

Motion till riksdagen 2021/22:4001

av **Lina Nordquist m.fl. (L)**

Liberal sjukvårdspolitik

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en ny portalparagraf i hälso- och sjukvårdslagen och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att valfriheten i hälso- och sjukvården bör omfatta även slutenvård och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en mer flexibel åldersgräns i överflytt från barnvård till vuxenvård och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om jämställdhetsperspektiv inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda skillnaderna i sjukskrivningar mellan kvinnor och män och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning om vårdens framtida prioriteringar och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en sammanhållen strategi för hälsa och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att göra hälsa till ett delmål i svensk integrationspolitik och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utbyggd primärvård och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om familjecentraler och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utveckling av ungdomsmottagningars verksamhet och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om kommuners rätt att anställa behandlande läkare och skyldighet att anställa medicinskt ledningsansvarig läkare och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fast omsorgskontakt och tillkännager detta för regeringen.

14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökade möjligheter för barn och vuxna att vårdas hemma i stället för på sjukhus och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ett nationellt specialistregister bör inrättas och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Ivos uppföljningsuppdrag bör utökas och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förändringar av sjukskrivningssystemet och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förenklade läkarintyg och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om Försäkringskassans uppdrag att bli en samarbetspartner för sjuka människor och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om Försäkringskassans roll i att motarbeta fusk och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en minskad administrativ börda i vården och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om peer review i svensk sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett nationellt prioriteringscentrum och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt beredskap i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att särskilt högspecialiserad vård bör koncentreras i europeiska specialistcentrum och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka den nationella kunskapsstyrningen av vården och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Nationella vårdkompetensrådet i särskilt uppdrag att utreda hur det framtida kompetensbehovet inom diagnostiken ska kunna tillgodoses och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa vårdgarantin inom rättspsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att korta vårdköerna genom ekonomiska styrmedel, bättre arbetsorganisation och utökad samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om högkostnadsskyddets sammantagna konstruktion och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en och samma aktör inte ska tillåtas ha ekonomiska intressen på flera ställen längs vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en form för idéburet offentligt partnerskap på nationell nivå som kan säkra långsiktig samverkan med civilsamhället och ge möjlighet att permanenta viktiga organisationer och tillkännager detta för regeringen.

33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att underlätta för idéburna verksamheter att erbjuda välfärdstjänster och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att all vård som är lämplig för vårdval ska bedrivas enligt LOV, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en reformerad valfrihetslagstiftning med patientens behov i fokus och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en ändamålsbaserad utredning av LOU och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett skärpt förbud mot dubbla intressen i vårdkedjan och regleringar av ägarförhållanden mellan exempelvis läkemedelsföretag, vårdinrättningar och apotek och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om krav på regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella avtalsformer för digifysisk vård och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett tekniskt generationsskifte och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om frizoner för vårdinnovation och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om innovations- och funktionsfrämjande upphandlingar och småskaliga upphandlingar och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om skraddarsydd vård i samråd med patienter och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge en statlig myndighet ansvaret för bedömning av säkerhet, integritetsaspekter och etik i ny medicinsk teknik och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt palliativ vård och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bättre villkor för organdonation och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa regionala psykiatricentrum och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om barns och ungas hälsa och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fastläkarreform och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om mottagningshotell för specialistvård på landsbygden och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utveckling av ambulanssjukvård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om kulturkompetens i vården och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en skärpning av lagstiftningen om läkarlegitimation och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att KAM-utredningens förslag bör påskyndas och genomföras snarast och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om företagshälsovården och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om statens roll i samarbeten med regioner och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om principer för specialdestinerade statsbidrag till regioner och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tandvård och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Liberal hälso- och sjukvård sätter människan i centrum – som patient, som medarbetare och som anhörig. Medicinska framsteg, ökad kunskap och ett aktivt folkhälsoarbete har lett till ett längre liv och fler friska år i befolkningen. Liberalerna är övertygade om att morgondagens sjukvård kan ges på nya sätt, i samspel mellan patienten och vårdens yrkespersoner. Vi strävar efter att stärka patientens ställning och att säkerställa jämlik vård i hela landet. Varje människa ska ha frihet att själv styra sitt liv, sin hälsa och sin framtid. Patienter stärks av makt och kunskap att välja, av möjlighet att vara delaktiga och av ett bemötande som gör vården personlig och som ser enskilda behov. Vårdval inom väl avvägda områden ger kortare väntan och ökat patientinflytande. Anställda stärks av att själva kunna välja mellan flera arbetsgivare och få goda chanser att utvecklas. Liberalerna vill också att anhöriga synliggörs, avlastas och stöttas för att orka hjälpa patienten och sig själva, något vi beskriver närmare i vår folkhälsomotion.

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet i internationella jämförelser och ligger i topp när det gäller medicinska resultat. Vi har fyra gånger fler läkare än på 1970-talet och fler sjuksköterskor med hög kompetens än någonsin tidigare, och dessa människor åstadkommer goda resultat: vårdkvaliteten och patientsäkerheten är bland de högsta i världen. Resultaten är dock inte alls lika imponerande när det gäller tillgänglighet och bemötande; där är Sverige i bästa fall medelmåttigt. Vårdköerna hör till de längsta i OECD, inte minst för att administrationstyngd stjälar tid och eftersom brist på kunniga, erfarna medarbetare tvingar sjukhus att stänga vårdplatser. Hälso- och sjukvården måste moderniseras och gott ledarskap och modern teknik nyttjas till fullo för att öka kvaliteten och patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön, samtidigt som verksamhetens resurser används klokare. Vi beskriver delar av detta närmare i vår motion om arbetsvillkor.

Stärk patienterna

Patienter ska kunna vara delaktiga genom hela vård- och behandlingsprocessen. Det behövs ett nytt perspektiv inom hälso- och sjukvården som helt utgår från patientens

behov. Därför vill vi att hälso- och sjukvårdslagen, HSL, förändras. Perspektivet i sjukvården behöver förflyttas från hela befolkningen till den enskilda patienten. Varje patient ska ha rätt att få vård efter behov och att fritt välja vårdgivare i hela landet. Vården ska vara evidensbaserad och kostnadseffektiv.

Dagens portalparagraf lyfter inte fram individens rätt till sjukvård och ger intryck av ett ransoneringstänkande. Vi menar att den som bedöms behöva vård ska ha rätt att få tillgång till vård och dessutom ha rätt att själv välja vårdgivare.

Vi föreslår därför att regeringen arbetar för en ny portalparagraf, som bör innehålla lydelse i stil med följande:

Den enskilda människans hälsa och tillgång till vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Alla som bedöms ha behov ska ha rätt till vård. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Individerna ska själv ha rätt att välja vårdgivare inom ramen för ett vårdssystem som finansieras gemensamt. Hälso- och sjukvård ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Värna mångfald och valfrihet

Liberalers utgångspunkt är att människor har olika önsknings och behov. En av liberalers viktigaste uppgifter är därför att värna och utveckla valfriheten. På hälso- och sjukvårdens område har makten de senaste decennierna förflyttats från politiker och byråkrater till patienterna.

Patientlagen som tillkom under alliansregeringen gav patienter möjlighet att välja öppenvård i ett annat landsting (idag region) än det egna. Det har inneburit en viktig förutsättning för ökad valfrihet. Samtidigt är inte lagens intentioner tillräckligt väl kända bland allmänheten eller i vården. Vi föreslår därför att regeringen skriver om patientlagen så att patienterna får rätt att välja både öppenvård och operationer, slutenvårdsrehabilitering och annan slutenvård i hela landet. Regionerna ska hjälpa patienterna genom att informera om, hänvisa till och boka vård i andra regioner.

Det privata, offentligfinansierade utbudet av vård har potential att utvecklas. Vi tror att en dynamisk marknad behöver både större företag och småskaliga verksamheter. Den rödgröna regeringens kamp mot valfriheten har varit skadlig för vården och riskerar att ta fart när januariavtalets säkrande av värnande och lika villkor slängs åt sidan. Sammantaget skulle de olika förslag regeringen tidigare lagt fram om vinstbegränsningar, stopplagar och allt krångligare regelverk i praktiken omöjliggöra företagande i välfärden. Även de förslag som inte blev verklighet bidrog till att nyföretagande stoppades och investeringar i välfärden gick förlorade och att drivkraften att förbättra verksamheterna minskade. Även den socialdemokratiska överbyråkratin skadar mångfalden, exempelvis uppdraget till IVO att ta ut höga avgifter för varje liten verksamhetsförändring. Dessa avgifter behöver ses över och bör sannolikt tas bort.

Liberalerna är övertygade om att mångfald stärker patienter, anhöriga och anställda och ger ett starkare skyddsnet. Vi anser också att non-profitverksamhet som idéburna organisationer och stiftelser behöver utgöra en större andel av svensk vård och att de därmed behöver bättre chanser att verka. Detta beskrivs i detalj nedan under rubriken "Privat-offentlig samverkan".

Lagen om valfrihet (LOV) infördes under alliansregeringen. Den har på kort tid ökat utbudet av vårdgivare, framförallt inom primärvården, och skapat möjligheter till aktiva val av vård för patienterna. I delar av landet finns ett brett utbud av öppen specialistvård

som erbjuds genom LOV. Det har inneburit en avgörande maktförskjutning från regionerna och vårdgivarna till de enskilda patienterna. Detta är en utveckling som gynnar enskilda patienter genom att stärka deras egenmakt och kontinuiteten i vården. För att skapa jämlik vård i landet måste alla patienter få större makt över sin vård. Privata vårdgivare bidrar till ett brett vårdutbud och ska uppmuntras att erbjuda vård i hela landet. Principen ska vara att all vård som är lämplig för vårdval också erbjuds i den formen, så att patienten själv får välja. Avvikelse från detta måste motiveras särskilt. Efter mer än ett decenniums erfarenheter är det tydligt för oss liberaler att LOV behöver uppdateras och kompletteras. En brist som behöver åtgärdas är att dagens LOV inte tillräckligt tar hänsyn till att förutsättningar, möjligheter och behov skiftar även inom en och samma region. Regionerna behöver kunna utforma vården med hänsyn till sådana skillnader, till exempel i en region med ett fåtal städer och en vidsträckt glesbefolkad landsbygd. Därför behöver LOV reformeras så att valfrihetssystem kan bli möjliga i en del av en region. För att underlätta entreprenörskap för legitimerade yrkespersoner som vill driva eget, men utan den storskalighet som ofta krävs i LOV, vill vi även pröva möjligheten till en alternativ vårdvalsform i liten regi. En sådan modell, som behöver utredas närmare, bör på sikt ersätta dagens ersättningsmodeller för så kallade taxeläkare samt för fysioterapeuter.

Ökad valfrihet ställer stora krav på att det finns relevant information lätt tillgänglig via nätet så att var och en kan jämföra olika vårdgivare och göra välgrundade val.

Mer flexibel vård

Rigida artonårsgränser i sjukvården måste suddas ut. Barn blir juridiskt sett vuxna över en natt när de fyller 18 år, men det innebär inte att en helt ny vårdform är vad de behöver. Liberalerna vill därför att gränsen för överflytt från barn- till vuxensjukvård ska vara flexibel och att den, i samråd mellan läkare och patient, ska justeras efter varje individs behov.

Jämställdhet

Jämställdhetsperspektivet behöver utvecklas i hälso- och sjukvården. Fortfarande får kvinnor färre provtagningar och undersökningar och fler biverkningar.

En rapport från Riksrevisionen baserad på en undersökning av 60 000 patienter under sju år visar att kvinnor sjukskrivs 30 procent mer än män med motsvarande aktivitetsbegränsning och funktionsnedsättning. Regeringen behöver uppdra åt en lämplig myndighet att analysera dessa skillnader och föreslå åtgärder.

Ingen människas hälsa ska äventyras av ojämsställd vård. Fortfarande får dock kvinnor färre provtagningar och undersökningar och fler biverkningar. Vården vid en mans hjärtinfarkt är dyrare och mer avancerad och fler kvinnor dör efter akut hjärtinfarkt. Mäns blindtarmar opereras å andra sidan med öppen bukoperation men kvinnors med titthålskirurgi, som är betydligt skonsammare. Vi vet inte om skillnader är medicinskt motiverade förrän vi analyserat dem. Liberalerna anser därför att vårdrelaterad statistik ska analyseras ur ett genusperspektiv.

Många tillstånd och sjukdomar som främst drabbar kvinnor förblir okända, som endometrios, dyspareuni, benskörhet, fibromyalgi och lipödem. Kunskapen om underbeforskade tillstånd måste öka, liksom den om skillnader mellan kvinnors och mäns sjukdomsbilder. Vi vill att medel avsätts för att sluta de identifierade kunskapsluckorna.

Ytterligare en jämställdhetsfråga är mödravård samt stöd och eftervård efter förlossning. Såväl förlossningsavdelningar som mödrahälsovård behöver bättre fånga upp kvinnor med förlossningsskador och fysiska och psykiska problem efter förlossning och ge snabb och tillräcklig hjälp. Mor och barn ska alltid kunna vårdas tillsammans när det är det bästa för de två.

Den bristande jämställdheten slår åt båda håll. Mäns blindtarmar opereras med öppna bukoperationer men kvinnor opereras med tithålskirurgi, som är betydligt enklare för patienten. Förbättrat arbete för att förebygga självmord är ett annat område som först och främst skulle ge stora mänskliga vinster men även skulle vara viktigt ur jämställdhetssynpunkt, i det fallet därför att män är kraftigt överrepresenterade i riskgrupperna för suicid. All vårdrelaterad statistik ska analyseras ur ett genusperspektiv. Skillnader i behandling kan vara medicinskt motiverade, men det vet vi inte förrän vi analyserat dem. Även kunskapen om skillnader mellan kvinnors och mäns sjukdomsbilder måste förbättras.

Framtida prioriteringar

Den som inte har sin fulla hälsa har sin frihet begränsad. För att fullt ut främja hälsa behövs en helhetssyn där sjukvård och förebyggande folkhälsoarbete hänger samman. Därför arbetar Liberalerna för en sammanhållen nationell strategi för hälsa.

En central faktor är en väl utbyggd primärvård, så nära som möjligt och även digital. Här finns brister som måste åtgärdas. Sverige behöver stärka primärvården och ge den ett tydligare uppdrag för hälsofrämjande och förebyggande arbete i sitt lokalområde.

Folkhälsa ställer också krav på jämlikhet, delaktighet, språkkunskaper, jämställdhet och mycket annat. Särskilt ljus ska sättas på dem som oftare drabbas av ohälsa och för tidig död, såsom personer med lägre utbildning och människor födda utanför EU. Strategin för hälsa måste med andra ord ha ett brett samhällsperspektiv.

I områden med fattigdom och lägre utbildningsnivå, där fler har invandrat och arbetslösheten är högre, där är folkhälsan sämre och sårbarheten för sjukdom större. Där människors behov är som störst behövs insatser för att stärka hälsan som mest. Mödrahälsovård och föräldrautbildning, vaccinationer, hembesöksprogram för familjer med spädbarn samt familjecentraler är några exempel där det behövs mer skraddarsytt arbete utifrån sociogeografiska förutsättningar. Hälsa behöver också vara ett tydligt delmål för svensk integrationspolitik.

Regioner och kommuner behöver ta fram en gemensam målbild för vården som utgår från individens behov. Anställda ska kunna delta i gemensamma utbildningar och hemsjukvårdspersonal ska auskultera/hospitera (genomföra professionell praktik) i regioners öppen- och slutenvård och vice versa. Kommunal elevhälsa ska stärkas och hållas samman med barnens övriga vård.

Samverkansavtalens utformning måste få bero av geografi och demografi. I glest befolkade områden ska en bygdesjukvårdshuvudman kunna införas, där regional och kommunal vård och omsorg (förutom slutenvård/sjukhusvård) läggs samman till en gemensam organisation. För att nå hela vägen i mål med detta krävs lagändring. Många samverkansformer är dock möjliga redan idag och kan innefatta akutvårdsbesök med biståndsbedömning, virtuellt hemsjukhus med specialistläkarsamtal, kommunala korttidsplatser på sjukhus och planerade hemläkarbesök i team med hemtjänst och hemsjukvård.

Erfarenheterna från framgångsrik samverkan – såsom Borgholm, Norrtälje (Tiohundra), Ängelholm (Hälsostaden) och Skaraborg (Vårdsamverkan Skaraborg) – behöver tas tillvara.

En socialliberal grundprincip är att vård ska ges efter behov, inte efter ekonomisk styrka. Därför behövs en offentligt finansierad vård av hög kvalitet som är tillgänglig för hela befolkningen. Regionerna ska ha ansvaret för sjukvården samtidigt som det behövs ett tydligare statligt ansvarstagande för att säkerställa en likvärdig vård i hela landet, från primärvård till högspecialiserad vård. Att det finns en mångfald av aktörer, både offentliga, privata och civilsamhällsdrivna, är avgörande för valfrihet och innovation. Liberalerna vill bygga en mer dynamisk vård, där de som behöver vården får den i tid, där åldersgränser inte är huggna i sten, där det offentliga och privata tillåts samverka på fler sätt än idag och där politiskt förtroendevalda kompletteras med medicinsk expertis.

En stigande livslängd och snabb medicinsk och medicinteknisk utveckling ger stora mänskliga vinster men kommer också att sätta sjukvårdens finansiering på hårda prov. Det behövs en fördjupad diskussion om vilken vård som borde prioriteras högre och vilka insatser som kanske inte är lika viktiga att rikta skattemedel till. Vi står bakom gällande principer (se Vårdens svåra val, SOU 1995:5, och prop. 1996/97:60) om att vård i rangordning ska prioriteras efter människovärdesprincipen, behovs–solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, och vi menar att kostnadseffektivitet är relevant när det gäller vårdens organisation och som prioriteringsprincip vid val mellan olika behandlingsmetoder men inte för att ställa patientgrupper mot varandra; små patientgrupper som behöver kostnadskrävande insatser för behandling av sina sjukdomar ska inte behöva stå tillbaka till förmån för behandling av stora patientgrupper med lindrigare sjukdomar. Vi anser därutöver att det idag är otydligt hur förebyggande vård ska prioriteras och var gränsen bör dras till sådan vård som kräver sjukvårdens kompetens men inte nödvändigtvis ska finansieras gemensamt. Liberalerna anser därför att en det är dags för en ny och fördjupad parlamentarisk utredning om detta svåra ämne, en blocköverskridande överenskommelse i nära samråd med vårdens och omsorgens professioner. Vi vill se en gedigen fördjupning i hur prioriteringsplattformen bör tolkas, komplett med diskussioner om finansiering och behovet av justeringar av patientavgifter. De förtydligade prioriteringarna bör sedan regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt i socialtjänstlagen. I linje med detta vill vi även att Prioriteringscentrums framtid utreds. Detta kunskapscentrum för regioner, kommuner, myndigheter och kliniska verksamheter bildades 2001 och har varit betydelsefullt inte minst i utvecklingen av nationella riktlinjer. Inom hälso- och sjukvården framhölls det som ett tydligt exempel där centrumet varit en betydelsefull samarbetspart. Uppdraget har samtidigt bedömts vara otydligt och spridningen fortfarande alltför begränsad. Vi anser därför att Prioriteringscentrum bör få ett uttalat nationellt uppdrag för hela landet och för statliga myndigheter.

Vi vill lägga samman högkostnadsskydden för läkemedel, sjukvård och slutenvård, för att skydda de människor som har det allra största vårdbehovet. Behandlingar som ingår i högkostnadsskyddet ska baseras på vetenskaplig grund.

För att stärka finansieringen vill vi att avgifter ska kunna tas ut för kompletterande intyg. I Finland utfärdas vissa läkarintyg avgiftsfritt medan det tas ut en smärre avgift för kompletterande intyg för t.ex. körkort och allergier.

Patientens rätt till vård ska alltid respekteras och inga ekonomiska särkrav ska ställas, oavsett vad som orsakat vårdbehovet. Det allmänna ska dock kunna utkräva ett ekonomiskt ansvar av företaget för undvikbara vårdskador efter sådana ingrepp som görs

utan medicinska motiv, t.ex. av estetiska skäl. En möjlighet är en obligatorisk ansvarsförsäkring.

Oseriösa aktörer ska inte ha vinstbegränsningar, de ska inte finnas i välfärden alls. Kraven ska vara höga och tillsynen skarp. Det viktiga är kvaliteten, inte driftsformen. Vårdgivare som inte lever upp till kvalitetskraven och inte åtgärdar brister ska bli av med tillstånd och avtal om att bedriva vård, oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi.

Bygg ut den nära vården och för den närmare människor

Sverige behöver stärka hela primärvården, i hela landet. Det gäller särskilt de förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande uppdragen, både för fysisk och psykisk hälsa. På många håll innebär detta att primärvården behöver resurser och strategier för att anställa fler fastläkare/husläkare, kuratorer, fysioterapeuter och distriktssjuksköterskor. Primärvården ska vara det självklara valet för första linjens vård, för både psykisk och fysisk vård. Det behöver samtidigt ses över om uppgifter som inte måste ligga på primärvården kan flyttas till andra aktörer, till exempel vårdintyg, rondering på särskilda boenden och konstaterande av dödsfall. Det kommer att behövas ett tydligt ledarskap för att öka takten i den här omställningen, först och främst från sjukvårdshuvudmännen men också på nationell nivå. När människor väl kan lita på att de får snabb och bra hjälp på vårdcentralen kommer färre människor som egentligen inte behöver akutsjukvård söka sig till akuten. Men det kommer inte att ske förrän den nära vården hunnit bygga upp såväl kapacitet som förtroende. Regionerna har huvudansvaret för att utforma och finansiera hälso- och sjukvården. Men för att underlätta omställningen vill Liberalerna se en stor, långvarig satsning på nära och tillgänglig vård, med ett prestationsbaserat omställningsstöd och utbildning för att få fler allmänläkare.

Primärvården ska ha ett övergripande uppdrag att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete i sitt lokalområde, såväl gentemot hemlösa personer som mot skolor, förskolor och äldre med omsorgsbehov. Detta lokalområdesuppdrag kräver samverkan med elevvårdsteam, socialtjänst, polisen, BUP, psykiatri, äldreboenden m.fl.

Liberalerna menar att den nära vården måste präglas av kontinuitet. Svensk sjukvårdsdebatt kretsar ofta kring byggnader som sjukhus och vårdcentraler, och det finns en risk att nära vård förstås som att man ska ha nära till en vårdcentral. Men det centrala i vården är människorna – patienterna och vårdens medarbetare. Det är de som ska vara nära. Liberaler har verkat för husläkare sedan 1970-talet – en ansvarig läkare som tar ansvar för och samordnar individens vård. Erfarenheterna från de norska och danska fastläkarreformerna visar att detta är klok politik. Nästa steg i att utveckla den nära vården måste vara en fastläkarreform där alla patienter har rätt till en fast husläkare som är lätt att nå och har gott om tid för sina patienter, med ett listningsspann anpassat efter demografin. För att detta ska vara möjligt krävs fler speciallistläkare inom allmänmedicin. Bara 16 procent av läkarkåren är allmänspecialister, att jämföra med medelvärdet i OECD som är 23 procent och siffran i Finland som är hela 37 procent. Liberalerna vill därför se en stor satsning på ST-utbildning i allmänmedicin. Behovet av medarbetare med inriktning på glesbygdsmedicin behöver också tillgodoses.

Fastläkarsystem bör övervägas även inom andra sjukvårdsområden där läkarkontakterna är långvariga, t.ex. inom psykiatri.

Det är dubbelt så vanligt att barn till föräldrar med endast förgymnasial utbildning dör under det första levnadsåret jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning. Kvinnor födda i låginkomstländer löper högre risk att drabbas av komplikationer under förlossning. Fler mödrar och barn dör i samband med förlossningen. Utformningen och tidsplaneringen av mödrahälsovård och föräldrautbildning behöver i högre grad differentieras utifrån stadsdel/tätort/område och deltagare. Vaccinationer behöver säkerställas tidigt under graviditeten. Även uppföljning och hembesök från barnavårdscentralen behöver i högre grad differentieras utifrån familjers behov. Det behövs betydligt fler familjecentraler för att stärka barn och föräldrar och fler flerparts-hembesök där socialtjänsten och en barnmorska eller distriktssjuksköterska gör gemensamma hembesök.

Eftersom kommunerna ansvarar för alltmer avancerad vård och allt sjukare patienter, vill vi att varje kommun ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL). På äldreboenden ska geriatriker kunna anställas, men det ska i första hand vara den egna husläkaren som gör vårdbesök. Tvärprofessionella team ska formars runt varje individ i kommunal omsorg, med ett kärnteam i vardaglig direktkontakt med individen. Den som har hemtjänst ska ha en fast omsorgskontakt som bör vara undersköterska.

Vi vill införa hemsjukhus där primärvård, sjukhusvård, kommunal hemsjukvård och ambulanstjänst samverkar. Allt fler barn och vuxna ska kunna få slutenvård hemma efter en inledande utredning, med möjlighet till sjukhusvård eller närvårdsplats för den som vill. Vården ska ske med punktinsatser från specialistvården, digital kommunikation och beredskap dygnet runt. Lagen behöver möjliggöra enkel läkemedelshantering hemma, med slutenvården som medicinskt ansvarig. I det sammanhanget får anhöriga som en viktig resurs i sammanhanget inte glömmas bort.

Även om vårdval med LOV eller småskaligt vårdval (se ovan) ska vara utgångspunkten i öppen specialistvård finns det trakter där vårdval mellan flera lokala vårdgivare inte är genomförbart. Där vill vi istället öppna det vi kallar mottagningshotell där olika former av planerad specialistvård enligt ett rullande schema kommer närmare patienterna. Även invånare på en mindre ort kan på så sätt få bokade besök hos en ortoped, hjärtspecialist, diabetesläkare, kurator eller barnpsykolog nära hemmet någon dag varje månad. Detta betyder mycket för en tillgänglig vård också på landsbygd och i glesbygd.

Ambulanser är olika typer av mobila vårdenheter, inklusive bussar, psykiatriambulans och luftambulans. Liberalerna arbetar för en utredning av hur framtidens ambulanssjukvård ska utformas för att säkra likvärdig vård över landet. I en sådan utredning måste sjukhusens akutsjukvård ingå. Vi vill att fler patienter hjälps direkt till rätt vårdnivå utan att passera akutmottagningen. Ambulanssjukvården behöver en tydligare roll vid kris och beredskap och ett uttalat uppdrag att stötta utbildning och fortbildning av räddningstjänsten. Dessutom behöver samarbetet med våra grannländer stärkas.

Skolans hälsofrämjande arbete ska utvecklas genom bland annat väl utbyggd elevhälsa och god tillgång till ungdomsmottagningar. Varje ung person ska ha ett gott stöd nära tillhands i frågor om fysisk och psykisk hälsa, preventivmedelsrådgivning och information om relationer, säker sex och sexualitet, våld och hedersrelaterat förtryck. Väl genomtänkta anpassningar i fråga om skolmiljöer och skoldagar för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) kan förebygga ohälsa.

Vart femte barn i Sverige lider av övervikt och två av tre barn ingår i WHO:s kategori ”fysiskt inaktiva”, vilket är bland de sämsta placeringarna i Europa. Arbetet mot övervikt och fetma bland barn behöver byggas ut. Skoldagen ska stimulera till

fysisk aktivitet inte bara på idrottslektioner. Ett arbetssätt med så kallade ECHO-zoner (Ending childhood obesity zones), där utemiljöer, butiksmiljöer, skolaktiviteter, träningsmöjligheter och lekparken utformas för att främja barns hälsa och rörelse, behöver uppmuntras.

Företagshälsovården, som finansieras av arbetsgivarna, spelar en viktig roll för att hjälpa företag och arbetsplatser att utveckla den fysiska och psykosociala arbetsmiljön och förebygga ohälsa bland medarbetarna. Samtidigt är specialiteten arbetsmedicin en av de tydligaste bristspecialiteterna. Det behövs ett nationellt grepp för långsiktig kompetensförsörjning inom arbetsmedicin.

Rätt hjälpmedel kan vara en grundförutsättning för hälsa. Därför behövs enligt Liberalerna god tillgänglighet till både digitala och analoga hjälpmedel. Liberalerna ska vara grindvakt, så att avgifter på hjälpmedel inte blir oskäligen. För att underlätta digitala vård- och hälsojourer vid långvarig sjukdom ska teknisk utrustning kunna lånas ut enligt samma princip som hjälpmedel.

Säkra god kommunikation

Utrikes födda personers sämre hälsa kan förvärras av språkförbistring, av kommunikationsproblem och av att sjukvården missar riskfaktorer. Människor som flyttar till Sverige i vuxen ålder kan bära med sig felaktiga föreställningar om hälsa, sjukdom, kost, motion, vikt och ålderdom och om den egna möjligheten att främja hälsa och förebygga sjukdom. Därför behöver det i vården finnas god kunskap om synen på kost, motion och hälsa i andra kulturer. Språkförbistring får aldrig leda till osäker vård. Den som behöver en tolk ska erbjudas det och tolkning ska finansieras av skattemedel. För att värna patienternas integritet ska en professionell tolktjänst användas så långt som möjligt, och vården ska ha rätt att vägra att låta anhöriga tolka. Fler digitala tolktjänster behöver utvecklas för att öka tillgängligheten men också för att förbättra integriteten. Internationella lösningar ska övervägas. Barn ska aldrig tvingas att bära det ansvar det innebär att tolka åt sina vuxna anhöriga, särskilt inte i känsliga vårdärenden. Därför ska barn överhuvudtaget aldrig tolka.

Vårdadministration

Varje anställd – vare sig hen är biomedicinsk analytiker, logoped, sjuksköterska, audiolog, kurator, röntgensjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog eller sjukhusfysiker – måste kunna fokusera på sina huvuduppgifter och känna delaktighet i yrkets utveckling. Målet måste vara att Sverige inom fem år når ner till det europeiska snittet, och helst under, för hur mycket arbetstid som vårdprofessionernas medarbetare får lägga på administration, redovisning och uppföljning.

Det behövs en rejäl gallring i den administrationsbörda som läggs på vårdutbildade. Likaså krävs en mer stringent och fokuserad uppföljning. En viktig del av överbyråkratin är att samma vårdverksamhet detaljstyrs och följs upp av flera olika myndigheter och inom skilda regelverk, i värsta fall på ett motstridigt sätt.

Liberalerna vill att onödiga regler avskaffas. Medarbetare ska enkelt kunna kräva motiveringar till regler. Den regel som inte kan försvaras ska därefter plockas bort.

Även andra kringuppgifter än administrativa är idag felfördelade. Undersökningar visar att en stor andel läkare, undersköterskor och sjuksköterskor anser att de utför

arbete som andra skulle göra minst lika bra. Dessa uppgifter borde avlastas till andra, alternativt automatiseras.

Utan anställda, ingen sjukvård. Många regioner i landet saknar eller kommer inom kort att sakna läkarkompetens inom ett flertal medicinska specialiteter. Idag bedömer i första hand enskilda sjukhuskliniker behovet av tjänster för specialistutbildning, ST-tjänster, varefter regionerna prioriterar medel. Det behövs en nationell överblick och styrning av det totala antalet specialister, var dessa specialister finns eller kommer att saknas och hur behoven kommer att förändras. Det saknas även ett nationellt register över antalet sjuksköterskor och andra legitimationsyrken med specialistkunskaper och deras fördelning över landet. Nationella register skulle ge bättre kunskap om vilka specialistutbildningar som bör startas och hur de bör dimensioneras. I tider av kris kan det dessutom vara klokt att ha en samlad bild av var kompetensen finns och var ett vårdcentrum av ett visst slag bör förläggas. Ett nationellt specialistregister bör därför inrättas hos Socialstyrelsen. Det nationella vårdkompetensrådet är en lämplig värd för dessa register.

Liberalerna vill också se högt ställda kvalitetskrav som ska säkra att var och en tryggt kan avstå från att välja. Vi vill också att IVO:s uppföljningsuppdrag utökas.

Varje sjuk människa ska få en trygg bedömning och rätt rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassans och sjukvårdens roller och samarbete behöver förändras för att korta handläggningstider, minska behovet av överprövningar och bidra till rehabilitering. Vi vill också reformera sjukskrivningsprocessen för att minska onödig byråkrati med fortsatt god kostnadskontroll och legitimitet.

Differentierade läkarintyg skulle låta läkare ägna tid åt sjukvård och spara gemensamma resurser, med bibehållen rättssäkerhet. Tidigt under en sjukskrivning bör det räcka med ett kortfattat läkarintyg. Enklare intyg bör även räcka när den sjukskrivne inte behöver andra åtgärder än rent medicinska. Intyg som kan digitaliseras ska digitaliseras.

Ansvar för komplicerad, svårbedömd eller upprepad sjukskrivning ska flyttas till centrala team i varje region för att avlasta fastläkarna/husläkarna och ge tryggare bedömningar. I sådana lägen kan läkarintygen också behöva bli mer utförliga. De centrala teamen ska skapa en helhetsbild av rehabiliteringsbehov och möjligheter för varje person att återgå i arbete.

Låt fler yrkesgrupper bedöma arbetsförmåga

Vi vill initiera en nationell översyn för att bedöma om fler yrkesgrupper kan bedöma arbetsförmåga vid vissa tillstånd, t.ex. om en arbetsterapeut eller sjukgymnast kan bedöma sjukdom eller arbetsförmåga i rörelseapparaten och skriva utlåtanden till Försäkringskassan.

Rehabiliteringsintyg ska införas som kan utfärdas av flera yrkesgrupper än läkare. En längre tids sjukskrivning bör oavsett sjukskrivningsgrad innebära medicinska och sociala avstämningar för att minska risken för långvarig sjukskrivning.

Rehabiliteringsgrupper med en rådgivande funktion till vårdgivarna ska införas på primärvårdsnivå. Grupperna bör involveras efter 60 dagars sjukskrivning (ej orsakade av vårdköer), för att stötta sjukskrivande läkare och minska risken för långvarig sjukskrivning.

Arbetsgången mellan sjukvården och Försäkringskassan är problematisk. Läkare vittnar om tidskrävande processer när Försäkringskassans handläggare ibland helt enkelt

inte förstår deras utlåtanden. Den som är försäkringshandläggare ska ha särskild utbildning inom sitt område, inte minst kompetens i arbetsmedicin.

Det är orimligt att Försäkringskassan håller ett första avstämningsmöte med en sjukskriven persons arbetsgivare först efter över ett år, vilket myndighetens statistik idag visar. Försäkringskassan måste få ett stärkt samordningsuppdrag och bli en partner för sjuka människor för att komma tillbaka i arbete. En hörnsten i arbetet är att utöka de så kallade Finsam, samarbetet mellan försäkringskassa och vård.

Människor med många myndighetskontakter kan nästintill drabbas av administrationsutmattnings. Givetvis behövs underlag och dokumentation, men det behövs också ett portaluppdrag att Försäkringskassan ska stötta och guida de invånare som har kontakt med dem.

Dagens nivåer i sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning utgår ifrån en tjänstgöringsgrad på minst 25 procent. Liberalerna föreslår en ordning med steglösa sjukskrivningsgrader mellan 0 och 100 procent. Det måste också bli möjligt att fördela sin arbetstid ojämnt över veckor eller månader, så att personer kan anpassa sin sjukförsäkring efter en sjukdom i skov. En testregion ska utvärdera om ansvaret för kortare sjukskrivningar kan överlåtas till regionerna.

Kömiljarderna ska ta hänsyn till hela vårdkedjan och vårdköerna ska därutöver kortas genom strategiska, ekonomiska transaktioner mellan Försäkringskassan och sjukvården, som ger mer resurser till operationer och annan behandling samtidigt som sjukskrivningarna kortas. Det är avgörande att patienterna alltid prioriteras efter medicinskt behov.

Försäkringsexperter och handläggare måste få bättre lagstöd för att upptäcka och förhindra fusk. Försäkringskassan behöver ha laglig befogenhet att spana på en klient som misstänks ha simulerade åkommor eller som både jobbar och är sjukskriven. Informationsdelningen mellan Försäkringskassan och andra myndigheter ska öka. För att ge ett robustare skydd mot ekonomisk brottslighet ska alla utbetalningar från de statliga trygghetssystemen till enskilda ske via ett och samma statliga transaktionskonto. I ett senare skede ska även utbetalningar från kommuner integreras i systemet.

Beredskap

Aldrig mer får svensk hälso- och sjukvård vara så sårbar inför leveransstörningar som under coronakrisens inledningsskede. Sverige behöver återställa en fungerande sjukvårdsberedskap och staten får inte abdikera från sitt uppdrag att säkerställa att beredskapen finns i hela landet. Tre åtgärder är centrala: fungerande beredskapslager för medicin och utrustning, förbättrad leveranssäkerhet och produktionskapacitet samt att hälso- och sjukvården är integrerad i ett återuppbyggt civilförsvar.

Staten behöver säkerställa tillgången på sjukvårdsutrustning, medicinteknik och kritiska läkemedel, dels genom omsättningslager, dels genom viss inhemsk produktionskapacitet. Regionerna behöver få ansvar för mindre lager men staten ett övergripande ansvar för en lång tids uthållighet. Vi beskriver läkemedelsdelen av detta närmare i vår motion om läkemedelsfrågor.

Mycket av framtidens tillverkning och produktion kommer att kunna ske genom 3D-skrivare. Sverige är i princip självförsörjande på de råvaror som används i processen. För att kunna skriva ut produkter krävs licenser som ofta ägs av utländska företag. Det är viktigt att säkra dessa för att kunna tillverka nödvändig utrustning vid svåra kriser.

Det är avgörande för Sveriges beredskap att sjukvården har god kompetensförsörjning och att anställda garanteras tid att öva regelbundet. Därför ska sjukvårdspersonal krigsplaceras på sina arbetsplatser och sjukvården ska regelbundet samöva med andra delar av totalförsvaret.

Sjukvårdens organisation

Även om svensk sjukvård i huvudsak håller mycket hög kvalitet, finns det betydande utmaningar i att klara likvärdigheten och den långsiktiga finansieringen. En åldrande befolkning, nya effektiva och kostsamma behandlingar och behovet av stora satsningar på medicinteknisk utveckling betyder att det kan vara problematiskt för regioner att fullt ut finansiera denna vård. Svårigheterna blir särskilt tydliga i de regioner där befolkningen och skatteunderlaget minskar.

Frågan om en större omställning av Sveriges regionala indelning har nyligen prövats, men förslaget saknade förankring i de berörda regionerna och kommer inte att genomföras. Vi ser gärna att mindre regioner skapar fördjupade samarbeten och kan bilda nya, större regioner under förutsättning att initiativen växer fram lokalt. Staten ska inte rita om kartan uppifrån. Huvudmannaskapet över sjukvården ska fortsatt ligga hos gradvis större regioner.

Avancerad, högspecialiserad vård behöver dock koncentreras till ett fåtal platser i landet. Ur patienternas perspektiv är det viktigare att få högspecialiserad vård av yppersta kvalitet än att vården finns nära. Det är angeläget att regeringen noga följer att den nya beslutsprocessen för den högspecialiserade vården lever upp till förväntningarna.

Inom områden där patientunderlaget är litet, exempelvis vid sällsynta diagnoser eller där dyrbar teknisk utrustning krävs, bör den högspecialiserade vården struktureras i europeiska specialistcentra.

För att åstadkomma en likvärdig och evidensbaserad hälso- och sjukvård krävs en ökad nationell kunskapsstyrning som säkerställer att nationella riktlinjer följs. Staten behöver ta ett större ansvar för sjukvårdens strategiska planering, beredskap och långsiktiga kompetensförsörjning. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) behöver i högre grad bidra till vårdens utveckling. Kunskapsstyrningen säkrar att våra begränsade resurser används så att de gör störst nytta. Skarpare krav ska ställas på regioner och på enskilda vårdgivare att implementera nationella riktlinjer och nya evidensbaserade behandlingsmetoder samt att ständigt utveckla sin kunskap.

För att skydda de människor som har det allra största vårdbehovet vill Liberalerna att regeringen uppdras att se över för- och nackdelar med att lägga samman högkostnadsskydden, att utreda högkostnadsstegarnas utformning och skyddens sammantagna konstruktion samt att göra vissa kompletterande läkarintyg avgiftsbelagda.

Vårdköerna ska kortas genom ekonomiska styrmedel som kömiljarder, bättre arbetsorganisation och utökad samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården (Finsam). En patient ska opereras och få annan slutenvård i den region hen själv vill, till exempel där anhöriga bor. Det är avgörande att patienterna alltid prioriteras efter medicinskt behov.

Liberalerna anser att vårdgaranti behöver breddas till att även innefatta rättspsykiatri. Vårdgarantin måste tas fram för att främja bättre och effektivare behandlingsresultat för den enskilda individen.

Även vårdens ersättningsystem behöver på sina håll ses över, så att god vård särskilt säkras för dem med störst behov.

Detaljstyrande och administrationstunga statsbidrag måste kraftigt minska. Antalet statsbidrag ska minska till förmån för bredare sektorsbidrag. Öronmärkta statsbidrag kan vara motiverade om de handlar om sådant som kan vara svårt för särskilt mindre regioner att klara på egen hand – till exempel sådant som handlar om samordning över organisatoriska och geografiska gränser eller om kompetenslyft, metodutveckling och erfarenhetsutbyte. Däremot säger Liberalerna nej till specialdestinerade statsbidrag som enbart handlar om att förstatliga en uppgift där vissa regioner inte prioriterat som den regeringen tycker att de ska. Vilka öronmärkta statsbidrag vi säger nej till framgår av vår budgetmotion.

I stort sett vid varje vårdbesök görs någon form av provtagning för diagnos, behandling eller uppföljning. Analyserna utförs sedan inom klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi och klinisk genetik. Under pandemin har kompetensbristen försvårat storskalig testning i Sverige. Det behövs större kunskap och bättre uppföljning av kompetensbehovet inom laboratoriemedicinen. Nationella vårdkompetensrådet bör därför få i uppdrag att analysera kompetensbehovet och föreslå åtgärder.

Privat-offentlig samverkan

Till skillnad från i andra länder är de idéburna vårdgivarna relativt få i Sverige, men de erbjuder ett mervärde som kompletterar den övriga vården och bidrar till sjukvårdens utveckling. Svensk lagstiftning behöver underlätta idéburet offentligt partnerskap. Dessutom behöver den utredning om idéburen välfärd som lades fram för regeringen för några år sedan snarast analyseras närmare; bland annat behövs en definition av idéburen välfärd och likaså skulle idéburna verksamheter kunna få bättre villkor i svensk upphandlingslagstiftning. Idag är upphandlingslagarna för snäva för att till fullo låta organisationer på ideell grund bidra till välfärden. De idéburna organisationerna är grundade på andra principer än näringslivets företag och bör i många fall undantas från lagen om offentlig upphandling (LOU).

Vi vill skärpa lagstiftningen så att en och samma aktör inte tillåts ha ekonomiska intressen på flera ställen längs vårdkedjan. Svensk lagstiftning utgår idag från att det finns en inbyggd risk med att låta de läkare som skriver ut medicin även äga apotek, som tjänar pengar på att sälja samma mediciner. I dag är det med andra ord förbjudet för läkare att äga apotek. Däremot är det omvända fullt tillåtet. Apotek får äga nätläkarbolag och dessutom får läkemedelsföretag äga vårdinrättningar. Apoteksbolagen, däribland statliga Apoteket AB, har därmed inte begått några fel när de köpt in sig i nätläkarbolag. Denna typ av ägarförhållanden skapar dock stora frågetecken, dels i fråga om huruvida dagens regelverk verkligen säkrar en trygg och klok användning av gemensamma resurser, dels om huruvida det påverkar risken för att vår hälsa och våra ekosystem äventyras genom överförskrivning av läkemedel.

Liberalerna menar att lagstiftningen ska skärpas och ta hänsyn till riskerna med att låta apotek eller läkemedelsföretag äga vårdcentraler, nätläkarbolag och andra vårdföretag. Vårdgivare ska vare sig inom human- eller veterinärmedicinsk verksamhet kunna beviljas tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek och vice versa. Varje del av vårdkedjan har ett värde för de invånare som behöver dess stöd. Det sammantagna värdet måste vara större än delarna, inte tvärtom.

Centrumbildningar kan stimulera forskning och patientsäkerhetsarbete samt stärka implementering av nya metoder och utrangering av föråldrade. Regionala cancercentra,

RCC, är ett bra exempel på hur stat och regioner kan samverka för att lösa uppgifter där de enskilda regionerna är för små. RCC driver på mot mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård, men idag finns det inget sätt att skapa verklig långsiktighet i verksamheten. Liberalerna föreslår att en form för idéburet offentligt partnerskap införs på nationell nivå, för att säkra långsiktig samverkan med civilsamhället och för att ge möjlighet att permanenta viktiga organisationer som regionala cancercentra, utan att behöva omvandla dem till myndigheter.

Hälso- och sjukvården måste utformas för patienterna. Samtidigt behövs regler som skyddar våra gemensamma resurser från korruption och felanvändning. Sjukvården behöver i högre grad upphandla smartare, till exempel med funktionsupphandling, innovationsupphandling och småskalig upphandling. Även optimalt använd är dock LOU illa anpassad efter sjukvårdens villkor idag. Det behöver bli enklare för sjukvården att välja bort anbudsgivare som misskött sig, att kräva en viss erfarenhet och trovärdighet av den de ska sluta avtal med eller att kräva en viss geografisk närhet. Vårdgivare och andra livsavgörande aktörer bör också enklare än idag kunna förlänga tidigare avtal för att skydda patienter om nya upphandlingar överklagas och inte kan träda i kraft. Om situationen är brådskande eller en leverantör inte håller ett avtal behöver möjligheten öka att direktupphandla avgörande varor och tjänster. Idag kan vårdgivaren visserligen kräva ersättning eller riva upp avtalet, men vad hjälper långvariga, juridiskt komplicerade tvister den patient som inte får vård?

Samarbetsmöjligheterna behöver öka med aktörer som utvecklar innovativa arbetsätt och medicintekniska produkter. Idag kan regioner och kommuner i mycket liten skala pilottesta idéer i samarbete med företag som jobbar med medicinteknik, processer eller implantat, men vid följande steg i utvecklingsprocessen är ett utvecklingsamarbete omöjligt. Med nuvarande system halkar offentliga organisationer efter och får inte tillräcklig del av innovativa lösningar.

Slutligen ger behov av krisberedskap och parallella leverantörer sjukvården andra förutsättningar än många upphandlare. Det verkar otroligt att patienter blir friskare av offentlig upphandling i dess nuvarande form. Huvudsyftet med LOU idag är ju som sagt att säkra konkurrensen, märk väl. Inte patienten. Den svenska vården regleras idag bortom EU:s gemensamma upphandlingsbestämmelser.

Det behövs en förutsättningslös utvärdering av hur LOU:s nuvarande utformning hör samman med säkerheten och utvecklingsmöjligheterna i samhällsviktig verksamhet som sjukvård. En sådan utvärdering behöver se över om det krävs undantag eller helt separata regelverk för sådan verksamhet.

Inspektionen för vård och omsorg – IVO – utfärdar idag tillstånd och tillståndsändringar för bland annat aktörer som tillhandahåller assistans, ledsagning och stöd inom ramen för LSS. Det är av godo att det finns en initial tillståndsprovning för den som vill starta en verksamhet av den här karaktären och också av godo att en kontroll genomförs när en sådan tillståndsbelagd verksamhet står i begrepp att ändras väsentligen. Provningskrav avskräcker oseriösa aktörer och garanterar att den enskilde får bästa tänkbara service.

Att dessa tillstånd är förenade med avgifter kan till viss del förbättra den avskräckande effekten men den får inte för den sakens skull verka betungande för enskilda, ofta små, aktörer inom sektorn. Tillståndsavgifter för även enklare ändringar kan idag uppgå till 21 000 kronor – en förödande summa för en liten aktör.

Den 1 januari 2019 infördes avgifter för tillstånd och tillståndsändringar från IVO för hemtjänst, assistans, avlösarservice, ledsagning eller annat stöd. Inför införandet

hade regeringen lovat riksdagen att avgifterna skulle kunna differentieras, så att de blev lägre för mindre omfattande verksamheter. Uppdraget från regeringen blev det motsatta: varje ändring ska kosta 21 000 kronor. Samma avgifter gäller för både stora och små verksamheter och för stora och små ändringar, oavsett hur obetydliga och lättkontrollerade de är, till exempel en ny chef när någon går i pension eller blir långtidssjukskriven.

IVO har dock nu i en rapport föreslagit att avgifterna för just tillståndsändringar ska avskaffas, något Liberalerna ser positivt på. Vi förväntar oss att regeringen respekterar myndighetens bedömning, står fast vid vad den tidigare sagt och inte blandar sig i denna nödvändiga regelförenkling.

Kunskap, fakta, utveckling och innovation

Såväl arbetssätt som behandlingsmetoder måste ständigt förbättras i sjukvården. Skarpare krav behöver ställas på regioner och enskilda vårdgivare att implementera nationella riktlinjer och nya evidensbaserade behandlingsmetoder, på att fasa ut äldre arbetssätt och på att ständigt utveckla sin kunskap. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utforma kunskapsstöd för hur kliniker, sjukhus och regioner kan införa återkommande peer review (kollegial granskning) som ett självklart inslag i svensk sjukvård. Det skulle stärka anställda och patienter att regelbundet få en internationell sakkunnigblick på behandlingsmetoder, bemötande, logistik, arbetssätt och miljö. Healing, homeopati och oklara formuleringar om komplementärmedicin hör inte hemma i svensk hälso- och sjukvård. Liberalerna välkomnar nya läkemedel och behandlingsmetoder – om de klarar samma hårda krav på effekt och säkerhet som all annan medicin! Läkarlegitimation måste säkras och fyllas med innehåll när det gäller kraven på vetenskaplighet. Lagen måste skärpas så att innehav av en läkarlegitimation tydligt förknippas med ansvar för den behandling och de råd man ger.

Det är en grundprincip för sjukvården att bara använda beprövade metoder vars effekter har visats vetenskapligt. Healing, homeopati och oklara formuleringar om komplementärmedicin hör inte hemma i svensk hälso- och sjukvård. Liberalerna välkomnar nya läkemedel och behandlingsmetoder – om de klarar samma hårda krav på effekt och säkerhet som annan medicin. Vi är tacksamma för KAM-utredningens förslag att utvidga den s.k. kvacksalverilagen, något vi länge föreslagit. Vem som helst kan efter några dagars utbildning kalla sig för certifierad, auktoriserad eller licensierad terapeut och behandla flera allvarliga sjukdomar. Det är en allvarlig brist som vi ser fram emot att åtgärda. Vi vill också skärpa lagen så att innehav av en läkarlegitimation tydligt förknippas med ansvar för den behandling och de råd man ger. Människor i en utsatt situation får inte svikas av vården och lagstiftarna. Vi har väntat länge på utvidgningen av kvacksalverilagen och vill därför understryka att KAM-utredningens förslag med de skärpningar vi föreslår genomförs snarast.

Kopplingen mellan forskning och klinisk verksamhet behöver stärkas, liksom omsättningshastigheten av nya forskningsrön till innovationer som hjälper patienter och personal. Statens krav på regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation ska därför skärpas. Lagstiftningen ska revideras så att alla sjukvårdshuvudmän får i uppdrag att aktivt bedriva sådan verksamhet.

Sjukvården ska inte vara en tidsresa bakåt i tiden, men så är det i dag för många av vårdens medarbetare. Det är dags för ett tekniskt generationsskifte. Digitalisering ska

avlasta, aldrig belasta. Även förordningar och myndighetsanvisningar måste lämna den pappersbaserade världen och skrivas teknikneutrala, så att digitala tjänster blir möjliga.

Vi vill att vårdens system ska minnas, analysera och vara till hjälp. Patienten ska bara behöva beskriva sitt vårdbehov en gång, oavsett om det är till 1177 på telefon, via en digital vårdapp eller i samtal på vårdcentralen. Behovsbedömning ska ske med ett nationellt medicinskt beslutsstöd.

Patienter ska alltid ges möjlighet att påverka vid framtagandet av nya tekniska lösningar och digitala vårdtjänster. Användardriven utveckling ska alltså vara standardförfarande.

Vi vill att alla regioner ska ha ett lagstadgat uppdrag att aktivt bidra till forskning, att bedriva utveckling och att underlätta innovation. Både offentlig- och privatdriven vård ska ha ett ansvar att bidra till detta.

Det behöver bli lättare för anställda att få gehör för idéer och innovationer. Vi vill öka möjligheten till verksamhetsnära utveckling för alla yrkesgrupper. Varje region eller vårdgivare behöver en struktur för verksamhetsnära innovation och en modell för att genom mentorskap säkra kunskapsöverföring till nästa generations medarbetare.

Vi vill att vården inför återkommande peer review, där internationella experter granskar behandlingsmetoder, bemötande, logistik, arbetssätt och miljö på kliniker och i verksamhetsområden. Att medarbetarna har internationella erfarenheter av hur vården bedrivs i andra länder är också en viktig källa till kunskap.

Utveckling och innovation kräver samarbete. Framtidens lösningar måste utvecklas gemensamt mellan vården, akademien och startups, entreprenörer och företag. Liberalerna anser att varje region ska ha en budget och lokal organisation för verksamhetsnära innovationsarbete. Det behövs också frizoner för vårdinnovation: certifierade testbäddar i ett nationellt nätverk ska ge en säker miljö där nya lösningar kan provas och anpassas.

Vi anser att det även behövs en organisationsform för idéburet offentligt partnerskap på nationell nivå för att säkra samverkan med civilsamhället och för att kunskapsorganisationer som regionala cancercentra (RCC) ska kunna bli fler och permanentas, utan att behöva omvandlas till myndigheter. Regionala psykiatricentra bör inrättas i denna organisationsform.

Vi vill växla upp datadriven innovation och utveckling. Rätt använda kommer hälso-data att rädda liv. Det kräver satsningar på automatisering, så att manuell insamling inte längre är nödvändig, samt enhetliga processer för utlämning av forskningsdata och att mycket starkt dataskydd för den enskilda patientens integritet. Hälso-data som används i utvecklingsarbete ska aldrig i något led kunna spåras tillbaka till en enskild person.

Otaliga appar, robotar och chattfunktioner utformas för privatpersoner, för sjukvården och för omsorgen. Vi vill att tekniska lösningar för sjukvård och omsorg ska certifieras med avseende på säkerhet, integritetsaspekter och etik innan de blir aktuella. Det förutsätter utveckling av gemensamma, nationella standarder för att testa och utvärdera ny teknik i välfärden. Tekniken får aldrig leda till bortprioritering av trygghet och mänsklig kontakt.

Där det är medicinskt lämpligt vill vi att vården ska vara tillgänglig både digitalt och fysiskt – digifysisk – för att skraddarsys utifrån människors behov. Vi vill att vårdavtal ska uppmuntra utveckling av nya digitala lösningar. Digifysisk vård ska prioriteras för personer med långvarig sjukdom, så att de genom hälsoappar, självtester, egenmonitorering och digitala besök kan få mer regelbunden vård och behandling.

En liberal prioritering är att mer psykiatrisk vård ska kunna flytta hem. Lättanvända e-besök till första linjens psykiatri, samtalsbehandlingar, neurologisk vård och andra specialiteter ger patientmakt och mer jämlik vård över landet.

Digital utveckling kräver digital säkerhet. Otaliga appar, robotar och chattfunktioner utformas för privatpersoner, för sjukvården och för omsorgen om årsrika eller människor med funktionsnedsättning. Hälsotekniken och den medicinska tekniken lär rusa de närmaste åren och kan göra stor skillnad för folkhälsan, men idag är det mycket svårt för kommuner och regioner att bedöma vilken teknik som är tillräckligt säker. Liberalerna vill utreda möjligheten att ge en statlig myndighet ansvaret för bedömning av säkerhet, integritetsaspekter och etik i ny medicinsk teknik.

De senaste årens digitala utveckling inom hälso- och sjukvården, och inte minst de nya krav som ställdes under pandemin, har medfört ett nytt normalläge där en kombination av digitala och fysiska metoder alltid behöver kunna erbjudas patienterna. Den nya, digifysiska vården kräver inte bara teknisk utveckling, utan även att avtal, ersättningsmodeller och regelverk anpassas efter denna nya verklighet.

Digitala och fysiska vårdgivare ska ha samma skyldigheter och möjligheter, och patienten ska i samråd med vården kunna välja den kontaktmetod som passar bäst utifrån vårdbehov, situation och personliga önskemål. Målet är att kostnadsersättningen ska vara neutral så att chatt, video, telefon eller fysiskt besök kan användas efter behov. Det är vårdbehovet, inte ersättningsnivån, som ska styra valet av kontaktmetod.

Dagens utomlänsdebitering av digitala besök behöver skyndsamt ersättas med en ny nationell avtalsform mellan regionerna som är anpassad till en vård som inte är antingen digital eller fysisk, utan en kombination av båda. Varje region ska ha full insyn och möjlighet till tillsyn och kvalitetsuppföljning, även för de vårdgivare som främst erbjuder nationella digitala vårdtjänster. Likaså behöver definitioner och beskrivningar i gällande lagstiftning anpassas. Den digitala utvecklingen av vården behöver intensifieras och normaliseras genom att samma förutsättningar och spelregler gäller oavsett hur vården bedrivs.

Ett döende vi kan leva med

Den sjuka människan måste stärkas även under sina sista dagar. Det krävs därför en nationell översyn av den palliativa vården och omsorgen i vårt land. Livet nära döden måste få ta plats, men barn och vuxna som behöver palliativ vård får den inte i dag. Vården i livets slutskede är ojämlik. Socialstyrelsen kritiserar att varannan dödligt sjuk patient inte ens får veta att hen kommer att dö av sin sjukdom, inte ges möjligheten att ställa frågor, forma sin sista tid och ta avsked.

Även kunskapsbristen i palliation kritiserar och att alldeles för få anställda får handledning och stöd trots känslomässigt tunga situationer. Mer än var fjärde barnklinik saknar rutiner för att ta hand om döende barn. Människor dör också utan att någon vet om de har ont. I vissa regioner får fyra av fem döende ingen smärtskattning. I den kommunala vården och framförallt när förmågan att kommunicera avtagit, kan mörker-talet för hur många som dör utan smärt- eller ångestlindring vara stort.

Frågan om vård av döende personer är relevant för alla åldersgrupper men av naturliga skäl mer väsentlig för årsrika individer. Därför berörs liknande resonemang som de som anförs här även i vår separata motion om politik för årsrika.

Varje människas rätt att dö där hon vill

Varje människa ska ha rätt att vårdas där hon vill dö, anhöriga ska stöttas och ingen ska dö ensam. Vi får aldrig acceptera att fel bostadsort, diagnos eller ålder blir en sista nitlott. Stödet till både patienter, anhöriga och vårdpersonal måste stärkas, såväl i sjukvård som i kommunal vård och omsorg.

Utred självvalt livsslut

Liberalerna vill förutsättningslöst utreda frågan om dödshjälp, självvalt livsslut. Dödshjälp innebär en insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död. I dag råder i Sverige ett absolut förbud mot dödshjälp. Den som berövar en annan människa livet kan dömas för mord eller dråp, även om det sker på den dödades begäran.

Det finns andra åtgärder i livets slutskede som inte utgör dödshjälp och som är tillåtna. Vi beskriver dessa i det följande.

När en livsuppehållande behandling bedöms göra mer skada än nytta för patienten kan den ansvariga läkaren besluta om att inte inleda eller inte fortsätta en sådan behandling. Ett sådant beslut är inte i första hand grundat i ett önskemål från patienten utan i en medicinsk bedömning, även om läkaren där så är möjligt naturligtvis ska samråda med patienten och/eller anhöriga. Avsikten är inte heller att patienten ska dö utan att denne inte ska komma till skada.

Ibland händer det att en patient önskar avstå från livsuppehållande behandling som inte ur strikt medicinsk synpunkt ter sig meningslös. Enligt Socialstyrelsen ska en sådan önskan respekteras om det handlar om en beslutskompetent patient.

Symtomlindrande behandling i livets slutskede kan i vissa fall ha en potentiellt livsförkortande effekt men utgör inte dödshjälp. Det handlar visserligen om en insats som ges, men utgångspunkten för ett sådant behandlingsbeslut är inte patientens önskan utan ett medicinskt behov och beslutet kan, om nödvändigt, fattas utan att patienten är beslutskompetent. Syftet är vidare att lindra symtomen, inte att patienten ska avlida. Så länge doseringen av läkemedel sker utifrån målet att lindra symtomen och inte utifrån ett mål om att patienten ska avlida handlar det enligt definitionen inte om dödshjälp.

Slutligen bör nämnas så kallad palliativ sedering, där medvetandegraden sänks med lugnande och ångestdämpande medel i syfte att patienten inte längre ska uppfatta några svåra symtom. Om patientens medvetandegrad hålls sänkt till dess att döden inträffar talar man om kontinuerlig palliativ sedering, medan man i fall där patienten med vissa mellanrum väcks igen talar om intermitterande palliativ sedering. Kontinuerlig palliativ sedering tillämpas när döden ändå är förväntad inom någon eller några få dagar. Den palliativa sederingen som sådan bedöms inte påverka tiden för döden. Så länge åtgärden bedöms som adekvat utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet utgör den inte dödshjälp.

Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening tog 2007 med uppdatering 2018 fram etiska principer för läkares och sjuksköterskors handlande när en patient är i livets slutskede. Samma etiska principer återfinns i Socialstyrelsens riktlinjer för palliativ vård, uppdaterade 2019. Det innebär att en patient kan få tillfällig eller kontinuerlig sedering tills döden inträffar, om symtomen är outhärdliga och inte kan lindras på annat sätt. Det är däremot i dag inte tillåtet att ge läkarassisterad dödshjälp grundat på patientens önskan att dö. Den frågan aktualiserades genom att en svensk läkare sommaren 2020 gav en svensk ALS-patient möjlighet att avsluta sitt liv med

hjälp av förskrivning av läkemedel. Läkaren blev föremål för utredning om deslegitimering av IVO och en förundersökning om medhjälp till dråp inleddes.

Den svenska debatten om dödshjälp har pågått sedan början av 1960-talet. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) gav 1992 ut en debattskrift om dödshjälp. Några år senare, 1996, skickade Smer en skrivelse till regeringen där man föreslog en utredning om människovärde, livskvalitet och självbestämmande i livets slutskede, där även frågan om dödshjälp kunde behöva belysas. Frågan om utredning och införande av dödshjälp i Sverige aktualiserades även av Smer 2008. Varje gång har det lett till en samhällsdebatt som visat att det i denna fråga råder delade meningar, mycket beroende på olika värderingar och infallsvinklar. Smers senaste rapport i ämnet, Dödshjälp (2017:2), är en kunskapssammanställning för att bidra till en mer faktabaserad debatt, i synnerhet som allt fler länder nu infört dödshjälp och redovisat sina erfarenheter. Här redogörs för värdeargument för dödshjälp, till exempel att människor har en rätt att besluta över sin egen död och att det ger svårt sjuka patienter möjlighet att avsluta livet på ett värdigt sätt, men också värdeargument emot dödshjälp, såsom att det strider mot läkaretiken och principen om livets okränkbarhet. Kunskapssammanställningen redovisar också faktaargumenten för dödshjälp, såsom att rätten till dödshjälp kan motverka låg livskvalitet och värdighetsförlust i livets slutskede, liksom faktaargument emot, såsom att det är svårt att säkerställa att begäran att dö är frivillig och bestående.

I Belgien och Nederländerna är outhärdligt lidande villkoret för att en läkare kan ge patienten ett dödligt medel. I Oregon och andra amerikanska stater kan i stället människor med terminal sjukdom efter noggrant övervägande få utskrivet ett läkemedel att sedan ta själv.

Mot bakgrund av att allt fler länder inför en möjlighet framför allt till läkarassisterad dödshjälp anser Liberalerna att frågan bör studeras av en utredning som bör studera gjorda erfarenheter samt argumenten för och emot dödshjälp samt förutsättningslöst analysera frågan om någon modell för dödshjälp bör bli tillåten i Sverige.

Organdonation räddar liv

Få svenskar vill begravas med alla sina organ och vävnader när de dör. Mer än åtta av tio svenskar vill donera – samtidigt är bara femton procent anmälda till donationsregistret. För få av oss tar steget att anmäla vår vilja och nästan varje vecka dör en person i väntan på organ i vårt land. Varje vuxen, beslutskapabel människa har ett ansvar att göra sin vilja känd. Lagar och regelverk behöver tydligare utgå från den förkrossande majoritet av människor som vill donera, samtidigt som vi ovillkorligen respekterar den som sagt nej. Anhöriga bör inte längre ha veto, utan bara ges möjlighet att vidareförmedla vår vilja – beslutanderätten över våra kroppar ska vara vår egen och ingen annans.

Det bör också bli tillåtet att ge intensivvård enbart för att rädda organ, om vi själva ska dö. Det skulle rädda många liv om varje människa fick välja att låta sjukvårdspersonal under ett par dygn hålla respiratorn igång, ge oss läkemedel och vårda våra kroppar för okända andras skull, när hoppet är ute för vår egen del – för andra människor kan dessa dygn innebära skillnaden mellan liv och död.

Dessa lagändringar kräver stärkt kunskap på många håll. Vi vuxna invånare måste alla veta och förstå vad vi tar ställning till och redan som skolelever behöver människor få tid för samtal om detta. Kunskapen behöver också stärkas i sjukvården, både om vård av donatorer och mottagare och om hur anhöriga kan stöttas. Detta kräver att vi

etablerar fler regionala donationscentra runtom i landet, som kan ansvara för kvalitets- och utvecklingsarbete och ge stöd och utbildning till yrkesgrupper i sjukvården. Inte minst behövs fler intensivvårdsplatser för organmottagare om liv ska kunna räddas. Tillika behövs kompetens om organbevarande och anslutande vårdinsatser på ett fullgott medicinskt och etiskt sätt.

Tandvård

Människor som förlorat tänder är sjukare än andra, bakteriebeläggningar på tänderna ökar risken att dö i förtid med 50 procent och människor med tandlossning dör i snitt 30 år tidigare än andra. Orsakssambanden är inte klarlagda, men troligtvis bär långvarig, låggradig inflammation i munnen åtminstone delar av skulden. Detta kräver fokus på riskgrupper. På sikt krävs också en stor omställning av tandvården, och då måste vi vända på alla stenar, även finansieringen.

Sveriges befolkning har fått allt bättre munhälsa, men det finns hål i den bilden. Människor med långvariga sjukdomar och personer som lider av psykisk ohälsa är särskilt utsatta. Den nya specialiteten orofacial medicin stöttar människor med komplexa funktionsnedsättningar och/eller systemsjukdomar. Denna specialitet måste stärkas.

Utrikesfödda och människor med sämre socioekonomi halkar efter i munhälsa. Tidiga och uppsökande insatser behövs med intensiv tandvård, rådgivning och utbildning till vårdnadshavarna. Den sociala klyftan i munhälsa måste slutas.

Nationella tandvårdsprogram ska tas fram för riskgrupper. Kunskapen måste också öka om munhälsa vid åldrande och vid demenssjukdomar, neurologiska sjukdomar, Parkinsons sjukdom, MS och andra tillstånd som ofta drabbar äldre.

För att stärka riskgruppers munhälsa krävs legitimerad tandvårdskompetens även i den övriga hälso- och sjukvården som ger råd till patienter i riskgrupper. Personal på vårdcentraler, barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler ska ha grundläggande kunskap om munhälsa.

Vi vill även se att en testverksamhet där tandvården integreras i vårdkedjan för att upptäcka och minska munhälsorelaterad ohälsa införs.

Utöver det bör även möjlighet till mobil tandvård införas.

Liberalerna vill att tandvårdens finansiering gradvis blir alltmer lik övrig hälso- och sjukvård. Vi vill åstadkomma detta genom ett allt starkare högkostnadsskydd med stegvis höjd subventionsgrad – i praktiken en prioritering av personer med långvariga sjukdomar och personer över 70 år. Högkostnadsskyddet ska även omfatta abonnemangstandvården. Utgifter och administrativt krångel ska minska, allra först för dem med högst risker, behov och kostnader.

Lina Nordquist (L)

Barbro Westerholm (L)

Johan Pehrson (L)

Maria Nilsson (L)

Gulan Avci (L)

Christer Nylander (L)

Mats Persson (L)

Allan Widman (L)