

Motion till riksdagen 2021/22:3244

av **Sofia Nilsson m.fl. (C)**

En utvecklad sjukvård i hela landet

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta fram förslag på nödvändiga författningsändringar som ger regionerna ansvar för att alla patienter som är listade hos regionalt finansierade primärvårdsutförare erbjuds både fysiska och digitala läkarbesök, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla ska ha möjlighet att välja en fast, namngiven läkarkontakt genom ett nationellt system för listning på valfri vårdcentral i hela landet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör lägga fram förslag på nödvändiga författningsändringar för att vårdgarantin i primärvården ska gälla även om patienten är listad på en vårdcentral utanför den egna hemregionen, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet som samfinansieras av staten och regionerna och som helt ersätter den s.k. nationella taxan, med avstamp i det förslag som SKR och professionsorganisationerna har tagit fram, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör lägga fram förslag som reglerar att regionen och kommunen ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att underlätta och stimulera vårdcentralers möjlighet att samarbeta med lokala aktörer som hälsoorganisationer, räddningsväsen, polis, Röda Korset och pensionärsföreningar och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör ta de initiativ som är nödvändiga för att ett primärvårdsregister skyndsamt kan etableras och tillkännager detta för regeringen.

8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur befolkningens tillgång till fast läkarkontakt kan följas fortlöpande och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse: ”En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård”, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för minskade väntetider genom systematisk samverkan med fristående och offentliga vårdaktörer såväl inom sjukvården som med SKR och Försäkringskassan, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur man bäst kan säkerställa långsiktiga förutsättningar för utveckling av den nationella portalen 1177 som ett nav för kvalitets- och väntetidsinformation och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur förutsättningarna för mobila arbetssätt och mobila team i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan förbättras i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör återkomma till riksdagen med förslag om reglering av förutsättningar för vård till vuxna patienter med bristande beslutsförmåga, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör uppdraga åt Socialstyrelsen att ta fram kunskapsstöd om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i samråd med SKR bör överväga en nationell samordning vad gäller vilken sjukvård som erbjuds EU-medborgare utan europeiskt sjukförsäkringskort och/eller som omfattas av utlänningslagen, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur lagstiftning och föreskrifter om bloddonation på ett effektivare sätt uppdateras löpande utifrån rådande kunskapsläge och den enskildas riskbeteende samt syftar till bästa möjliga tillgång på blod med patientsäkerhet som överordnad princip, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur förutsättningarna för att donera blod kan bli jämlika i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur nationella insatser kan stärkas i syfte att öka antalet levande organdonatorer samt utvidga det nordiska njurutbytesprogrammet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur man kan underlätta införandet av DCD i Sveriges alla sjukvårdsregioner och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att etablera en samordnad struktur för organdonation i alla sjukvårdsregioner i syfte att möjliggöra donation i en större andel fall och tillkännager detta för regeringen.

21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur donatorers anhöriga kan få systematisk uppföljning i alla regioner, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att kartlägga om och när regionerna erbjuder medfinansiering av tilläggstjänster i hälso- och sjukvård samt se över hur möjligheterna kan bli likvärdiga i hela landet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i samråd med SKR bör se över hur det skyndsamt kan utbildas och fortbildas fler som kan erbjuda första linjens samtalsstöd vid psykisk ohälsa, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i samråd med SKR bör se över hur regionerna i större utsträckning kan erbjuda de som det är lämpligt för snabb och enkel tillgång till internetbaserad terapi och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att valfrihet enligt LOV bör införas i barn- och ungdomspsykiatri i samtliga regioner i syfte att korta köerna och höja kvaliteten, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förbättrade nationella kunskapsstöd kring behandling av psykisk ohälsa i allmänhet och stressrelaterad psykisk ohälsa i synnerhet och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att genom vidare utredning och utvärdering möjliggöra en evidensbaserad vidareutveckling av s.k. grön rehabilitering i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att den grundläggande psykoterapiutbildningen skyndsamt bör standardiseras och kvalitetssäkras och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur Nationella vårdkompetensrådet kan få i uppdrag att kartlägga och utvärdera kompetensförsörjningen för samtliga yrkesgrupper som behandlar psykisk ohälsa inom primärvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur möjligheterna att genomföra forskning inom primärvårdens behandling av psykisk ohälsa kan förbättras och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka rehabiliteringskoordinatorernas roll och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Försäkringskassans koordineringsansvar ska ses över i syfte att säkerställa tidigt stöd och rehabilitering och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheten att bredda läkarutbildningen till fler platser genom att alla universitet som bedriver utbildningen ska regionalisera minst tre år av utbildningstiden, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda hur regionernas kompetensbehov kan vara styrande för dimensioneringen av hälso- och

- sjukvårdsutbildningar som sker vid universitet och högskolor och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur kommunerna kan få bättre förutsättningar för långsiktig planering av s.k. yrkesvux och tillkännager detta för regeringen.
 36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur undersköterskeutbildningarna kan vidareutvecklas i syfte att göra det enklare för vårdens huvudmän att säkerställa och höja kompetensen hos sina anställda undersköterskor, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
 37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur en rätt till fortbildning för alla som arbetar i ett legitimationsyrke eller har en reglerad yrkestitel i hälso- och sjukvården bäst kan införas och implementeras, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
 38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i samråd med relevanta aktörer bör se över hur ett löpande arbete med task shifting kan implementeras i vårdens verksamheter och tillkännager detta för regeringen.
 39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över ytterligare åtgärder, regelförenklingar och samordningsinsatser på tvärs av regionerna för att fler personer med vårdutbildning från länder utanför EU och EES eller Schweiz snabbare kan få validerat och/eller kompletterat sin utbildning, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
 40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna att införa en obligatorisk chefsutbildning för ledare i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
 41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda hur ett offentligt mål kan sättas om att det maximalt ska vara 25 medarbetare per chef i välfärdsverksamheter, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
 42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur tandvårdsverksamhet lämpligast kan omfattas av de insatser som görs från statens sida på kompetensförsörjningsområdet inom hälso- och sjukvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
 43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur legitimerade tandhygienister kan få utföra vissa estetiska injektionsbehandlingar samt under vilka förutsättningar och tillkännager detta för regeringen.
 44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en ramlagstiftning för data och integritet inom vård- och omsorgssektorn bör tas fram som ersätter dagens olika överlappande och motstridiga lagar för personuppgiftshantering och tillkännager detta för regeringen.
 45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i samverkan med SKR bör etablera principer och standarder för hur medicinska data och annan hälsodata definieras, lagras och struktureras i offentlig sektor, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
 46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten bör etablera ett s.k. digitalt ekosystem för hälso- och sjukvården med krav på regioner, kommuner och ideella och privata vård- och omsorgsgivare att ansluta sig, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att heltäckande e-hälsokonton och sammanhållen journalföring bör införas för alla invånare och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att e-hälsotjänster ska kunna användas i hela landet och mot denna bakgrund att ett krav på mål för 5G-täckning bör införas för att få verka som mobil bredbandsleverantör, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att i samråd med professionerna utreda om det bör inrättas ett vetenskapligt nationellt råd som värderar och eventuellt certifierar digitala stöd och appar som används i hälso- och sjukvård och äldreomsorg, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur lämplig myndighet kan få tillgång till realtidsdata om förskrivning av läkemedel i syfte att upptäcka och förhindra överförskrivning, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur samtliga myndigheter med tillsynsuppdrag inom hälso- och sjukvård kan få långsiktiga förutsättningar att arbeta proaktivt tillsammans med kommuner och regioner, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överenskommelser mellan regeringen och SKR om sjukvårdens och äldreomsorgens utveckling bör sträcka sig över minst fyra års tid och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att i samråd med SKR etablera ett nationellt program för lärande och en nationell struktur för systematisk spridning av goda vårdmodeller, fortbildning och arenor för erfarenhetsutbyte över hela landet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en mer tillitsbaserad styrning i offentlig sektor på alla nivåer i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en kartläggning av hur patientbaserad information används i patientstöd och kvalitetsutveckling inom sjukvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge lämplig myndighet i uppdrag att tillsammans med SKR ta fram riktlinjer för involvering av brukare och patienter och deras olika sammanslutningar i sjukvårdens utvecklingsprocesser, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur brukarrevisioner kan användas på ett systematiskt sätt i utvecklingen av sjukvården i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur staten kan ta ett tydligare ansvar för att stimulera regioner och vårdgivare att ge tid och utrymme för forskning inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över vilka statliga insatser som kan bidra till att öka antalet patienter i kliniska studier samt antalet kliniska prövningar av särlekemedel och tillkännager detta för regeringen.

60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över behov och möjliga insatser för stärkt kunskaps- och metodutveckling om psykisk ohälsa och psykisk sjukdom inom den somatiska slutenvården och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över vilken eller vilka myndigheter som är bäst lämpade att utveckla en permanent struktur för erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan kvinnojourer, socialtjänst och vårdgivare, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att i samarbete med bland andra Sametinget se över hur ett permanent centrum för samisk hälsa kan etableras, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur ett nationellt kompetenscentrum för sjukdomen ME kan inrättas och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att inrätta ett tioårigt nationellt forskningsprogram med målet att förbättra kunskapsläget om sjukdomar som drabbar kvinnor, förbättra förlossningsvården och stärka förutsättningarna för en jämställd vård och omsorg, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ett genusmedicinskt perspektiv bör införas i alla 26 programområden för vårdens kunskapsstyrning, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheten att erbjuda hälsosamtal i kvinnohälsovården och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör överväga att ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att löpande analysera ojämställdhet inom hälso- och sjukvården utifrån kön och genus och tillkännager detta för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ett genusmedicinskt vård- och kunskapsperspektiv ska införas i utbildningarna för legitimationsyrken i hälso- och sjukvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stoppa s.k. oskuldskontroller genom en översyn och förstärkning av gällande lag och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över hur Inspektionen för vård och omsorg (Ivo), sjukvården och elevhälsan på lämpligt sätt kan få ett tydligt uppdrag om att förebygga s.k. hymenrekonstruktioner och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur tillgängligheten i förlossnings- och eftervården kan förbättras samt hur kvinnor i hela landet snabbare kan få tillgång till vård och behandling av förlossningsskador, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utreda ett krav på fysioterapeutisk kompetens om kvinnors hälsa vid eftervård efter förlossningen och tillkännager detta för regeringen.

73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att rusta hela vårdkedjan för att hitta och hjälpa patienter med endometrios i rätt tid och med adekvata insatser, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur riktlinjer för hemförlossning kan ingå i de nationella riktlinjerna för förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att initiera de författningsändringar som behövs för att öppna för farmaceuter på distans och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur apotekens och farmaceuternas roll i hälso- och sjukvårdskedjan kan stärkas i syfte att stärka vårdens tillgänglighet i hela landet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge lämplig myndighet i samverkan med apoteksbranschen i uppdrag att se över om glesbygdsstödet behöver regleras på andra sätt för att mer effektivt stödja apotek i glesbygd, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjliggöra för regioner att använda rekvisitionsläkemedel vid specialistvård i hemmet och tillkännager detta för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en läkemedelsförsörjning som är decentraliserad och tillgänglig över hela landet där staten, hälso- och sjukvården och näringslivet tar ett gemensamt ansvar, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en statlig utredning om reformerad finansiering av välfärden, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

Motivering

Den svenska sjukvården håller en hög medicinsk kvalitet och har länge haft en positiv medicinsk och medicinteknisk utveckling. En världsledande kompetens bland professionen och ett nära samarbete med akademien har inneburit att allt fler sjukdomar kan botas eller lindras genom effektiva behandlingsmetoder och läkemedel och att fler patienter kan leva ett välfungerande och symptomfritt liv trots underliggande svåra och kroniska sjukdomar.

Vården står trots sin goda medicinska kvalitet inför flertalet stora utmaningar. För många får vänta för länge på vård eller får inte alls den vård de behöver. Tillgänglighet och kvalitet skiljer sig dessutom alltför ofta åt beroende på kön, inkomst, etnisk bakgrund och bostadsort. Svensk sjukvård är eftersatt i digitalisering jämfört med våra grannländer. Patienternas möjligheter till inflytande, inblick och medbestämmande i sin egen vård är trots vissa förbättringar de senaste åren för små. Medarbetarna, mänskorna som är kärnan i välfärden, har för få kollegor och närvarande chefer. Detta märks genom att många inte orkar att arbeta heltid, och alltför få väljer att söka sig till en karriär inom vård och omsorg. Samtidigt ställer den demografiska utvecklingen och den förändrade åldersstrukturen i befolkningen helt nya krav på hälso- och sjukvården. När fler äldre och multisjuka ska få sin hälso- och sjukvård försörd av en mindre andel

förvärvsarbetande i befolkningen kommer utformningen av sjukvården att behöva förändras.

Inga av vårdens utmaningar är olösliga. Sverige har alla möjligheter att skapa en bättre vård. En hållbar sjukvård med rätt personalresurser, ramverk och struktur kan skapa en behovsanpassad vård som sätter patienten i främsta rummet och lyckas undanröja det finansieringsgap som annars riskerar att växa fram i Sveriges regioner och kommuner. Runt om i Sverige finns många exempel på regioner, kommuner och ideella och privata vård- och omsorgsgivare som har mött problem som är gemensamma för många fler och löst dem. Många andra länder har också mött samma utmaningar som Sverige och har hittat fungerande lösningar. Med kloka politiska beslut går det att bygga en mer kvalitativ, tillgänglig och trygg vård och omsorg för alla invånare. Genom digitala verktyg och ett bättre användande av medicinsk information finns enorma möjligheter att allt ifrån förbättra patientsäkerheten, tillgängligheten och den förebyggande vården till att ge medborgare större kontroll över deras egen hälsa och resa genom vården eller omsorgen.

En primärvårdsreform för hela landet

Ökade kostnader, stora demografiska utmaningar och en bristande tillgänglighet kräver att hälso- och sjukvården ställs om för att mer effektivt kunna möta befolkningens behov av sjukvård. Centerpartiet vill utveckla vården och omsorgen så att den ges nära patienten och på det sätt som patienten själv önskar. Därför har vi länge drivit på för en primärvårdsreform som ska sätta patienten i centrum och fick genom januariavtalet genomslag för att en primärvårdsreform ska genomföras i syfte att säkra god och nära vård samt rätten till en fast läkarkontakt, göra det mer attraktivt att arbeta i primärvården och enklare att bedriva vård på landsbygden. Reformen påbörjades genom riksdagsbeslut hösten 2020 om ett utvidgat uppdrag för primärvården samt satsningar på nästan sju miljarder kronor för 2021. Insatserna ska stärka kvalitet, tillgänglighet och valfrihet i alla delar av primärvården i hela landet. Även ett flertal större utredningar har påbörjats till följd av januariavtalet.

En kraftig utbyggnad av primärvården kommer även i fortsättningen att vara en viktig prioritering för Centerpartiet. Primärvårdsreformen bygger på en omställning som innebär en stor förskjutning av resurser och ansvar från sjukhusvården till primärvården och ska sätta patienten i centrum. Centerpartiet vill att vården ska utformas så att vanligt förekommande behov ska kunna behandlas så nära patienten som möjligt, även under kvälls- och helgtid. Morgondagens sjukvård kommer även att behöva arbeta mer med preventiv vård, folkhälsa och rehabilitering för att se till att befolkningen kan hålla sig frisk och fri från livsstilssjukdomar en större del av livet. Betydande digitalisering och utveckling av den nära vården kommer att behövas för att effektivisera vården och öka tillgängligheten.

Alla patienter bör erbjudas både fysiska och digitala läkarbesök

Centerpartiet vill skapa en primärvård utan köer, som finns nära och lättillgänglig för människor. Vi har varit en pådrivare för rätten att få lista sig på en valfri vårdcentral var som helst i landet och få en fast läkarkontakt som känner patienten vid namn och vet vad hen har behövt hjälp med tidigare. En överenskommelse med SKR slår fast att

minst 55 procent av befolkningen som helhet och minst 80 procent av personer som bor i ett särskilt boende ska ha en fast läkarkontakt 2022. Centerpartiet vill att alla listade patienter ska erbjudas både fysiska och digitala läkarbesök, i vårdcentralens egen regi eller genom en av vårdcentralen eller regionen anlita underleverantör.

Rätt till en fast läkarkontakt på en valfri vårdcentral

Möjligheten till en fast läkarkontakt på en valfri vårdcentral är för Centerpartiet en helt central del av primärvårdsreformen. För att kunna erbjuda en fast läkarkontakt till alla som vill ha det bör både allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin, geriatriker och specialister i barn- och ungdomsmedicin kunna vara fasta läkarkontakter.

Vårdgarantin inom primärvården handlar om att samma dag få komma i kontakt med primärvården och om att inom tre dagar få en medicinsk bedömning. Att vårdgarantin inom primärvården i nuläget inte omfattar utomlänspatienter framgår indirekt av 9 kap. 1 § HSL. I förarbetena anfördes att en patient som väljer att vårdas i ett annat landsting kan anses ha avstått frivilligt från vårdgarantin i det egna landstinget (prop. 2013/14:106 s. 91). Även om det är inom övriga delar av vården som de långa väntetiderna förekommer, bör de problem som kan uppstå om den enskilde inte får vård i rätt tid inom primärvården inte förringas. Med en primärvårdsreform som ger var och en rätt att lista sig på en valfri vårdcentral och där få tillgång till en fast läkarkontakt kan den reella valfriheten enbart garanteras om vårdgarantin gäller också utanför den egna hemregionen. Centerpartiet vill därför att regeringen lägger fram förslag på nödvändiga författningsändringar för att vårdgarantin ska gälla även om patientens valda vårdcentral ligger i en annan region än patientens hemregion.

Nytt nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet

Fysisk tillgänglighet i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden är fortfarande en stor utmaning för primärvården, även om den digitala vården skapar nya möjligheter för både patienter och vårdgivare i många situationer. Centerpartiet vill se ett nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet som samfinansieras av staten och regionerna och helt ersätter den så kallade nationella taxan. Ett övergripande förslag har tagits fram av SKR och professionerna. Från en nationell ”verktygslåda” ska regionerna kunna välja åtgärder och insatser att upphandla, även inom allmänmedicin. Ersättningsnivåerna behöver variera utifrån geografiska och socioekonomiska förutsättningar, men genom ett statligt delansvar säkerställs likvärdiga ekonomiska villkor över hela landet. Det gemensamma förslaget från SKR och professionerna har skapat en unik möjlighet att skapa långsiktiga förutsättningar för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet och samtidigt förbättra tillgängligheten på landsbygden. Det är mycket angeläget att regeringen griper möjligheten och så snabbt som möjligt bereder förslaget och återkommer med en proposition till riksdagen.

Lagstifta om samordning mellan kommuner och regioner

I utredningen *God och nära vård*s huvudbetänkande (SOU 2020:19) föreslås en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om att regioner och kommuner ska åläggas att

upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Planen ska fokusera på långsiktiga strategiska frågor som till exempel kompetensförsörjning, utbud och lokalfrågor. Syftet med ett sådant krav är att säkerställa bättre och jämlika möjligheter för alla huvudmän att samordna sin planering för primärvården och därmed även – när det är relevant – sina resurser för den gemensamma vårdnivån. Utredningen bedömer att förutsättningarna för att tillhandahålla en mer sammanhållen vård för patienterna kommer att stärkas. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar på ett tydligt behov av bättre samordning, och det är även en viktig förutsättning för att uppnå målen med primärvårdsreformen. Centerpartiet anser därför att förslag på nödvändiga författningsändringar bör läggas fram skyndsamt.

Stärkt lokalt samarbete om folkhälsoinsatser

Genom en lagändring har primärvården från sommaren 2021 ansvar för förebyggande insatser. Hösten 2020 fick Centerpartiet majoritet i riksdagen för att regeringen ska återkomma med ett förslag om hur rehabilitering, uppsökande arbete och breda hälsofrämjande insatser också ska ingå i grunduppdraget. Samarbete med civilsamhället är en viktig byggsten i detta. Centerpartiet anser att regionerna med fördel kan tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för att främja vårdcentralernas folkhälsoarbete men i första hand bör regionerna själva komma överens om detta genom SKR. Dock bör regeringen se över hur staten kan underlätta och stimulera vårdcentralers möjlighet att samarbeta med lokala aktörer som hälsoorganisationer, räddningsväsende, polis, Röda Korset och pensionärsföreningar.

Ett primärvårdsregister för stärkt kvalitetsutveckling

I utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* betonas vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå. Avsaknaden av ett nationellt register med uppgifter från primärvården är problematisk på flera sätt, inte minst för ett optimalt genomförande och vidareutveckling av primärvårdsreformen. De stora skillnaderna i antalet öppenvårdsbesök och sjukvårdskostnader mellan regionerna är svåra att förklara och eventuellt åtgärda eftersom det saknas data som gör det möjligt att analysera vad skillnaderna beror på.

Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården och omställningen till en mer nära vård. I en rapport som presenterades 2021 ger Socialstyrelsen förslag på variabler och personalkategorier som myndigheten bedömer bör omfattas av en uppgiftsskyldighet för primärvårdens huvudmän samt förslag på nödvändiga författningsändringar. Det är viktigt att regeringen skyndsamt tar nödvändiga initiativ för att ett nationellt primärvårdsregister kan etableras så snart som möjligt. Samtidigt bör regeringen säkerställa att ett primärvårdsregister även gör det möjligt att följa hur stor del av befolkningen som har valt och fått tillgång till en fast läkarkontakt. Detta är en avgörande del av primärvårdsreformen och därför ett självklart element i ett primärvårdsregister. Regeringen bör därför se över hur befolkningens tillgång till en fast läkarkontakt kan följas fortlöpande via ett primärvårdsregister eller på något annat lämpligt sätt.

Tillgänglig och trygg sjukvård i hela landet

Svensk sjukvårds medarbetare gör ett fantastiskt jobb och den medicinska kvaliteten är i många nyckelområden världsledande. Men vården dras samtidigt med stora tillgänglighets- och delaktighetsutmaningar. Detta förvärras även av att den svenska patientens ställning i ett internationellt perspektiv är svag. Svenska patienter, i synnerhet äldre, upplever en sämre delaktighet och tillgänglighet i fråga om vården än andra patienter. Svenska patienter har ofta även en låg kännedom om sina rättigheter och har svårt att få insyn i valmöjligheter som kan vara till deras fördel.

Den patientlag som infördes 2015 med syftet att stärka patienternas rättigheter och medbestämmande visade sig vid en utvärdering inte ha haft någon större effekt. Svenska patienter upplever tvärtom att de är mindre delaktiga och att tillgängligheten är sämre idag än när lagen infördes. Till stor del beror detta på att sjukvården saknar transparenta och strukturerade metoder för att informera om patientens rättigheter och valmöjligheter. Att andra länder lyckats skapa en mer tillgänglig vård till en likvärdig kostnad och kvalitet är ett bevis på att även Sverige kan komma bort från långa köer och lågt patientinflytande. Den svenska sjukvården kan slå in på en annan väg. Det är en väg där patienten enkelt kan få en översikt över alla de vårdgivare och vårdtjänster som finns att nyttja, såväl digitalt som fysiskt.

Fritt val av utförare också i slutenvården

Skillnader i väntetid både inom och mellan olika regioner, samt mellan olika vårdgivare inom samma specialistområde, pekar på att det finns potential att korta patientens väntetider om vårdgivarnas och regionernas samlade kapacitet används mer effektivt. I patientlagen fastslås att patienter har möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, inom eller utom hemregionen, obeaktat väntetiderna. Genom att patienter i hela landet får möjlighet att välja vårdgivare även för specialistbehandling och operation kan vårdgivare med kortare köer till särskilda behandlingar bistå med att korta köerna i hela landet. Centerpartiet vill därför stärka rättigheterna i patientlagen genom att ge patienten rätt att välja även slutenvård vid en annan klinik än vid hemregionens egna vårdgivare. Rättigheten ska innebära att patienten vid beslut om ordinerad behandling får vara delaktig i beslutet om val av klinik för behandling och även får avgöra vart remissen ska skickas efter att en läkare bekräftat patientens behov.

Samarbete med fristående vårdgivare för kortare vårdköer

I spåren av pandemin har vårdköerna vuxit. Inom ramen av januariavtalet såg Centerpartiet tillsammans med Liberalerna och regeringen till att avsätta pengar för att hantera köerna så snabbt som möjligt. Men det är inte bara ekonomiska resurser som behövs; det behövs även personal. Centerpartiet vill därför se nationella ramavtal med privata vårdgivare som finns tillgängliga för att hjälpa till med vårdköerna. Regeringen måste låta patienterna gå före prestigen, annars riskerar patienter som väntar att drabbas av allvarliga hälsokonsekvenser. Nationella ramavtal med fristående aktörer är ett enkelt och snabbt sätt att öka kapaciteten. Centerpartiet föreslår mot denna bakgrund att regeringen i samråd med SKR och andra relevanta aktörer skyndsamt ser över hur sådana nationella ramavtal kan etableras och verkställas.

Vidareutveckling av 1177 Vårdguiden

Centerpartiet anser att Sverige likt Danmark och Nederländerna bör samla lättillgänglig information om kvalitet och väntetider på en nationell portal (1177.se) där patienter kan jämföra olika aktörer och därmed göra genomtänkta och välgrundade val. Informationen kommer även att kunna användas av vårdgivare som på en transparent marknad kan lära sig av andra nyckelfaktorer för framgång. Det är avgörande att 1177:s ägare, SKR, har långsiktiga förutsättningar för att vidareutveckla portalen i en sådan riktning.

Stärka förutsättningarna för mobila team

Den så kallade Ängelholmsmodellen och ett flertal andra exempel visar att man både kan stärka tillgängligheten och drastiskt minska behovet av inläggningar, återinläggningar och besök på sjukhusens akutmottagningar via ett proaktivt mobilt arbetssätt och systematiskt samarbete mellan den kommunala och den regionala hälso- och sjukvården. Här kan också ambulanssjukvårdens roll utvecklas. Genom budgetsatsningar och överenskommelser med SKR inom ramen för januariavtalet har Centerpartiet bidragit till att påbörja insatser för en utvecklad ambulanssjukvård och fler mobila närskjukvårdsteam. Insatserna behöver fortsätta och stärkas, samtidigt som regeringen bör se över förutsättningarna för att stärka mobila team i alla regioner.

Lagstifta om vård av patienter med bristande beslutsförmåga

Hälso- och sjukvårdspersonal behöver dagligen ta ställning till vårdinsatser för vuxna patienter med bristande beslutsförmåga, till exempel medvetslösa patienter, patienter med demenssjukdom, strokepatienter, patienter med allvarlig psykisk sjukdom och i vissa fall även svårt sjuka covid-19-patienter. I Sverige saknas, med några undantag, lagstiftning som anger under vilka förutsättningar vård kan ges till en patient som själv saknar förmåga att samtycka och vem som ska besluta i dennes ställe. Förutom Sverige har samtliga nordiska länder infört sådan lagstiftning. Avsaknaden av en reglering medför att Sverige inte har kunnat ratificera Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (Oviedokonventionen) och dess protokoll.

En utredning, Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning (SOU 2015:80), lämnade redan 2015 förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering. Utredningen Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14) föreslog, förutom ett flertal författningsändringar, att Socialstyrelsen skulle ges i uppdrag att ta fram en handbok om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga.

Centerpartiet ser det som mycket angeläget att både en reglering och adekvat kunskapsstöd skyndsamt kommer på plats för att ge vårdpersonal rättsligt stöd för sina dagliga insatser till beslutsoförmögna patienter.

Samordning av vilken sjukvård som erbjuds oförsäkrade EU-medborgare

Det så kallade patientrörlighetsdirektivet fastställer reglerna för patienters rättigheter vid vård i ett annat EU-land. Detta innebär att EU-medborgare har möjlighet att söka och få hälso- och sjukvård och tandvård i ett annat EU-land och få kostnaderna för denna vård ersatt av hemlandet. Patienten behöver inte i förväg söka tillstånd för vården.

Centerpartiet anser att dagens svenska tillämpning av direktivet är bra vad gäller svenska medborgares rätt att söka vård i andra EU-länder. Det behövs dock ett förtydligande och en nationell samordning vad gäller vilken sjukvård som ska erbjudas EU-medborgare som saknar ett europeiskt sjukförsäkringskort och/eller befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om ett nödvändigt tillstånd för att vistas i landet och på så sätt omfattas av utlänningslagen. Regeringen bör ta initiativ till detta i samråd med SKR.

I praktiken handlar detta ofta om personer med anknytning till minoriteter som diskrimineras i sina hemländer. EU-länderna behöver samarbeta bättre för att se till att situationen för unionens fattigaste och mest utsatta invånare förbättras. Om medlemsländer inte lever upp till sina åtaganden behöver EU kunna sätta press. Sverige bör driva på för att EU:s så kallade rule-of-law-mechanism (demokratilås) används mot länder som fortsätter att diskriminera sina egna medborgare. Demokratilåset innebär att länderna kan vägras utbetalningar av EU-stöd.

Stärkta förutsättningar för bloddonation

Sverige har brist på bloddonatorer och behöver hitta vägar för att mer blod ska nå våra blodbanker. Lagen om bloddonation tar sin utgångspunkt i vårdlagstiftningen. Lagen gör inte skillnad på vem som får donera blod utifrån parametrar som kön eller sexuell läggning, men den tar fasta på att donationer ska genomföras så att risken för smittat blod ska minska genom testning och att individer som har eller har haft ett faktiskt beteende, praktiker eller tidigare erfarenheter som innebär en risk kan undantas från att få vara donatorer på obestämd tid eller med regler för karens. Karenstider och konkreta bestämmelser definieras i föreskrifter från Socialstyrelsen. Det kan handla om att man har bott i ett visst land där risken för smitta eller parasiter är stor eller om att man är eller har varit drogmissbrukare, har eller har haft en viss sjukdom eller är sexuellt aktiv på ett sådant sätt att det på vetenskaplig grund finns utökad risk för att man bär på en sexuellt överförbar sjukdom som kan smitta via blod.

Det är viktigt att se till att föreskrifterna alltid bygger på rådande kunskapsläge och individuellt riskbeteende och att det alltid finns någon medicinsk och vetenskaplig grund för att någon potentiell donator ska frånhållas att få bidra. Regeringen bör se över hur detta kan säkerställas på ett bättre sätt än idag. Kritiken mot den långa karenstiden på 12 månader för gruppen män som har sex med män (MSM) har dock blivit starkare då metoder för testning av blod har utvecklats, kunskapen om hiv och smittvägar har ökat och prevalensen av hiv har pressats ner även om den fortsatt är mycket hög i jämförelse med andra grupper.

De nya riktlinjer som Socialstyrelsen presenterade våren 2021 innebar att karenstiden för MSM sänktes till sex månader. Socialstyrelsen anser att den nyare testmetod som redan används av andra EU-länder, så kallade NAT-tester, behöver införas i regionerna för att karenstiden ska kunna sänkas ytterligare. Det är olyckligt om tekniska eller ekonomiska skäl skapar skillnader mellan regionerna vad gäller vilka som kan vara bloddonatorer. Centerpartiet anser att NAT-tester bör vara norm i alla regioner. Regeringen bör se över hur förutsättningarna för att donera blod kan bli jämlika i hela landet.

Stärkta förutsättningar för organdonation

Den statliga utredning om donations- och transplantationsfrågor som presenterades 2015 (SOU 2015:84) föreslog att utökade kriterier för organdonation skulle övervägas så att vården i större utsträckning kan respektera donationsviljan hos personer som avlider genom cirkulationsstillestånd (DCD). Regeringen presenterade 2020 lagförslag som skulle underlätta ett införande av DCD i fler regioner men det är varje sjukvårdsregions ansvar att besluta om införandet. Förslaget drogs senare tillbaka. Detta kräver omfattande utbildningsinsatser och samverkan mellan intensivvården och transplantationsverksamheten. Det är en viktig princip att det inte ska vara var en person dör som ska avgöra om man kan bli organdonator, utan den enskildas vilja till organdonation. Centerpartiet anser därför att det bör tas ett nationellt initiativ för att möjliggöra ett skyndsamt införande av DCD i hela landet.

Organdonation är i vården en relativt sällsynt händelse. Vården behöver en tydlig struktur och organisation för att möjliggöra organdonation vid fler tillfällen där donationsviljan finns. Sjukvårdsregionen Stockholm/Gotland har på tre år lyckats dubblera antalet donationer genom en tydlig vårdstruktur och uppföljning för dessa fall. Regionen har bildat ett regionalt donationscentrum för att fortsätta denna utveckling. Centerpartiet anser att det behövs statliga åtgärder som säkerställer att samma struktur skyndsamt kan implementeras i Sveriges alla sjukvårdsregioner.

Varje njure, del av lever eller vävnad som transplanteras från en levande givare bidrar till att minska väntetiden för de som behöver ett nytt organ. Sedan 2011 har antalet levande donatorer minskat och det är fortfarande på en relativt låg nivå trots en viss förbättring de senaste åren. Detta gäller både njur- och levertransplantationer. Utredningen SOU 2015:84 hade även i uppdrag att föreslå hur antalet organdonatorer och tillgängliga organ kan öka i Sverige. Utredningen föreslog att man ser över möjligheten att ta bort onödiga administrativa hinder för fler levande donatorer av främst njurar. Regeringen har tyvärr inte gått vidare med utredningens förslag. Centerpartiet anser att regeringen bör överväga insatser som underlättar för fler levande donatorer av njure, del av lever eller vävnad i Sverige.

Genom att utöka det nordiska njurbytesprogrammet skulle fler personer i Sverige kunna bli transplanterade med njurar från levande donatorer. Programmet innebär att den som vill donera som levande organdonator men inte matchar den som han eller hon vill donera till genom njurbytesprogrammet kan få möjlighet att donera samtidigt som den anhöriga får möjlighet att få en njure från en annan levande organdonator. Regeringen bör se över hur utbytesprogrammet kan stärkas.

Det är avgörande att vårdgivaren har rutiner för kommunikation, bemötande och uppföljning av anhöriga till donatorer. Anhöriga är olika, och bemötandet behöver vara personcentrerat och kultursensitivt. Det bör ges möjlighet till ett uppföljningssamtal, även i de fall där förberedelser för en organdonation har påbörjats men donationen av olika skäl inte genomförts. Regeringen bör se över vilka insatser som är lämpliga för att säkerställa ett jämlikt bemötande och god uppföljning av anhöriga i alla sjukvårdsregioner.

Jämlika möjligheter till medfinansiering

Den medicintekniska utvecklingen bidrar till att vården har möjlighet att sambehandla vissa åkommor vid en och samma operation. Att få en astigmatismbehandling i

samband med gråstarrsoperationer kostar mer och anses även ligga utanför den offentliga sjukvårdens åtaganden. Detta har medfört att vissa regioner erbjuder patienten möjlighet att medfinansiera ett ingrepp som till viss del kan anses ligga utanför det offentliga åtaganden när det går att genomföra vid en och samma operation. För patienter med astigmatism har det inneburit att patienten får möjlighet att betala den extra kostnaden för de mer avancerade och synkorrigerande linserna själv. Att få möjlighet att medfinansiera vård som inte innefattas i det offentliga åtagandet kan i vissa fall vara frågan om en direkt nödvändighet. Vid exempelvis gråstaroperationer avråds patienterna nämligen starkt från en reoperation. Det är därför uteslutet att man som patient korrigerar astigmatismen vid ett senare tillfälle. Den medicintekniska utvecklingen kommer att innebära att fler kombinerade ingrepp som idag ligger utanför det offentliga åtagandet blir möjliga.

Centerpartiet anser därför att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga om och när regionerna erbjuder medfinansiering av tilläggstjänster i hälso- och sjukvård samt se över hur möjligheterna kan bli likvärdiga i hela landet.

Kraftfulla insatser mot psykisk ohälsa i hela landet

De flesta svenskar har antingen upplevt stressrelaterad psykisk ohälsa eller har någon i sin närhet som har drabbats. Det orsakar stort lidande för många människor varje år. Sjukskrivningar till följd av stressrelaterad psykisk ohälsa skadar dessutom näringslivets konkurrenskraft och medför stora kostnader för vår gemensamma välfärd. Psykisk ohälsa låg bakom 48 procent av sjukskrivningar i Sverige före coronapandemin, en ökning från 30 procent 2010, och utgjorde den enskilt största orsaken till sjukskrivning 2019. Personer som arbetar inom kvinnodominerade så kallade kontaktyrken – exempelvis inom vård och omsorg – är överrepresenterade i fråga om stressrelaterad psykisk ohälsa. Den stora omfattningen på problemet innebär att även mindre procentuella förbättringar i antalet som drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa kan göra skillnad för tusentals personer, öka den ekonomiska tillväxten och stärka välfärden.

Att drabbas av stressrelaterad och andra typer av psykisk ohälsa kan orsaka stor osäkerhet. Det är därför viktigt att vården erbjuder en samlad väg in för den drabbade, med tillgång till information om sjukdomstillstånd, vårdmöjligheter och lättillgängliga kontaktvägar till vården. Varje region bör därför via 1177 Vårdguiden erbjuda en enkel, begriplig, skyndsamt och kvalitetssäkrad väg till vård för personer som söker hjälp. Arbetet för att korta väntetiderna i alla led behöver fortsätta och växlas upp.

Tillgänglig internetbaserad terapi i hela landet

Det är viktigt att principerna om stegvis vård tillämpas. Det innebär att hälso- och sjukvården erbjuder insatser som sträcker sig från råd om egenvård, assisterad självhjälp och gruppbehandlingar till individuella behandlingsinsatser utifrån patientens aktuella behov. I första hand är det därför viktigt att regeringen ser över hur det skyndsamt kan utbildas och fortbildas fler som kan erbjuda första linjens samtalsstöd vid psykisk ohälsa. Samtidigt finns internetbaserade terapiformer som kan utgöra ett effektivt stöd för en person med stressrelaterad psykisk ohälsa i väntan på en fast vårdkontakt och i många fall dessutom som en del av en långsiktig rehabilitering. Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) kan exempelvis hjälpa en vårdsökare att förstå, hantera och

tillfriskna från sin psykiska ohälsa, antingen med hjälp av självledda övningar eller i samarbete med en terapeut. Regionerna bör därför erbjuda de som det är lämpligt för snabb och enkel tillgång till iKBT eller andra typer av internetbaserad terapi. Regeringen bör i samråd med SKR se över hur sådana insatser kan utökas och stärkas i hela landet.

Valfrihet i barn- och ungdomspsykiatri i alla regioner

Enligt statistik från SKR uppfyllde endast ett fåtal regioner år 2020 vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri. Situationen ser även väldigt olika ut beroende på var i landet en befinner sig. Medan mer än 90 procent av de sökande får en första bedömning i tid i regioner såsom Gotland, Gävleborg och Stockholm så får endast drygt 20 procent hjälp i tid i regioner såsom Sörmland och Västerbotten. De allra flesta regionerna är långt ifrån att uppnå SKR:s mål om att alla vårdsökande inom barn- och ungdomspsykiatri ska få en första bedömning inom 30 dagar och att de som är i behov av det ska få påbörja en fördjupad utredning eller behandling inom 60 dagar.

I syfte att förbättra verksamheten, korta köerna och öka valfriheten bör vårdsökande i hela landet få möjlighet att välja mellan regionens egen verksamhet och andra vårdaktörer. Införandet av LOV inom vården som Centerpartiet och den tidigare alliansregeringen genomförde har lett till att valfriheten ökat för patienter och vårdsökare, att antalet vårdgivare blivit fler samt att köerna blivit kortare. Att ha möjlighet att välja vilken vårdutförare som passar en bäst anser Centerpartiet vara en självklarhet. Därför är det en viktig reform att även erbjuda denna valfrihet inom barn- och ungdomspsykiatri i samtliga regioner.

Förbättrade kunskapsstöd kring behandling av psykisk ohälsa

När en person med stressrelaterad psykisk ohälsa fått kontakt med vården ska målsättningen vara att hen erbjuds bästa möjliga behandling utifrån sina behov. För att vårdpersonalen ska lyckas med det krävs evidensbaserad kunskap om vilka behandlingsmetoder som är mest effektiva. Evidensläget kring behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom är emellertid svagt, samtidigt som vårdformerna och vårdkvaliteten varierar stort mellan olika delar av landet. Centerpartiet anser därför att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram förbättrade nationella kunskapsstöd kring behandling av psykisk ohälsa i allmänhet och stressrelaterad psykisk ohälsa i synnerhet. Socialstyrelsen bör dessutom regelbundet uppdatera kunskapsstöden i syfte att dela goda exempel från olika regioner, kommuner och privata vårdgivare.

Bland de metoder som används regionalt finns så kallad grön rehabilitering. Innebörden av grön rehabilitering kan i korthet sammanfattas med att det handlar om att göra olika aktiviteter i en grön miljö, att delta i aktiviteter med djur eller att bara få vara på en rogivande plats i natur- eller kulturlandskap. Det handlar dock om att arbeta systematiskt med evidensbaserade metoder och att hjälpa deltagare att se sina framsteg. Flera regioner erbjuder ”grön rehab” på remiss, till exempel Halland. Utvärderingar pekar på positiva effekter av bland annat den metod för grön rehabilitering som används vid Sveriges lantbruksuniversitets rehabiliteringsträdgård i Alnarp. I Norge, som sedan 2010 har en officiell certifiering av gröna välfärdstjänster inom jordbruket och ren-

närigen, pågår ett forskningsprojekt om grön rehabilitering för personer med demens i tidig fas. Preliminära resultat visar att mycket tid utomhus gör en skillnad för livskvaliteten. Grön rehabilitering och grön omsorg bör därför följas upp med vidare utredning och utvärdering i syfte att möjliggöra en evidensbaserad vidareutveckling av grön rehabilitering i hela landet.

Standardisering av psykoterapiutbildningen

En person med stressrelaterad psykisk ohälsa behandlas av legitimerade professioner – läkare, sjuksköterska, psykoterapeut med flera – eller av icke legitimerade yrkesgrupper, som till exempel kan ha genomgått en så kallad grundläggande psykoterapiutbildning inom exempelvis KBT. Utbildningar i grundläggande psykoterapi är oreglerade, vilket innebär att de kan erbjudas av vilken person, vilket företag eller vilken organisation som helst och i praktiken att de varierar i kvalitet. Behandlande medarbetare som genomgått grundläggande psykoterapiutbildning fyller en viktig roll i vården och utför i många fall ett gott arbete. Men avsaknaden av reglering innebär att det finns en stor osäkerhet kring vilka kompetenser personer med grundläggande psykoterapiutbildning faktiskt har. Det försvårar kompetensförsörjningen inom vården eftersom det är svårt att rekrytera rätt person till rätt roll, det riskerar att resultera i undermålig behandling för patienten och det skapar en otydlighet för en person som vill skaffa sig en sådan utbildning. Av de anledningarna bör en reglerad, standardiserad och kvalitetssäkrad grundläggande psykoterapiutbildning införas. Nationella vårdkompetensrådet bör få i uppdrag att kartlägga och utvärdera kompetensförsörjningen för samtliga yrkesgrupper som behandlar psykisk ohälsa inom primärvården, däribland de som genomgått en grundläggande psykoterapeututbildning.

Samtidigt bör den standardiserade, reglerade och kvalitetssäkrade grundläggande psykoterapiutbildningen kopplas till patientnära praktik under utbildningen och handledning under den första tiden i arbetet. Till skillnad från idag – när en person som genomgått en oreglerad grundläggande utbildning i många fall kastas direkt in i arbetet utan tillräcklig praktisk erfarenhet eller handledning – skulle en reglerad utbildning med praktik och handledning skapa stora vinster för såväl vårdgivare som patient.

Stärkta forskningsförutsättningar

En ytterligare utmaning för att erbjuda effektiv och evidensbaserad vård är att det saknas goda kunskaper på aggregerad nivå om patienter som söker sig till primärvården och om den behandling de får. Det försvårar för såväl beslutsfattare som forskare, och påverkar i förlängningen den svenska sjukvården negativt. Därför behövs en nationell uppföljning av läget, som omfattar både somatisk och psykisk vård. Kopplat till det bör möjligheterna att genomföra forskning inom primärvårdens behandling av psykisk ohälsa förbättras.

Stärkt roll för rehabiliteringskoordinatorerna

När man drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa kan man känna sig vilsen i byråkratin. För att vägleda en sjukskriven patient genom byråkratin och hjälpa hen att återgå till jobbet eller träda in i arbetslivet har regionerna sedan februari 2020 en

skyldighet att erbjuda tillgång till en så kallad rehabiliteringskoordinator. Rehabiliteringskoordinatorernas uppgift är att ge stöd till patienten, samordna intern sjukskrivning och rehabilitering samt samverka med Försäkringskassan, arbetsgivaren och andra externa parter. Nuvarande lagstiftning ger regionerna stor frihet i hur rehabiliteringskoordinatorernas roll ska utformas, vilket i grunden är bra för att det om några år ska gå att utvärdera och vässa reformen. Men redan nu är det viktigt att koordinatorena får det stöd och de resurser de behöver för att lyckas. Centerpartiet anser därför att rehabiliteringskoordinatorernas roll bör stärkas.

Försäkringskassan har också ett uppdrag att koordinera insatser för att främja tidig rehabilitering. För såväl stressrelaterad psykisk ohälsa som andra sjukdomar och skador är det kritiskt att den drabbade får tidigt stöd och tillgång till rehabilitering. För att säkerställa tidigt stöd och rehabilitering bör en översyn genomföras för att utreda huruvida Försäkringskassan är bäst lämpad att genomföra det koordineringsuppdraget.

Stärkt kompetensförsörjning i hela landet

Vård och omsorg ges av alla de hundratusentals medarbetare som möter patienter – från sjuksköterskor och läkare till specialistsjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och många fler yrkesgrupper. De är kärnan i välfärden och det är deras kunskaper i medicin, omvårdnad och bemötande, deras beslutsstöd, utbildningar, samarbetsformer och organisering som gör skillnaden mellan ett bra patientmöte och ett som behöver bli bättre.

En stark kompetensförsörjning med trygg, rutinerad och erfaren personal är grunden för en patientsäker vård. Behovet av kompetent och välutbildad vård- och omsorgspersonal kommer att vara ännu viktigare de kommande åren. Därför behöver vården också bli bättre på att locka och behålla duktig och driven personal. Karriärs- och kompetenstrappan behöver förstärkas och så kallad task shifting i vården utvecklas, så att alla de många värdefulla yrkena i vården kan stärka sin attraktivitet och status.

Centerpartiets mål är att det ska finnas en hög lägstanivå i välfärden i hela landet. Men om vård- och omsorgspersonal inte finns i hela landet finns inte heller kunskapen i hela landet. Därför krävs att vård- och omsorgsutbildningar ges på fler platser, att befintliga utbildningar får långsiktiga förutsättningar och att vård- och omsorgsgivarnas behov ges större tyngd när utbildningar planeras och dimensioneras.

Stärka läkarutbildningarnas regionala anknytning

Sedan tio år är Umeå universitets läkarutbildning delvis utlokaliserad till Sundsvall, Luleå och Östersund efter ett regeringsbeslut fattat av bland annat Centerpartiet. Flera andra universitet har regionaliserat sina utbildningar på liknande sätt, med mycket goda resultat för både studenterna och primärvården då den har fått en starkare koppling till forskningen. Den kliniska kvaliteten i utbildningen har på så vis kunnat höjas. Centerpartiet anser att alla sju universitet som bedriver läkarutbildning ska regionalisera delar av sin utbildning.

Vårdutbildningar finns framförallt för att förse hälso- och sjukvården och äldreomsorgen med kunniga medarbetare. Deras behov måste därför väga mycket tungt i hur utbildningarna är dimensionerade. Istället för likt i dag, där ytterst regeringen avgör detta, anser Centerpartiet att regionerna som känner sina egna behov bäst ska

kunna beställa utbildningsplatser från närliggande universitet och högskolor och att staten ska få i uppgift att dimensionera dem efter behoven. Det ska inte finnas en fri dragningsrätt på statens utbildningsbudget, men om inte staten kan visa på goda skäl för varför en region inte har det behov den säger sig ha ska man bygga ut de relevanta utbildningarna med det antal platser som regionen specificerar. Centerpartiet föreslår därför att det ska utredas hur en sådan reform kan genomföras.

Ge kommunerna långsiktiga förutsättningar för yrkesvux

Yrkesvux är en utbildning med statlig medfinansiering för de utan fullständiga gymnasiebetyg som vill gå en utbildning för att bli exempelvis vårdbiträde eller undersköterska. Genom denna väg hittar hälso- och sjukvården och äldreomsorgen en stor del av den kompetens man behöver. Eftersom yrkesvux kräver investeringar i mycket utrustning är dock långsiktiga planeringsförutsättningar särskilt viktiga. Det statsbidrag som kommuner kan söka för medfinansiering bör därför löpa över flera års tid till skillnad från dagens korta ettårsperioder. Centerpartiet föreslår att regeringen ser över hur de långsiktiga förutsättningarna för planering av yrkesvux kan stärkas.

Vidareutveckling av undersköterskeutbildningarna

Undersköterskeyrket är ett av Sveriges största och viktigaste yrken och det är den yrkesgrupp som oftast arbetar närmast människor som får vård eller omsorg. Det är ett yrke som finns i hela landet. En undersköterska behöver ha en god bedömningsförmåga, kunna utföra basal omvårdnad och omsorg samt ha basal medicinsk kunskap om vanliga diagnoser som diabetes eller demenssjukdomar och om åldrande. För att kunna ge ett professionellt bemötande gentemot den som får vård eller omsorg, närstående och anhöriga samt kollegor behöver man även grundläggande kunskaper i värdegrund och etik. Bra språkkunskaper i tal och skrift är en förutsättning för att utföra arbetsuppgifter patientsäkert och personcentrerat.

Riksdagen beslutade 2021 att reglera undersköterskeyrket och göra undersköterska till en skyddad yrkestitel. Centerpartiet beklagar att regeringen valde att bortse från förslagen i utredningen Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) om en undersköterskeexamen och ett myndighetsfastställt nationellt yrkespaket för undersköterska, trots att remissinstanserna tillstyrkte eller inte hade något att invända mot förslagen. Utredningens förslag skulle innebära en större likvärdighet i utbildningarnas omfattning och innehåll. Regeringen bör därför, bland annat med avstamp i SOU 2019:20 och i samråd med SKR, Vårdgivarna och undersköterskornas organisationer, se över hur undersköterskeutbildningarna kan vidareutvecklas i syfte att göra det enklare för vårdens huvudmän att säkerställa och höja kompetensen hos sina anställda undersköterskor.

Stärkta förutsättningar för kompetenshöjning

Medicin- och omvårdnadsforskningen står inte still. Fortbildning under ett yrkesliv spelar stor roll för att kunna öka kvaliteten för patienter och brukare. Den som har en legitimation, exempelvis en läkare eller sjuksköterska, har en skyldighet att bidra till sin fortbildning. Men lika viktigt är att arbetsgivare ger möjligheter till det för alla

yrkesgrupper inom vården. Centerpartiet vill satsa på personalen och ge medarbetare bättre förutsättningar för fortbildning.

Överväga rätt till fortbildning

Alla som arbetar i ett legitimationsyrke eller har en reglerad yrkestitel i hälso- och sjukvården, exempelvis undersköterskor, bör garanteras möjligheter och rätten till kompetensutveckling. Arbetsgivare bör ha en skyldighet att ge dessa möjligheter. Framförallt handlar det om att garantera tillräckligt med tid i de anställdas scheman. För att detta ska bli verklighet vill Centerpartiet att Socialstyrelsens föreskrifter som reglerar utbildningsmöjligheter ses över. Socialstyrelsen bör även undersöka om det skulle vara lämpligt att införa en miniminivå av utbildningstid för de olika legitimationsyrkena och reglerade yrkestitlarna. Det skulle ge Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bättre möjligheter att granska enskilda vårdgivare och om de lever upp till kraven i patientsäkerhetslagen. Ett stort ansvar ligger också här på kommuner och regioner som huvudansvariga för kvalitetsutvecklingen av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det är viktigt att både krav och möjligheter säkerställs för utbildning i de vårdval och upphandlingar som de utformar.

Löpande arbete med kompetenshöjning

Inom ramen för januariavtalet medverkade Centerpartiet till ett flertal reformer och satsningar på kompetensutveckling för medarbetarna i hälso- och sjukvården. Satsningarna behöver fortsätta och det finns fortfarande utrymme för att se över hur medarbetare inom vårdens yrkesgrupper i ännu större utsträckning kan få möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens, så kallad task shifting, vilket ytterst är en fråga om att ta vara på kunskap och yrkesengagemang. Vi vill därför att regeringen i samråd med SKR och professionerna ser över hur ett löpande arbete med task shifting och kompetenspåfyllning kan implementeras i HR och verksamhetsutveckling inom vårdens verksamheter.

Ytterligare åtgärder för snabb validering

Människors arbete och egenförsörjning möjliggör en stark välfärd. Många personer som kommer till Sverige idag har någon form av vårdutbildning. Samtidigt förväntas behovet av personal öka kraftigt de närmaste åren. En rad åtgärder har de senaste åren vidtagits för att möjliggöra en snabb validering av vårdutbildad personal från länder utanför EU och EES eller Schweiz. Det finns dock fortfarande behov av att se över vilka ytterligare åtgärder som kan vara aktuella för att främja en snabbare och smidigare validering av utlandsutbildad personal i alla regioner, inte minst i välfärden där arbetskraftsbristen väntas bli allt större. Centerpartiet vill därför att regeringen i samråd med SKR ser över ytterligare åtgärder, regelförenklingar och samordningsinsatser på tvärs av regionerna för att fler personer med vårdutbildning från länder utanför EU och EES eller Schweiz snabbare får sin utbildning validerad och/eller kompletterad.

Stärkta förutsättningar för bra ledarskap

En höjd och mer likvärdig kvalitet i själva chefs- och ledarskapet är ett viktigt sätt att få alla välfärdens olika områden att bli mer likvärdiga i kvalitet och patientbemötande. Inom skolans område har den obligatoriska rektorsutbildningen blivit ett viktigt verktyg för detta. Centerpartiet vill införa en liknande utbildning inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen men i form av en nationell rekryteringsutbildning – något en intresserad person läser för att kunna få en tjänst i framtiden. Utbildningen ska innehålla teoretisk och praktisk kunskap och examinationsmoment så att den som visar sig vara olämplig inte heller ska kunna bli chef. Men med tanke på hur många aktiva chefer som idag finns behöver det också skapas en samlad chefsfortbildning för idag aktiva chefer inom välfärdsområdet.

Personalen ska ha rätt till närvarande chefer som kan leda och stötta i deras arbete. Chefer har också genom sin närvaro en stor betydelse för medarbetarnas arbetsmiljö och förutsättningar för att ge brukare och patienter bra vård och omsorg. Men det förutsätter att man som ledare har rimliga förutsättningar. I hela välfärdssektorn finns ett grundläggande bekymmer med för många medarbetare per chef. Det finns tydliga forskningsresultat som visar på att mellan 20 och 25 medarbetare per arbetsledande chef skapar förutsättningar för en bra arbetsmiljö. I dag ligger många verksamheter istället på det dubbla antalet medarbetare per chef, vilket ger små möjligheter att vara närvarande, leda och stötta medarbetare. Det här är ett arbetsmiljöproblem som blir ett jämställdhetsproblem då vården och omsorgen är en så kvinnodominerad sektor. Detta är i grunden en arbetsgivarfråga mellan regioner och kommuner och fackförbund. Dagens förhållande sätter dock fingret på att en äldreomsorg och hälso- och sjukvård som tar dessa kvalitetsfrågor på allvar kommer att behöva lägga mycket resurser på att rekrytera och anställa fler ledare kommande år. Centerpartiet vill därför att ett offentligt mål ska formuleras om att det maximalt ska vara 25 medarbetare per chef i välfärdsverksamheten.

Höjd kompetens i tandvården

Tandvården står inför stora kompetensförsörjningsutmaningar framöver. Regionerna har ett lagfäst planeringsansvar för all tandvård i regionen samt skyldighet att svara för tandvård till barn och unga vuxna och det särskilda tandvårdsstödet. Mot denna bakgrund anser Centerpartiet att det är rimligt att regionernas tandvårdsverksamhet omfattas av de insatser som görs från statens sida på kompetensförsörjningsområdet inom hälso- och sjukvård, till exempel genom överenskommelser med SKR. Regeringen bör se över hur detta kan göras på lämpligt sätt.

Trygga estetiska behandlingar

Riksdagen beslutade 2021 att estetiska injektionsbehandlingar ska få utföras av den som har legitimation som läkare, tandläkare eller sjuksköterska. Regeringen får meddela föreskrifter om att även annan hälso- och sjukvårdspersonal ska få utföra vissa estetiska injektionsbehandlingar samt under vilka förutsättningar det får göras.

Det finns ett mindre antal legitimationsyrken, till exempel tandhygienister, som genom sin grundutbildning har en kompetens kring kärl- och muskelanatomi som gör att de med en viss tilläggsutbildning skulle kunna utföra dessa ingrepp på ett

patientsäkert sätt. Den så kallade Skönhetsutredningen (SOU 2015:100) gjorde även bedömningen att kroppsbehandlingar som innefattar injektioner skulle kunna utföras av en legitimerad tandhygienist.

Estetiska behandlingar är under ständig utveckling. En löpande översyn av vilken legitimerad personal som bör få utföra olika typer av estetiska injektionsbehandlingar är viktigt för att inte i onödan begränsa näringsfriheten. Centerpartiet anser att regeringen bör säkerställa en löpande dialog med relevanta professionsmiljöer och med jämna mellanrum överväga behovet av att tillåta fler legitimationsyrken att utföra vissa estetiska injektionsbehandlingar. I första hand bör regeringen se över hur tandhygienister kan få utföra vissa estetiska injektionsbehandlingar samt under vilka förutsättningar.

En historisk modernisering av sjukvården i hela landet

Svensk vård och omsorg är fantastisk. Samtidigt är vi bland de sämsta länderna i hela västvärlden på att använda digitaliseringens möjligheter. Personal tvingas lägga orimligt mycket tid på administration, manuell hantering och inloggning i olika system som inte kan kommunicera med varandra. Nu behövs en historisk modernisering av hälso- och sjukvården. Genom ambitiösa digitala reformer kan Sverige skapa en vård och omsorg som håller högre kvalitet och som är tryggare och mer tillgänglig och anpassad till patienten.

En modern ramlagstiftning för bättre patientsäkerhet och -integritet

Digitalisering är ett kraftfullt verktyg för att göra vården och omsorgen mer individanpassad och därmed kvalitativ och trygg för varje unik patient. Men nyttan med digitaliseringen kan bara fullt ut bli verklighet om möjligheterna att använda, bearbeta, analysera och dela medicinsk information inom vården och omsorgen förbättras.

Ett antal lagar sätter i dag effektivt stopp för dessa möjligheter. Sverige hör faktiskt till de länder som är sämst i västvärlden på att använda digitaliseringens verktyg för att skapa bättre vård och omsorg till medborgare. Det är en ohållbar situation. En modern lagstiftning är grunden och själva förutsättningen för de förändringar Centerpartiet vill genomföra, såsom heltäckande e-hälsokonton för alla invånare och ett sammanhållet nätverk för alla offentligt finansierade vård- och omsorgsgivare som kan överbygga vårdens organisering i olika stuprör där patienter ofta faller mellan stolarna.

Den stora mängd överlappande, föråldrade och bitvis inkonsekventa lagar som i dag reglerar personuppgiftshantering inom vård- och omsorgsområdet bör ersättas av en samlande ramlagstiftning som reglerar personuppgiftshantering för alla offentligt finansierade vård- och omsorgsgivare, oavsett om de är kommunala, regionala, statliga, ideella eller privata. Det behöver vara en lag som är teknikneutral och som ger den enskilda individen och patienten äganderätt till sin information – något människor inte har i dag – men också ger vård- och omsorgsgivare som hen möter användarrätt till information som är relevant för att ge personen rätt vård eller omsorg. För den som söker hjälp ska lagstiftningen säkerställa att legitimerad personal har rätt till relevant individuell och medicinsk information som underlättar behandlingen. Utgångspunkten behöver därför vara antaget samtycke. Den som vill begränsa tillgången till hälsokontot

ska kunna göra detta så att vårdpersonal som saknar en aktuell vårdrelation till patienten inte kan komma åt dennes uppgifter. Om välfärden byggs utifrån denna förutsättning minskar antalet personer i vård och omsorg som behöver hantera och granska invånarens information dramatiskt, eftersom dagens regelverk med krav på manuell granskning och beslut vid varje tillfälle skulle försvinna. Lagstiftningen behöver också tydliggöra att vissa inte alls har rätt att ta del av identifierbar information, till exempel arbetsgivare, försäkringsbolag och fackförbund som invånaren står i någon form av beroendeställning till. En viktig förbättring skulle bli att individers äganderätt till sin egen information blev mycket starkare. Möjligheten att dela med sig av information som var till nytta för ens vård- eller omsorgsbesök skulle öka, men också rätten att dra tillbaka tillgången till information.

Pandemin har visat att det finns ett behov av sammanhållen journalföring över organisationsgränser, men med dagens lagstiftning är det förbjudet. Skolpsykologen som upptäcker en flicka med självskadebeteende får inte ta del av flickans journal eller socialtjänstens uppgifter om hennes hemförhållanden trots att båda är kommunala. Omvänt kan inte socialtjänsten ta del av uppgifter från skolan som kan hjälpa dem att bättre förstå flickans situation. En modern ramlagstiftning för hantering av personuppgifter inom vård och omsorg skulle lösa dessa gränsdragningsproblem. Vi anser att regeringen skyndsamt bör tillsätta en utredning av en sådan ny ramlagstiftning.

En historisk digitalisering av svensk vård och omsorg

Centerpartiet vill genomföra en historisk digitalisering av svensk vård och omsorg. När all relevant information följer patienten mellan och över kommun- och regiongränser, från universitetssjukhuset till kommunens äldreboende eller från socialtjänsten till skolkhälsan finns helt nya möjligheter att göra vården och omsorgen mer individanpassad. För de hundratusentals människor som har komplexa sjukdomsbilder och ofta är äldre, multisjuka eller kroniskt sjuka skulle vården bli säkrare.

Alla de medarbetare som brinner för att hjälpa människor kan genom digitaliseringens möjligheter få bättre stöd som gör det möjligt att individanpassa vården och samtidigt garantera jämlikhet och kvalitet för alla. Med hjälp av de digitala verktygen kan vårdens medarbetare snabbt få beslutsstöd som visar vilka metoder, arbetssätt och behandlingar som fungerar bäst. Det skapas också möjlighet att spara tid och resurser om det blir möjligt att i högre grad koordinera vården automatiskt för den enskilda patienten. Digitaliseringen gör det på så vis möjligt för vården och omsorgen att ta stora steg framåt till att alltmer bli lärande och snabbfotade organisationer.

För att detta ska bli verklighet behöver tre viktiga reformer genomföras. För det första är det avgörande att Sverige etablerar principer och standarder för kommunikation tillsammans med definitioner av vad som är medicinska data och hur de ska lagras och struktureras. Sverige är inte där än, men det måste vara målet. Staten behöver också få i uppgift att ställa krav på att alla vård- och omsorgsgivares inköp av teknisk utrustning följer etablerade och så kallade ”öppna” standarder. Det ska inte vara möjligt för dem att hamna i situationen att deras medicinska utrustning, journalsystem och andra verktyg kommer från en leverantör som låser in dem i system som inte kan kommunicera med andras. På så vis skapas förutsättningarna för att kunna koppla samman medicinsk utrustning, register och journalsystem i nätverk över hela landet.

För det andra måste alla offentliga vård- och omsorgsgivare rent konkret kopplas samman i ett och samma nätverk. Det här är en utveckling som förutsätter att det finns

en aktör som har överblick över hela landet och förmågan att leda arbetet som omfattar alla kommuner och regioner. Arbetet kräver ett statligt ledarskap. Staten ska få i ansvar att utveckla och driva detta nätverk – ett digitalt ekosystem – som alla skattefinansierade vård- och omsorgsgivare ska ansluta sig till. Staten, genom Integritetsmyndigheten, bör ansvara för säkerhet, tillsyn och utveckling av nätverket. För en användare – patient som läkare – är allt detta osynligt, men resultatet är rätt information på rätt plats i rätt tid.

För det tredje kan staten, med gemensamma standarder och ett nätverk på plats, börja bygga upp e-hälsokonton för alla invånare som ger sitt medgivande till detta. Heltäckande e-hälsokonton som samlar journaler och annan relevant medicinsk information ger också varje människa en helt ny makt och inblick i sin egen vård eller omsorg. I e-hälsokontot ska det vara möjligt att föra in egen information som kan vara av värde i mötet med vården, men lika viktigt är att var och en ska ges makten att välja vilken information som ska vara tillgänglig för alla vårdgivare. Digitaliseringen av sjukvården är avgörande för att öka effektiviteten och förbättra kvaliteten, men lika viktigt är att förstärka den personliga integriteten, tillgängligheten och människors makt över den information som delas om dem.

Jämlika förutsättningar för mobil vård och omsorg i hela landet

Förutsättningarna för vårdpersonal att läsa journaler, få tillgång till kunskapsstöd eller ta kontakt med en specialist kan numera vara lika bra hemma hos patienten som på vårdcentralen. Helt nya möjligheter till mobil vård och omsorg öppnas upp inte minst i glesare delar av Sverige. Men det här är bara möjligt om det finns tillgång till snabbt bredband. Sverige har ambitiösa mål för bredbandstäckning. För Centerpartiet är det en hjärtefråga, och vi har sett till att staten år efter år har skjutit till miljarder för att gräva ned fiber som når fler. Men att nå alla hem, i alla delar av landet, kommer att kräva en stor utbyggnad av snabbt mobilt bredband. Det är en förutsättning för att alla invånare ska kunna få tillgång till e-hälsotjänster. En bättre mobil vård och omsorg måste också kunna använda tillförlitliga digitala beslutsstöd som snabbt och utan avbrott kan koppla upp sig mot journalsystem, register och kollegor många mil bort.

Centerpartiet vill att det ska införas ett krav på operatörerna att bygga ut nätverket till att nå minst 90 procent av landets yta och 99 procent av befolkningen för att de ska få en licens att driva bredbandsnätverk och mobila bredbandsnätverk. Detta mål för täckning har branschen själv antagit. Men för att de ska få behålla sin licens ska tillstånden vara kopplade till tydliga etappmål för utbyggnaden. Detta är särskilt viktigt för äldreomsorgen. Många äldre vill bo kvar hemma, och hemsjukvården och äldreomsorgen behöver kunna använda tillförlitliga beslutsstöd.

Systematisering av arbetet med digitala stöd

I dag saknas en aktör med ett tydligt nationellt ansvar för utvärdering och förvaltning av digitala stöd inom hälso- och sjukvården. Både personal och patienter nyttjar i ökande grad appar med personlig information. Digitala råd och behandlingar marknadsförs inte sällan utan granskning av obunden medicinsk expertis. Evidensbaserad behandling förutsätter att vårdens tekniska hjälpmedel är kunskapsbaserade och användaranpassade med egen medicinsk och teknisk ledning. Appar och digitala stöd som hanterar

patientinformation och ger råd bör certifieras medicinskt och tekniskt. Det behövs även en struktur som säkerställer att professionerna och patienterna i hela landet får jämlik digital tillgång till bästa evidens i vårdmötet. Detta finns i till exempel Skottland och Finland.

Många digitala stöd har visat effekter för till exempel lättare psykisk ohälsa eller livsstilsförändringar som rökavvänjning och viktnedgång. Patientsäkerheten måste säkerställas för alla, liksom en korrekt beskrivning av effekten. Kostnadseffektivitet är främst motiverat när samhället subventionerar.

En möjlighet är att inrätta ett vetenskapligt nationellt råd med ansvar för att värdera om digitala stöd och appar har medicinska effekter och om dessa motiverar finansiering med skattemedel. Dock krävs såväl fristående som offentliga aktörer för att sätta en kravbild och se till att den implementeras på ett patientvänligt sätt. Det är också viktigt att se till övriga nordiska länder och EU-länder för att undvika onödiga gränshinder och ta del av erfarenheter och tekniska lösningar. Centerpartiet vill mot bakgrund av detta att regeringen ser över om ett vetenskapligt nationellt råd bör inrättas och vilka aktörer som bör involveras.

Förbättrade förutsättningar för datadriven utveckling

Granskning och tillsyn är en förutsättning för en bra välfärd. Som samhälle och som medborgare ska vi kunna lita på att skattepengar ger mesta möjliga vård och omsorg och att kvalitetsbrister och exempel på vanvård framkommer och åtgärdas. Tyvärr finns det brister i hur granskningen och tillsynen sker i dag. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och andra myndigheter med granskningsuppdrag har små möjligheter att gå på djupet i alla organisationer. Ofta sker tillsynen på en övergripande nivå där det säkerställs att riktlinjer och styrdokument finns på plats, men det finns vare sig verktyg eller tid för att hitta problem i arbetssätt och metoder, samarbetsformer, ledarskap och annat som är det som gör störst skillnad för vård- och omsorgskvaliteten. Många vård- och omsorgsgivare lägger därför mycket tid och pengar på att överdokumentera för att klara granskningar, väl medvetna om att det är detta granskningarna riktar in sig på. Så kallat granskningsundvikande förekommer också där välfärdsverksamheter försöker undvika granskning eller dölja sina problem.

Därför behöver möjligheterna till effektiv granskning utvecklas. IVO och andra granskande myndigheter ska kunna vitesbelägga eller stänga ned verksamheter som har allvarliga brister, och de ska få verktyg för att göra heltäckande och djuplodande granskningar av välfärdens olika utförare. Genom framväxten av en mer digitaliserad hälso- och sjukvård skapas möjligheten att närmast i realtid följa kvalitetsutvecklingen. Inhämtning av uppgifter kan till stor del automatiseras, och genom program och algoritmer kan de med liten eller ingen mänsklig inblandning systematiseras och analyseras. Detta ger helt nya möjligheter att hitta och granska de vårdgivare som är systematiskt sämre än andra. Det ger också förutsättningar att skapa kunskapsunderlag för utveckling och förbättringar. På så vis skapas ett starkt och ständigt tryck uppåt i fråga om kvalitet.

Ett konkret och aktuellt exempel på hur befintliga data skulle kunna användas för att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten är möjligheten att ta del av och analysera realtidsdata om förskrivning av läkemedel, i syfte att upptäcka och förhindra överförskrivning. Regeringen bör se över förutsättningarna för att IVO eller en annan lämplig myndighet kan få ett sådant uppdrag.

I Riksrevisionens granskningsrapport från slutet av 2019 står att IVO ännu inte helt har levt upp till förväntningarna på en effektiv och strategisk tillsyn och att det delvis beror på att regeringen inte gett myndigheten stabila och långsiktiga förutsättningar. IVO har nyligen inrättat en särskild analysavdelning i syfte att förbättra och utveckla tillsynsarbetet i en sådan riktning och det är viktigt regeringen ser över hur både IVO och andra myndigheter med tillsynsuppdrag kan få långsiktiga förutsättningar och verktyg för att kunna fungera som en resurs för kommuner och regioner att avropa hjälp från och för att kunna agera mer utifrån lokala och regionala behov.

Mer långsiktig styrning och utveckling

Idag sker en stor del av statens styrning och utveckling av vården genom att det tecknas överenskommelser med SKR om gemensamma satsningar. Men de flesta överenskommelserna sträcker sig bara över ett år. Styrningen av välfärden får en projektkaraktär och arbetet hinner knappt påbörjas innan pengarna försvinner och strukturer och arbetssätt måste avvecklas. Denna kortsiktighet är särskilt onödig eftersom nästan alla utmaningar för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är i sig långsiktiga. Centerpartiet anser därför att regeringen bör se över hur en långsiktig omställning kan möjliggöras genom att man arbetar med överenskommelser som sträcker sig över minst fyra år.

Staten bör också tillsammans med SKR etablera ett nationellt och långsiktigt program för systematisk spridning av goda vårdmodeller, arbetssätt och metoder över landet. Ingen kommun, region eller annan vårdgivare ska vara okunnig om andra vårdgivares sätt att möta liknande problem i sina verksamheter.

Mer tillitsbaserad styrning

För att få en styrning av sjukvården som fungerar bättre i praktiken måste medarbetarna och verksamheterna involveras mer på ett tidigt stadium när styr- och ersättningssystem tas fram genom förankring och dialog. Likaså behöver både patienter och brukare få möjlighet att medverka. En så kallad tillitsbaserad styrning av vårdens verksamheter ger frihetsgrader för medarbetare att utöva sin yrken, byggd på en grundläggande tillit till att de är kompetenta, kan sin verksamhet och vill förbättra den. Det är en styrning som ger organisationer utrymme för flexibilitet och nya initiativ och skapar arbetsmiljöer som människor vill arbeta i. Det är också en styrning som skapar utrymme för invånare att i mycket högre grad påverka beslut kring den vård eller omsorg de får. De sju principer som har förts fram av Tillitsdelegationen anser Centerpartiet ska vara vägledande för utformningen av styrningen i framtiden. Det handlar om att utgå från att den anställde vill väl och vill sköta sitt jobb, fokusera på verksamhetens kärnuppdrag, dela information och tillåta oliktankande, utforma administrationen för att underlätta kärnuppdrag, flytta beslut nedåt i hierarkin, riva stuprör och samarbeta över organisationsgränser och slutligen underlätta kunskapsinhämtning och kunskapsöverföring. Regeringen bör i samråd med SKR och professionerna se över hur principerna om tillitsbaserad styrning i större utsträckning kan tillämpas på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

Stärkt delaktighet för patienter och brukarorganisationer

Stegvis har Centerpartiet tillsammans med övriga allianspartier bidragit till att öka patienters rätt till medbestämmande och valfrihet, bland annat genom en ny patientlag år 2014. Men mer behöver göras. Patienten har kunskap som vården ofta inte har: om sin egen livssituation, sin livsstil och sitt mående som kan och ofta påverkar ett sjukdomsförlopp, rehabilitering eller medicinering. Många människor lever med sin sjukdom varje dag men möter vården kanske en timme per år. Resten av tiden är de sina egna vårdgivare. Det skapar kunskap som vården behöver ta tillvara. Att bättre ta tillvara patienters kunskaper skulle förbättra vården för den enskilda patienten i första hand men också för andra med liknande situationer eller sjukdomar.

Kombineras detta perspektiv – patienten som partner och medskapare – med digitala verktyg finns enorma möjligheter. Här finns inte minst enorma möjligheter genom att använda digitala verktyg för att följa en patients resa genom vården, samla in medicinsk information och använda den för att förbättra vården för andra med samma diagnoser. Dessutom behöver vården ta sikte på att ge stöd för all den tid man som patient själv sköter sin vård.

Det sker många bra steg i denna riktning i Sverige idag med delaktighet och medverkan på olika nivåer, men det behöver ytterligare förstärkas, systematiseras och understödjas från statligt håll. Centerpartiet anser därför att kraven på regioner och kommuner måste öka i fråga om att man i utvecklingsprocesser låter brukare och patienter medverka som en viktig part. Centerpartiet vill därför se en kartläggning av hur patientbaserad information används i patientstöd och kvalitetsutveckling samt ge en lämplig myndighet i uppdrag att tillsammans med SKR ta fram riktlinjer för involvering av brukare, patienter och deras sammanslutningar. Även användandet av så kallade brukarrevisioner behöver utökas för att bättre tillvarata erfarenheter från brukare.

Stärkta förutsättningar för kliniska studier

En klinisk studie är en vetenskaplig studie som genomförs på människa för att studera biomedicinska eller hälsorelaterade frågeställningar (vr.se). Sådana kräver tillstånd av Etikprövningsnämnden. Kliniska prövningar är ett slags kliniska studier som involverar läkemedel eller medicintekniska produkter och som förutom tillstånd från Etikprövningsnämnden dessutom kräver tillstånd av Läkemedelsverket. Det är viktigt att kliniska studier och prövningar är en integrerad del av hälso- och sjukvården i hela landet. Staten bör därför ta ett tydligare ansvar för att stimulera regioner och vårdgivare att ge tid och utrymme för forskning inom hälso- och sjukvården och se över hur och vilka statliga insatser som kan bidra till att öka antalet patienter i kliniska studier och öka antalet kliniska prövningar av särskilda läkemedel.

Stärkt kunskaps- och metodutveckling om psykisk ohälsa i slutenvården

Patienter som lider av psykisk ohälsa vårdas frekvent i den somatiska slutenvården. Det är viktigt att personal inom somatisk slutenvård har kunskap och metoder för att upptäcka och följa upp patienter som också kan behöva psykiatrisk vård. En IVO-rapport från 2017 beskriver ”viss brist på kompetens” inom både den psykiatriska och den somatiska vården, om hur man bäst bemöter och behandlar denna patientgrupp.

Orsakerna till dessa brister kan vara flera; det kan handla om kulturer och värderingar inom hälso- och sjukvården, om ett stuprörstänk, om att befintliga strukturer för samverkan inte följs eller om ersättnings- och resursfrågor och sekretesshinder. En ytterligare orsak kan vara att det brister i ledning och styrning och i förmågan att planera, kontrollera och följa upp arbetet med patientgruppen.

Personer med somatisk och psykiatrisk samsjuklighet är en heterogen grupp. De flesta har dock ett starkt behov av att samordningen fungerar både mellan vårdens aktörer och mellan vården och omsorgen. IVO genomförde 2020 en tillsyn som fokuserade på samordning. Myndigheten konstaterade att tillämpningen av de överenskommer som finns mellan olika verksamhetsområden brister. Tillsynen visade också att vårdgivarna inte säkerställer att verksamheternas personal har den kunskap som behövs för att upprätthålla kraven på en god vård. Den bristande kännedomen om varandras arbetssätt och få snabba vägar till kontakt verksamheter emellan riskerar enligt IVO att påverka vården och behandlingen negativt.

Mot bakgrund av detta anser Centerpartiet att regeringen i samråd med relevanta myndigheter, SKR och professionerna bör se över behov och möjliga insatser för stärkt kunskaps- och metodutveckling om psykisk ohälsa och psykisk sjukdom inom den somatiska slutenvården.

En permanent struktur för kunskapsutbyte mellan kvinnojourer, socialtjänst och vårdgivare

De som i sin yrkesroll ofta kommer i kontakt med offer för våld i nära relation och sexualbrott ska också besitta relevanta kunskaper om den här specifika typen av brott. Detta är inte minst viktigt inom hälso- och sjukvården. För att den utsatta ska få ett professionellt omhändertagande måste alla ta sitt ansvar och utföra sitt uppdrag, men de olika aktörerna måste också samverka. Det kräver kunskap, inte bara om vad den egna uppgiften är utan också om vad de andra har för uppdrag och hur deras ansvar ser ut. För att samverkan, erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling ska fungera krävs också utarbetade kontaktnät som hela tiden måste underhållas. Centerpartiet anser därför att regeringen bör se över vilken eller vilka myndigheter som är bäst lämpade att utveckla en permanent struktur för erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan kvinnojourer, socialtjänst och vårdgivare.

Ett permanent centrum för samisk hälsa

Utredningen om en stärkt minoritetspolitik 2017 visar att vårdens och äldreomsorgens anställda saknar rätt stöd för att kunna ge bra vård och bemötande till samer och andra minoritetsgrupper i Sverige. I jämförelse med Norge och delvis också Finland ligger Sverige decennier efter i utvecklingen av jämlik vård för samer och andra nationella minoriteter.

Inför att en förstärkt lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk skulle träda i kraft i Sverige den 1 januari 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga det eventuella behovet av kunskapsstöd inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Av kartläggningen framgår att minoritetslagen och de nationella minoritetsfrågorna är lågt prioriterade bland såväl ledning som personal i kommuner och regioner, att det förekommer fördomar och att det saknas förståelse för varför de nationella minoriteterna har

särskilda rättigheter. Minoritetslagens bestämmelser tolkas på skilda sätt av olika kommuner och regioner samt av olika företrädare för de nationella minoriteterna. Det råder brist på personal med minoritetsspråks- och minoritetskulturskompetens inom samtliga verksamhetsområden. Efterfrågan på stöd och tjänster på minoritetsspråk är i vissa områden begränsad eller skiftande över tid, vilket försvårar kommuners och regioners möjlighet att erbjuda ett stabilt utbud av social- och sjukvårdstjänster på minoritetsspråk.

Kunskapsnätverket för samisk hälsa är ett samarbete mellan regionerna Norrbotten, Västerbotten, Jämtland Härjedalen och Dalarna samt Sametinget och ett antal samiska organisationer och institutioner. Samtliga regioner som ingår i samarbetet har antagit dokumentet Strategi för samisk hälsa – en hälso- och sjukvård som bidrar till en god hälsa och en vård på lika villkor för samer 2020–30. Kunskapsnätverket finansieras av regionerna.

Det bor samer i hela Sverige, och med den förstärkta minoritets- och minoritetsspråkslagen har de 25 förvaltningskommunerna för samiskt språk ett förstärkt ansvar för att erbjuda samer kommunal hälso- och sjukvård på samiska och med avstamp i samisk kulturkunskap.

Mot bakgrund av detta anser Centerpartiet att Sverige behöver ett permanent centrum för samisk hälsa, med ett nationellt ansvar och en särskild stödfunktion för förvaltningskommunerna. Regeringen bör i samråd med Kunskapsnätverket för samisk hälsa och Sametinget utreda hur ett sådant centrum kan organiseras.

Ett nationellt kompetenscentrum för ME

Diagnoskriterierna för ME är tydliga men eftersom bristen på kunskap om sjukdomen är stor inom hälso- och sjukvården resulterar det ofta i att patientgruppen söker återkommande vård för sina besvär och hamnar i långdragna processer i vårdkedjan. Det är ytterst viktigt att de behandlingar och åtgärder som sätts in är baserade på evidens och forskning inom området. Sjukdomen är komplex och leder ofta till långvariga sjukskrivningar. Många av dem som insjuknar vittnar även om svårigheter med att få rätt till ersättning från Försäkringskassan eftersom det inte finns en tydlig diagnosbild som stämmer överens med klassificeringssystemet hos Försäkringskassan. Mot bakgrund av detta menar Centerpartiet att regeringen bör se över hur ett nationellt kompetenscentrum för ME kan inrättas.

En jämställd sjukvård i hela landet

Den svenska sjukvården är i världsklass men dras med brister i jämställdhet. Det finns stora könsskillnader kring både bemötande och vård. Kvinnor får bland annat vänta längre på akutsjukvård än män, trots liknande symtom, de får kortare sjukskrivningar, trots liknande åkommor, och inte lika ofta pacemaker, trots samma medicinska behov. Bristande kunskap om kvinnors anatomi och fysiologi och om hur kroppen påverkas av sjukdom och av olika behandlingar leder alltför ofta till onödiga vårdskador. Felbehandlingar, långa väntetider och under- och feldiagnostiseringar innebär att många kvinnor inte kan leva det liv de vill leva eller bidra i arbetslivet och samhället fullt ut.

Ett nationellt forskningsprogram om sjukdomar hos kvinnor

Fortfarande sker större delen av den medicinska forskningen på män. Orsakerna är flera. Bland annat handlar det om att forskning på sjukdomar som främst drabbar kvinnor har låg status och att forskningen lider av brist på medel. Men det handlar också om att många sjukdomar som drabbar kvinnor inte har varit registrerade som en officiell diagnos. Exempelvis var bara de svåraste bristningsskadorna vid förlossning registrerade som diagnos fram till alldeles nyligen. Levatorskador, skador på den muskel som håller upp hela bäckenbotten och som uppskattningsvis drabbar var tionde kvinna, har fram till 2020 inte existerat som medicinsk diagnos hos Socialstyrelsen. Sedan 2019 bedrivs på Karolinska universitetssjukhuset studier på det kvinnliga underlivets normala anatomi. Det faktum att studien inte bara är först i Sverige – utan i världen – är ett tydligt exempel på hur eftersatt forskningen fortfarande är på sjukdomar som främst drabbar kvinnor. Vad förlossningsskador likt levatorskador och andra tillstånd som endometrios, vestibulit och PMDS har gemensamt är att de är exempel på sjukdomstillstånd som drabbar kvinnor och där mörkertalet för hur många som drabbas är stort. Det eftersatta kunskapsläget där de bakomliggande orsakerna fortfarande, i många fall, är okända hindrar utvecklingen av effektiva metoder. Okunskapen innebär att många lider i det fördolda när de inte ges den vård som de har rätt till.

Mot denna bakgrund anser Centerpartiet att det behövs kraftfulla insatser för att stärka kunskapsläget om sjukdomar hos kvinnor och på så sätt stärka förutsättningarna för jämställd vård och omsorg. Vi föreslår därför att regeringen ser över möjligheten att inrätta ett nationellt forskningsprogram på tio år i syfte att förbättra kunskapsläget i fråga om sjukdomar hos kvinnor och stärka förutsättningarna för jämställd vård och omsorg. Programmet bör även bidra till mer forskning i syfte att förbättra förlossningsvården.

Ett genusmedicinskt uppdrag för samtliga nationella programområden

Forskning och mer kunskap är helt nödvändigt på längre sikt, men vi behöver också genomföra åtgärder som påverkar den vård som kvinnor får idag. I den nationella styrningen av vården är kunskapsstyrning, som drivs av SKR i partnerskap med myndigheter, ett viktigt verktyg. Målet är att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hela hälso- och sjukvårdssektorn, från minsta vårdcentral till största universitetssjukhus. Inom kunskapsstyrningen finns 26 så kallade nationella programområden (NPO), varav ett handlar om kvinnosjukdomar och förlossning (gynekologi och obstetrik). Det är bra och nödvändigt att programmet finns, men kvinnors hälsa är ett mycket bredare och komplext område än bara hälso- och sjukvård för reproduktion. Centerpartiet vill därför att regeringen ser över möjligheten att införa ett genusmedicinskt uppdrag i grunduppdraget i alla nationella programområden.

Permanent monitoreringsuppdrag om jämställd hälsa

Ett av Sveriges sex jämställdhetspolitiska mål är en jämställd hälsa. Trots detta visar utvärderingar att insatserna för kvinnors hälsa inte täcker hela problembilden. Det saknas också tydliga behovsbedömningar och prioriteringar, både inom satsningarna och jämfört med andra områden eller grupper. Det finns en bild av bristande

samordning och onödigt dubbelarbete. Redan 2014 rekommenderade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att det skulle utvecklas en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård samt utvärdera effekter av metoder som prövas för ökad jämlikhet. Myndigheten har tidigare haft i uppdrag att följa upp satsningar på kvinnors hälsa, men vissa tillfälliga insatser är inte tillräckligt. För att se till att myndigheten kan bygga upp kompetens och kunskap som kan göra verklig skillnad anser Centerpartiet att den bör få ett permanent monitorerings- och analysuppdrag som rapporteras årligen.

Möjlighet till hälsosamtal i mödravården

Svårigheter att få hjälp med olika kvinnosjukdomar och tillstånd gäller för kvinnor i alla åldrar. Många kvinnor lider av problem kopplade till klimakteriet men kan också ha svåra besvär från exempelvis tidigare förlossningar. Genom cellprovtagningarna nås nästan alla kvinnor mellan 23 och 64 år regelbundet av mödravården. Centerpartiet föreslår att regeringen ser över möjligheten att komplettera cellprovtagningen med ett frivilligt hälsosamtal hos en barnmorska.

”Oskuldskontroller” och ”hymenrekonstruktioner”

Så kallade oskuldskontroller är en del av det hedersvåld och förtryck som drabbar unga i Sverige och många andra länder. Oskuldskontroller och intyg om dessa, så kallade oskuldsintyg, är inte tillåtna enligt svensk grundlag och inte förenliga med hälso- och sjukvårdslagen eller patientsäkerhetslagen. All hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Att genomföra en oskuldskontroll bryter mot dessa principer och ska inte förekomma i svensk hälso- och sjukvård. Om en sådan undersökning genomförs inom den offentligt finansierade vården är det även ett allvarligt missbruk av offentliga medel. Om den undersökta inte är myndig eller inte själv önskar att genomföra undersökningen är det partistyrelets bedömning att detta bör gå att pröva också mot brottsbalken, exempelvis som våldtäkt eller sexuellt ofredande.

Trots att oskuldskontroller redan är förbjudna drabbar detta unga människor i Sverige. Centerpartiet anser att det behövs en översyn och förstärkning av lagstiftningen i syfte att effektivt stoppa oskuldskontroller och straffa ansvariga.

Det behövs även åtgärder mot det som kallas ”hymenrekonstruktioner”. Detta är operationer som bygger på myten om att hymen är en hinna som spräcks vid samlag och att det skulle vara något som kan rekonstrueras, vilket helt enkelt inte stämmer. Dessa operationer är kvacksalveri och hör inte hemma i sjukvården. Förutom att brottsrubricering och andra aktuella åtgärder mot hymenrekonstruktioner bör ingå i den översyn av lagstiftningen som Centerpartiet föreslår måste också de verktyg som redan står till buds börja användas. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) behöver skyndsamt kunna granska verksamheter när det kommer fram en misstanke om oskuldskontroller eller hymenrekonstruktioner. Legitimationen ska kunna dras in för läkare eller sjuksköterskor som inte lever upp till patientsäkerhetslagens krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtidigt behövs en fortsatt stärkt kompetens i fråga om hedersförtryck inom sjukvården och elev- och studenthälsan så att fler kan få det stöd de behöver. Regeringen bör se över hur Inspektionen för vård och omsorg (IVO), sjukvården och elevhälsan på lämpligast sätt kan få ett tydligt uppdrag om att förebygga så kallade hymenrekonstruktioner.

Snabbare tillgång till vård för förlossningsskador

Idag får 80 procent av alla kvinnor en muskelbristning i bäckenbotten i samband med förlossning. Trots det är det många kvinnor som aldrig får hjälp; istället får många höra att det är ”normalt” att ha smärta i magen, framfall eller urinläckage och att det inte är någon fara. Det beror både på okunskap men också på att det inte upptäcks. Regeringen bör se över hur tillgängligheten till vård kring förlossning och eftervård kan förbättras samt hur kvinnor i hela landet snabbare kan få tillgång till vård och behandling av förlossningsskador.

Fysioterapikompetens i eftervården

Över tid har kontakten med vården efter förlossningen minskat. Eftervården består idag främst av ett kontrollbesök hos en barnmorska åtta veckor efter förlossningen. Besöket är en viktig del för att exempelvis upptäcka förlossningsskador. Det finns behov av att stärka upp eftervården för att i ett tidigt skede ge kvinnor i behov det stöd och den vård de har rätt till. Det kan göras genom att man låter efterkontrollen hos en barnmorska kompletteras med ett besök hos en fysioterapeut med inriktning på kvinnors hälsa. Deras fokus på funktion gör att exempelvis en bäckenbottenundersökning kan bli mer ingående och bli ett bra komplement till barnmorskornas arbete. På samma vis som det kopplas in en fysioterapeut vid en muskelskada eller operation borde det vara en självklarhet att ha tillgång till fysioterapeutisk kompetens efter förlossningen. Det ökar inte bara möjligheten till ett fungerande liv utan smärta för kvinnor, dessutom är det också samhällsekonomiskt effektivt då återkommande sjukhusbesök och sjukskrivningar kan förhindras. Regeringen bör därför ge en lämplig myndighet i uppdrag att utreda ett krav på fysioterapeutisk kompetens om kvinnors hälsa vid eftervård efter förlossningen.

Rusta vårdkedjan för att hitta och hjälpa patienter med endometriosis

Endometriosis är ett exempel på en sjukdom eller ett tillstånd som många har svårt att få hjälp med. Ungefär 250 000 personer i Sverige har endometriosis, varav ungefär hälften har besvär som i någon mån påverkar deras liv. Endometriosis är när vävnad som liknar livmoderslemhinna växer utanför livmoderhålan. Det kan ge upphov till omfattande smärta och besvär i många situationer eller längre perioder. Ett antal lindrande behandlingar finns. Socialstyrelsen publicerade 2018 nationella riktlinjer för vård vid endometriosis. Socialstyrelsen rekommenderar bland annat att regionerna ska ha grundbemannade multiprofessionella endometriosteams. Dock visar både Socialstyrelsens egna analyser (2019) och Myndigheten för vårdanalys uppföljning av de senaste årens satsningar på kvinnors hälsa genom överenskommelser mellan regeringen och SKR (2020) att mycket kvarstår för att alla som behöver det ska få rätt vård i rätt tid. Satsningarna har inte haft tillräckligt tydliga och mätbara mål. De har även präglats av punktinsatser i stället för genomgående prioriteringar i hela vårdkedjan och alla regioner. Centerpartiet anser att hela vårdkedjan behöver rustas för att hitta och hjälpa patienter med endometriosis i rätt tid och med adekvata insatser.

Tydliga och jämlika riktlinjer för hemförlossning

I Region Stockholm har friska omfödorskor nu möjligheten att föda hemma, om de själva väljer det. Detta innebär att fler kan föda barn där de själva känner sig tryggast, oavsett om det är på ett högteknologiskt sjukhus eller i sitt eget hem. Den som väljer att föda hemma får hjälp av två barnmorskor, vilket säkerställer att förlossningen blir säker både för den födande och för barnet. För att säkerställa en jämlik förlossningsvård i hela landet bör regeringen i samråd med lämplig myndighet se över hur riktlinjer för hemförlossning kan ingå i de nationella riktlinjerna för förlossningsvården.

Tillgängliga apotek i hela landet

Den allt mer skriande bristen på farmaceuter och en större e-handel med apoteksvaror påverkar tillgången till apotek i landet. En lösning på problemet är förstås en fortsatt utveckling av e-handeln. Denna lösning passar dock inte alla.

Öppna för farmaceuter på distans

Centerpartiet anser därför att möjligheten att driva lokala apotek med farmaceuter på distans behöver ses över. Idag går det att ringa en läkare på distans och få såväl en diagnos som behandling ordinerad digitalt, men det går inte att expediera ett läkemedel med en farmaceut på distans. Dagens lagstiftning kräver att den som ska bedriva detaljhandel med läkemedel till en konsument har lokalen bemannad med en eller flera farmaceuter. Även Läkemedelsverkets föreskrifter utgör ett hinder för att fullt ut nyttja digitaliseringens möjligheter. Dessa föreskrifter kräver att en farmaceut ska bekräfta en slutkontroll av det förskrivna läkemedlet genom ett signum på förpackningen. Detta innebär att alla signum måste sättas direkt på förpackningen trots att de flesta recept är elektroniska. Föreskrifterna innebär onödiga hinder för digitaliseringen och innovationen på apoteksmarknaden, vilket i sin tur riskerar att försämra tillgängligheten till lokala apotek i lands- och glesbygd. Det borde på samma sätt som det går att möta en läkare på distans vara möjligt att lämna ut läkemedel över disk med en digital slutkontroll.

Centerpartiet anser därför att regeringen bör initiera de författningsändringar som behövs för att öppna för farmaceuter på distans.

Se över glesbygdstödet

Det särskilda stödet för apotek i glesbygd tillkom 2013 och de första utbetalningarna gjordes 2014. Sedan dess har mellan 29 och 35 apotek årligen fått stöd. På grund av att fler dyra läkemedel har lanserats har antalet apotek i glesbygden som har försäljningsintäkter över 10 miljoner ökat sedan 2013, vilket har försvårat för dem att få stöd. Reglerna justerades 2019 men mot bakgrund av de extremt snabba ändringarna på apoteksmarknaden till följd av covid-19 och så kallade nätapotek behövs en övergripande genomgång av glesbygdstödet och en utredning av hur apotekens och farmaceuternas roll i hälso- och sjukvårdskedjan kan stärkas. Detta i syfte att säkerställa en jämlik tillgång till apotek och läkemedel i synnerhet, men även vård i allmänhet, i hela landet.

Möjlighet att använda rekvisitionsläkemedel vid vård i hemmet

Den medicinska forskningen och den senaste tekniken har gjort att vård som tidigare krävde sjukhusvård nu kan ske i patientens hem. Med nuvarande regelverk är det dock flera vårdområden som ligger i gråzonen för hurvida de är tillåtna eller inte. Ett exempel på detta är frågan om när rekvisitionsläkemedel ska få användas. Rekvisitionsläkemedel är de läkemedel som upphandlas och finansieras av sjukvården för att användas inom hälso- och sjukvården. För vårdgivaren består problemet i tolkningen av att sjukhusapotekens läkemedelsförsörjning ska ske ”till eller inom sjukhus”. Detta har tolkats som att det bara får ske till eller inom en sjukhusbyggnad. Den fysiska platsen är alltså avgörande och inte vilken typ av vård som ges eller patientens behov. Centerpartiet menar att det måste vara tvärtom: vården och patientens behov måste komma i främsta rummet. Regeringen bör därför se över hur man kan möjliggöra för regioner att använda rekvisitionsläkemedel vid vård i hemmet.

En robust medicinsk beredskap i hela landet

Hälso- och sjukvården behöver bli mer motståndskraftig under kriser som pandemier och ytterst under krig. Under pandemin har personalen inom hälso- och sjukvården gjort och gör fortfarande enorma ansträngningar. Men beredskapen har inte alltid varit tillräcklig. I framtiden ska vi inte behöva stå utan livsviktiga produkter vid stängda gränser eller globala brister.

Centerpartiet anser att Sverige måste börja bygga upp nationella reserver av kritiska varor och produkter och en logistik som gör det möjligt att förse vård och omsorg med nödvändigheter under kriser. Det är ett ansvar för staten, hälso- och sjukvården och näringslivet tillsammans.

Grunden i krisberedskapen, ansvarsprincipen – det man ansvarar för i normalfallet ansvarar man också för i en kris – behöver utvecklas för att bättre spegla behov och ansvar i hela hotskalan och tydligare visa att staten har det yttersta ansvaret för vårt lands säkerhet och för alla som bor här. Staten kan få en större roll att spela för försörjningsberedskapen, och det behöver säkerställas att förstärkningsresurserna finns tillgängliga över hela landet.

Sverige behöver också en viss egen nationell produktionsförmåga för viktiga varor. Centerpartiet vill därför att staten tecknar vad vi kallar strategiska försörjningsavtal med samhällsviktiga företag för att säkra produktion av särskilt viktiga varor i händelse av stora kriser och höjd beredskap. Det kan handla om företag som redan i dag tillverkar dessa varor eller företag som har förmågan att snabbt ställa om sin produktion.

Motståndskraft inom hälso- och sjukvården bygger även på att regionerna har personalplanering, katastrofmedicinsk beredskap och en utbildad och utövad krisorganisation. Men det måste bli tydligare hur ansvarsfördelningen ska se ut och vilka förväntningar som finns på alla aktörer. I det fall kraven på regionernas egen lagerhållning ökar ska också staten betala för det, som ytterst ansvarig för medborgarnas säkerhet.

En utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap pågår och ska slutredovisas den 28 februari 2022. Redan den 31 mars 2021 redovisades de aspekter av uppdraget som berör försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det omfattar hälso- och sjukvårdens försörjning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i vardagen, vid allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap och krig. En rad remissinstanser är

kritiska till delar av förslagen och det är osäkert om vissa förslag är förenliga med EU-rätten.

Mot bakgrund av den pågående utredningsprocessen väljer Centerpartiet att inte lägga detaljerade förslag till beslut om vårdens krisberedskap i denna motion. Det är dock viktigt att regeringen löpande ser över behovet av eventuella tilläggsdirektiv till utredningen och att utredningens förslag och de inkomna remissvaren bereds skyndsamt. Riksdagen bör dock besluta om principen om en läkemedelsförsörjning som är decentraliserad och tillgänglig över hela landet där staten, hälso- och sjukvården och näringslivet tar ett gemensamt ansvar och tillkännage detta för regeringen.

En ekonomiskt hållbar välfärd i hela landet

Utgångspunkten för Centerpartiets välfärdspolitik är den liberala idén att rätten till vård och omsorg kommer ur medborgarskapet och därför ska ges solidariskt och efter behov, och inte efter bostadsort, kön, hudfärg eller inkomst. Vi anser att den nordiska välfärdsmodellen, med en solidarisk och till största delen skattefinansierad välfärd som omfattar alla medborgare, tjänar Sverige väl och fortfarande ska vara utgångspunkt för sjukvårdssystemet, äldreomsorgen och socialtjänsten. Samtidigt konstaterar Centerpartiet att det behövs reformer inom ramen för dagens finansieringssystem för att klara av den framtida finansieringen, bygga ut välfärden på ett hållbart sätt och säkerställa att ambitionshöjningar kommer alla medborgare till del oavsett deras ekonomiska förutsättningar.

Det finns stora fördelar med de försäkringsbaserade välfärdssystem som finns i till exempel Nederländerna och Schweiz. Dock skulle en övergång mot ett i sin helhet försäkringsfinansierat sjukvårdssystem i Sverige, även om den genomfördes stegvis, kräva mycket stora administrativa resurser genom flera decennier. Detta är resurser som behövs i vårdens verksamheter på lokal och regional nivå. Vårdens medarbetare ute i verksamheterna är den största kraften och resursen för att förbättra och utveckla välfärden. De behöver större frihet att få göra det, och en politik som ger dem rätt verktyg och stöd, inte minst för att fullt ut kunna utnyttja teknikens möjligheter.

Detta är en debatt som behöver tas vidare under kommande mandatperiod. Centerpartiet anser därför att det bör tillsättas en statlig utredning om reformerad finansiering av välfärden.

Sofia Nilsson (C)

Anders W Jonsson (C)

Aphram Melki (C)

Martina Johansson (C)

Catarina Deremar (C)

Anne-Li Sjölund (C)

Peter Helander (C)