

Partimotion

Motion till riksdagen: 2014/1585

av Jonas Sjöstedt m.fl. (V)

En jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut	2
3	Inriktning för hälso- och sjukvården.....	3
4	Jämställd och jämlik vård	4
4.1	Vårdens prioriteringar	5
4.2	Kunskap och statistik	5
4.3	Gör vården jämlik för människor med funktionsnedsättning.....	6
4.4	Vård på lika villkor – oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck .	7
5	Vinst i vården.....	8
6	Hälso- och sjukvårdens resurser	8
6.1	Ungdomsmottagningar	9
6.2	Glesbygdsmedicin	9
6.3	Mobila vårdteam	10
6.4	Vård till tortyr- och krigstraumatiserade.....	10
7	Sjukvårdens behov av personal nu och i framtiden	11
7.1	Utbildningsanställning för sjuksköterskor	11
8	En säker förlossningsvård	12
9	Psykisk ohälsa är ett stort samhällsproblem	13
9.1	Könsperspektiv i psykiatrisk vård	15
9.1.1	Kvinnors situation inom rättspsykiatri	17
9.2	Personal med utbildning är en nyckelfråga för psykiatri	18
10	Sprututbyte	19

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om inriktningen för den nationella politiken för hälso- och sjukvård.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör tas fram med inriktning på hur man kan öka och sprida kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag på hur hbtq-personer över hela landet ska kunna garanteras vård på lika villkor.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas om hur ungdomsmottagningarnas verksamhet ska breddas.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin och arbeta med kunskapsspridning av metoder och teknislösningar.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalförsörjning bör tillsättas.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda och lämna förslag på vad som behöver göras för att nå målet om en barnmorska per aktiv förlossning i förlossningsvården.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en långsiktig handlingsplan för psykiatri bör tas fram.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om genusperspektiv i psykiatri.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kvinnors situation i rättspsykiatri bör uppmärksammas.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det bör införas ett förbud mot att placera personer som inte är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar eller kliniker.

13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör lämna förslag på åtgärder för att utveckla vården av patienter med självskadebeteende.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det kommunala vetot bör avskaffas och att landstingen självständigt bör kunna besluta om att inrätta sprututbytesverksamhet.

3 Inriktning för hälso- och sjukvården

En bra och jämlik hälsa är det viktigaste målet för vården. Vänsterpartiet ser sjukvården som en viktig del av den gemensamma välfärden. Vinstdriven hälso- och sjukvård leder bort från strävan att ge vård efter behov. Privata företag ska inte få ha fri dragningsrätt på skattepengar genom etableringsfrihet och förmånliga ersättningsystem. Resurserna måste styras dit de bäst behövs. Beslutet om att påtvinga landstingen vårdvalssystem och lagen om valfrihetssystem (LOV) ska rivas upp. Hela eller delar av sjukhus ska inte kunna säljas ut. Inte heller ska gräddfiler tillåtas där patienter betalar för att smita före i kön.

Vänsterpartiet vill ha en sjukvård som jobbar förebyggande och hälsofrämjande och utgår från en social helhetssyn. Vården ska aktivt samarbeta med andra samhällsaktörer för minskade klassklyftor när det gäller hälsa. Kvinnor och män ska ha samma rätt till bra vård. Ingen diskriminering ska förekomma p.g.a. funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck eller etnicitet. Papperslösa, asylsökande och gömda ska ha full rätt till sjukvård. Kvaliteten i omvårdnad och rehabilitering måste förbättras. Många med funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar behöver bättre vård och rehabilitering.

Vänsterpartiet vill ha en sjukvård som styrs demokratiskt och där patienten är delaktig i sin vård. Inom ramen för en offentlig skattefinansierad vård ska enskilda vårdenheter ha en hög grad av självständighet att utforma sin verksamhet. Lagarbete och samarbete mellan olika personalgrupper ska vara normen. Personalen är vårdens viktigaste resurs. Genom satsningar på bra löner, goda arbetsförhållanden, arbetsplatsdemokrati, utökad personaltäthet och möjligheter till utveckling i jobbet kan sjukvården bli ännu effektivare och mer hälsofrämjande.

Kommunernas roll inom vården måste stärkas. De bör ha möjlighet att anställa egna läkare, och socialmedicinska team bör inrättas för att säkra utsatta gruppers rätt till bra vård. Den psykiatriska vården ska bygga på en helhetssyn på människan och på frivillighet. Rätten att välja behandling samt rätten till bostad och meningsfull sysselsättning måste stå i centrum.

En bra forskning och utbildning har en avgörande betydelse för framtidens sjukvård. Alla behandlingsmetoder och läkemedel som används inom den offentligt finansierade vården ska möta högt ställda kvalitetskrav och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Forskningen ska utgå från ett folkhälso-, klass- och genusperspektiv samt ge omvårdnadsfrågor en central plats. Forskning och utbildning ska inte få styras av läkemedelsindustrin. I syfte att säkra en långsiktig läkemedelsförsörjning måste samhället kunna styra apoteken.

I framtiden kommer sjukvården att behöva mer pengar. Det enda sättet att klara framtidens vårdbehov är att slå vakt om en skattefinansierad vård. Avgiftsfinansierad vård blir inte billigare och leder till att kostnaderna vältras över på de svårast sjuka i stället för att delas av alla skattebetalare. Privata försäkringar leder till ökade orättvisor och till att fel grupper prioriteras. Det mest effektiva sättet att minska framtidens vårdbehov är ett bra förebyggande och hälsofrämjande arbete, en primärvård av bra kvalitet och tydligt områdesansvar. Den första linjens vård som vi anser på sikt ska vara avgiftsfri och bygga på teamarbete mellan olika personalgrupper bör stärkas.

Detta bör vara inriktningen för den nationella hälso- och sjukvårdspolitik. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4 Jämställd och jämlik vård

Som vi konstaterar i inledningen finns det stora skillnader i både hälsa och tillgång till vård i Sverige. De skillnader i hälsa som finns hos befolkningen speglas även i vilken vård man får. Klasstillhörigheten kan vara avgörande för vilken behandling och medicinering man får i vården. Dödligheten i olika sjukdomar kan variera kraftigt beroende på utbildnings- och inkomstnivå. För Vänsterpartiet är frågan om jämställd och jämlik hälsa och vård överordnad. Rätten till bästa möjliga hälsa måste gälla alla oberoende av kön, ålder, klass, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och funktionsnedsättning. Var man än bor i landet ska det finnas förutsättningar för en bra och likvärdig vård.

4.1 Vårdens prioriteringar

Hälso- och sjukvården ska styras demokratiskt och därför slår riksdagen fast vilken prioriteringsordning som ska gälla. De grundläggande principerna är människovärdesprincipen, dvs. att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, samt behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen är överordnad och syftar till att förhindra diskriminering, stigmatisering och kommersialisering av enskilda människor. Behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen. Det innebär att personer med svåra sjukdomar har företräde framför lindrigare sjuka oavsett kostnader. Den omfattande privatiseringen och kommersialiseringen av hälso- och sjukvården innebär ett hot mot denna prioritetsordning i och med att vinst blir en drivkraft. Vänsterpartiet slår vakt om en offentligt driven och skattefinansierad vård. En demokratisk styrning av vården i kombination med öppenhet och insyn är det bästa sättet att garantera att vård ges efter behov.

4.2 Kunskap och statistik

Genusperspektivet i hälso- och sjukvården måste bli tydligare. Vi vet för lite om kvinnors hälsa eftersom mannen varit, och fortfarande är, den rådande normen inom läkarvetenskapen. Först i början av 1990-talet började man diskutera avsaknaden av ett jämställdhetsperspektiv inom vård och behandling och kräva könsuppdelad statistik. Fortfarande finns stora kunskapsluckor när det gäller kvinnors hälsa.

Förutom kunskapsskillnader finns det även skillnader mellan könen när det gäller bemötandet inom vården. Fler kvinnor än män upplever att de inte blir trodda, att de blir missförstådda och får vänta på utredningar för diagnos, framför allt inom primärvården och psykiatrin. Kvinnor och män bemöts också olika inom akutsjukvården. Det gäller såväl behandling som diagnostisering. Vid ambulansutryckningar får män oftare än kvinnor bedömningen högsta prioritet.

Socialstyrelsen publicerade 2008 en rapport om könsperspektivet på hälso- och sjukvård ”Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst”. Fler kvinnor än män i samtliga åldersgrupper upplever oro och ångest och det är särskilt oroande att den psykiska ohälsan bland unga kvinnor fortsätter att öka. Många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna gäller läkemedel mot depression och andra psykiska sjukdomar.

Det finns ett stort behov av en mer systematisk, könsuppdelad statistik för att synliggöra könsrelaterade problem inom vården. Det behövs metodutveckling för att

kartlägga könsskillnader vad gäller vårdresurser och resultat. Ett genusperspektiv borde integreras i all forskning, utbildning och utveckling och det borde forskas mer om kvinnors sjukdomar och villkor i vården. En nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör därför tas fram med inriktning på hur man kan öka och sprida kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4.3 Gör vården jämlik för människor med funktionsnedsättning

Socialstyrelsen redovisar i sin lägesrapport för 2013 att personer med insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) oftare dör i cancer och har sämre chanser att bli friska än övriga cancerpatienter. För denna grupp är risken att dö mer än fördubblad jämfört med hos övriga cancerpatienter.

Sjukvård för personer som får insatser enligt LSS är en angelägenhet för både hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten. Många i gruppen har företrädare, exempelvis i form av socialtjänstpersonal eller god man. Många har dessutom kognitiva svårigheter eller andra svårigheter, som gör det svårt för dem att föra sin egen talan. Ovanstående resultat om dödlighet och vård vid cancer pekar på behovet av kompetens, samverkan mellan socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis i form av förbättrade rutiner på boenden. Men det handlar troligen också om att funktionshindersperspektivet behöver få ett större genomslag inom hälso- och sjukvården inte minst vad gäller psykiska funktionsnedsättningar.

Vårdpersonal behöver uppmärksamma särskilda behov hos personer med funktionsnedsättning för att på så sätt förbättra bemötandet. Att personer med funktionsnedsättning får ett bra bemötande är således en viktig förutsättning för att vården ska bli mer jämlik. Det behövs aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning. Regeringen bör återkomma med konkreta förslag på åtgärder för att förbättra situationen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

För att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behöver den även vara tillgänglig. Socialstyrelsen har i en annan rapport uppmärksammat att tillgängligheten hos vårdcentraler är låg för denna grupp. Mindre än 10 procent av vårdcentralerna hade t.ex. anpassat sina lokaler för hörselskadade och ca 30 procent hade rutiner för att förlänga besökstider. Denna bristande tillgänglighet riskerar att göra det ännu svårare för personer med funktionsnedsättning att få vård. Det kan ta längre tid och i värsta fall kan bristerna helt

utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som övrig befolkning.

4.4 Vård på lika villkor – oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck

Sverige är fortfarande ett heteronormativt land där heterosexuella betraktas som normen och hbtq-personer betraktas och behandlas som avvikande. Samhällets normer gällande sexualitet, könsidentitet och könsuttryck får konsekvenser för vår hälsa och den hälso- och sjukvård vi får.

Diskrimineringsombudsmannen hade 2010 och 2011 ett särskilt fokus på vård på lika villkor. Man fann då att trots att hbtq-personer som grupp har större vårdbehov än befolkningen i stort så undviker många hbtq-personer att söka vård. Både svensk och internationell forskning visar att många hbtq-personer skräms bort från vården av kränkande och diskriminerande bemötande.

Diskriminering skapar ohälsa, det blir inte minst tydligt bland hbtq-personer. En studie från Statens folkhälsoinstitut visar att varannan av de tillfrågade transpersonerna någon gång hade övervägt att ta sitt liv. Självmordsförsök var också dubbelt så vanliga bland homo- och bisexuella som i övriga befolkningen. Den utbredda ohälsan bland unga hbtq-personer är i detta sammanhang särskilt alarmerande. Folkhälsoinstitutet har också visat att hbtq-personer har ett högre riskbruk av alkohol och använder cannabis i högre utsträckning.

Det finns också exempel som visar att diskrimineringen av hbtq-personer inom hälso- och sjukvården har sin grund i lagstiftning och politiska beslut. Det har förekommit olika regler vid assisterad befruktning för samkönade och olikkönade par. Fram till nyligen genomfördes tvångssteriliseringar av transsexuella. Och transpersoner som är yngre än 18 år har inte rätt att byta juridiskt kön, vilket har negativa konsekvenser för unga transpersoners hälsa.

Ska alla ha tillgång till vård på lika villkor kan man inte utgå från att alla som vänder sig till vården är heterosexuella eller att alla människor har ett könsuttryck som ”passar ihop” med den könsidentitet som det omgivande samhället tillskriver dem. Vård på lika villkor förutsätter ett långsiktigt arbete med kompetenshöjning och bemötandefrågor. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag på hur vård ska garanteras på lika villkor för hbtq-personer över hela landet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

5 Vinst i vården

Genom att släppa in vinsten som drivkraft i vården försvåras möjligheten att styra vården till dem med de största behoven. I stället satsar vårdgivarna på att styra vården till de personer som är mest lönsamma och att ge dem vård på det mest lönsamma sättet. Att fördela vård efter marknadens principer fungerar mycket dåligt och alltför ofta blir resultatet att de som har det minsta behovet av vård får mer än vad de behöver. Rika och välutbildade grupper är friskare än andra och har de minsta behoven av vård, samtidigt som de är mer benägna än andra grupper att söka vård.

Vänsterpartiet anser att det är mycket viktigt att svensk sjukvård inte går i riktning mot en ökad privat finansiering. Även med en offentligt finansierad vård kan vinsten som drivkraft få stora konsekvenser. När privata vårdföretag drivs genom att ta del av offentliga medel skapas en lång rad problem, och även här tenderar vårdens resurser att styras så att de som behöver minst vård får mer och tvärtom. Ersättningssystemen är svåra att konstruera så att de gör det lönsammast att behandla dem med de största vårdbehoven – och ibland finns knappt alls någon sådan ambition med ersättningssystemen.

Vänsterpartiet har därför kommit överens med regeringen om att vinstjakten ska bort som incitament från välfärdssektorn eftersom behoven i skola, vård och omsorg gör att det inte finns utrymme för vinstutdelning av skattemedel. Skattemedel ska användas enbart till den verksamhet de är avsedda för. Förutsättningen för att privata aktörer ska få verka inom välfärdssektorn ska vara att syftet med verksamheten är att tillhandahålla utbildning, vård eller omsorg av god kvalitet, inte att dela ut vinst till ägarna eller på annat sätt föra ut överskott ur verksamheten. Tvångs-LOV inom primärvården ska upphävas och LOV i övrigt kommer att ersättas av ett nytt regelverk gällande valfrihetssystem.

6 Hälsa- och sjukvårdens resurser

Landstingen har i dag en ansträngd ekonomi och hälso- och sjukvården har stora problem på många håll. Under den senaste tiden har rapporterna duggat tätt om överbeläggning, platsbrist, långa väntetider, inställda operationer, hotad patientsäkerhet m.m. Det förekommer protester från personalen mot hög arbetsbelastning, låga löner och dåliga arbetsvillkor. Läget är så allvarligt att neddragningar, anställningsstopp och brist på vårdplatser har bidragit till att människor dött. Förlossningsvården har en krisartad situation på flera håll. Det finns också en allmän uppfattning i samhället att vården inte fungerar som den ska.

Landsting och regioner ser olika ut och verkar under olika villkor och har därför olika behov. I en del landsting råder brist på vårdplatser, i andra saknas personal eller är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Hur sådana problem ska lösas hänger samman med vilka resurser som i framtiden kommer att finnas tillgängliga i hälso- och sjukvården och hur resurserna fördelas. Vänsterpartiet ser ett behov av en generell resursförstärkning till vården. Samtidigt finns det mindre områden som bör prioriteras särskilt: ungdomsmottagningar, glesbygdsmedicin, mobila vårdteam samt vård för tortyr- och krigsskadade.

6.1 Ungdomsmottagningar

Yngre barn mår i allmänhet bra och har god hälsa. Bland äldre barn och ungdomar är problemen med ohälsa större, och det är särskilt ungdomars psykiska välbefinnande som är relativt lågt i en internationell jämförelse enligt Socialstyrelsens rapport Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.

Den ökning som har skett sedan början av 1990-talet av ungdomars självupplevda psykiska besvär tycks nu ha avstannat. En anledning kan vara det ökade antalet ungdomsmottagningar så att det nu finns en ungdomsmottagning i de flesta kommuner, vilket bör ha inneburit att psykisk ohälsa kan upptäckas på ett tidigare stadium. För att inte bara hejda ökningen av psykisk ohälsa utan även minska densamma behöver ungdomsmottagningarnas arbete utvecklas ytterligare.

Ungdomsmottagningarna behöver nå fler ungdomar och bli mer tillgängliga. I dag saknas i alltför hög grad ett lättillgängligt samtalsstöd, en första linjens stöd för att fånga upp unga med psykisk ohälsa. Då handlar det om att anställa fler psykologer och kuratorer. För att möjliggöra ett längre öppethållande på helger och på sommaren, behövs det fler som arbetar på ungdomsmottagningarna i största allmänhet. Det handlar förutom om ovanstående grupper även om framför allt barnmorskor och läkare. Eftersom färre pojkar än flickor besöker ungdomsmottagningarna behöver verksamheten utvecklas för att i större utsträckning möta pojkars och unga mäns behov. Det bör därför tillsättas en utredning om hur verksamheten vid ungdomsmottagningar ska breddas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

6.2 Glesbygdsmedicin

Att erbjuda hälso- och sjukvård i gles- och landsbygdsområden som är trygg, säker och likvärdig med den i övriga landet har sin egen problematik eftersom det råder andra förutsättningar än i städer och tätbefolkade områden. Där finns ofta en större andel äldre, och avstånd är ofta en försvårande faktor för både patienter och personal. Här finns också yrkesgrupper med mycket ensamarbete i skog och mark, t.ex. inom

rennäring och skogsbruk. Även turismen leder till speciella krav p.g.a. att den är så säsongsbetonad med mångdubbelt antal människor som under kort tid kräver betydligt större resurser än hälso- och sjukvårdsorganisationen har under övrig tid. Det ställer krav på såväl primär- som specialistvård och väl utvecklad mobil akutsjukvård och räddningstjänst.

Därtill är det ofta rekryteringssvårigheter till små verksamheter på landsbygden. Det gör dem oftare beroende av bemanningsföretag med svårigheter att upprätthålla kontinuitet i patienternas vårdkontakter som följd.

Glesbygdsmedicin är ett begrepp som vuxit fram under senare år. Det innefattar en rad kunskapsområden och metodutveckling som syftar till att kompensera för avståndsproblematik och upprätthålla den bredare kompetens som är nödvändig då befolkningsunderlaget är litet och avstånden stora. Det betyder ett utvecklat och fördjupat närvårdskoncept.

Glesbygdsmedicin som kunskapsområde behöver såväl forsknings- som utvecklingsmedel för att finna och sprida de lösningar som kan garantera trygg, säker och likvärdig vård till den del av befolkningen som bor i gles- och landsbygdsområden.

Inom den norra sjukvårdsregionen är av nödvändighet glesbygdsmedicin ett etablerat begrepp. De metoder som arbetats fram, främst i Västerbotten, behöver få nationell spridning. Socialstyrelsen bör därför få ett uppdrag att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin och arbeta med kunskapsspridning av metoder och tekniklösningar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

6.3 Mobila vårdteam

Mobila vårdteam är ett sätt att erbjuda kvalificerad vård i hemmet i stället för att patienter uppsöker eller läggs in på sjukhus och liknande. Mobila vårdteam finns inom en mängd områden, t.ex. palliativ vård, psykiatrisk vård eller demensvård, och ser därför väldigt olika ut. Det finns också olika lösningar i olika delar av landet.

Ett exempel är Jämtland där det finns mobila vårdteam för rehabilitering för patienter som har haft stroke, ett område som för övrigt är eftersatt inom sjukvården. Det är två team som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och sjuksköterska och utgör totalt 5 heltidstjänster. Teamen når drygt hälften av det totala antalet patienter.

6.4 Vård till tortyr- och krigstraumatiserade

Vården till tortyr- och krigstraumatiserade är i dagsläget bristfällig. Det finns brister i kompetens kring tortyr- och krigsskador bland dem som möter drabbade på vårdcentral, mödravårdscentral (MVC) och barnavårdscentral (BVC), varför tillstånden ibland upptäcks först efter många år i Sverige. Dessutom finns i dagsläget mycket få platser i

Sverige som erbjuder relevant rehabilitering för dem som genomlevt tortyr eller svåra krigstrauman, vilket i sin tur innebär att väntetiderna för behandling kan vara mycket långa och tillgången till vård i landet är mycket ojämlig.

Forskning visar att anhöriga till traumatiserade i hög grad påverkas av tillståndet och inte minst barnen riskerar att ärva traumat.

7 Sjukvårdens behov av personal nu och i framtiden

Att ha tillgång till personal med rätt kompetens i hela landet är en ödesfråga för en jämlik hälso- och sjukvård. Det handlar om att utbilda tillräckligt många. Sverige kan inte fortsätta leva på att andra länder utbildar t.ex. läkare för vårt behov. Men det handlar också om att en pressad personal med ständig stress och övertid flyr från orimliga arbetsförhållanden. I dag söker sig många sjuksköterskor till Norge, som har bättre arbetsvillkor kombinerade med betydligt högre lön. Nyutbildade sjuksköterskor söker sig till andra arbetsgivare än landstingen p.g.a. de låga ingångslönerna.

Sjukvårdens hierarkiska uppbyggnad och de styrmodeller, som bl.a. Läkaruppropet protesterar mot, gör också att personal slutar och söker andra arbetsgivare.

Den demografiska utvecklingen ställer också krav inför framtiden; att ta hand om en ännu högre andel äldre patienter och att klara sjukvården också på landsbygden. Redan i dag tvingas landsting, trots sämre kvalitet och större kostnader, att anlita stafettläkare. Inom ett antal år riskerar vi att ha en stor brist på distriktsläkare om inget görs och antalet barnmorskor som närmar sig pensionsåldern är oroväckande högt.

På många håll på landsbygden finns rekryteringsproblem när det gäller yrken som kräver högskoleutbildning, exempelvis inom vårddyrkena.

Det krävs ett helhetsgrepp för att trygga sjukvårdens personalförsörjning i hela landet både i närtid och i framtiden. En parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalförsörjning bör därför tillsättas för att analysera situationen och komma med konkreta förslag på kort och lång sikt. Den ska självklart arbeta tillsammans med landets främsta experter på området, ta lärdom av andra länder och ha en kontinuerlig dialog med berörda intresseorganisationer och fackföreningar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

7.1 Utbildningsanställning för sjuksköterskor

Det råder stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor och antalet minskar stadigt. Genomsnittsåldern är hög och många kommer de närmaste åren att gå i pension. Under de senaste 20 åren har andelen utbildade specialistsjuksköterskor sjunkit från 70 till 40

procent av det totala antalet sjuksköterskor. Vårdförbundet anser att nivån bör ligga på 70 procent.

En anledning till bristen på specialistsjuksköterskor är de många hinder som står i vägen för sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Sjuksköterskor måste oftast, till skillnad från läkare, ta tjänstledigt med studiemedel för att specialisera sig. En annan anledning är den dåliga löneutvecklingen. En specialistsjuksköterska tjänar i genomsnitt bara 6,2 procent mer än en sjuksköterska och det tar i genomsnitt 19 år innan en specialistsjuksköterska har tjänat in kostnaderna för att vidareutbilda sig.

Vänsterpartiet anser att kvaliteten i vården måste höjas genom att fler sjuksköterskor specialiserar sig. Att satsa på betald specialistutbildning för sjuksköterskor höjer inte enbart kvaliteten på vården utan skapar även arbetstillfällen genom vikariat för de anställda som vidareutbildar sig. Därför har Vänsterpartiet också medverkat till att inrätta akademisk specialtjänstgöring för sjuksköterskor både i landstinget i Kalmar län och Örebro läns landsting.

8 En säker förlossningsvård

De nio månadernas graviditet som föregår en förlossning ska vara en tid där den gravida kvinnan tillsammans med partner eller andra i sin omgivning ska känna att de kan förbereda sig för sitt kommande föräldraskap. De ska känna att de får tid och utrymme i mödravården, där de får svar på sina frågor och förbereds inför förlossningen.

Graviditeten är för många ändå omtumlande och många frågor ställs på sin spets. Därför är det helt avgörande att de gravida kvinnorna ska kunna känna en trygghet inför den stundande förlossningen. För många är det inte så i dag. De oroar sig för om de ska få plats på sjukhuset, om de ska blir runtskickade mellan olika enheter eller om de ska få föda ensam på salen utan tillgång till en professionell barnmorska. Så ska det inte vara.

Den svenska förlossningsvården är fantastisk. Med basen i barnmorskan och den kompetens som finns i denna yrkeskår har den svenska förlossningsvården varit världsledande. Genom att bejaka friska och naturliga förlossningar är det få länder i världen som uppnår samma goda resultat som den svenska förlossningsvården. Därför är det alarmerande att det blir allt vanligare med rapporter från barnmorskor runt om i landet som menar att de inte längre klarar av att sköta sitt jobb, att de oroar sig för patientsäkerheten och att de inte orkar arbeta under de arbetsvillkor som råder i dag.

I dag kan en barnmorska på en del förlossningsavdelningar ha ansvar för tre förlossningar som är i aktivt skeende samtidigt. Detta medför kraftigt ökade risker för såväl moder som barn. Evidens och beprövad erfarenhet visar mycket tydligt på att en

närvarande barnmorska under hela förlossningen kraftigt minskar risken för förlossningsskador, t.ex. omfattande bristningar. En närvarande barnmorska minskar också användandet av sugklockor och minskar antalet onödiga kejsarsnitt kraftigt.

Förlossningsupplevelsen har en livslång betydelse. Den påverkar kvinnans framtida hälsa, föräldraskapet och relationen mellan kvinnan och hennes partner. En positiv upplevelse stärker kvinnans självförtroende. En traumatisk upplevelse ökar risken för förlossningsdepression och förlossningsrädsla och kan leda till att en ny graviditet undviks.

Det borde fastställas ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. För att nå dit krävs det flera olika åtgärder och situationen ser olika ut över landet. Detta är fullt möjligt. Både i Danmark och i Norge är målet en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning. I Danmark fick 89 procent av kvinnorna stöd på detta sätt 2012.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga situationen på förlossningsavdelningarna runt om i landet och komma med konkreta förslag på vad som behöver göras för att nå målet om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9 Psykisk ohälsa är ett stort samhällsproblem

Enligt Folkhälsomyndighetens Årsrapport Folkhälsan i Sverige (2014) ökar den självskattade psykiska ohälsan. Denna ökning har i grunden sociala orsaker och det är viktigt med breda förebyggande insatser. Den psykiatriska vården måste samtidigt både förstärkas och få en ny inriktning. Denna nya inriktning innebär en humanare psykiatri där målet hela tiden ska vara ett så självständigt liv som möjligt för människor med psykiska funktionsnedsättningar. Egenmakt och inflytande är nyckelord för att människor som drabbats av psykisk ohälsa eller sjukdom ska kunna återhämta sig på bästa sätt.

Psykisk ohälsa kan drabba vem som helst. Psykiska sjukdomar står för en dryg tredjedel av sjukförsäkringskostnaderna.

Det finns även en gradient efter utbildning, så att de med kortare utbildning rapporterar mer besvär av ångslan, oro eller ångest än de med längre utbildning (tabell 1). Mest besvär rapporterar kvinnor med endast grundskoleutbildning, och män med eftergymnasial utbildning rapporterar minst besvär.

Tabell 1. Nedsatt psykiskt välbefinnande efter utbildning. (Andel i procent som rapporterat lätta eller svåra besvär respektive svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor och män 30–74 år, genomsnitt för åren 2010–2012. Åldersstandardiserade tal.)¹

	Kvinnor	Män
Förgymnasial	35,8	22,1
Gymnasial	24,4	14,3
Eftergymnasial	18,9	11,4

Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i slutenvårds- och dödsorsaksregistren vid Socialstyrelsen, även om det endast är en bråkdel av dem med psykisk ohälsa som läggs in på sjukhus, eller begår självmord.

År 2012 vårdades 22 500 kvinnor och 21 900 män inom psykiatrisk slutenvård. Perioden 1992–2012 minskade vårdplatserna inom den psykiatriska slutenvården kraftigt. Under perioden minskade också inläggningarna i alla åldersgrupper, utom bland de unga i åldern 15–24 år, där inläggningarna i stället ökade. Allra vanligast är det att unga kvinnor läggs in, under senare år har inläggningarna ökat även bland de unga männen. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 visades att det framför allt är sjukhusvård för depressioner och ångesttillstånd som ökat kraftigt bland de unga.

Sedan början av 1990-talet har självmorden minskat i alla åldersgrupper utom i gruppen 15–24 år där självmord i stället blivit något vanligare. Självmorden har minskat snabbast bland de äldsta, särskilt bland männen, och skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat.

Psykisk ohälsa har förstås olika stor omfattning och får olika stora konsekvenser i de drabbades liv. Den som har problem med sin psykiska hälsa kan samtidigt ha andra problem med somatisk ohälsa, ekonomi, arbete eller annat. Trots det är många insatser utformade så att den som har andra problem eller behov i kombination med psykisk ohälsa ofta faller mellan stolarna. Den som har en mer omfattande problematik får inte alltid någon samlad hjälp av samhället, något som är en förlust för både individen och samhället när man kanske inte kan lösa hela problematiken. Detta måste förändras. Men även för dem som har något lindrigare psykiska besvär måste ambitionen vara högre än att psykofarmaka och en tids sjukskrivning betraktas som en universallösning.

För den som drabbas av psykisk sjukdom är det viktigt att det finns ett fungerande socialt skyddsnät. Ofta tar det längre tid att återhämta sig från psykiska besvär än från somatiska. Den borgerliga regeringens nedmontering av sjukförsäkringen och den

¹ Respondenterna har fått följande fråga: ”Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?”. De som svarat ”Ja” har fått en följdfråga: ”Är det svåra eller lätta besvär?” I tabellen visas andelen som angett såväl lätta som svåra besvär sammantaget. Källa: Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2014, Folkhälsomyndigheten.

omänskliga s.k. rehabiliteringskedjan innebär ytterligare psykisk stress och ekonomiska problem som har drabbat psykiskt sjuka hårt.

Efter den omfattande s.k. Miltonutredningen (SOU 2006:100 ”Ambition och ansvar”) var förhoppningarna stora på att psykiatrin nu stod inför en rejäl uppryckning både i form av ekonomiska satsningar och av utvecklingsarbete.

Många av de satsningar som gjordes utifrån Miltonutredningen har varit eller kommer att vara betydelsefulla. Exempel på sådana är satsningar på kompetensutveckling av personalen, arbete med att hitta modeller för att arbeta mot psykisk ohälsa bland barn och unga samt utveckling av den psykiatriska heldygnsvården.

En läsning av Statskontorets rapport visar emellertid också att de positiva effekterna i många delar inte är tillräckligt stora i förhållande till de skriande behoven och de höga förväntningarna. Frågan om anpassade boenden är ett exempel. Inte heller har det skett några betydelsefulla resursökningar i den psykiatriska vården när staten anslagit extra pengar, mycket beroende på att landstingen då avstått från att satsa pengar. Detta avspeglas också i Socialstyrelsens lägesrapporter.

Att kommuner och landsting måste ges bättre ekonomiska förutsättningar är ett måste om situationen ska förbättras.

Som en fortsättning på psykiatrisatsningen beslutade den tidigare regeringen om ”PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2106” och utsåg en nationell samordnare för arbetet. Planen och regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kan innebära steg framåt på området. Planens målsättningar är brett förankrade. Ännu bättre hade det dock varit om en långsiktig handlingsplan för psykiatrin hade framförhandlats över blockgränserna, eller åtminstone presenterats till riksdagen, så att planens åtgärder hade kunnat diskuteras politiskt. Det behövs långsiktighet och tydliga mål för att åstadkomma varaktiga förändringar som håller över val och eventuella regeringsskiften. Det bör därför tas fram en långsiktig handlingsplan för psykiatrin. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9.1 Könsperspektiv i psykiatrisk vård

Det finns många skillnader mellan kvinnors och mäns psykiska hälsa, i hur hög utsträckning man uppsöker vården, vilka diagnoser man får, i sjukdomsförlopp och behandling.

Psykiatrin har en delvis mörk historia, inte minst när det gäller hur man har behandlat kvinnor som har haft eller som ansetts ha haft psykiska problem. Efter att tidigare ha

anklagat kvinnor för att vara besatta av djävulen eller att vara häxor, övergick man under 1800-talet till förklaringsmodeller och terminologi där den kvinnliga kroppen med dess funktioner sågs som orsaken till eventuella psykiska problem. Långt in på 1900-talet var hysteri en vanlig diagnos. Samtidigt sattes många kvinnor på institutioner och fick diagnoser efter att i många fall inte varit psykiskt sjuka sett med dagens ögon utan snarare för att ha brutit mot rådande normer för hur kvinnor förväntades bete sig. Under mitten av 1900-talet var lobotomi en vanlig behandlingsmetod inom psykiatri och majoriteten som utsattes var kvinnor.

Självklart ser dagens psykiatri och dagens samhälle annorlunda ut. Men fortfarande finns tydliga könsskillnader när det gäller hur den psykiska ohälsan och vårdkonsumtionen ser ut. Några exempel:

- Betydligt fler kvinnor än män är sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa.
- Män har lättare att få rehabiliterande insatser än kvinnor.
- Dubbelt så många kvinnor som män får diagnosen depression.
- Det är betydligt fler män som tar sina liv, även om kvinnor gör fler försök.
- Diagnosen borderline är två till fyra gånger vanligare hos kvinnor.
- Kvinnor är överrepresenterade när det gäller psykiatrisk behandling och psykoterapi.
- Dubbelt så många kvinnor som män får antidepressiva läkemedel.

Det är oroande att det är ett så stort antal unga, framför allt unga kvinnor och flickor, som mår psykiskt dåligt och får problem med ätstörningar och självskadebeteende. Dubbelt så många unga kvinnor vårdas i dag på sjukhus efter självmordsförsök eller självförvällade skador jämfört med för femton år sedan. Det är dock inte enbart kvinnor och flickor som har problem med ätstörningar och självskador. Män och pojkar som har dessa problem osynliggörs ofta trots att det är vanligare med självmord bland dem.

En förenklad förklaring till könsskillnaderna skulle kunna ges i de begränsade biologiska skillnaderna mellan kvinnor och män, något som har gjorts historiskt. Mer sannolikt är att normer i samhället, skillnader i arbetsliv och olika livsvillkor får avgörande konsekvenser för på vilket sätt kvinnor och män drabbas av psykisk ohälsa. Könsmaktsordningen och mäns våld mot kvinnor och barn avgör på ett generellt plan alla kvinnors livsvillkor, men för de direkt våldsdrabbade kvinnorna påverkar det den psykiska hälsan.

Det är viktigt att forskningen på psykiatriområdet bedrivs med ett genusperspektiv, och en förutsättning för det är att psykiatrien upprättar könsuppdelad statistik. Personalen inom psykiatrien måste ha kunskaper om mäns och kvinnors olika livsvillkor och ta

hänsyn till dem i behandlingen. Psykiatrin måste alltså ha ett genusperspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9.1.1 Kvinnors situation inom rättspsykiatrin

Kvinnor osynliggörs inom rättspsykiatrin. En del kvinnor placeras på rättspsykiatriska avdelningar eller p.g.a. platsbristen på andra slutna psykiatriska avdelningar. De kvinnor som döms till rättspsykiatrisk vård är få i förhållande till män. Vården och boendemiljön är i hög grad anpassad efter män. Kvinnors situation inom rättspsykiatrin bör uppmärksammas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En grupp inom rättspsykiatrin är särskilt utsatt. Det är flickor och unga kvinnor med självskadebeteende som den vanliga psykiatriska vården anser sig inte kunna behandla. I stället förs de över till rättspsykiatrin där de hamnar på samma avdelningar som personer, oftast män, som är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar och inte sällan grova våldsbrott. Det handlar nästan uteslutande om flickor och unga kvinnor. Bara i något enstaka fall har det varit en man som har överförs till rättspsykiatrin. De flesta är i åldrarna 20 till 30 år, men även omyndiga personer har drabbats, någon så ung som 15 år.

I ”Slutstation rättspsykiatri” av Sofia Åkerman och Thérèse Eriksson intervjuas några av flickorna. Utöver de trauman det har inneburit att låsas in på en rättspsykiatrisk klinik vittnar de också om hur det har förekommit olagliga tvångsåtgärder, t.ex. tvångshandskar, låsta hjälmar samt isolering på obestämd tid. Trots avslöjanden om missförhållanden och övergrepp och en intensiv debatt om denna ”vårdform” blir flickor med självskadebeteende fortfarande överförda till rättspsykiatrin.

Det finns inga vetenskapliga belägg för att det är en fördel att vårda unga kvinnor med självskadebeteende bland äldre män, dömda till rättspsykiatrisk vård.

Tillsynsmyndigheterna har riktat kritik mot delar av den verksamhet som har bedrivits och de behandlingsmetoder som har använts, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har t.ex. delat ut varningar till flera läkare, men det har inte funnits några invändningar mot att vården sker inom rättspsykiatrin. Vänsterpartiet anser att denna vård står i strid mot såväl det allmänna rättsmedvetandet som mänskliga rättigheter och barnkonventionen.

Sedan den 1 oktober 2014 har den rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö slutat ta emot patienter med självskadebeteende eftersom man uppfattar det som att det inte finns något stöd för denna typ av vård, varken juridiskt, etiskt, politiskt eller medicinskt. Bland annat har de nya skärpta bestämmelserna om säkerhetsåtgärder för att motverka brottslighet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård gjort det omöjligt att

vårda självskadepatienter på samma avdelningar som övriga intagna. Det ser vi som ett välkommet beslut, men det saknas fortfarande tydliga regler för den här typen av vård. Det bör därför införas ett uttryckligt förbud mot att placera personer som varken är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar och kliniker. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Innan förbudet träder i kraft måste dessa patienter kunna få en god vård i den reguljära psykiatrin. Självskadeprojektet kommer snart att lämna sin slutrapport, och psykiatrisamordnaren Anders Printz har på PRIO-bloggen uttryckt att den bl.a. måste resultera i ett underlag som gör att det går att utveckla alternativ till placeringar på rättspsykiatriska kliniker. Regeringen bör, med nämnda slutrapport som utgångspunkt, lämna förslag på åtgärder för att utveckla den psykiatriska vården så att den kan ta emot och behandla patienter med självskadebeteende. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9.2 Personal med utbildning är en nyckelfråga för psykiatrin

Det är förstås helt avgörande för psykiatrins utveckling att det finns tillräckligt med personal och att den har rätt utbildning för att vården och omhändertagandet ska fungera bra. Men det finns anledning att vara bekymrad när man tittar på hur tillgången till personal kommer att se ut i framtiden, om inte åtgärder vidtas.

Landstingen har svårt att rekrytera läkare till psykiatrin. Att man tvingas lösa problemen genom s.k. stafettläkare är problematiskt, eftersom den psykiatriska vården är så pass beroende av kontinuitet i kontakten mellan läkare och patient. Samtidigt är det viktigt att tillgången på psykologer ökar. Det finns alltmer evidens som stöder att exempelvis KBT (kognitiv beteendeterapi) bör bli en vanligare behandlingsmetod vid många olika diagnoser, något som bl.a. märks i de olika nationella riktlinjer som Socialstyrelsen har tagit fram de senaste åren.

Det råder även brist på sjuksköterskor som har specialiserat sig på psykiatri. Man står också snart inför stora pensionsavgångar. På området finns också behov av yrkeskategorier som pedagoger och arbetsterapeuter.

Tillgång till kompetent personal är en så viktig fråga att alla samhällsaktörer bör engageras. Därför bör regeringen ta initiativ till en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning, i enlighet med Miltonutredningens förslag. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

10 Sprututbyte

Sprututbyte är ett självklart verktyg för att minska smittspridning av t.ex. hiv och hepatit, men det ska också ses som en hälsopolitisk åtgärd. I samband med sprututbyte ska därför alla övriga medicinska, sociala m.fl. insatser erbjudas, som människor med missbruk kan ha behov av. Det kan handla om ingång till behandling, gynekologmottagning m.m. Där ska då finnas såväl medicinsk kompetens som kuratorstöd, socialpsykologisk kompetens osv. Det ska också finnas ett samarbete med socialtjänsten och motiveringsarbete för att få människor att söka vård. Som jämförelse kan nämnas Finland där sprututbytesverksamheten fungerar som lågröskelmottagningar och är en skyldighet för alla kommuner. Via sprututbytesverksamheten finns också goda möjligheter till information och utbildning om exempelvis smittspridning och överdoser. I dag finns en kommunal vetorätt mot att landstingen inrättar sprututbytesverksamhet. Det kommunala vetot bör avskaffas och landstingen bör självständigt kunna besluta om att inrätta sprututbytesverksamhet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Jonas Sjöstedt (V)

Jens Holm (V)

Maj Karlsson (V)

Hans Linde (V)

Mia Sydow Mölleby (V)

Karin Rågsjö (V)