. Men den drastiska minskningen det senaste decenniet svarar inte mot minskade vårdbehov. Detta bevisas bland annat av de mycket långa värdköer som uppkommit vilket är kostsamt såväl för den enskilde patienten som för samhället i stort. Vården behöver mera rum och fler sängar. Det behövs inom geriatriken, psykiatrien och övrig akutvård. Vi föreslår därför att det tillskapas 20 000 nya vårdplatser under en tioårsperiod.

Vi vill också framhålla vikten av att nödvändiga resurser tillskapas så att psykologisk kompetens skall kunna bli en obligatorisk resurs – och en självklar tillgång för patienten – i primärvården. Psykologisk diagnostik och behandling måste lyftas fram som något mycket angeläget.

Vidare anser vi att sjukvårdshuvudmännen måste avsätta mer resurser för att ge utbildning i medicinsk-etiska frågor. Denna utbildning måste få högre status för att man skall kunna tillmötesgå de ökade kraven på en god vård i livets slutskede.

Vad här anförts med anledning av motionerna So304 (kd), So340 (kd) yrkande 20 och So446 (kd) yrkande 2 bör ges regeringen till känna.

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

2. *beträffande hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So304, 1998/99:So340 yrkande 20 och 1998/99:So446 yrkande 2 och med avslag på motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So204, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So250 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10, 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14, 1998/99:So387 yrkande 21, 1998/99:So391 yrkande 1, 1998/99:So395, 1998/99:So417, 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7 samt 1998/99:So467 yrkandena 9, 13, 14 och 16 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

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

Kenneth Johansson (c) anför:

Jag anser att vården och omsorgen skall utgå från den enskilda människans behov och utövas i enlighet med patientens önskemål och aktiva val. Människors förmåga att skaffa sig kunskap om och påverka sitt hälsotillstånd skall vara vägledande för organisationen av sjukvården. Alla skall ha möjlighet att, utifrån sina behov, välja sin personliga kontakt, vårdinrättning och omsorgsform. Enskilda människors ekonomiska förutsättningar får aldrig avgöra vårdinsatsen. Hälso- och sjukvården skall enligt min uppfattning finansieras med gemensamma medel.

Inrättandet av brukarråd bör med detta synsätt uppmuntras. Patienter och anhöriga kan genom deltagande i brukarråd tillföra angelägna synpunkter till sjukvården och fungera som en värdefull länk mellan politiker, personal och

patienter/anhöriga. De kan också arbeta med att utveckla arbetssättet och kontakten med det omgivande samhället. Det finns en stor grupp patienter som har mer eller mindre stora svårigheter att själva föra sin talan. Det kan gälla barn, psykiskt sjuka eller personer med vissa funktionshinder. Deras rätt att föra sin talan måste garanteras och förbättras.

Personer som inte har svenska som modersmål skall ha rätt till tolk. Inom sjukvården behandlas ofta frågor som för många människor kan kännas ytterst besvärande och därför krävs en förtroendefull kontakt mellan läkare och patient. Självklart bör den som är i behov av tolk kunna välja om det skall vara en man eller kvinna. Samtidigt är det viktigt att konstatera att den äkta maken eller släktingar inte alltid är lämpliga när det gäller att skapa ett förtroendefullt samtal mellan läkare och patient.

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

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

Akutsjukvården kräver hög kompetens och tillgänglighet. Vårdinsatsen vid ett akut sjukdomstillstånd skall påbörjas direkt i hemmet eller på olycksplatsen för att trygga säkerheten och skapa likvärdiga förutsättningar för patienten, var än man bor. Satsningar bör göras på ambulanssjukvården – som skall vara av hög kvalitet. Vård utomlands bör – i vissa fall – vara möjligt, men det får inte inkräkta på andra människors rätt till vård.

Vad ovan anförts med anledning av motion So314 (c) yrkandena 8, 9, 12 och 14 bör ges regeringen till känna.

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

2. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14 och med avslag på motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So204, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So250 yrkandena 1

och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10, 1998/99:So304, 1998/99:So340 yrkande 20, 1998/99:So387 yrkande 21, 1998/99:So391 yrkande 1, 1998/99:So395, 1998/99:So417, So446 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7 samt 1998/99:So467 yrkandena 9, 13, 14 och 16 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

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

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt min mening har Sverige i jämförelse med de flesta länder på vår nivå en mycket svagt utvecklad primärvård. Andelen allmänläkare av alla läkare var i Sverige år 1992 endast 13 %. I de övriga nordiska länderna var andelen omkring 25 %. Därtill skall läggas bristen på specialistsjuksköterskor. Trots behoven av fler läkare i primärvården har regeringen valt att föra en politik som reducerar antalet privata läkare.

I denna bristsituation har under 1990-talet en dramatisk nedgång skett i antalet utbildningstjänster för blivande allmänläkare. 52 % av läkarkåren är över 50 år enligt Socialstyrelsen. Denna åldersstruktur i allmänläkarkåren är tillsammans med bristen på läkare ett stort problem som kräver fler insatser för att tillgodose läkarbehovet.

Att avskaffa bristen på läkare i primärvården var en av tankarna bakom husläkarreformen, vid sidan av att öka patientens valfrihet och att ge en nära och god vård med hög kvalitet. Husläkarreformen och den fria etableringsrätten för specialister i allmänmedicin och sjukgymnaster bidrog till att fler privata vårdgivare etablerade sig vilket kraftigt minskade allmänläkarbristen. Denna utveckling bröts dock tvärt när husläkarlagen avskaffades och villkoren för de privata vårdgivarna försvårades. Husläkarlagen bör enligt min bedömning återinföras.

Jag vill också peka på det faktum att primärvården är hårt pressad. Arbetsbelastningen har ökat markant. Nedskärningar och allt kortare vårdtider på sjukhusen ökar pressen på husläkare, distriktssköterskor och andra personalgrupper i primärvården. Husläkare och distriktssköterskor riskerar att bli utbrända och förlora sin arbetsglädje.

Krisen i vården har flera förklaringar. En viktig bakgrund är att omkring 80 000 tjänster försvunnit i vården sedan 1994. Motståndet mot viktiga strukturreformer som t.ex. vårdgarantin, öronmärkning av kommunpengar och att användning sjukförsäkringspengar i vården för att kapa köer har inte gjort situationen lättare. En annan förklaring är att situationen för de privata vårdgivarna försvårats.

Jag anser att all öppenvård bör konkurrensutsättas. All den verksamhet som upphandlas efter konkurrensutsättning bör enligt min uppfattning förses med kvalitetscertifikat. Kraven på kvalitet kan utformas i form av en standardmall av Socialstyrelsen och tillämpas av kommuner och landsting.

Arbetsrelaterat våld bl.a. inom hälso- och sjukvården har blivit allt vanligare i Sverige. Läkarförbundet har uppmärksammat detta i sin programskrift

Läkare om våld som utkom 1998. Relationen mellan personal inom hälso- och sjukvården och de vårdsökande bygger på förtroende. När en patient utsätter personalen för hot och våld finns, utöver risken för fysiska och psykiska skador, också risken att behandlingen misslyckas. Det är därför viktigt att personalen får en utbildning i hur man hanterar dessa situationer men också får hjälp och stöd att bearbeta vad som inträffat i samband med hot och våldshandlingar från patienter.

Vad här anförts med anledning av motion So387 (fp) yrkande 21 och So467 (fp) yrkandena 9, 13, 14 och 16 bör ges regeringen till känna.

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

2. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So387 yrkande 21 och 1998/99:So467 yrkandena 9, 13, 14 och 16 och med avslag på motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So204, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So250 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10, 1998/99:So304, 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14, 1998/99:So340 yrkande 20, 1998/99:So391 yrkande 1, 1998/99:So395, 1998/99:So417, 1998/99:So446 yrkande 2 och 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

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

Thomas Julin (mp) anför:

Som anförts i motion So460 (mp) bör hälso- och sjukvården även fortsättningsvis i huvudsak vara offentligt finansierad. För att trygga den långsiktighet och den hållbarhet som krävs för att vi invånare skall kunna känna oss säkra på att vården bistår oss när vi behöver den är sunda finanser i balans en absolut förutsättning.

Kostnaderna inom hälso- och sjukvården uppkommer till betydande del av trafikolyckor, miljöstörningar samt missbruk av alkohol samt tobaksanvändning. Jag anser att skatter och avgifter på dessa verksamheter och varor åtminstone skall bekosta de samhällsekonomiska kostnader som de direkt eller indirekt orsakar. Så är inte fallet i dag. I Miljöpartiets förslag till förändrade skatter föreslås höjda skatter på bl.a. dessa områden inom ramen för en skatteväxling där i stället skatt på främst arbete sänks. Därigenom tryggas delvis den framtida finansieringen av hälso- och sjukvården. Det innebär också att hälso- och miljöfarliga verksamheter och varor blir dyrare och därmed sannolikt mindre vanliga. Detta medför på sikt lägre vårdkostnader för samhället och en betydande folkhälsovinst för medborgarna.

För att uppnå en god och effektiv vård av hög kvalitet anser jag vidare att hela vårdkedjor måste upprättas. Ekonomiska incitament till bevarande av befintliga vårdkedjor är dessutom nödvändigt. Tyvärr har de ”köp-och-sälj”-

system som stora delar av landet använder sig av lett till att välfungerande och sammanhängande vård styckats upp på skilda nivåer. Jag anser att en utredning bör tillsättas för att se över hur hela vårdkedjor skall kunna fungera och utvecklas.

Frågan om schemaläggning av läkarnas arbete har stött på hårt motstånd främst bland den äldre delen av läkarkåren. Motiveringen har bl.a. varit att en schemaläggning medför fara för patienternas säkerhet. Jag bedömer å andra sidan att läkare som tillåts arbeta närmare 36 timmar i sträck verkligen kan vara en fara för patienternas säkerhet. Därför anser jag att regeringen bör få i uppdrag att se över vad en schemaläggning av läkarnas arbetstid skulle få för konsekvenser för såväl patienternas säkerhet som kvaliteten i den vård som utförs.

Vad här anförts med anledning av motion So460 (mp) yrkandena 4, 6 och 7 bör ges regeringen till känna.

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

2. beträffande *hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So460 yrkandena 4, 6 och 7 och med avslag på motionerna 1998/99:So17 yrkande 5, 1998/99:So204, 1998/99:So215 yrkande 2, 1998/99:So230 yrkande 15, 1998/99:So236 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So250 yrkandena 1 och 2, 1998/99:So257 yrkandena 1–7, 9 och 10, 1998/99:So304, 1998/99:So314 yrkandena 8, 9, 12 och 14, 1998/99:So340 yrkande 20, 1998/99:So387 yrkande 21, 1998/99:So391 yrkande 1, 1998/99:So395, 1998/99:So417, 1998/99:So446 yrkande 2 och 1998/99:So467 yrkandena 9, 13, 14 och 16 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

8. Mångfald bland vårdgivare (mom. 3)

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

Vi anser att det finns ett stort behov av att öka mångfalden bland vårdgivare. Undersökningar visar att personalen vid de privata vårdföretagen i de allra flesta fall trivs bättre än personalen i den offentliga sektorn. En större mångfald av vårdgivare kan vidare skapa förutsättningar för bättre lönebildning och fler attraktiva karriärvägar för anställda inom vården. Den privata vården skapar också en kostnadspress som resulterar i ett bättre utnyttjande av resurserna i form av personal, organisation av arbetet, lokalutnyttjande m.m. En mångfald av vårdgivare innebär dessutom en decentraliserad vårdstruktur. Enligt vår uppfattning bör all vård utsättas för ökad konkurrens. Vad här anförts med anledning av motionerna So224 (m) yrkande 5, So314 (c) yrkande 13, So446 (kd) yrkande 4 och So467 (fp) yrkandena 5 och 12 bör ges regeringen till känna.

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

3. beträffande *mångfald bland vårdgivare*
att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So224 yrkande 5, 1998/99:So314 yrkande 13, 1998/99:So446 yrkande 4 och 1998/99:So467 yrkandena 5 och 12 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

9. Läkarnas specialistutbildning (mom. 4)

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

Enligt vår uppfattning är det nödvändigt att snarast se över dimensioneringen av specialistutbildningen av läkare med tanke på framtiden. Redan nu kan konstateras att det finns brist på exempelvis barnläkare, reumatologer, geriatriker och narkosläkare. Vidare krävs en kompetenshöjning av primärvården genom att ett ökat antal specialister från andra områden än allmänmedicin tillförs primärvården. I första hand bör områdena psykiatri, geriatrik, pediatrik och gynekologi komma i fråga samt även reumatologi. Det kan också noteras att specialistläkarna inte kan stödja sig på någon bestämmelse i vare sig lag eller avtal för att kräva adekvat fortbildning. Vi anser att en förutsättning för att medborgarna skall kunna erhålla bästa möjliga vård och förebyggande insatser är att specialistläkarna är uppdaterade inom sina områden. Deras fortbildning skall självfallet inte vara beroende av medel från företag med ekonomiska intressen i vården. I stället skall fortbildningen betraktas som en självklar driftskostnad inom hälso- och sjukvården, både för landstings- och privatverksamma läkare. Vad här anförts med anledning av motionerna So17 (m) yrkande 2, So247 (m) och So446 (kd) yrkande 5 bör ges regeringen till känna.

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

4. beträffande *läkarnas specialistutbildning*
att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So17 yrkande 2, 1998/99:So247 och 1998/99:So446 yrkande 5 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

10. Geriatrisk specialistkompetens (mom. 5)

Kenneth Johansson (c) anför:

Stor brist råder på specialistutbildade läkare (främst geriatriker och psykiatriker). För att täcka detta behov krävs enligt min uppfattning att utbildning av dessa specialister prioriteras. Ofta får distriktsläkarna den första kontakten med misstänkta demensfall och det krävs då att de har kunskap för att känna igen tecken på demens. Många distriktsläkare skulle genom påbyggnadsutbildning inom demensområdet kunna avlasta en del av diagnostiseringen. Det krävs också ökad kunskapsspridning om demenssjukdomar och äldres psykiska ohälsa, för att få fler intresserade av denna del i läkarutbildningen.

Vad här anförts med anledning av motion So405 (c) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

1998/99:SoU10

Jag anser att utskottets hemställan under 5 bort ha följande lydelse:

5. beträffande *geriatrisk specialistkompetens*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So405 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

11. Omvårdnad i sjukvården (mom. 7)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt min uppfattning är det mycket viktigt att framhålla omvårdnadens betydelsefulla roll i sjukvården. Omvårdnaden utgör en omfattande och viktig del av verksamheten i sjukvården jämte medicinsk behandling. Den medicinska delen får dock av tradition och kanske av ideologiska orsaker större uppmärksamhet än omvårdnaden. Båda är dock avgörande för en god och effektiv vård. Som exempel kan nämnas att omvårdnadsinsatser är av avgörande betydelse för att förhindra och behandla trycksår i sjukvården. Likaså är god omvårdnad viktig för att bota och förebygga undernäring.

Vidare anser jag att ett omvårdnadscentrum bör inrättas. Exempel på uppgifter som ett sådant centrum kan ha är följande: stärka utvecklingen av omvårdnad i kommuner och landsting, stödja omvårdnadsforskningen och dialogen mellan forskare och vårdpersonal, vara ett forum för utvärdering och redovisning av aktuell forskning, anordna forskningskonferenser samt främja vidareutbildning och fortbildning inom omvårdnadsområdet.

Vad här anförts med anledning av motion So386 (fp) yrkandena 1 och 2 bör ges regeringen till känna.

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

7. beträffande *omvårdnad i sjukvården*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So386 yrkandena 1 och 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

12. Redovisning av samhällsbesparing (mom. 8)

Thomas Julin (mp) anför:

Som anförts i motion So18 (mp) har stora besparingar gjorts inom vården. Detta har inte minst påverkat primärvården. Enligt min uppfattning saknas en redovisning av vad dessa besparingar kostat, sett ur ett samhällsperspektiv. Jag anser att det är viktigt att väga genomförda besparingar mot den samhällsnytta som gått förlorad och mot den ohälsa och otrygghet som neddragningarna skapat. Dessa neddragningar har skapat arbetslöshet för omvårdnadspersonalen och de har orsakat kostnader för samhället i form av arbetsmarknadsåtgärder och förlorad kompetens. Regeringen bör således göra en tydlig redovisning av den samhällsbesparing som neddragningen i vårdsektorn medfört. Vad här anförts med anledning av motion So18 (mp) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

8. beträffande *redovisning av samhällsbesparing*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So18 yrkande 1 som
sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

13. Bevarande av mindre sjukhus (mom. 9)

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

Enligt vår uppfattning har Sverige utvecklat ett hårdare koncentrationsmönster inom sjukvården än många andra länder. Vi vill peka på en rapport från SPRI i vilken det slås fast att små sjukhus inte är dyrare än stora sjukhus. Däremot är det stora skillnader mellan olika kliniker inom ett sjukhus. Genom att lägga ned sjukhus förlorar man den närhet som lagen föreskriver. Den minskning av jourkostnaderna som åstadkoms vid en centralisering av vården försvinner genom att transportkostnaderna ökar. Vad man får är enbart försämrad service för befolkningen för sannolikt högre kostnad. De mindre sjukhusen bör således i högre grad bevaras. Detta står självklart inte i motsats till att det för vissa verksamheter av kvalitetsskäl krävs en koncentration. Vad här anförts med anledning av motion So265 (kd) yrkande 1 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 9 bort ha följande lydelse:

9. beträffande *bevarande av mindre sjukhus*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So265 yrkande 1 som
sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

14. Privata vårdgivare (mom. 11)

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

Vi anser att fri etablering bör gälla för läkare och sjukgymnaster. Vidare anser vi att förbudet mot ersättningsetableringar snarast bör avskaffas. Rätten att överlämna sin verksamhet till yngre krafter garanterar fortlevnad och en tryggad rätt att fortsatt bedriva verksamhet. Den garanterar också att verksamheten bedrivs på en modern och kvalificerad nivå ända till överlåtelsefallet. Vi anser också att åldersgränsen för rätten att erhålla sjukvårdsersättning bör slopas. Åldersgränsen strider mot riksdagens beslut att införa en flexibel pensionsålder och innebär att sedan länge etablerade läkarkontakter bryts. Det är enligt vår mening särskilt allvarligt för äldre patienter som förlorar en läkare de känt stort förtroende för. Med hänsyn till att den offentliga sektorn har stora problem med ökande köer och att personalen drabbas av stress och utbrändhet är det dessutom anmärkningsvärt att några av vårdens mest erfarna och mest kompetenta företrädare förvägras utöva sitt yrke. Möjligheten att göra en god insats i vården kan inte enbart kopplas till åldern utan måste också bedömas utifrån andra kriterier. Vad här anförts med an-

Vi anser att utskottets hemställan under 11 bort ha följande lydelse:

11. beträffande *privata vårdgivare*
att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So222 yrkandena 2, 3 och 5, 1998/99:So226 och 1998/99:So467 yrkandena 3 (delvis), 4 och 7 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

15. Andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster (mom. 12)

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

Vi anser att en stor del av befolkningens behov av hälso- och sjukvård med fördel kan ombesörjas av andra yrkeskategorier än läkare. Inte minst ur samhällsekonomiskt perspektiv kan detta vara fördelaktigt. Det finns ett starkt intresse från till exempel distriktssköterskor att etablera privata vårdalternativ vid sidan av husläkare eller distriktsläkare. Barnmorskor bedriver redan i viss utsträckning mödrahälsovård i egen regi, men det finns intresse att göra detta i större utsträckning och även vidga verksamheten till preventivmedelsrådgivning och gynekologiska hälsokontroller med viss provtagning. Lymf-terapeuter är en annan yrkesgrupp där det finns ett stort intresse av att bedriva privat verksamhet. En grundläggande förutsättning i samtliga fall är dock att verksamheten kan bedrivas på ekonomiskt rimliga villkor och leva upp till ställda kvalitetskrav.

Sammanfattningsvis anser vi att vidgade möjligheter för fler yrkesgrupper att bedriva enskild verksamhet skulle för patienterna betyda ökad valmöjlighet, bättre tillgänglighet och förbättrad kontinuitet. Vad här anförts med bifall till motionerna So203 (m) och So231 (m) yrkande 1 och med anledning av motion So467 (fp) yrkande 3 (delvis) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 12 bort ha följande lydelse:

12. beträffande *andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster*
att riksdagen med bifall till motionerna 1998/99:So203 och 1998/99:So231 yrkande 1 och med anledning av motion 1998/99:So467 yrkande 3 (delvis) samt med avslag på motionerna 1998/99:So231 yrkande 2, 1998/99:So261 och 1998/99:So371 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

16. Andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster (mom. 12)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt min uppfattning är det viktigt för såväl patienter som vårdgivare att en enskild vårdgivare kan bedriva verksamhet med finansiering av landstinget. Jag anser därför att fri etableringsfrihet bör införas för andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster, t.ex. barnmorskor. Vad här anförts med anledning av motion So467 (fp) yrkande 3 (delvis) bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 12 bort ha följande lydelse:

12. beträffande *andra vårdgivare än läkare och sjukgymnaster* att riksdagen med bifall till motion 1998/99:So467 yrkande 3 (delvis) och med anledning av motionerna 1998/99:So203 och 1998/99:So231 yrkande 1 samt med avslag på motionerna 1998/99:So231 yrkande 2, 1998/99:So261 och 1998/99:So371 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

17. Högkostnadsskydd (mom. 14)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Thomas Julin (mp) anför:

Enligt vår uppfattning bör på sikt alla avgifter för läkemedel, läkarvård, tandvård, handikapphjälpmedel m.m. samordnas i ett högkostnadsskydd. Vi anser därför att regeringen bör utreda vad ett sådant högkostnadsskydd kan kosta staten. Vad här anförts med anledning av motionerna So418 (mp) yrkande 2 och So460 (mp) yrkandena 8 och 9 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 14 bort ha följande lydelse:

14. beträffande *högkostnadsskydd* att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So418 yrkande 2 och 1998/99:So460 yrkandena 8 och 9 och med avslag på motionerna 1998/99:So355, 1998/99:So442, 1998/99:So446 yrkande 9 och 1998/99:So467 yrkande 8 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

18. Högkostnadsskydd (mom. 14)

Lars Gustafsson och Rosita Runegrund (båda kd) anför:

Vi anser att en översyn behöver göras så att högkostnadsskyddet verkligen omfattar alla vårdavgifter. I det sammanhanget bör en återinförd ”fri lista” för läkemedel övervägas. Under senare år har avgifterna för den enskilde ökat dramatiskt dels genom att högkostnadsskyddet höjts, dels därför att flera vårdavgifter inte omfattas av högkostnadsskyddet. Även den enskildes kostnader för resor i samband med vård har ökat och dessa inkluderas inte heller i högkostnadsskyddet. Vi anser att ingen skall behöva avstå från vård av ekonomiska skäl. Vad här anförts med anledning av motion So446 (kd) yrkande 9 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 14 bort ha följande lydelse:

14. beträffande *högkostnadsskydd* att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So446 yrkande 9 och med avslag på motionerna 1998/99:So355, 1998/99:So418 yrkande 2, 1998/99:So442, 1998/99:So460 yrkandena 8 och 9 och 1998/99:So467 yrkande 8 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Jag anser att systemet med högkostnadsskydd för läkemedel och läkarbesök måste förbättras. Enligt min uppfattning bör 2 000 kr vara den nivå då högkostnadsskyddet inträder, dvs. 1 000 kr för läkemedelsutgifter och 1 000 kr för besök i den öppna hälso- och sjukvården. Vad här anförts med anledning av motion So467 (fp) yrkande 8 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 14 bort ha följande lydelse:

14. beträffande *högkostnadsskydd*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So467 yrkande 8 och med avslag på motionerna 1998/99:So355, 1998/99:So418 yrkande 2, 1998/99:So442, 1998/99:So446 yrkande 9 och 1998/99:So460 yrkandena 8 och 9 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

20. Bidrag till glasögon (mom. 15)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Thomas Julin (mp) anför:

I dag råder det stora olikheter mellan landstingen då det gäller bidrag för glasögon till barn. Varje landsting avgör självt om, och i så fall hur stort, bidrag som skall utgå. Vi anser att denna ojämlikhet är mycket olycklig. Alla barn bör behandlas lika, oberoende av var man bor i landet.

Staten, som anslagsgivare till landstingen, bör enligt vår uppfattning ta initiativ till överläggningar med Landstingsförbundet för att kartlägga situationen och för att utreda kostnader och alternativa kostnadsersättningar för glasögon till barn och ungdom. Vad här anförts med anledning av motion So219 (s) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 15 bort ha följande lydelse:

15. beträffande *bidrag till glasögon*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So219 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

21. Preskription (mom. 23)

Thomas Julin (mp) och Kerstin Heinemann (fp) anför:

Enligt vår nuvarande uppfattning innebär den nu gällande tidsgränsen på två år för underrättelse om anmälan ofta problem för anmälaren. Mycket ofta sträcker sig behandlingsperioderna över väsentligt längre tid än två år. Vid mycket långa sjukdomsperioder har vederbörande ofta inte återhämtat sig vare sig fysiskt eller psykiskt så att han/hon orkar göra en anmälan efter en felbehandling. Vid dödsfall, inte minst när det gäller barn, krävs ofta lång tid för anhöriga att bearbeta sin sorg. Därmed faller deras möjligheter att anmäla ärendet när preskriptionstiden är så kort som två år. Samtidigt får inte preskriptionstiden sättas så att minnesbilder av aktuellt fall försvåras. Preskriptionstiden bör därför förlängas till tre år.

I andra fall kan det vara så att orsaken till en patients besvär på grund av en felbehandling upptäcks först efter att preskriptionstiden har gått ut. Ett exempel på ett sådant fall är en patient som under drygt två år hade svåra smärtor i buken. Upprepade besök hos läkare gav olika diagnoser och behandlingar som inte hjälpte. Efter diagnosen blindtarmsinflammation opererades patienten och då upptäcktes en operationsduk som glömts vid en tidigare operation. Eftersom två år gått kunde patienten inte göra en anmälan trots att ett helt uppenbart fel hade begåtts. Det är ur patientsynpunkt helt nödvändigt att preskriptionstiden ändras så att när orsaken till en patients problem är ett misstag från sjukvården, skall preskriptionstiden börja löpa från den dag då misstaget upptäckts.

Vad här anförts med anledning av motion So294 (fp) yrkandena 1 och 2 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 23 bort ha följande lydelse:

23. beträffande *preskription*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So294 yrkandena 1 och 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

22. Muntlig förhandling (mom. 24)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Som anförts i motion So294 (fp) är muntlig förhandling sällsynt i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Enligt min uppfattning bör muntlig förhandling i svårbedömda fall kunna ge en mycket god tilläggsinformation. Muntlig förhandling bör därför medges i större utsträckning än för närvarande. Vad här anförts med anledning av motion So294 (fp) yrkande 3 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 24 bort ha följande lydelse:

24. beträffande *muntlig förhandling*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So294 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

23. Abortförebyggande åtgärder m.m. (mom. 29, 30, 31 och 34)

Lars Gustafsson och Rosita Runegrund (båda kd) anför:

Vi vill framhålla att det abortförebyggande arbetet är oerhört viktigt och har stor påverkan på abortutvecklingen. Ungdomsmottagningar har stor betydelse i det förebyggande arbetet, vilket måste präglas av en djup och bred information av välutbildad personal. Sexualundervisningen måste enligt vår uppfattning fördjupas och ansvarstagande för den egna sexualiteten och för partnern bör i detta sammanhang betonas. Den konfliktsituation som alltid uppstår vid en abortsituation måste lyftas fram. Familje- och preventivmedelsrådgivningen skall vara väl utbyggd och lättillgänglig i hela landet. Preventivmedelsrådgivningen bör enligt vår mening omfatta ett brett spektrum av metoder, även s.k. naturlig familjeplanering.

Enligt vår uppfattning bör informationen om stödsamtalen få en mycket tydligare inriktning än i dag. Varje abortsökande bör få en skriftlig information vilken bör redovisa de grundvärderingar som samhället står för när det gäller människovärdet och tydligt men varsamt lyfta fram det etiska dilemmat. På ett naturligt sätt kan sedan alternativet till abort diskuteras. Hur och i vilken omfattning stödsamtalen skall ske bör ytterligare övervägas. Stödsamtal bör endast genomföras/ledas av personal som fått utbildning i etisk rådgivning. I Norge finns en tvåårig akademisk utbildning för etisk rådgivning. Något liknande bör enligt vår mening införas i Sverige. Grundkraven på rådgivarna bör fastställas av Socialstyrelsen.

Enligt nuvarande abortlag fattar kvinnan det slutliga avgörandet om abort före den artonde graviditetsveckan. Därefter krävs Socialstyrelsens tillstånd.

Abortlagens nuvarande tidsgräns diskuteras både bland lekmän och medicinskt sakkunniga. Å ena sidan framförs argument för en sänkning av tidsgränsen. Antalet aborter skulle på detta sätt kunna minska. Å andra sidan hävdas att en kortare tid skulle kunna medföra att en del abortsökande inte fick tillräcklig tid att i lugn och ro tänka igenom sitt beslut.

Vi anser att de tänkbara effekterna av en sänkt tidsgräns för när Socialstyrelsens tillstånd krävs för abort bör studeras noga.

Vi vill vidare betona vikten av tvärvetenskaplig forskning kring situationen före och efter en abort för kvinnan, hennes familj och närmaste anhöriga. Många kvinnor får problem efter en abort. Resultaten från en intensifierad svensk forskning kunde bli till nytta såväl i det abortförebyggande och graviditetsstödande arbetet som vid stödsamtalen efter en abort.

Vad härefter gäller donation av könsceller vill vi framhålla att sådan donation på olika sätt kan komma att beröra de familjer och individer som ingår i givarens och mottagarens närhet. Det är därför viktigt att från ett helhetsperspektiv analysera de potentiella problem som en sådan donation kan medföra. Olika situationer för barnet, föräldrarna i den familj där barnet växer upp samt för donatorn och dennes familj måste beaktas. De rättsliga konsekvenserna av ägg- och spermadonation är inte helt klara. Befruktning utanför kvinnans kropp med donerade könsceller bör enligt vår uppfattning upphöra. Motsvarande komplikationer gäller också vid givarinsemination. Vår uppfattning är att man genom information om de etiska komplikationerna och genom underlättande av adoption bör få givarinsemination att på sikt upphöra.

Vad ovan anförts med anledning av motionerna So340 (kd) yrkandena 2, 8, 9 och 11–14, So379 (kd) yrkande 9 och So401 (kd) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 29, 30, 31 och 34 bort ha följande lydelse:

29. beträffande *abortförebyggande åtgärder* att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So340 yrkandena 8, 13 och 14, 1998/99:So379 yrkande 9 och 1998/99:So401 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,
30. beträffande *stödsamtal*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So340 yrkandena 11 och 12 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

1998/99:SoU10

31. beträffande *tidsgränsen då Socialstyrelsens tillstånd krävs för abort*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So340 yrkande 9 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

34. beträffande *övriga etiska frågor*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So340 yrkande 2 och med avslag på motionerna 1998/99:So256 yrkande 2 och 1998/99:So452 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

24. Fosters livsduglighet (mom. 32)

Chris Heister (m), Leif Carlsson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Christina Husmark Pehrsson (m) och Rosita Runegrund (kd) anför:

En fråga som den senaste tiden varit föremål för diskussion är när ett foster kan betecknas som livsdugligt. Gränsen har betydelse när det gäller den ”övre abortgränsen” eftersom en abort inte får utföras om ett foster kan bedömas som livsdugligt. Praxis är att abort inte medges efter den tjuugoandra havandeskapsveckan.

Vi anser att de tänkbara effekterna av en praxisändring så att abort i princip inte beviljas efter den tjugonde havandeskapsveckan bör studeras noga. Skälet är att de medicinska framstegen gjort det möjligt att rädda allt yngre foster till livet. Det finns alltid en viss risk för felbedömning av hur långt framskriden en grossess är. Den absurda situationen kan uppstå att ett foster som med modern teknik kan betraktas som livsdugligt foster aborteras samtidigt som miljonbelopp satsas för att rädda ett annat i och för sig lika moget foster. Det är ytterst angeläget att samhället har regler som är i takt med utvecklingen. Samtidigt måste entydiga signaler ges om att abort inte är tillåtet om ett barn kan bedömas som livsdugligt utanför livmodern.

Vad här anförts med anledning av motion So340 (kd) yrkande 10 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 32 bort ha följande lydelse:

32. beträffande *fosters livsduglighet*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So340 yrkande 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

25. Övriga etiska frågor (mom. 34)

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

Rådet för medicinsk-etiska frågor fick 1994 regeringens uppdrag att göra en översyn av bl.a. äggdonation. Rådets utredning och förslag överlämnades till regeringen våren 1995. Rådet ansåg att in vitrofertilisering (IVF) med ägg-

donation och makes/sambos sperma bör tillåtas på medicinsk indikation för kvinnor i fertil ålder.

En proposition om äggdonationer aviserades så sent som våren 1998 i regeringens propositionslista men kom aldrig till riksdagen. Propositionen återfinns inte i listan över planerade propositioner under hösten 1998. Under tiden fortsätter barnlösa par att åka utomlands för att få hjälp genom äggdonation. Kostnaderna för själva behandlingen uppskattades 1994 till ca 30 000 kr. Till detta kommer resekostnader m.m. I dag är kostnaderna säkerligen högre. Det blir med andra ord de som har egna pengar att satsa på en sådan behandling som kan få den medan andra med samma medicinska behov inte får den möjligheten. Enligt vår uppfattning är det därför angeläget att regeringen lägger fram ett lagförslag till riksdagen som jämställer äggdonation med spermadonation. Detta bör riksdagen med bifall till motion So256 (fp) yrkande 2 och med anledning av So452 (s) ge regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 34 bort ha följande lydelse:

34. *beträffande övriga etiska frågor*

att riksdagen med bifall till motion 1998/99:So256 yrkande 2 och med anledning av motion 1998/99:So452 samt med avslag på motion 1998/99:So340 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

26. Preventivmedel för män (mom. 35)

Thomas Julin (mp) anför:

Enligt min uppfattning är det väsentligt att resurser satsas på forskning vad gäller preventivmedel för män. Vad här anförts med anledning av motion A807 (mp) yrkande 10 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 35 bort ha följande lydelse:

35. *beträffande preventivmedel för män*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:A807 yrkande 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

27. Aktivt samtycke till organdonation (mom. 36)

Lars Gustafsson (kd), Thomas Julin (mp) och Rosita Runegrund (kd) anför:

Som anförts i motion So340 (kd) bör huvudprincipen vid organdonation vara aktivt samtycke från givaren. Enligt vår uppfattning anser de flesta att det är bäst om varje individ under sitt liv själv ger uttryck för sin vilja – eller tveksamhet inför – att bli donator. Då blir frågan sällan ett problem för de anhöriga. Vi anser därför att huvudprincipen vid organdonation bör vara aktivt samtycke från givaren. Om det blir allt vanligare med personliga beslut om organdonationer, kommer det också att uppfattas som naturligt att till en avlidens närstående ställa frågan om hur personen ställde sig till att bli donator av organ.

Vad här anförts med anledning av motion So340 (kd) yrkande 15 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 36 bort ha följande lydelse:

1998/99:SoU10

36. beträffande *aktivt samtycke till organdonation*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So340 yrkande 15
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

28. Organdonationsregistret och donationskort (mom. 37)

Lars Gustafsson och Rosita Runegrund (båda kd) anför:

Enligt vår mening är det viktigt att den enskilde ges god information om var och när man kan lämna uppgifter till organdonationsregistret. Det är vidare lämpligt att stat, landsting eller kommuner bör aktivt informera om organdonation vid de tillfällen då människor naturligt har kontakt med vissa myndigheter. Sådana tillfällen kan vara mönstring inför värnplikt, utfärdande av körkort, besök vid hälsomottagningar etc. Vid sådana tillfällen skulle den enskilde erbjudas att lämna uppgifter till organdonationsregistret. Vi anser att detta skulle underlätta för många att ge sin åsikt till känna.

Den vilja till organdonation som den enskilde lämnar till organdonationsregistret skulle förutom i registret dokumenteras på ett donationskort. Även i detta sammanhang är det viktigt att lyfta fram behovet av information och utbildning. Vad här anförts bör riksdagen med anledning av motion So340 (kd) yrkandena 16 och 17 ge regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 37 bort ha följande lydelse:

37. beträffande *organdonationsregistret och donationskort*
att riksdagen med anledning av motion So340 yrkandena 16 och 17
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

29. Dödshjälp (mom. 38)

Lars Gustafsson och Rosita Runegrund (båda kd) anför:

Vi anser att kraven på eutanasi (s.k. aktiv dödshjälp) med skärpa måste motarbetas. De uttrycker en cynism inför människovärdet och uttrycker ofta ett starkt nyttotänkande. Ibland kan man ana resonemang om att bristen på resurser inom vården bör göra det naturligt att införa eutanasi som ett medel att förkorta den tid som används för att med dyrbar medicinsk teknik förlänga ett som man säger "ovärdigt, meningslöst liv". Vi är medvetna om att det kan finnas en otydlig gränsdragning mellan vad det innebär att avbryta en meningslös, livsuppehållande behandling och vad som kallas aktiv dödshjälp (ett aktivt, direkt ingrepp i syfte att påskynda döden). För erfaren vårdpersonal är dock detta oftast inte ett svårt problem.

Om inte debatten om människovärdet hålls levande finns alltid risk för en negativ syn på utsatta, funktionshindrade och sjuka människor. Diskussionen om "aktiv dödshjälp" riskerar att förstärka den. Vi anser också att trovärdigheten till och förtroendet för sjukvården skulle komma att minska om eutanasi infördes.

Anhöriga står i dag för ungefär tre gånger så stora insatser för sjuka och handikappade som den offentliga vården och omsorgen. Man skall därför

inte heller underskatta risken för att införande av aktiv dödshjälp kan leda till ett outtalat tryck på svårt sjuka människor att begära dödshjälp för att "underlätta" för anhöriga. För den sjuke är bördan tung nog utan att denna press läggs ovanpå.

Bakom kravet på eutanasi ligger ofta föreställningen att det är en katastrof och ett omänskligt lidande att drabbas av exempelvis ett funktionshinder. Man är inne på en mycket farlig väg, om utomståendes subjektiva bedömning av vad som gör våra liv värda att leva får styra utvecklingen. Det är ofta dessa röster som hörs i debatten. Många människor lever ett gott liv trots grava handikapp, därför att de fått ett gott både mänskligt och tekniskt stöd. Det kan gälla assistans, handikapphjälpmedel, hemhjälp, mediciner etc. Vad här anförts med anledning av motion So340 (kd) yrkande 18 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 38 bort ha följande lydelse:

38. beträffande *dödshjälp*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So340 yrkande 18
som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

30. Hivpreventiva frågor (mom. 39)

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

När det gäller det hivpreventiva arbetet vill vi särskilt belysa ett par punkter: dels samlevnadsundervisningen i skolan, dels frivilligorganisationernas verksamhet.

Skolan har enligt vår uppfattning unika möjligheter att ge ungdomarna en fördjupad information om hiv/aids, eftersom skolan når hela åldersgrupper. Ungdomarna måste påverkas att inse allvaret i hiv epidemin genom samtal och diskussioner om samlevnad. Sverige har ett internationellt uppmärksammat program för samlevnadsundervisning i skolan, information om hiv, liksom om andra sexuellt överförda sjukdomar och om homosexualitet. Denna undervisning får dock sällan det utrymme och den utformning som är föreskrivet. Detta är allvarligt och regeringen bör vidta åtgärder för att tillse att föreskriven undervisning genomförs.

Vi vill också betona att olika intresseorganisationer fyller en viktig roll i informationsarbetet. Vi anser att en större del av informationsmedlen bör komma de frivilliga organisationerna till del för att användas i deras upplysnings- och informationsarbete. Enligt vår uppfattning är det avgörande för bekämpningen av hiv i framtiden att frivilligorganisationerna kan fortsätta med sitt arbete. I detta sammanhang vill vi särskilt uppmärksamma Noaks Ark/Röda korsets verksamhet som genom kontinuitet och oerhörd kompetens har gjort mer än kanske några andra på detta område. Ett stort arbete har utträttats av de organisationer som organiserar män som har sex med andra män. Dessa organisationer har också en mycket stor erfarenhet av informationsinsatser. De måste även i framtiden få stöd så att deras arbete på fältet skall kunna fortsätta och så att de även kan nå dem som inte är organiserade

men som har ett riskbeteende. Vad här anförts med anledning av motion So424 (m) yrkandena 3 och 6 bör ges regeringen till känna.

1998/99:SoU10

Vi anser att utskottets hemställan under 39 bort ha följande lydelse:

39. beträffande *hivpreventiva frågor*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So424 yrkandena 3 och 6 och med avslag på motionerna 1998/99:So424 yrkandena 1, 2, 4, 7 och 8 och 1998/99:Ju709 yrkande 16 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

31. Anonyma tester (mom. 40)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v), Thomas Julin (mp) och Kerstin Heine-
mann (fp) anför:

Enligt vår uppfattning är en viktig åtgärd i hivpreventionen att tillåta anonym testning. Fler personer vågar då komma till testning vilket i sin tur för de smittade leder till tidigare behandling och information om hur man skall förhindra vidare smittspridning.

Vad nu anförts med anledning av motion Ju709 (fp) yrkande 16 (delvis) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 40 bort ha följande lydelse:

40. beträffande *anonyma tester*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:Ju709 yrkande 16 (delvis) som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

32. Patientavgifter m.m. (mom. 41 och 42)

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

Som anføres i motion So424 (m) är det särskilt viktigt att patienten har frihet att välja vårdgivare när fråga är om en sexuellt överförd sjukdom. Särskilt när det gäller hiv torde valfriheten vara av avgörande betydelse för att man med förtroende skall vilja vända sig till sjukvården. Smittskyddslagen bör därför ändras så att kostnadsneutralitet råder för vård och behandling oavsett vilken läkare patienten uppsöker. En uppfattning som också en enig Smittskyddsutredning framfört.

Vi vill vidare framhålla att forskningen är av central betydelse för att ett vaccin mot hiv skall kunna utvecklas och för att aidssjuka och symtomfria hivsmittade skall erhålla rätt behandling. Forskare har kunnat rapportera om framgångar för bromsande mediciner, även om oroväckande signaler kommit om vissa bakslag som inte får nonchaleras. Forskning visar också att vissa människor är immuna mot hivviruset. Detta anses bero på en mindre genskada som sannolikt förklarar varför en del hivinfekterade inte utvecklar aids. Kan forskarna förklara varför dessa människor inte smittas och t.ex. skapa ett vaccin har vi kommit långt i kampen mot aids. Problemet med den nya framgångsrika typen av medicin är att den är dyr, vilket framför allt drabbar utvecklingsländerna i tredje världen. I länder som Indien, Thailand,

många afrikanska stater och länder i Sydamerika exploderar för närvarande antalet hivsmittade närmast okontrollerat. Sverige, EU och resten av den utvecklade världen har här ett stort ansvar för att så snabbt som möjligt göra eventuella mediciner tillgängliga också i tredje världen. Det innebär också att kampen mot hiv och aids har fått en något annorlunda inriktning. Den rika världens länder måste med sina ekonomiska möjligheter och tekniska och medicinska kunskaper intensifiera de senaste årens lyckade försök för att på så sätt så snabbt som möjligt göra eventuella mediciner och behandlingsmetoder tillgängliga för tredje världen.

Vad här anförts med anledning av motion So424 (m) yrkandena 9 och 11 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 41 och 42 bort ha följande lydelse:

41. beträffande *patientavgifter*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So424 yrkande 9 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

42. beträffande *forskning avseende hiv och aids*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So424 yrkande 11 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

33. Bemötande av homosexuella (mom. 43)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v), Thomas Julin (mp) och Kerstin Heine-
mann (fp) anför:

En enkätundersökning i Stockholm har visat att kunskaperna om sexuell överföring av sjukdomar är mycket små och att man skyddar sig mycket sällan när kvinnor har sex med kvinnor. Endast hälften av kvinnorna i undersökningen berättade för sin gynekolog om sin homosexualitet. De kommer också i lägre utsträckning till mammografi och cellprovtagningar än andra kvinnor. Vi anser att det således finns behov av mer kunskap om lesbiska kvinnors hälsa och deras behov av information samt hälso- och sjukvård. Vidare vill vi framhålla att kunskaperna om homosexualitet måste höjas hos hälso- och sjukvårdspersonalen, särskilt hos personal inom kvinnohälsovård. Vad här anförts med anledning av motion Ju709 (fp) yrkande 15 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 43 bort ha följande lydelse:

43. beträffande *bemötande av homosexuella*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:Ju709 yrkande 15 och med avslag på motion 1998/99:Ju709 yrkande 13 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

34. Vård och behandling för olika sjukdomar m.m. (mom. 44)

Chris Heister, Leif Carlson, Hans Hjortberg-Nordlund och Cristina Hus-
mark Pehrsson (alla m) anför:

Vid en konferens om smärtlindring framkom att 90 % av cancersjuka patien-
ter helt i onödan har svåra smärtor i livets slutskede. Vidare framkom att

hälften av läkarna i Sverige inte gör någon analys av vad smärtan beror på eller hur den bäst lindras. Man konstaterade också att 20 % av läkarna inte ens frågar sin patient om han eller hon har ont.

Vid konferensen pekades även på att kunskaperna om smärtlindring har stora brister, liksom även den vårdkejd som skall sörja för att smärtlindringen fungerar, oavsett om patienten befinner sig på sjukhuskliniker, omhändertas inom primärvården eller av kommunernas hemsjukvård.

Inom landstingen och kommunerna i Sverige pågår säkerligen olika arbeten och projekt med inriktning på smärtlindring. Det är viktigt att alla avslutade, nu pågående och planerade arbeten och projekt kartläggs och inventeras. Det finns med stor sannolikhet mycket att vinna på att ta del och lära av andras kunskaper och erfarenheter. Betydande samordningsvinster kan inte uteslutas.

Denna kartläggning bör, tillsammans med inhämtande och sammanställning av övriga fakta och kunskaper inom området, resultera i en utbildningsplan för all vårdpersonal som arbetar med smärtlindring. En självklar ambition bör givetvis vara att även andra personalgrupper, och därmed även patientgrupper, på sikt skall omfattas av utbildningen. Detta bör riksdagen med anledning av motion So237 (m) som sin mening ge regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 44 bort ha följande lydelse:

44. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So237 och med avslag på motionerna 1998/99:So218, 1998/99:So251, 1998/99:So275 yrkande 1, 1998/99:So284 yrkandena 1–3, 1998/99:So313 yrkandena 1, 3, 5 och 6, 1998/99:So321 yrkande 7, 1998/99:So346 yrkandena 1–3, 1998/99:So437, 1998/99:So453, 1998/99:So455 yrkande 11, 1998/99:So458 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkande 10 och 1998/99:So465 yrkande 25 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

35. Vård och behandling för olika sjukdomar m.m. (mom. 44)

Lars Gustafsson och Rosita Runegrund (båda kd) anför:

Vi vill betona att i en demokrati måste rätten till ett värdigt liv också på ålderns höst vara självklar. För inte så länge sedan var åldrandet en naturlig del av samhällslivet. Att ta hand om sina gamla var lika naturligt som att ta hand om sina barn. Vårt samhälle saknar mycket av en grundläggande respekt för ålderdomen. Enligt en undersökning, som gjorts av bl.a. Lars Hallin, geriatriker och överläkare, håller en åldersgräns på att växa fram inom sjukvården. De äldre räknas ibland som ett B-lag och behandlas inte lika bra som de yngre på en medicinavdelning. Enligt vår uppfattning får det inte vara samhällsnyttan som avgör vårdinsatsen. Landsting och kommuner måste garantera fortsatt god vård. Vi anser att omsorgen om de äldre skall vara ett prioriterat område. Detta bör riksdagen med anledning av motion So275 (kd) yrkande 1 som sin mening ge regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 44 bort ha följande lydelse:

44. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So275 yrkande 1 och med avslag på motionerna 1998/99:So218, 1998/99:So237, 1998/99:So251, 1998/99:So284 yrkandena 1–3, 1998/99:So313 yrkandena 1, 3, 5 och 6, 1998/99:So321 yrkande 7, 1998/99:So346 yrkandena 1–3, 1998/99:So437, 1998/99:So453, 1998/99:So455 yrkande 11, 1998/99:So458 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkande 10 och 1998/99:So465 yrkande 25 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

36. Vård och behandling för olika sjukdomar m.m. (mom. 44)

Kenneth Johansson (c) anför:

Över en miljon svenskar har någon reumatisk sjukdom. Dessa sjukdomar drabbar alla åldrar och vissa av dem medför risk för tidig död. Reumatiker-
nas möjlighet att delta i verksamheter i hemmet, på arbetsplatsen, under
fritiden och i samhället för övrigt begränsas starkt av värk, smärta och rörel-
seinskränkningar som följer av sjukdomarna. Merparten av de drabbade är
kvinnor. Goda rehabiliteringsinsatser minskar lidandet för enskilda människor
men det medför också minskade kostnader för samhället.

Forskning om dessa sjukdomsgrupper är enligt min uppfattning ett eftersatt
område. Trots att de reumatiska sjukdomarna utgör en stor folksjukdom
avser endast 2 % av Medicinska forskningsrådets anslag reumatologisk
forskning. Jag anser att mer resurser måste satsas på forskning kring reuma-
tiska sjukdomars förekomst och utbredning, deras orsaker och sjukdoms-
framkallande mekanismer. Men även forskning kring de sociala och psyko-
logiska konsekvenserna som dessa sjukdomar medför behöver intensifieras.
Omvårdnadsforskningen behöver påskyndas liksom de paramedicinska insat-
sorna där det saknas kompetenta forskare för att vetenskapligt förankra pro-
jekt och utvecklingsarbete. Vad här anförts med anledning av motion So455
(c) yrkande 11 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 44 bort ha följande lydelse:

44. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So455 yrkande 11
och med avslag på motionerna 1998/99:So218, 1998/99:So237,
1998/99:So251, 1998/99:So275 yrkande 1, 1998/99:So284 yrkandena
1–3, 1998/99:So313 yrkandena 1, 3, 5 och 6, 1998/99:So321 yrkande
7, 1998/99:So346 yrkandena 1–3, 1998/99:So437, 1998/99:So453,
1998/99:So458 yrkande 2, 1998/99:So460 yrkande 10 och
1998/99:So465 yrkande 25 som sin mening ger regeringen till känna
vad ovan anförts,

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Fibromyalgi är en mjukdelsreumatisk sjukdom som drabbar ungefär 2 % av befolkningen. I Sverige finns 150 000–200 000 fibromyalgisjuka, vilket gör fibromyalgi till en folksjukdom.

I ett projekt som drivs av Reumatikerförbundet med 16 000 deltagare redovisar var tionde medlem att de har stora svårigheter med vården. Det gäller bl.a. att få en diagnos inom rimlig tid. Tillgången till varma bad har vidare minskat eller avskaffats. Neddragningar inom vården totalt har också påverkat fibromyalgipatienterna.

Försäkringskassornas bedömningar av diagnosen fibromyalgi varierar stort – i vissa kassor accepteras diagnosen medan andra kassor har helt motsatt uppfattning. Det vore önskvärt med en gemensam syn på diagnoser som gäller fibromyalgipatienter.

Enligt en undersökning har fibromyalgisjuka stort behov av hjälpmedel. Detta är dock ett obearbetat område. Kunskapen har varken nått ut till de sjuka eller till vårdpersonalen. Det är också ett problem att diagnosen och inte behovet ofta avgör vem som får hjälpmedel.

Jag vill också framhålla att det är viktigt att de som är sjuka i fibromyalgi får sin situation på arbetsplatsen inventerad. Man är i de flesta fall enig om att sjukskrivning inte är botemedlet för patienten, utan att det tvärtom är önskvärt att vederbörande är i måttlig rörelse och att hennes sociala position stärks, om hon kan vara kvar i arbetslivet. Här har såväl läkare som försäkringskassa, arbetsgivare och fack en högst väsentlig uppgift att fylla genom att ge den sjuke en sysselsättning som är anpassad och lämplig för de handikapp hon fått genom sin sjukdom.

Härefter vill jag belysa problemen med s.k. seneffekter av polio. Många poliioskadade, som insjuknade på 1950-talet och tidigare, har nu drabbats av problem i form av nytillkommen eller ökad muskelsvaghet och ökad uttrötbarhet. Andra symtom är muskelsmärta, ledvärk, köldintolerans och i vissa fall andningsproblem. Alltför få inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten känner till detta och det är därför viktigt att kunskap sprids om dessa seneffekter och att patienterna remitteras till de mottagningar som specialiserat sig på att hjälpa dessa patienter.

Vad ovan anförts med anledning av motionerna So218 (fp) och So465 (fp) yrkande 25 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 44 bort ha följande lydelse:

44. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*

att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So218 och 1998/99:So465 yrkande 25 och med avslag på motionerna 1998/99:So237, 1998/99:So251, 1998/99:So275 yrkande 1, 1998/99:So284 yrkandena 1–3, 1998/99:So313 yrkandena 1, 3, 5 och 6, 1998/99:So321 yrkande 7, 1998/99:So346 yrkandena 1–3, 1998/99:So437, 1998/99:So453, 1998/99:So455 yrkande 11, 1998/99:So458 yrkande 2 och 1998/99:So460 yrkande 10 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

Thomas Julin (mp) anför:

Enligt min uppfattning behövs förändrade attityder till oklara diagnoser. Att patienter med oklara diagnoser och s.k. diffusa besvär behandlas kränkande finns det otaliga exempel på. Detta speglar en attityd och en människosyn som inte hör hemma i ett civiliserat samhälle. Diffusa besvär är tecken på påverkan på alla kroppens system och inte i sig något skäl att inte ta patienten på allvar. Tvärtom kan sådana symtom vara uttryck för en genomgripande påverkan på flera organ, till exempel en allmän förgiftning eller annan störning av kroppens funktioner på den molekylära nivån. Enligt min uppfattning är det av största vikt att det i alla landsting finns tillgång till kvalificerad utredning och behandling av patienter med diffusa besvär, från t.ex. amalgam. Vad här anförts med anledning av motion So460 (mp) yrkande 10 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 44 bort ha följande lydelse:

44. *beträffande vård och behandling för olika sjukdomar m.m.*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So460 yrkande 10 och med avslag på motionerna 1998/99:So218, 1998/99:So237, 1998/99:So251, 1998/99:So275 yrkande 1, 1998/99:So284 yrkandena 1–3, 1998/99:So313 yrkandena 1, 3, 5 och 6, 1998/99:So321 yrkande 7, 1998/99:So346 yrkandena 1–3, 1998/99:So437, 1998/99:So453, 1998/99:So455 yrkande 11, 1998/99:So458 yrkande 2 och 1998/99:So465 yrkande 25 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

39. Kvinnors hälsa (mom. 45)

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

Många läkare kan vittna om att kvinnor ofta kommer för sent till läkare med sjukdomar och symtom på sjukdomar. Ibland med för tidig död som följd. Vidare är många av de besvär och åkommor som kvinnor lider av onödiga. Det finns hjälp, men man söker den inte.

Till bilden hör också att vetenskapen ofta har mannen som förebild. Forskningsobjekt, diagnoser och symtombeskrivning koncentreras på forskningsresultat som har männens anatomi som underlag. Som exempel kan nämnas symtom på hjärtinfarkt, som visar sig vara olika för män och kvinnor.

Ett annat exempel är smärta och smärtlindring. Det kan misstänkas att det inom sjukvården förutsätts att kvinnor skall utstå smärta vid t.ex. barnafödande. Denna inställning kan också ha spridit sig till andra sjuk- och smärttillstånd, t.ex. migrän och muskelvärk.

Den hjälp som dagens kvinnor nu kan få mot besvär i klimakteriet är ett bevis på att forskningen numera i större utsträckning inriktas på kvinnokroppen som första kön och inte som ”det andra könet”. Det finns dock alldeles för många områden i en kvinnas liv som inte har vetenskaplig grund för diagnos och behandling av hennes besvär.

Statistiskt sett söker kvinnor oftare vård än vad män gör. Detta faktum har man på sina håll slarvigt tolkat som att kvinnor i mindre utsträckning uthärdar smärta och behandling. Den enkla orsaken kan vara att kvinnor i mindre utsträckning får hjälp när de uppsöker vården.

Med ökad kunskap hos kvinnorna själva och hos vårdande personal kan många sjukdomar förebyggas och svårare sjukdomstillstånd undvikas.

Vad gäller tillgången till rehabilitering och bra vård, stöd och ersättning tycks en relativt enig bild vara att kvinnor i mindre utsträckning än män får del av detta. Det finns exempelvis mycket mer forskning om funktionshindrade mäns sexualitet än om kvinnors varför det är lättare för män att få prata om sina problem, i synnerhet om de fått en skada i vuxen ålder eftersom det också är en prioriterad åldersgrupp inom forskningen. Kvinnor får hjälp i ett senare skede, och den vård och rehabilitering man får del av är inte anpassad efter kvinnors behov. Vad här anförts med anledning av motionerna So225 (m) och A802 (m) yrkande 13 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 45 bort ha följande lydelse:

45. beträffande *kvinnors hälsa*
att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So225 och 1998/99:A802 yrkande 13 och med avslag på motionerna 1998/99:So321 yrkandena 2–5 och 1998/99:So462 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

40. Kvinnors hälsa (mom. 45)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v) och Thomas Julin (mp) anför:

Närmare en miljon svenska kvinnor behandlas dagligen med hormoner i olika former. Hormonell behandling påverkar ofta kvinnors allmänna livssituation och livskvalitet. Eventuella samband mellan behandling och olika tumörformer i t.ex. bröst, livmoder och äggstockar diskuteras livligt. De studier som hittills gjorts har gett osäkra och motstridiga resultat. Förbättrade kunskaper om östrogener och andra hormoners effekter kan öka förståelsen för många vanliga sjukdomar hos kvinnor, som t ex högt blodtryck, förkalkning, sockersjuka och reumatisk ledvärk. Vid sekelskiftet kommer det att finnas cirka en miljon kvinnor över 60 år i Sverige. Med hormonell behandling finns möjlighet att förebygga t.ex. benskörhet och hjärtinfarkt hos vissa riskgrupper. Men för detta krävs alltså ytterligare prioritering av forskning om kvinnliga hormoner.

Genom att kalla kvinnors besvär för psykosomatiska läggs skulden på kvinnan själv. Budskapet är att det är något fel i kvinnans psyke som gör att hon får kroppsliga symtom. Därmed kan läkaren utesluta kvinnors situation och livsbetingelser, t.ex. det faktum att kvinnor ofta arbetar i underordnad ställning, har de mest monotona, förslitande arbetsuppgifterna och oftast har huvudansvar för hem och barn. Det är därför enligt vår uppfattning viktigt att forskning och utbildning införlivar en medvetenhet om kvinnors hälsa i kurslitteratur. Under tiden som kunskap om kvinnors hälsa utvecklas och byggs upp måste ett obligatorium om kvinnokunskap på alla områden ingå i utbildningen av nya läkare.

Redan praktiserande läkare bör få kompletterande utbildning i medicinska och psykologiska frågor som rör kvinnors hälsa. Det finns redan i dag fortbildningsdagar för läkare – ett par av dem kan göras obligatoriska och handla om kvinnor.

Vad ovan anförts med anledning av motion So321 (v) yrkandena 2–5 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 45 bort ha följande lydelse:

45. beträffande *kvinnors hälsa*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So321 yrkandena 2–5 och med avslag på motionerna 1998/99:So225, 1998/99:So462 yrkande 1 och 1998/99:A802 yrkande 13 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

41. Kvinnors hälsa (mom. 45)

Kerstin Heinemann (fp) anför:

Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården lämnade sitt betänkande (SOU 1996:133) redan 1996. Här rapporterades om såväl väsentliga kunskapsluckor som brister i vården. Bland åtgärdsförslagen tog utredningen upp en rad frågor som måste bli föremål för fortsatt forskning för att öka våra kunskaper om kvinnors speciella behov. Man tog också upp behovet av utbildning av hälso- och sjukvårdens personal om könsspecifika skillnader både när det gäller sjukdomsförekomst och behandling samt rehabilitering. Regeringen har visserligen i några sammanhang tagit upp en del av de förslag utredningen lade fram men något helhetsgrepp för att besvara de olika frågor som ställts har man inte tagit. Enligt min uppfattning bör regeringen lägga fram en handlingsplan över hur hälso- och sjukvården för kvinnor och män skall utformas så att vården i ordets rätta bemärkelse skall bli jämställd. Detta bör riksdagen med anledning av motion So462 (fp) yrkande 1 som sin mening ge regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 45 bort ha följande lydelse:

45. beträffande *kvinnors hälsa*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So462 yrkande 1 och med avslag på motionerna 1998/99:So225, 1998/99:So321 yrkandena 2–5 och 1998/99:A802 yrkande 13 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

42. Forskning (mom. 46)

Ingrid Burman (v), Rolf Olsson (v), Lars Gustafsson (kd), Thomas Julin (mp) och Rosita Runegrund (kd) anför:

Läkemedelsforskningen har oftast mannen som norm. Således kan nämnas att när normalvärdet för blodtryck skulle fastställas mättes blodtrycket på ett antal medicine kandidater – alla män. Utifrån detta manliga normalvärde ansågs kvinnor ha för högt blodtryck och tvingades äta blodtryckssänkande medicin för att komma ner i normalt, dvs. manligt, tryck. Om normalvärdet

skulle vara satt utifrån kvinnor skulle det kunna innebära att hela den manliga delen av befolkningen skulle tvingas äta blodtryckshöjande medicin.

Även när det gäller bedömning av blodfetter är de undersökningar som ligger till grund för bedömningen gjorda på män, vilket leder till att läkarna i dag inte har tillräckliga kunskaper om vilka blodfettvärden som gäller för kvinnor. När kvinnor kommer till sjukhus för akuta hjärtproblem får de sämre behandling. Vidare förekommer att livsuppehållande behandling inte sätts in eller sätts in för sent, eftersom kvinnor inte upplever hjärtsmärter på samma sätt som män och därför beskriver sina smärter på ett för läkaren okänt sätt.

Vidare kan nämnas att inom muskelfysiologin och muskelbiokemin används muskelbiopsier för att forska om hur muskler ser ut och varför vi blir trötta. Forskarna använder sig ofta av t.ex. brandmän och idrottare som försökspersoner. Resultaten publiceras sedan som giltiga för alla.

Sammanfattningsvis anser vi att det är av största vikt att både läkemedelsforskning och vårdforskning inriktar sig på såväl kvinnor som män.

Vad här anförts med bifall till motionerna So321 (v) yrkande 1 och A810 (kd) yrkande 25 och med anledning av motion So420 (s) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 46 bort ha följande lydelse:

46. *beträffande forskning*
att riksdagen med bifall till motionerna 1998/99:So321 yrkande 1 och 1998/99:A810 yrkande 25 och med anledning av motion 1998/99:So420 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

43. Vissa kvinnosjukdomar (mom. 47)

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

Många kvinnor är långtidssjukskrivna p.g.a. smärter från rörelseapparaten. Detta kostar samhället stora summor i form av vård, rehabilitering och sjukbidrag, samtidigt som den drabbade upplever ett stort lidande och handikapp. På många håll inom vården bekräftas också att kvinnor med smärta är ett könsrelaterat folkhälsoproblem av stora mått.

Kunskaper inom området, för att lindra och bota, finns men är splittrade på många olika kategorier av vårdpersonal och myndigheter. Enligt vår uppfattning försvåras den nödvändiga samordningen mellan dessa kompetenser av att det inte finns en tvärvetenskaplig samordning inom detta område. Vad här anförts med anledning av motion So343 (m) bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 47 bort ha följande lydelse:

47. *beträffande vissa kvinnosjukdomar*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So343 och med avslag på motion 1998/99:So321 yrkande 6 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

Kenneth Johansson (c) anför:

Enligt min uppfattning bör ett nationellt hälsopolitiskt handlingsprogram upprättas för demenssjukdomar. Vidare anser jag att demenssjukdom bör betecknas som en folksjukdom. Alla människor skall, oavsett bostadsort, ha samma möjlighet att få en diagnos. Så är inte fallet i dag, beroende på bl.a. brist på specialistutbildade läkare (främst geriatriker och psykiatriker), geografisk placering av utredningsteknik, okunskap m.m. Det är av största vikt att få diagnos så tidigt som möjligt för att kunna konstatera demenssjukdomens art och möjligheter till läkemedelsbehandling samt att kunna utesluta behandlingsbara orsaker till demensliknande tillstånd (infektion, tumör m.fl.). Det finns också, enligt vissa forskare, s.k. riskgrupper. Till dessa riskgrupper hör bl.a. kvinnor, personer med låg utbildning och personer som arbetat med lösningsmedel. Detta är ytterligare ett skäl till att upprätta ett nationellt hälsopolitiskt handlingsprogram. Vad ovan anförts med anledning av motion So405 (c) yrkandena 1 och 2 bör ges regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 48 bort ha följande lydelse:

48. beträffande *nationella riktlinjer*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So405 yrkandena 1 och 2 och med avslag på motionerna 1998/99:So467 yrkande 11 och 1998/99:So413 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

45. Alternativmedicin (mom. 49)

Thomas Julin (mp) och Kenneth Johansson (c) anför:

Distriktssköterskor och läkare tillhör några av de grupper av sjukvårdspersonal som i sin dagliga verksamhet är nyckelpersoner vad gäller information till patienter. I dagsläget är det inte självklart att dessa informatörer har god kunskap om de möjligheter till olika behandlingsmetoder som alternativmedicinens företrädare kan erbjuda. Enligt vår uppfattning är detta otillfredsställande. Vi anser därför att all utbildning av sjukvårdspersonal bör innehålla adekvat information om alternativmedicinska metoder. Vidare anser vi att krav för utbildning och därmed följande behörighet skall utarbetas tillsammans med verksamma terapeuter inom olika alternativmedicinska områden.

Vi anser också att krav på registrering skall införas för samtliga personer eller företag som i någon form använder alternativmedicinska behandlings- och diagnosmetoder. Med tanke på patienternas säkerhet och integritet bör, enligt vår mening, en statlig myndighet ha kontroll över och insyn i de alternativmedicinska utövarnas verksamheter. En sådan registrering bör göras hos Socialstyrelsen. En registrering skulle innebära att den som blir registrerad förbinder sig att hålla en kundförteckning, att föra journalanteckningar, att inneha fullgott försäkringsskydd samt att rapportera skador eller biverkningar till Socialstyrelsen. Registreringen bör kunna vara självfinansierande. Den skall inte uppfattas som en legitimering eller auktorisation. Socialstyrelsen

skulle även stå för information till allmänhet, myndigheter och sjukvårdspersonal. Styrelsen bör också få i uppdrag att skapa ett samordningsorgan för alternativmedicinska frågor.

Slutligen anser vi att Forskningsrådsnämnden bör göra insatser för att belysa alternativmedicinens för- och nackdelar, samt att regeringen måste ge tydliga signaler om att alternativmedicin är ett angeläget område. Vad här anförts med anledning av motionerna So312 (c) yrkandena 1 och 2 och So460 (mp) yrkandena 14–17 bör ges regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 49 bort ha följande lydelse:

49. beträffande *alternativmedicin*
att riksdagen med anledning av motionerna 1998/99:So312 yrkandena 1 och 2 och 1998/99:So460 yrkandena 14–17 och med avslag på motion 1998/99:So202 och 1998/99:So354 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

46. Tatuering och piercing (mom. 50)

Thomas Julin (mp) anför:

Piercing och tatuering har blivit mycket populärt, framför allt bland ungdomar. Eftersom en tatuering varar resten av livet bör minderåriga inte tillåtas att tatuera sig om inte vårdnadshavaren godkänt behandlingen. Vad gäller piercing som kroppssmyckning bör framhållas att det är ett ingrepp med hög risk för allergiska reaktioner och infektioner. Därför bör inte heller håltagning på minderåriga tillåtas.

I Socialstyrelsens allmänna råd 1995:3 anges att piercing eller tatuering av minderåriga inte bör ske utan föräldrars medgivande. Det finns dock ingen regel som kräver föräldrars medgivande. Den tillsyn som finns föreskriven vad gäller tatuering och piercing består i att Socialstyrelsen har tillsynsansvaret vad gäller utrustning bl.a. för smittrening och hygien i samband med behandling. Miljö- och hälsoskyddsnämnden har tillsyn över lokalerna och övriga hygienfrågor. I övrigt finns inga regler om utbildning eller licens för att utföra tatuering och piercing. Utrustning kan t.ex. köpas mycket enkelt på postorder vilket också sker i mycket stor utsträckning. Det finns inte heller föreskrifter om tatueringsfärgens innehåll.

Jag menar att det är rimligt med krav på utbildning och införande av licens för dem som utövar yrket som tatuerare/kroppssmyckare. Likaså är det befogat att kontroll, klassificering och godkännande av pigment (färg) införs.

Vad ovan anförts med anledning av motion So438 (s) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Jag anser att utskottets hemställan under 50 bort ha följande lydelse:

50. beträffande *tatuering och piercing*
att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So438 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

Lars Gustafsson (kd), Thomas Julin (mp) och Rosita Runegrund (kd) anför:

I bl.a. Sverige och Norge utfördes under 1940- och 1950-talen lobotomi på psykiskt sjuka patienter som en ångestdämpande åtgärd. Lobotomin innebar ofta att patientens personlighet blev helt förändrad. I Norge har man beslutat att de som blev utsatta för detta ingrepp och som fortfarande är i livet skall få en engångsersättning på 100 000 norska kronor. För att få en fullständig överblick av omfattningen av lobotomioperationer i Sverige anser vi att det på motsvarande sätt som i Norge bör genomföras en offentlig utredning. För att staten nu i någon mån skall kunna gottgöra dem som utsattes för lobotomi och på så sätt erkänna att detta inte var en riktig behandling i ett samhälle som slår vakt om människovärdet bör den svenska regeringen, i likhet med den norska, besluta om att ge ersättning till de lobotomerade från 1940- och 1950-talen som fortfarande är i livet. I detta sammanhang vill vi erinra om att en särskild utredning tillsattes när det gäller ersättning till steriliserade i vissa fall. Vi efterlyser nu konsekvens i en principiellt sett liknande frågeställning. Vad här anförts bör riksdagen med anledning av motion So232 (kd) som sin mening ge regeringen till känna.

Vi anser att utskottets hemställan under 53 bort ha följande lydelse:

53. beträffande *lobotomi*

att riksdagen med anledning av motion 1998/99:So232 som sin mening ger regeringen till känna vad ovan anförts,

Särskilt yttrande

Uppgörelsen mellan Socialdemokraterna och Centerpartiet

Chris Heister (m), Leif Carlson (m), Hans Hjortzberg-Nordlund (m), Lars Gustafsson (kd), Cristina Husmark Pehrsson (m), Kerstin Heinemann (fp) och Rosita Runegrund (kd) anför:

Utskottets majoritet hänvisar till en uppgörelse som uppges ha träffats mellan Socialdemokraterna och Centerpartiet. Enligt vår uppfattning är det formellt felaktigt och olämpligt att i ett utskottsbetänkande hänvisa till en uppgörelse mellan enskilda partier.

Överenskommelsen påstås innebära att sammanlagt åtta miljarder kronor ”frigörs” under perioden 2002–2004. Några tillgängliga medel finns således inte för närvarande. Vi finner det anmärkningsvärt att utskottets majoritet hänvisar till icke tillgängliga medel.

Sammanfattningsvis anser vi att majoriteten inte bort hänvisa till den påstådda överenskommelsen.

Sammanfattning.....	1
Riksdagens revisorers förslag 1998/99:RR2.....	1
Motionerna	1
Motioner väckta med anledning av riksdagens revisorers förslag	1
Motioner väckta under allmänna motionstiden 1998	2
Utskottet	13
Hälso- och sjukvårdens organisation, finansiering m.m.	13
Riksdagens revisorers förslag.....	13
Utskottets bedömning.....	33
Privata vårdgivare	37
Utskottets bedömning.....	40
Högekostnadsskydd m.m.	41
Utskottets bedömning.....	42
Ledningen av hälso- och sjukvård.....	43
Utskottets bedömning.....	44
Frågor om tillsyn och behörighet	44
Utskottets bedömning.....	51
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	52
Utskottets bedömning.....	53
Psykologiska test.....	53
Utskottets bedömning.....	55
Ambulansfrågor	55
Utskottets bedömning.....	56
Journalföring.....	56
Utskottets bedömning.....	58
Aborter, fosterdiagnostik, äggdonationer m.m.....	58
Utskottets bedömning.....	62
Organdonation, m.m.	62
Utskottets bedömning.....	64
Hivpreventiva frågor, informationsinsatser, m.m.	64
Utskottets bedömning.....	68
Bemötande av homosexuella	69
Utskottets bedömning.....	69
Vård och behandling för olika sjukdomar m.m.....	70
Utskottets bedömning.....	77
Kvinnors hälsa	77
Utskottets bedömning.....	80
Nationella riktlinjer.....	81
Utskottets bedömning.....	82
Alternativa behandlingsmetoder m.m.	82
Utskottets bedömning.....	84
Tatuering och piercing	84
Utskottets bedömning.....	86
Kunskapscentrum.....	86
Utskottets bedömning.....	87

Hospisvård i livets slutskede.....	87	1998/99:SoU10
Utskottets bedömning.....	89	
Lobotomi.....	89	
Utskottets bedömning.....	90	
Hemställan	90	
Reservationer	95	
Särskilt yttrande.....	128	