

Motion till riksdagen 2005/06:So40

**av Cristina Husmark Pehrsson m.fl. (m)
med anledning av prop. 2005/06:115**

Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om brister i vården och omsorgen för äldre.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av ökad sysselsättning för att säkerställa en god vård och omsorg.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om sjukvård för äldre.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om demensvård och psykiatri.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om läkemedel.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om habilitering och rehabilitering.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av vårdsamordning.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införandet av en patienträttighetslag.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att öka antalet allmänläkare i primärvården och tillföra annan kompetens än allmänläkarens.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att äldre multisjuka skall erbjudas en fast vårdkontakt.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om patientens rättigheter.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en person som flyttar från en kommun till en annan skall kunna bära med sig resurserna under en tid.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införandet av en omsorgsgaranti.

Fel! Okänt namn på

14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om fritt val inom äldreomsorgen.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om regeringens styrdokument.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om trygghet i boendet.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om avdrag för hushållsnära tjänster.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om förebyggande åtgärder.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att skriva in rätten till vård i tid i hälso- och sjukvårdslagen.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att patienten skall kunna kompenseras om operation eller behandling ställs in.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om en oberoende granskningsenhet för utvärdering.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om finansieringsprincipen.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om skadestånd.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om lagstiftning och tillsyn.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor och specialistläkare i allmänmedicin.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att göra det attraktivt för personal inom vård och omsorg att vidareutbilda sig.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att införa en startlag.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om personalens villkor.

Inledning

Det är glädjande att allt fler lever allt längre. Den höga levnadsstandarden och det goda hälsotillståndet beror i stor utsträckning på att Sverige fram till 70-talet var en av de mest fria ekonomierna i världen och lyckades stå utanför två världskrig. Det räcker med att studera våra grannländer i öst för att se vilka konsekvenser ett ofriare system hade kunnat få, framför allt när det gäller hälsoläget och den ekonomiska situationen för äldre.

Den nu föreliggande handlingsplanen pekar ut mål och färdriktning, men är innehållslös när det gäller konkreta löften om ökade resurser och verk samma åtgärder för att nå regeringens mål. Risken är överhängande för att vi

står inför ytterligare tio år utan konkreta framsteg på området. Den första handlingsplanen lades fram efter många år av hård kritik mot äldreomsorgen. Handlingsplanerna har inte tystat kritikerna eller minskat behovet av att stärka patientens/vårdtagarens ställning. Satsade resurser har inte haft avsedd effekt. Handlingsplaner har kommit och gått, men problemen består.

Ett stort problem under senare år är det ökande utanförskapet på arbetsmarknaden. 1,5 miljoner människor i arbetsför ålder har inget arbete att gå till; antingen därför att de är sjukskrivna, i förtidspension, arbetslösa eller i någon form av åtgärd. Om vi till detta utanförskap lägger det faktum att antalet personer i arbetsför ålder av demografiska skäl blir färre inser vi att försörjningsbördan för dem som är kvar i arbetslivet blir allt tyngre.

Färre skall försörja fler

Om Sverige skall kunna bli världens bästa land att åldras i krävs såväl nya entreprenörer i privat sektor som fler händer i vård och omsorg. Därför står vi inför ett vägval. Ett ökat utanförskap på arbetsmarknaden är inte förenligt med en bättre vård och omsorg.

Det handlar inte om hur stor offentlig sektor skall vara i förhållande till privat sektor, utan om hur många som skall arbeta och om hur många som lämnas utanför arbetsmarknaden. Denna insikt saknar vänsterkartellen; därför saknar man också relevanta svar. Om inte fler arbetar blir det inte heller mer resurser till vård och omsorg, vilket märks tydligt om man ser tillbaka vad som har hänt under de senaste åren, en period då antalet personer som är beroende av bidrag ökat drastiskt.

Regeringen vill gärna skapa en bild av att välfärden hela tiden byggs ut. Men Kommunförbundets ekonomer har analyserat hur regeringens förment höjda statsbidrag urholkas av höjda skatter och inflation och konstaterat att det man ger med ena handen tar man tillbaka med den andra. Den senaste mandatperioden är inget undantag. Antalet anställda i äldreomsorgen har minskat med 8 000 personer. Det motsvarar 2,7 procent av det totala antalet anställda. Inför det förra valet lovade Socialdemokraterna 10 000 fler platser i särskilt boende. Det blev ca 13 500 färre.

Nu utlovas inte ens höjda statsbidrag. Regeringen lovar i propositionen (2005/06:115, s. 20) visserligen att *nivåhöja resurserna för vården och omsorgen* för äldre med tio miljarder kr på tio år, men talar inte om var pengarna skall tas. Det är med andra ord inget löfte om höjda statsbidrag. Regeringen skriver: "Ansvaret för att förverkliga detta vilar gemensamt på staten, kommunerna och landstingen."

Vården och omsorgen för äldre kostar i dag ungefär 160 miljarder kr per år. För att det inte skall ske några resursneddragningar i verksamheterna måste skattemedel tillföras för att kompensera för löneökningar och inflation. Det krävs drygt två miljarder kr varje år bara för att kompensera för löner och stigande inflation. En nivåhöjning på en miljard kr årligen är därmed i praktiken en neddragning.

Fel! Okänt namn på

Det finns all anledning att även kritisera handlingsplanens innehåll och inte bara bristen på finansiering. Ett av de största problemen inom vård och omsorg för äldre är otydliga ansvarsförhållanden. Redan innan ädelreformen genomfördes varnade Moderaterna för att gränsdragningen mellan kommuner och landsting skulle göra det svårt att utkräva medicinskt ansvar. Med anledning av den förra handlingsplanen pekade Moderaterna på att detta problem kvarstår och att åtgärder måste vidtas. Nu, 16 år senare, har fortfarande inte mycket hänt.

De politiska nämnder som presenterades som en lösning i regeringens proposition (2002/03:20) avvisades inte av Moderaterna, men vi konstaterade i socialutskottets yttrande över propositionen: ”Vi anser i stället att det viktigaste är att individ- och brukarperspektiven stärks, vilket kräver ökad finansiell samordning och ökad verksamhetssamordning, men också tydligare rättigheter för den enskilde.”

Och vi fick rätt. De gemensamma nämnderna har i ringa utsträckning bidragit till att lösa samordningsproblemen i vård och omsorg. I den nya handlingsplanen (Prop. 2005/06:115) konstaterar regeringen ånyo: ”För att komma tillrätta med problemen behövs ökat samarbete och samverkan mellan kommuner och landsting.”

Problemen kommer med all sannolikhet att kvarstå tills åtgärder som stärker individ- och brukarperspektiven verkligen vidtas. Exempel på sådana åtgärder är Moderaternas förslag till patienträttighetslag, finansiell samordning, vårdvisare och omsorgsgaranti. Men så länge regeringen är ovillig att överge verksamhetsperspektivet till förmån för patientperspektivet kan vi inte förvänta oss några förbättringar.

Sjukvård för äldre

Regeringen konstaterar att det finns allvarliga brister när det gäller äldres sjukvård. Bristerna rör bland annat tillgången till rehabilitering och hjälpmedel, vårdbehovet för de svårast sjuka, omsorgen om demenssjuka, läkemedelverkan i hemsjukvården, förskrivning av läkemedel, samt samverkan mellan kommuner och landsting. Efter 12 år med socialdemokratisk regering återstår många viktiga problem att lösa. Det finns därför all anledning att fråga sig varför problemen inte är åtgärdade.

Många av problemen som regeringen pekar på är dessutom likartade till sin karaktär. Ofta handlar det om bristande samverkan och oklara ansvarsförhållanden. Patienter faller mellan stolarna eller skickas runt mellan olika aktörer utan att någon tar ett helhetsansvar för patientens behov av vård och omsorg.

Regeringen skriver exempelvis: ”Det är inte alltid lätt att veta vart man ska vända sig.”, ”Alltför ofta finns brister i denna vårdkedja.”, ”Personer med stora vård- och omsorgsbehov behöver ofta hålla kontakt med flera olika aktörer både inom kommunens och inom landstingets verksamhetsområden, vilket kan skapa svårigheter för den enskilda och dennes anhöriga.”, ”Bristen

på samordning mellan huvudmännen kan försvåra de äldres möjligheter till rätt insatser.”

Trots ansvarsörflyttningar och nya gränsdragningar verkar det som om nya problem hela tiden uppstår. Även om regeringen har uppmärksammat de enskilda problemen verkar det inte som om det finns en helhetssyn på problemkomplexet. Regeringen pekar på goda exempel, exempelvis äldrevårdscentralen i det borgerligt styrda Solna som hanterar äldres sammansatta vårdbehov på ett föredömligt sätt.

Demenssjukdomar och psykiatri

Sammantaget tvingas man dock konstatera att demensvården i landet är ojämnt utvecklad. Redan 1997 krävde Moderaterna i en motion att demens ska utredas och att diagnos skall ställas. Vi välkomnar därför att regeringen vill genomföra en satsning för att höja kvaliteten inom demensvården. Inom demensvården är bristande samordning av vården tydlig, liksom avsaknaden av fungerande och ansvarsfull vårdplanering och informationsöverföring, samt lyhörddhet för patientens vård- och omsorgsbehov. Ett rättmätigt krav är att alla äldre med allvarliga förvirringssymptom skall få en demensutredning.

Behovet av mer resurser gäller även andra sjukdomar som drabbar äldre. 15 procent av alla över 75 år har någon psykiatrisk diagnos. Trots att de så kallade ”kanonpengarna” delvis skulle användas för att stärka denna del av vården konstaterar Socialstyrelsen att lite har hänt. Allians för Sverige har därför föreslagit att den psykiatriska vården får ett tillskott på fem miljarder kr under tio år för att åtgärda de brister som alltjämt förekommer.

Allians för Sverige kräver en utbyggnad av den första linjens psykiatri. Psykiatrins mål måste tydliggöras och de insatser som görs i primärvården skall följas upp bättre än i dag. Det är också viktigt att få med kuratorer och psykologer i första linjens sjukvård. Inom psykiatrin är gränsdragningsproblemen mellan kommunernas, statens och landstingens ansvar speciellt stora. Det uppstår tvister mellan landsting och kommuner, vilket skapar problem för patienter som behöver kontinuerlig vård. Betalningsansvaret för patienter med långvariga behov bör därför kunna delas mellan kommuner och landsting. De försök som i dag pågår bör kunna bli permanenta och utvecklas till nya vårdformer där exempelvis en Case manager (en person som ansvarar för att samordna vårdinsatser) ser till att patienten får den vård som denne behöver.

Rätten till diagnos inom rimlig tid bör vara en del av vårdgarantin. Många patienter får inte diagnos inom rimlig tid, trots att det är fullt möjligt att ställa en korrekt diagnos. De cirkulerar i dag i vårdapparaten, eller finns på samma mottagning år efter år utan att de får någon diagnos. Var och en som söker för psykiska besvär skall kunna få sin diagnos ställd av en kvalificerad läkare inom tre månader.

Rätten till diagnos skall även omfatta rätten till en personligt anpassad vårdplan. De behandlingar som erbjuds inom psykiatrin bör i största möjliga utsträckning vara evidensbaserade. Ett krav för offentlig finansiering bör i de

Fel! Okänt namn på

flesta fall vara att behandlingen som erbjuds är bevisat effektiv. Saknas evidens bör behandlingen ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Läkemedel

Många äldre är storkonsumenter av läkemedel. Av Socialstyrelsens uppföljningsrapport framgår att äldres läkemedelsanvändning har ökat kontinuerligt under årens lopp. Det är därför viktigt att vårdpersonalen inom äldreomsorgen har god farmakologisk kunskap. Det räcker inte med ett avtal och genomgång av läkemedelsförrådet. I dag räknar man med att varannan äldre felbehandlas, något som är orimligt och borde kunna undvikas genom bättre utbildning, individbaserat läkemedelsregister och genom att ta in farmaceutkompetens i den patientnära vården.

Det handlar också om att ge sjuksköterskor utbildade före 1993 möjlighet att, efter Socialstyrelsens anvisningar och efter vidareutbildning och eventuell praktik, skriva ut vissa läkemedel. Denna grupp sjuksköterskor lämnades utanför när riksdagen beslutade att ge övriga sjuksköterskor som är verk samma inom äldreomsorgen utökad forskrivningsrätt. Tusentals sjuksköterskor inom äldreomsorgen – utbildade före 1993 – har stora möjligheter att se effekter och eventuella biverkningar av medicinering. Vi ser liksom regeringen positivt på möjligheten att ge sjuksköterskor utökad forskrivningsrätt.

Av stor vikt för att åstadkomma en säker läkemedelsanvändning i särskilt boende är medicinskt ansvariga läkare. Moderaterna krävde tillgång till en medicinskt ansvarig läkare i samband med att ädelreformen genomfördes 1992 (1990/91:So10) och vi har sedan dess förnyat vårt krav. Vi menar att det bör finnas läkare som har det övergripande ansvaret, antingen en geriatrisk specialistläkare eller en allmänspecialist som har möjlighet till nära och täta konsultationer med geriatrisk eller psykiatrisk expertis. Detta får inte hindra att enskilda patienter kan välja och ha en egen läkare som håller nära kontakt med den övergripande medicinskt ansvarige.

Vi ser positivt på regeringens förslag om att landstingen och kommunerna skall sluta avtal om läkarmedverkan och att kommunerna, om en överenskommelse inte nås, ges rätt att själva anlita läkare. Moderaterna har länge velat gå ett steg längre genom att tillåta kommunerna att själva anlita läkare, men vi anser trots detta regeringens förslag tillfredsställande i denna del.

Habilitering och rehabilitering

Regeringen skriver att regeringen och kommunerna bör komma överens om gränser för rehabilitering och habilitering, men anvisar ingen metod för att lösa eventuella konflikter. Enligt lagförslaget skall ”olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt”. Vad som händer om landstinget samordnar olika insatser på ett icke ändamålsenligt sätt framgår inte av lagen, ej heller vilka insatser som skall samordnas eller vem som bär ansvar för att insatserna utförs över huvud taget. Med tanke på att väl samordnade insatser

är ett rimligt krav på en sjukvård som är av ”god kvalitet” ter sig det föreslagna tillägget i hälso- och sjukvårdslagen som överflödigt.

Än märkligare ter det sig att regeringen i propositionen (s. 55) skriver: ”Regeringen föreslår mot den redovisade bakgrunden att en ny bestämmelse skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och landsting ska samverka så att en enskild som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för får också övrig vård och behandling, hjälpmedel och de förbrukningsartiklar vid urininkontinens eller retention samt tarminkontinens som hans eller hennes tillstånd erfordrar.”

Att staten tvingas stifta en lag om att kommuner och landsting skall samarbeta för att se till att patienter får *förbrukningsartiklar vid urininkontinens* är anmärkningsvärt. Det är svårt att se att staten skulle kunna detaljreglera kommunerna och landstingen på denna detaljnivå på alla andra områden där kommuner och landsting kan förmodas brista i samverkan. Att lagen inte reglerar om det är kommunen eller landstinget som bär ansvaret om samverkan inte skulle komma till stånd ter sig också märkligt. Det finns goda skäl att anta att lagen inte kommer att fylla någon funktion.

Grundproblemet, som föranleder detta slags ad hoc-lösningar, är det verksamhetsorienterade synsättet inom vård och omsorg. Så länge verksamheterna står i centrum kan vården inte fokusera på patientens behov. Allians för Sverige och Moderaterna har därför föreslagit ett antal åtgärder som syftar till att förändra det verksamhetsorienterade synsättet för att ersätta det med större patientfokus.

Behovet av vårdsamordning

Moderaterna föreslår införandet av särskilda så kallade vårdvisare för äldre med komplexa vårdbehov och multisjuka. Svår sjukdom medför ofta svårigheter att välja eller att hävda sina rättigheter. Det måste bli mer attraktivt att ta emot och ta ansvar för denna patientgrupp under hela sjukvårdsförloppet. Vårdvisaren har till uppgift att utgöra en lots för patienten i vårdkedjan. De patienter som konsumerar mycket vård skall ägnas särskild uppmärksamhet så att deras vård planeras och utförs på bästa möjliga sätt. De utgör en grupp som bör liknas vid förmånskunder i andra verksamheter. Dessa borde vara den viktigaste gruppen inom vården och ges tillgång till första klassens vård och en sammanhållen vårdprocess. I dag hamnar de mellan olika delar av vårdssystemet.

Tanken om särskilda ”storbehovspatienter” är väl i linje med Vårdförbundets tankar om sammanlänkade vårdkedjor i syfte att samla olika vårdaktörer, säkra tillgänglighet, kvalitet, och ett effektivt resursnyttjande. Modellen är också inspirerad av en vårdfilosofi som snabbt breder ut sig i bland annat Tyskland; Disease Management Programs (DMP). Det handlar om att samordna resurserna för vård av patienter med kroniska sjukdomar så att vårdgivarna får möjlighet att bedriva evidensbaserad vård enligt etablerade vårdprogram. Vårdgivare som vill bedriva vård i enlighet med DMP tar på sig ansva-

Fel! Okänt namn på

ret för att samordna de insatser som behövs och får en särskild ekonomisk ersättning för varje involverad patient.

Patientens rättigheter

Moderaterna har föreslagit införandet av en patienträttighetslag, som reglerar patientens rättigheter i vården, ett förslag som sedermera har blivit gemensam borgerlig politik i välfärdsgruppens slutrapport *Från byråkrati och monopol till patientmakt och mångfald*. Införandet av en patienträttighetslag är ett led i arbetet att tydliggöra och stärka patienten i sjukvården. Inom ramen för arbetet i Allians för Sverige har de fyra borgerliga partierna också enats om åtgärder för att öka antalet allmänläkare i primärvården och att tillföra också annan kompetens än allmänläkarens.

Det medicinska omhändertagandet och det sociala innehållet måste utvecklas. Samarbetet och utbytet mellan kommunernas äldreomsorg, landstingens sjukvård och den geriatriska slutenvården måste förbättras så inte människor ramlar mellan stolarna. Projekt med positiva erfarenheter bedrivs på flera håll i landet.

De borgerliga partierna har inom ramen för samarbetet i Allians för Sverige enats om att äldre multisjuka ska erbjudas en fast vårdkontakt som har ett helhetsansvar för personen. Det är också viktigt att åtgärder för att stärka primärvården vidtas. En sådan åtgärd kan vara att, som i Hallands läns landsting, utöka primärvårdens kostnadsansvar för att på detta sätt stimulera en integrering framåt i vårdkedjan och ett samlat patientansvar.

Allians för Sverige har också presenterat en rad andra förslag för att förbättra vården och äldreomsorgen. Vi vill förbättra vårdtillgängligheten och satsa mer resurser på primärvården. Vi vill införa kompletterande insatser som korttidsboende, dagverksamhet och hemsänd mat. För äldre, vårdbehövande personer, i ordinärt boende behöver det finnas en väl utbyggd hem-sjukvård. I särskilt boende krävs en kontinuerlig läkarmedverkan, det kan vara en allmänläkare med särskild äldrekompetens eller en specialist på äldre-sjukdomar (geriatriker).

Trygghet i boendet

Antalet särskilda boenden har minskat med 13 500 sedan 2002. Detta är förstås helt oacceptabelt, särskilt med tanke på att Socialdemokraterna lovade 10 000 nya platser i särskilt boende i den förra valrörelsen. Socialstyrelsen konstaterar i en utvärdering att andelen personer med hemtjänst i eget boende minskat från 38 procent 1988/89 till 22 procent 2002/03. Förändringen kan inte förklaras med att behoven av hemtjänst har minskat, utan beror på nedskärningar i verksamheterna.

Vi moderater satsar 10 miljarder kr mer på vård och omsorg än regeringen de kommande tre åren. En del av dessa resurser kan förstas användas för att

bygga ut särskilt boende. Det skulle dock inte vara trovärdigt att hävda att det på kort sikt går att kompensera för de 13 500 platser som har försvunnit den senaste mandatperioden. Det handlar emellertid inte enbart om att tillföra mer resurser, utan det krävs också insatser för att stimulera byggandet av särskilt boende i kommunerna.

Vi moderater vill därför införa en nationell omsorgsgaranti som i ett första steg innebär att kommunerna har skyldighet att erbjuda fritt val av hemtjänst och äldreomsorg. Detta förslag beskrivs mer utförligt i rapporten *Omsorgsgaranti – valfrihet för äldre och funktionshindrade* (augusti 2005). Detta första steg är något som de borgerliga partierna i Allians för Sverige redan har enats om. Vi vill att inflytande över omsorgens utformning flyttas från kommunerna till individen.

På sikt vill vi moderater att staten skall ansvara för såväl biståndsbedömning som finansiering av äldreomsorgen. Det är viktigt att boendeorten inte blir avgörande för rätten till omsorg på äldre dagar. Därför behövs nationella system för biståndsbedömning och nationellt enhetliga villkor för utförare. Eftersom resurserna följer individen blir varje omsorgstagare en intäktspost för kommunen i stället som att i dag utgöra en kostnad. Vårt förslag är därmed betydligt effektivare än subventioner och bidrag som enbart förändrar kommunernas ekonomiska överväganden på marginalen.

Även i det första steget innebär omsorgsgarantin betydande förbättringar ur ett kommunalekonomiskt perspektiv. Vi vill att en person som flyttar från en kommun till en annan ska kunna bära med sig resurserna under en tid. Det gör att den kommun som individen flyttar till får förbättrade incitament för att tillhandahålla särskilt boende. De fyra borgerliga partierna är i princip överens om det första steget i omsorgsgarantin. Ett liknande förslag har presenterats i rapporten *Från byråkrati och monopol till patientmakt och mångfald* från Allians för Sveriges välfärdsgrupp.

Omsorgsgarantin är även viktig som ett medel för att öka mångfalden i äldreomsorgen. Endast 34 procent av kommunerna anser sig ha äldre med behov av särskild omsorg på grund av utländsk bakgrund och 59 procent har inte insatser som var anpassade till någon etnisk grupp. Regeringen anser visserligen att det finns behov av att förbättra kvaliteten och mångfalden av alternativ i omsorgen för dessa grupper. Men under 12 år med socialdemokratiskt styre verkar mycket lite ha hänt.

Med Moderaternas och Allians för Sveriges förslag om fritt val inom äldreomsorgen kan situationen förbättras. Det krävs naturligtvis en kritisk massa för att etablera ett äldreboende med alternativ inriktning, men denna kritiska massa borde finnas i fler än de 41 procent av kommunerna som i dag har insatser med etnisk inriktning. Omsorgsgarantin är ett bra sätt att sätta brukaren i centrum och låta politikerna bestämma lite mindre om hur omsorgen skall se ut. Politiker skall exempelvis inte avgöra vilken färg gardinerna skall ha på kommunens särskilda boenden.

Fel! Okänt namn på

Styrdokument

Vidare föreslår regeringen att det skall tas fram ett nationellt styrdokument med regler för hur vård och omsorg för äldre ska se ut. Den skriver: "Styrdokumentet bör behandla insatser som exempelvis bemötande av äldre och anhörig, det sociala innehållet i äldreomsorgen, måltider och måltidssituationer, möjlighet till deltagande i samhällets aktiviteter samt att kunna bestämma över sin vardag och ha inflytande över vården och omsorgen."

Det ligger dock något motsägelsefullt i att staten skall ta fram ett styrdokument med statlig reglering av hur kommunerna skall tillgodose att äldre får inflytande över vården och omsorgen. Ökad mångfald kan bara skapas genom att politiker på kommunal, landstings- och statlig nivå lämnar ifrån sig makt till anhöriga och brukare, inte genom att statliga politiker tar makten över äldreomsorgen genom att reglera kommunerna.

Vi tror inte att regeringens styrdokument behövs. Däremot bör tillsynen skärpas och kvaliteten säkerställas. Den viktigaste kvalitetskontrollen är dock möjligheten att välja bort det som inte fungerar. Denna möjlighet finns tyvärr inte i alla kommuner, men skulle kunna säkerställas genom en omsorgsgaranti.

Förebyggande insatser

Regeringen vill stimulera kommunerna att samverka med idéella och kooperativa organisationer och avsätter 20 miljoner kr av anhängstöd för detta ändamål. Detta är förstås positivt, även om stödet till idéella organisationer helst borde ha ett särskilt utrymme i budgeten. Allians för Sverige vill gå betydligt längre än regeringen genom att tillsätta en utredning för att se hur gåvor till idéella organisationer skulle kunna skattebefrias. Moderaterna har också i sitt budgetalternativ avsatt 100 miljoner kr för utveckling av volontärarbete.

Regeringen vill att kommunerna genom lag skall få möjlighet att utan föregående behovsbedömning tillhandahålla servicetjänster som är avsedda för att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa åt personer som fyllt 67 år.

Vi ser ingen anledning att motsätta oss denna möjlighet, men noterar att detta i praktiken är ett mer omständligt sätt att erbjuda hemnära tjänster än det avdrag för hushållsnära tjänster som de borgerliga partierna i Allians för Sverige har enats om. Regeringens förslag ter sig därför mest som ett sätt att införa något som är snarlikt ett avdrag för hushållsnära tjänster, utan att samtidigt öppna för en mångfald av utförare.

Moderaterna har under flera år krävt att det anhängstöd som utgick inom ramen för Anhörig 300 skall återinföras. Vi noterar att regeringen nu har hörsammat kravet från moderaterna genom att avsätta resurser för detta ändamål, något som vi förstås välkomnar.

Lagstiftning och tillsyn

Rätten till vård i tid är självklar och bör skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen. Partierna i Allians för Sverige avsätter under det första året 250 miljoner kr mer än vänsterkartellen till den nationella vårdgarantin. Anledning är att den ”puckel” som vårdköerna utgör helst bör betas av med hjälp av ett rejält, men kortsiktigt, resurstillskott. En reformerad vårdorganisation kan därefter hålla köerna stängna och ytterligare korta dessa.

Sedan tidigare har våra partier föreslagit att hälso- och sjukvårdslagen skall slå fast kravet att hälso- och sjukvården ges i tid. Då får den nationella vårdgarantin det stöd i lag som gör att patienten kan ställa krav på sjukvårdshuvudmannen. Vidare skall patienten kunna kompenseras ekonomiskt om operation eller behandling ställs in – av andra skäl än de egna medicinska – vilket bör belasta den ansvariga klinikens egen budget.

Lagstiftningen kring patienträttigheter i Sverige är omfattande. Utöver lagar finns ett stort antal regler i sjukvården. Detta betyder att patientens rättigheter bara kan utläsas indirekt av många disparata bestämmelser. I såväl Norge, Finland som Danmark finns intressanta exempel på patienträttighetslagstiftning. Vi föreslår att de svenska patienträttigheterna samlas i en sammanhållen patienträttighetslag. Lagstiftningen skall dock även framgent i huvudsak bygga på att landstingen, kommunerna, samt hälso- och sjukvårdspersonalen, har skyldigheter gentemot patienten. Nuvarande patienträttighetslagstiftning saknar dock vissa inslag som bör tillföras. Ett exempel är den alltmer omfattande EU-vården, vilken borde regleras i lagstiftning, liksom rätten till vård i tid, och rätten till informationen i sin egen patientjournal.

Jämförelser av vårdens prestationer förutsätter att en oberoende granskningsenhet för utvärdering inrättas. En av denna enhets uppgifter skall vara att granska verksamheterna. Resultaten bör publiceras i offentliga rapporter med ett tydligt brukar- och patientperspektiv. Denna typ av granskning och öppna kvalitetsredovisningar av vårdgivares prestationer finns i flera länder, bland annat i Storbritannien och skapar tydliga drivkrafter för förbättringar inom sjukvården.

Redan i dag drar landstingen/regionerna som beställare slutsatser utifrån både nationellt fastlagda mått och indikatorer och annan information från vårdgivarna. Men den nationella överblicken och jämförbarheten måste bli bättre. Vi föreslår därför att en särskild enhet inrättas. Denna enhet skall vara självständig gentemot regering, riksdag och vårdhuvudmän. Enhetliga och vedertagna system för att mäta kvalitet och kostnader skall införas. Nationella kvalitetskriterier skall fastställas av Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges kommuner.

Vi moderater föreslår att Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsverksamhet slås samman i en gemensam organisation. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen bör slås samman till en samlad lagstiftning för vård och omsorg. I dag är det vanligt att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utvärdera sin egen verksamhet, exempelvis i regeringens nu föreliggande handlingsplan. Vi anser att detta är orimligt och att utvärderingen bör göras av någon annan myndighet, exempelvis Riksrevisionen.

Fel! Okänt namn på

Vi anser det rimligt att kommunerna skall hållas ansvariga för fattade beslut, men vill samtidigt betona finansieringsprincipen. När staten ålägger kommunerna nya uppgifter ska dessa finansieras. Ofta är detta tyvärr inte fallet. Till skillnad från regeringen anser vi också att ett eventuellt skadestånd bör gå till den enskilde, inte till staten som propositionen föreslår.

Personalens villkor i vård och omsorg

Vi ser positivt på strävan att höja personalens kompetens inom vård och omsorg. Allians för Sverige har bland annat presenterat förslag som syftar till att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor och antalet allmänläkare, samt göra det attraktivt för personal inom vård och omsorg att vidareutbilda sig.

Vi ser positivt på initiativ som syftar till att göra arbetet inom befintlig verksamhet friare och mer ansvarsfyllt. Samtidigt konstaterar vi att det finns gränser för vad som kan uppnås inom ramen för offentlig verksamhet. Vi anser därför att åtgärder bör vidtas för att underlätta för vårdpersonal att bedriva sin verksamhet helt självständigt. Allians för Sverige har bland annat föreslagit en startlag som bland annat omfattar ett stöd till anställda inom vården som vill ta över sin egen verksamhet och driva den i kooperativ eller privat regi. Med ökad mångfald följer innovationer och nya lösningar som kan utveckla hälso- och sjukvården. Ökad mångfald är inte bara ett mål i sig, utan ett av flera medel för att förändra, förnya och förbättra sjukvården också för de anställda inom vården. Vårdpersonalen är en resurs för förnyelse av vården. Många av dem som är anställda i vården har en egen verksamhetsidé. Det måste vara möjligt att främja personaldrift genom så kallad avknoppning. En personalgrupp bör kunna ta över driften av en verksamhet i ett första skede utan föregående upphandling.

Ett inslag i startlagen är inrättandet av ett avknoppningsstöd för att vårdpersonal under pågående anställning skall kunna förbereda ett övertagande. Personal i offentligt driven verksamhet som vill knoppa av verksamhet för att driva den i egen regi bör uppmuntras. Avknoppningar och upphandling måste kombineras med en verklig valfrihet för den enskilde och relativt långa kontraktstider. När vårdtagaren får välja uppstår såväl trygghet som kontinuitet för både vårdtagare och för personal. Vi vill också anpassa upphandlingsreglerna till de speciella omständigheter som råder för vård och omsorgssektorn – inte minst avseende patientens rätt till kontinuitet och rätt att välja vårdgivare.

Fel! Okänt namn på

Stockholm den 5 april 2006

Cristina Husmark Pehrsson (m)

Anne Marie Brodén (m)

Maud Ekendahl (m)

Stefan Hagfeldt (m)

Magdalena Andersson (m)

Lena Adelsohn Liljeroth (m)