

Motion till riksdagen 2020/21:3229

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

Sjukvården framåt

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om högkostnadsskyddens sammantagna konstruktion och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ett nationellt specialistregister bör upprättas och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att minska sjukvårdens administration och tillkännager detta för regeringen.
4. 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.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att IVO:s uppföljningsuppdrag bör utökas och tillkännager detta för regeringen.
6. 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.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om sjukskrivningsteam och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om krav på regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en bred översyn av regelverk och kontrollfunktioner för att minska administrationstiden i vården och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning av ambulanssjukvårdens framtid och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt palliativ vård och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bättre villkor för organ donation och tillkännager detta för regeringen.

14. 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.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om peer review i svensk sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett nationellt prioriteringscentrum och vårdens framtida prioriteringar och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om familjecentraler och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om kulturkompetens i vården och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt beredskap i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Liberal hälso- och sjukvårdspolitik sätter människan i centrum, oavsett om hen är patient, medarbetare eller anhörig. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och den ska finansieras gemensamt.

I januari 2019 uppnåddes en sakpolitisk överenskommelse mellan Liberalerna och Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna, som inrymmer ett budgetsamarbete samt ett samarbete om de politiska frågor som framgår av överenskommelsens 73 punkter. Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns ett flertal liberala reformförslag som inte ingår i överenskommelsen. Vi motionerar om dessa här. För sammanhangets skull berörs också frågor som ryms inom 73-punktsprogrammet, men eftersom vi har ett samarbete i dessa frågor avstår vi från att yrka.

Över hela landet och under hela sitt liv ska den sjuka människan vara delaktig, ha makten och kunskapen att styra sitt liv och få ett bemötande som gör vården personlig och som ser enskilda behov. Större möjligheter att välja vårdgivare, mötesform och geografisk plats ger kortare väntan och ökat patientinflytande. Anhöriga behöver synliggöras och stöttas. Vi beskriver detta i vår folkhälsomotion. Anställda ska ha goda arbetsvillkor, stadigt få ny kunskap, kunna välja mellan flera arbetsgivare och ha goda möjligheter att utvecklas under sitt arbetsliv, vilket vi beskriver i vår motion om arbetsvillkor.

Under våren 2020 spreds en pandemi över världen som ställer ytterligare krav på svensk sjukvård. Efter covid-19-pandemins akuta fas kommer många att behöva fortsatt stöd från hälso- och sjukvården. Ett stort antal patienter behöver mer eller mindre omfattande rehabilitering för att komma tillbaka till ett vanligt liv. Därtill kommer behovet av eftervård för patienter med mycket utdragna sjukdomsförlopp. Under rubriken "Närmare och starkare vård" beskriver vi hur primärvården måste fortsätta stärkas. Rubriken "Vård i tid – en återstart av svensk sjukvård" innehåller våra lösningar för att möta behovet av uppskjuten specialistbehandling och operation. Den isolering, saknad och ekonomiska osäkerhet som följt i pandemins spår kräver att hela samhällets stöd mot psykisk ohälsa stärks. Vi beskriver våra förslag på det området i vår folkhälsomotion.

Vård i tid, med tid, utan väntan – en återstart av svensk hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvårds medicinska resultat, vårdkvalitet och patientsäkerhet ligger i världstoppen. När det gäller tillgänglighet och bemötande är vi i bästa fall medelmåttiga. När den rödgröna regeringen avskaffade kömiljarden blev vårdköerna längre. Väntan hörde till de längsta i OECD redan innan covid-19. Flera avgörande strukturreformer, bland dem förslag i Effektiv vård (SOU 2016:2), kan öka tillgänglighet och samordning, men dagens sjuka kan inte vänta på strukturreformer. Därför behövs en modern kömiljard som ser till hela vårdkedjan och värnar kroniskt sjuka. Vi välkomnar att kömiljarden har återinförts och att den fortsatta utvecklingen av denna är prioriterad i den sakpolitiska överenskommelsen mellan Liberalerna och Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna.

Många tusentals besök och operationer har ställts in under pandemin. Detta vårdbehov måste mötas och i det arbetet behöver patientmakten stärkas. Svensk hälso- och sjukvård har många utmaningar, men att patienten har för mycket att säga till om hör inte till dem. Vi vill därför att patientens delaktighet och självbestämmande stärks bland annat genom att rätten att välja vårdgivare i hela landet ska gälla såväl öppen- som slutenvård. Det skulle bidra till ett mer likvärdigt vårdutbud över hela landet. Det skulle även jämna ut belastningen på medarbetarna och ge kortare vårdköer. Under väntetiden måste stöd i funktionsbevarande syfte erbjudas.

Se över högkostnadsskyddens utformning

För att skydda de människor som har det allra största vårdbehovet vill Liberalerna se över för- och nackdelar med att lägga samman högkostnadsskydden, utreda högkostnadsstegarnas utformning och skyddens sammantagna konstruktion.

Strategisk kompetensförsörjning och goda arbetsvillkor

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 starta 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 visst slag bör förläggas. Ett nationellt specialistregister bör därför inrättas hos Socialstyrelsen. Det nationella vårdkompetensrådet som inrättats inom ramen för den sakpolitiska överenskommelsen mellan Liberalerna, Centerpartiet, Socialdemokraterna och Miljöpartiet är en lämplig värd för dessa register.

Bristen på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor på landets sjukhus har lett till stängda vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar. I en ond cirkel tvingas nyckelkompetenser lägga kraft och tid på att hitta vårdplatser och sköra patienter blir kvar på akuten. Anställda i svensk hälso- och sjukvård måste få bättre arbetsvillkor och

fler kollegor. En viktig del i detta är att frigöra tid för patienter, handledning och vårdutveckling genom nya yrkesroller, modernt it-stöd, mindre detaljstyrning och minskad administrativ börda. Rätt information är livsviktig i vården, men dokumentationen måste minskas, automatiseras och till stor del utföras av andra yrkesgrupper än idag. Vi beskriver våra förslag närmare i en egen motion om just arbetsvillkor.

Digital vård som integrerad del av hälso- och sjukvården

När covid-19-pandemin utbröt ökade användningen av regionernas digitala vårdtjänster med upp till tusen procent på några veckor. Vi vill ta tillvara digitaliseringens möjligheter, fullt ut och genomtänkt. Vi är övertygade om att den minskade administration och detaljstyrning vi beskriver i vår motion om arbetsvillkor inte bara förbättrar arbetsvillkor, utan även leder till mer innovativ vård. Dessutom vill vi starta en Sverigeförhandling för digitalisering av hälso- och sjukvården, både för patienternas och de anställdas skull. De innovativa arbetssätt som nu tvingats fram behöver få plats bortom pandemin. Patienter behöver nå sin journal med smarta e-hälsotjänster, boka återbesök på webben och träffa sin husläkare via videolänk. Vårdgivare ska erbjuda lika bra digital tillgänglighet som fysisk. Kroniska sjukdomar kan behandlas säkrare och bättre om patient och läkare kan följa värden med en hälsoapp. Lättanvända e-besök ökar patientmakten och ger mer jämlik tillgänglighet till internetpsykiatri, neurologi och andra specialiteter över landet, och kan även underlätta att ta upp problem som kan kännas svåra vid ett personligt möte i ett litet samhälle, till exempel den egna alkoholkonsumtionen eller livsstilsfrågor som övervikt.

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.

Närmare och starkare primär- och öppen specialistvård

När människan är som ömtåligast är det som allra viktigast att bestämma över den egna tillvaron. Primärvård och specialistvård behöver finnas nära patienterna, och det kräver att engagerade anställda över hela landet får större möjlighet att styra sin tid, utveckla sin kunskap och att starta och driva småskalig vård. Patienter ska kunna välja vårdgivare, mötesform och geografisk plats, vara delaktiga och få ett bemötande som ser enskilda behov. Vi arbetar för klokt utformade vårdval inom väl avvägda områden, där de patienter som vill välja får god information om olika alternativ, enkelt kan jämföra olika vårdgivare och göra väl grundade val och även få hjälp att boka besök i andra regioner när de så vill. Högt ställda kvalitetskrav ska säkra att var och en tryggt kan avstå från att välja. Vi vill också att Ivos uppföljningsuppdrag utökas.

Där vårdval inte är möjliga eller lämpliga kan mottagningshotell i primärvårdens eller tandvårdens lokaler ändå föra specialistvård närmare patienterna. Även invånare i en mindre ort eller förort kan på så sätt få bokade besök hos ortoped, hjärtspecialist, diabetesläkare, kurator eller barnpsykolog nära hemmet någon dag varje månad. Där

riskan är stor att personer dör tidigt i hjärt- och kärlsjukdomar, kan exempelvis hjärt-kärlspecialistbedömningar i närområdet göra skillnad. I områden med till stor del äldre befolkning kan en geriatriker varannan vecka göra stor skillnad. Det är särskilt prioriterat att denna sjukvård stärks i socioekonomiskt svaga områden, på landsbygd och i glesbygd, där det känslomässiga och faktiska avståndet till sjukvården är större.

Vårdgivare ska ha goda förutsättningar att verka, oavsett driftsform. Liberalerna anser att det är särskilt angeläget att förbättra förutsättningarna för non-profitverksamhet. I Sverige är de idéburna vårdgivarna relativt få, trots att de genom sitt ideella engagemang erbjuder ett mervärde som kompletterar den övriga vården och bidrar till sjukvårdens utveckling. BVC, syncentraler, demensvård, ambulansverksamhet och andra samhällsinnovationer vi tar för givna har sitt ursprung i idéburen sektor. Vi tror att goda villkor och tät samverkan skapar grogrund för framtidens innovationer.

Brukarmedverkan behöver utvecklas inom många sjukvårdsområden. Brukarrevisioner kan införlivas i verksamhetsredovisningar och professionsledda patient- och anhörigutbildningar behöver standardiseras och införas brett. Självhjälpsgrupper med beprövade och välfungerande metoder behöver utvecklas och hållas i sjukvårdens och apotekens regi, gärna med en pensionärs- eller patientorganisation som partner.

Ge primärvården bredd och helhet

Sverige lägger internationellt sett lite av sina sjukvårdsresurser på primärvård, endast 17 procent av sjukvårdens totala resurser, att jämföra med 25 procent i våra nordiska grannländer. Steg har tagits mot att bygga ut den nära vården under flera mandatperioder, men takten behöver öka. När primärvården brister blir människor inte bara oroliga utan också sjukare och söker sig till specialistvården istället, med långa köer som följd och patienter på akuten i onödan. En husläkarreform med ett tak för antalet patienter är helt avgörande för allmänspecialisternas arbetsmiljö och därmed även avgörande för människors tillgång till god, nära läkarvård. Det är för oss mycket viktigt att husläkare och primärvård är prioriterade frågor i den sakpolitiska överenskommelsen mellan Liberalerna, Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna. Patienter ska känna sin husläkare vid namn. Liberalerna har kämpat för detta sedan 1970-talet. Husläkarreformen 1994 nådde långt under dåvarande sjukvårdsminister Bo Könbergs (FP/L) tid, men skrotades av följande socialdemokratiska regering. Det är dags att vårdcentralen blir ett nav i sjukvården, ett som knyter till sig och samordnar de kompetenser varje patient behöver. Vi ska som patienter veta vem vi ska vända oss till, vem som har huvudansvaret för vår vård och vi ska enkelt få kontakt. Det är avgörande att varje läkare får ansvar för ett rimligt antal patienter, så att inte patientrelationen och arbetsglädjen sviktar. Vi vill stärka primärvården över hela landet.

Primärvården behöver i högre grad än idag kunna behandla lättare psykisk ohälsa hos både unga och åsrika, även den ohälsa som är orsakad av ofrivillig ensamhet. Vi redogör närmare för Liberalernas förslag mot ensamhet och psykisk ohälsa i vår folkhälsomotion. Även primärvårdens roll i uppsökande och förebyggande folkhälsoarbete behöver förtydligas och stärkas – den starka överrepresentationen av personer med övervikt och metabolt syndrom vad gäller insjuknande och död i covid-19 är bara ett av otaliga exempel på detta. Detta arbete kräver många olika kompetenser och större utrymme för fler yrkesgrupper.

Även inom rehabilitering behöver primärvården få ett större ansvar, till exempel efter stroke, olycksfall m.m. Det kräver kompetens i geriatrik och gerontologi hos de

anställda när de möter årsrika patienter. Över tid bör geriatrik och arbetsterapi bli en allt större del av primärvårdens uppdrag.

Primärvården behöver även samverka närmare de regionala cancercentra, RCC, både för tidigare upptäckt och för stärkt rehabilitering, inklusive lymfterapi, sexologi och psykosocialt stöd.

Primärvården bör få ett lokalområdesansvar

Primärvården behöver få ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete i lokalområdet, såväl gentemot hemlösa som mot äldre med omsorgsbehov, skolor och förskolor. Detta kräver goda kunskaper om förutsättningar och hälsoproblem i varje primärvårdsområde och god information när smittor sprids eller oro uppstår i ett område. Inom ramen för detta ansvar behövs därför ett tydligt uppdrag att samverka med de lokala skolornas elevvårdsteam och med socialtjänst, men även vid behov med polisen, BUP, psykiatri, socialtjänsten, äldreboenden m fl. Varje område behöver tillgång till husläkare, distriktssköterskor, hälsopedagoger, psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och specialister såsom gynekolog, barnläkare och psykiater.

Nej till ekonomiska intressen på flera ställen i vårdkedjan

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 huruvida dagens regelverk verkligen säkrar trygg och klok användning av gemensamma resurser, dels om 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.

Sjukskrivningar på nytt sätt

Arbetet med sjukskrivningar upptar idag oerhört mycket tid för många allmänspecialister. Genom hela sjukskrivningsprocessen råder idag ojämlikheter som behöver belysas och åtgärdas. Sjukskrivningsprocessen behöver utredas, samtidigt som sjukförsäkringens grundläggande syfte – att ge kostnadsersättning vid sjukdom som leder till bortfall av arbetsförmåga – värnas.

Liberalerna vill för det första överväga om det finns skäl att göra en förändring i vilka yrkesgrupper som får skriva utlåtanden till Försäkringskassan. Exempelvis skulle

en arbetsterapeut eller sjukgymnast övervägas för bedömning av sjukdom/arbetsförmåga i rörelseapparaten. Frågan bör analyseras närmare.

För det andra är bedömningar av arbetsförmåga vid långvarig psykisk ohälsa ibland mycket komplicerade. En hög andel sjukskrivningar grundar sig på en psykiatrisk diagnos, diagnoserna leder ofta till längre sjukskrivning, samtidigt som sjukvården uppger att den har svårare att bedöma arbetsförmåga vid psykisk ohälsa. Det kan dessutom tära på förtroendet mellan husläkare och patient när patienten upplever sig behöva upprepade sjukskrivningar och deras behandlande läkare inte håller med.

Vi vill flytta ansvaret för långvarig, svårbedömd eller upprepad sjukskrivning från patientens behandlande läkare till centrala team i varje region. Ett sådant team skulle kunna tillkalla expertis vid behov, till exempel för kunskap om arbetets art, eller kunskap om en arbetsplats, eller kunskap i arbets- och miljömedicin eller liknande, för att på så sätt få en bättre bild av möjligheten för den sjukskrivne att återgå i tidigare arbete eller vad som skulle behövas för rehabiliteringsinsatser för annat arbete.

Överprövningar är en central del av Försäkringskassans uppdrag och behövs vad gäller ogrundade sjukskrivningsbeslut för att upprätthålla kostnadskontroll och systemets legitimitet, men genom en klokare och mer välfungerande sjukskrivningsprocess, till exempel i form av centrala team, skulle sannolikt behovet minska för Försäkringskassan att överpröva beslut därför att kvaliteten i processen helt enkelt blivit bättre.

En tredje problematisk del av sjukskrivningarna är arbetsgången mellan sjukvården och Försäkringskassan. Läkare vittnar idag om tidskrävande processer när Försäkringskassans handläggare ibland inte förstår deras utlåtanden. I utredningen En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering (SOU 2020:6) presenteras kvalitetsbrister i Försäkringskassans utredningar och beslut om sjukpenning från dag 180 i sjukperioden. Osäkerheten i dessa bedömningar måste minska. Varje sjuk person ska säkras en trygg bedömning och rätt rehabiliteringsinsatser. Vid komplicerade och långvariga sjukskrivningar bör särskild kompetens krävas av handläggarna, inte minst kunskap i arbetsmedicin.

För det fjärde behöver Försäkringskassans samordningsuppdrag stärkas, inte minst med sjukvården, arbetsgivare och med Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan ska vara en partner för de sjuka i arbetet för att komma tillbaka. Det är som exempel helt orimligt att det idag tar mer än ett år innan Försäkringskassan håller ett första avstämningsmöte med en sjukskriven persons arbetsgivare.

Det är slutligen direkt avgörande att Försäkringskassan och andra myndigheter lyfter och underlättar för människor, men samtidigt som människor med stora behov får värdefull hjälp drabbas en del idag näst intill av administrationsutmattning. Varje myndighet behöver givetvis begära in underlag och dokumentation, men med det överordnade målet att lyfta invånare och ge dem möjligheter. Ett portaluppdrag bör därför införas i myndigheters direktiv som betonar målet att stötta och lotsa. ”I de hus där jag går in ska jag vara till gagn för de lidande”, står det i den hippokratiska eden. Det gäller myndigheter och förtroendevalda, likväl som de läkare den skrevs för.

Staten ska styra mer – och mindre

Fler behandlingar och ett ökande behov att implementera medicinteknisk innovation gör finanserna dystra för många regioner, särskilt där befolkning och skatteunderlag minskar. Vi ser gärna lokala initiativ till fördjupade samarbeten och nivåstrukturering mellan regioner som möjligen övergår till nya, större regioner.

Sjukvårdens styrning behöver reformeras. Huvudmannaskapet över sjukvården ska även fortsatt ligga hos regionerna, men den nationella kunskapsstyrningen behöver öka. Som exempel bör Vårdanalys genomföra en utvärdering av hälsosamma arbetstidsmodeller och av sjukvårdens ersättningsmodeller och deras effekter och sedan sprida resultatet till regionerna.

Staten ska ställa skarpare krav på regioner och enskilda vårdgivare att implementera nationella riktlinjer och nya evidensbaserade behandlingsmetoder. Vården ska inte vara olika god på varsin sida om en länsgräns. Staten ska också stifta lagar för ökad jämlikhet och bättre tillgång till vård och behöver i högre grad bidra till nivåstrukturering av avancerad sjukvård. Vi vill koncentrera den högspecialiserade vården till ett fåtal platser i landet; ur patienternas perspektiv är det viktigare att få högspecialiserad vård av yppersta kvalitet än att vården finns nära. Regeringen behöver nogsamt följa att den nya beslutsprocessen för högspecialiserad vård 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.

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.

Samtidigt måste statens detaljstyrning genom smala statsbidrag, myndighetsdirektiv och överkontrollerande regelverk kraftigt minska. Öronmärkta, riktade statsbidrag kan vara motiverade i vissa fall, till exempel samordning över gränser, kompetenslyft, metodutveckling och erfarenhetsutbyte. Vi är däremot skeptiska till bidrag som i praktiken på ett administrationstyngt sätt förstatligar en uppgift där regioner inte prioriterat det som en regering tycker att de ska. Den överdrivna detaljstyrningen genom en mängd smala, specialdestinerade statsbidrag ska motverkas, till del genom en övergång mot samlade sektorsbidrag.

Ny organisationsform för regionala cancercentra och psykiatricentra

Centrumbildningar kan stimulera forskning och patientsäkerhetsarbete, 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 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.

RCC bör även stå som förebild för andra vårdområden, inte minst psykiatri där liknande arbetssätt har utvecklats inom ett begränsat område inom den specialiserade psykiatri, nämligen utveckling av vården för personer med självskadebeteenden. Vi föreslår att en nationell psykiatristrategi tas fram där regionala psykiatricentra inrättas och förs samman i en nationell samordning. Vi vill koncentrera avancerad vård, föra ut kunskap om mer okomplicerad sjukdom närmare patienterna och stärka forskning,

kunskapsstyrning, implementering och utfasning. Centraliserad vårdutveckling vid psykiatriska centra skulle öka såväl rättssäkerheten, patientsäkerheten, kunskapen som jämlikheten över landet.

Ambulansvårdens utformning

En ambulans kan idag liknas vid ett mobilt minisjukhus. Mobila vårdenheter som bussar och motorcyklar samt psykiatriambulans bör i högre grad ingå i ambulansverksamheternas bestånd och luftambulansvården behöver säkras över landet. Luftambulans överbryggar avstånd och oländig terräng, och i tider av kris eller vid stora olyckor kan en ambulansbuss vara räddningen för många. Det är inte alltid som sjukhusets kapacitet kan ställa om omedelbart när en kris inträffar eller att sjukhusresurserna är nära. Den framtida ambulansverksamheten bör utredas för att fastställa hur framtidens ambulanssjukvård bäst bör utformas för att säkerställa en jämlik vård över hela landet. I en sådan utredning bör ingå en bedömning av vilka krav på yrkeskompetens framtidens ambulansvård kommer att kräva. Ambulanssjukvården bör även få ett uppdrag att utbilda och fortbilda räddningstjänsten.

Idag kör ambulanserna i huvudsak direkt till en akutmottagning. När det gäller årsrika som nyligen legat inne på en geriatrisk klinik har försök gjorts med att köra återinläggningar direkt till geriatriken. Detta gör att den årsrika patienten slipper ligga på en hård akutbreds, utsättas för långa väntetider ofta utan mat och dryck, samt ta akutens resurser i anspråk i onödan bara för att sen träffa en läkare under utbildning i stället för att hamna i direkt vårdnivå. Detta bör vara normaliteten och inte ett projekt som upphör när projektpengarna är slut. I en utredning bör alternativa avlämningsnivåer för ambulansen utredas. Kan flera patienter från ambulansen köras direkt till rätt vårdnivå och inte alltid gå via akutmottagningen?

En nationell strategi för sällsynta diagnoser

Den svenska definitionen av en sällsynt diagnos är en sjukdom eller skada som leder till omfattande funktionsnedsättning och som uppkommer hos högst 1 av 10 000 invånare. Många sällsynta diagnoser är syndrom som kräver kontakt med ett flertal olika medicinska specialiteter. Sedan en tid tillbaka pågår ett arbete med att inrätta centra för sällsynta diagnoser (CSD) vid Sveriges sju universitetssjukhus. Detta är välkommet, men olika CSD skulle behöva inriktas på olika sjukdomar så att diagnoser med likartade vårdbehov samlas på samma ställe. Det behövs helt enkelt en nationell strategi/plan för sällsynta diagnoser och tydligare nationell styrning för att människor ska få den diagnostik, behandling och rehabilitering de behöver. Nationella funktionen Sällsynta diagnoser (NFSD) har i uppdrag att möjliggöra samordning, men har inte mandat att avgöra vilket centrum som ska inriktas på vilka diagnoser.

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 kritiseras, 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 mörkertalet för hur många som dör utan smärt- eller ångestlindring vara stort.

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.

Vi vill också förutsättningslöst utreda frågan om dödshjälp, självalt 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 dödares 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 ansvarige 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 döden inträffar talar man om kontinuerlig palliativ sedering, medan man i fall där patienten med vissa mellanrum väcks igen talar om intermittent 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 har 2007 med uppdatering 2018 tagit 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 har nu aktualiserats genom att en svensk läkare sommaren 2020 givit en svensk ALS-patient möjlighet att avsluta sitt liv med hjälp av förskrivning av läkemedel. Läkaren är i skrivande stund föremål för deslegitimering av Ivo och en förundersökning om medhjälp till dråp har enligt medieuppgifter inletts.

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 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 är 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 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 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 runt om 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.

Vård ska utgå från vetenskap

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.

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 framemot 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.

Inrätta ett nationellt prioriteringscentrum och klargör sjukvårdens prioriteringsplattform

Såväl den medicinska utvecklingen som ett allt längre liv för allt fler av oss människor är fantastiska framgångar. Samtidigt innebär de ett behov av att prioritera och prioritera bort. Vårdens prioriteringar styrs av den prioriteringsplattform som togs fram av Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) och antogs av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den vilar på tre grundläggande och rangordnade etiska principer, nämligen

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- behovs–solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov

- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

På senare tid har en glidning skett av plattformens tolkning, så att kostnadseffektiviteten kommit att rangordnas högre och patientgrupper kostnadsmässigt ställts mot varandra. 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.

Att principerna är rangordnade är viktigt och tydligt uttalat i den etiska plattformen. Det framgår dock inte hur förebyggande vård ska prioriteras. Inte heller finns gedigna utredningar med förslag på vård som kräver sjukvårdens kompetens, men som är så lågt prioriterad att den kan bekostas av varje person. Idag bekostas viss vård bara av gemensamma resurser om det finns speciella medicinska skäl, bland annat närsynthetsoperationer, kosmetiska operationer och resevaccinationer. Framtida prioriteringar kan innebära att åderbräck och behandling av ärr, rosacea och andra åkommor tydligare får stå tillbaka för cancer och diabetesvård. Vi kan även behöva ställa tuffare krav på patienten, till exempel på rökstopp eller viktnedgång inför vissa operationer för bättre resultat.

Sjukvårdens prioriteringar är svåra frågor, som bör diskuteras brett och förankras väl, i 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.

Prioriteringscentrums framtid behöver utredas. Prioriteringscentrum i Linköping bildades 2001 och är ett kunskapscentrum för frågor om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det ska ge ett kunskapsstöd för regioner, kommuner, myndigheter och kliniska verksamheter kring dessa frågor. Utvärderingar av verksamheten har gjorts 2004 (Riksrevisionen) och 2014 (PWC). De har varit positiva. Finansiärerna och andra intressenter ansåg att verksamheten bidragit i det nationella arbetet med prioriteringar. Utvecklingen av nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården framhölls som ett tydligt exempel där centrumet varit en betydelsefull samarbetspart. Enligt Socialstyrelsen fanns ett fortsatt behov av Prioriteringscentrums tjänster. Samtidigt konstaterades att centrumets verksamhet hade begränsad spridning i landet och uppdraget bedömdes vara otydligt. Från utvärderingen bedömde regeringen 2015 att verksamheten vid Prioriteringscentrum borde fortsätta. Beslut togs om ett treårigt uppdragsavtal i syfte att ge centrumet ett tydligt och långsiktigt nationellt uppdrag och genom detta förstärka kunskaps- och metodutvecklingen inom området prioriteringar inom vård och omsorg (2016–2018). I februari 2019 tecknade Prioriteringscentrum en avsiktsförklaring avseende perioden 2019–2020 med parterna i centrumets styrelse (Socialstyrelsen, SBU, TLV, Linköpings universitet, Region Östergötland samt Rådet för nya terapier). Syftet var att etablera en samsyn kring uppdrag och arbetsformer. Uppdraget handlar bl.a. om kunskaps- och metodutveckling när det gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården med utgångspunkt i riksdagens principer och riktlinjer för detta. Centrumet ska även bedriva omvärldsbevakning och belysa relevanta samhällsförändringar ur ett prioriteringsperspektiv samt bidra till kompetensuppbyggnad inom området.

Prioriteringscentrum har även ett avtal med Region Östergötland för perioden 2018–2020 enligt vilket centrumet ska bistå som resurs inom prioriteringsområdet för regionen och utföra vissa uppdrag åt regionen.

Vi kan konstatera att Prioriteringscentrum är en viktig resurs för Socialstyrelsens verksamhet och för region Östergötland men att centrumets verksamhet har en begränsad spridning i övriga landet och att dess uppdrag delvis är otydligt. Verksamheten har under de år den bedrivits visat sig så värdefull att dess uppdrag bör breddas till hela landet. Vi anser att Prioriteringscentrums verksamhet bör utredas med syfte om ett nationellt uppdrag som täcker hela landet och statliga myndigheter som Socialstyrelsen och detta ska ges regeringen tillkänna.

Jämställd vård

Jämställdhetsperspektivet behöver utvecklas ytterligare i hälso- och sjukvården. Fortfarande får kvinnor färre provtagningar och undersökningar och fler biverkningar. I en studie publicerad i Läkartidningen 2015 beskrivs att vårdinsatserna vid en mans hjärtinfarkt kostar 40 procent mer än en kvinnas vårdinsatser. Fler män får intensiv utredning och behandling på hjärtavdelning. Fler kvinnor dör på sjukhus vid akut hjärtinfarkt. Den bristande jämställdheten slår åt båda håll. Mäns blindtarmar opereras med öppna bukoperationer, men kvinnor opereras med titthålskirurgi, som är betydligt enklare för patienten. All vårdrelaterad statistik ska analyseras ur ett genusperspektiv. Skillnader i behandling kan vara medicinskt motiverade, men det vet vi inte förrän vi analyserat dem. Många tillstånd och sjukdomar som främst drabbar kvinnor, som endometrios, dyspareuni, benskörhet, fibromyalgi och lipödem, är underbeforskade och mindre kända än andra tillstånd, vilket kan leda till sämre vård och nedprioriteringar. Även kunskapen om skillnader mellan kvinnors och mäns sjukdomsbilder måste förbättras.

Abort tillhör de få sjukvårdande behandlingar som vissa anser att personalen ska kunna vägra att ge en patient trots att hon efterfrågar och har rätt till den. Vi säger bestämt nej till en sådan utveckling. Kvinnans rätt till abort går i alla sammanhang före vårdpersonalens privata uppfattningar – allt annat ger utrymme för godtycke och otrygghet. Det andra kallar för samvetsfrihet inom vården ska heta vårdvägran.

Ytterligare en jämställdhetsfråga är stöd och vård efter förlossning. Graviditet och förlossning är inga sjukdomar, men de ökar båda risken att skadas eller bli sjuk. Såväl förlossningsavdelningar som mödrahälsovård behöver bättre fånga upp kvinnor med förlossningsskador. Stöd och medicinska insatser behöver stärkas så att alla kvinnor får snabb och tillräcklig hjälp. Inom detta område råder stor ojämlikhet över landet med spridda öar av kunskap i regioner, på kliniker, i ideell sektor och på medicinska, humanistiska, samhällsvetenskapliga, juridiska institutioner. Satsningarna och kunskapsstyrningen inom ramen för överenskommelsen mellan Liberalerna, Centerpartiet, Socialdemokraterna och Miljöpartiet är därför mycket angelägna.

Sjukvårdens ansvar för jämlikhet och god integration

Stärk barn och barnfamiljer i utsatta områden

Det är dubbelt så vanligt att barn till föräldrar med endast förgymnasial utbildning dör under det första levnadsåret än 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 flerpartshembesök där socialtjänsten och en barnmorska eller distriktssjuksköterska gör gemensamma hembesök.

Upptäck och mota hedersförtryck

Förtryck är motsatsen till jämlikhet och frihet. Det är avgörande att anställda känner till subtila tecken på hedersförtryck, vågar fråga och kan agera. Anhörigtolkar ska inte användas. Hederstänkandet kanske fulaste ansikte kallas könsstympning – ett extremt övergrepp som medför livslångt lidande. Enligt Socialstyrelsens beräkningar kan cirka 40 000 flickor och kvinnor i vårt land vara drabbade av detta. Om sjukhus, vårdcentraler och elevhälsa inte fattar misstanke vid magont, trötthet, huvudvärk eller återkommande urinvägsinfektioner kommer flickor och kvinnor tvingas fortsätta lida. Därför krävs kunskap om könsstympning i hela hälso- och sjukvården. Vi beskriver våra förslag för övriga samhället gällande könsstympning i vår riksdagsmotion om hedersrelaterat våld och förtryck. Varje begränsat liv och varje förlorad frihet är en skam för ett samhälle som kan bättre.

Kulturkompetens i sjukvården

Utrikes födda personers sämre hälsa kan förvärras av språkförbistring, av kommunikationsproblem och att sjukvården missar riskfaktorer. Människor som flyttar till Sverige i vuxen ålder kan dessutom bära med sig föreställningar om hälsa, sjukdom, kost, motion, vikt, ålderdom, och om den egna möjligheten att förebygga sjukdom vs mer fatalistiska uppfattningar om ödet eller onda ögat. Okunskapen leder till ohälsa som försämrar förutsättningarna för att lära språk, gå utbildningar och komma ut på arbetsmarknaden. Rätt till tolk är en viktig grundförutsättning, men anställda i sjukvården behöver även högre kulturkompetens för att minska fördomar, för att bättre förstå synen på kost, motion och hälsa i andra kulturer. Kompetensen behövs också för att förebygga ibland förekommande, undvikbara missförstånd: när en dietist rekommenderar grönsaker i kosten nämns inte alltid olja eller tillagningssätt, innebörden av att barn äter ”gröt” skiljer sig åt mellan länder vad gäller fiber- och sockernehåll och när en läkare skriver ut sömntabletter som ska tas efter middagen förutsätts ofta ett tidigt kvällsmål.

Beredskap – sjukvård som väntar sig det oväntade

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 civilförsvaret.

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 lång tids uthållighet. Vi beskriver läkemedelsdelen av detta närmare i vår motion om läkemedelsfrågor.

Mycket av framtidens tillverkning och produktion kommer 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.

Lina Nordquist (L)

Johan Pehrson (L)

Gulan Avci (L)

Mats Persson (L)

Maria Nilsson (L)

Christer Nylander (L)

Allan Widman (L)