

Kommittémotion

Motion till riksdagen 2017/18:1638

av **Per Ramhorn m.fl. (SD)**

En tillgänglig sjukvård i världsklass

1 Innehållsförteckning

2	Förslag till riksdagsbeslut	3
3	Motivering	10
4	Offentligt anställda	12
4.1	Stimulera och ge incitament till utbildning	14
4.1.1	Kompetenslyft för sjuksköterskor	15
4.1.2	Undersköterska ett legitimationsyrke	15
4.2	Vårdservicepersonal inom sjukvården	16
4.3	Vårdnära administratörer (läkarsekreterare)	16
4.4	Utökad möjlighet till heltid i offentlig sektor	17
4.5	Utökad rätt till deltid	17
4.6	Avveckling av de ofrivilligt delade turerna och skiftarbete	18
4.7	Stimulansbidrag för slopad karensdag	19
4.8	Förbättrade förutsättningar för läkare och sjuksköterskor i glesbygden	19
4.9	Noggrann uppföljning av stimulansbidragen	20
4.10	Rätt till säker arbetsplats	20
5	Ökade resurser till sjukvården	21
5.1	Nationellt vårdgarantikansli och vårdplatskoordinatorer	21
5.2	Nationellt IT-stöd och patientinformation	22

5.3	Rätt att välja vårdgivare – en patienträttsgaranti – en garanti med både livrem och hängslen	22
5.4	Tydligare ansvar för vårdgivaren	23
5.5	Samverkansavtal för utökad vårdkapacitet vid behov	23
5.6	Stärk patienternas rättsliga ställning i sjukvården	23
5.7	Snabbspår för att minska belastningen på akuten	23
5.8	En tillgänglig akutvård och ambulanssjukvård	24
5.9	Vårdplats på rätt klinik med rätt kompetens	25
5.10	Mobila vårdenheter	26
5.11	Medborgarskapets rättigheter och skyldigheter	26
5.12	Nationella riktlinjer vid ofrivillig barnlöshet	27
5.13	Satsningar på förlossningsvården och barnsjukvården	28
5.14	Stimulansbidrag för kostnadsfri slutenvård till personer som är 85 år och äldre	30
5.15	Äldrevårdscentraler	30
5.16	Tandvårdsbidrag – ökat stöd till ålderspensionärer	30
5.17	Mer bindande nationella riktlinjer	31
5.18	Förstärk och tydliggör den nationella styrningen i hälso- och sjukvården	31
5.19	Screeningprogram	32
5.20	Psykisk ohälsa	34
5.21	Suicidprevention	34
5.22	Rättspsykiatri	35
5.23	Palliativ vård	36
5.24	Utdrag ur belastningsregister	38
5.25	Obligatoriska hälsoundersökningar för nyanlända	39
5.26	Videotolkning	39
5.27	Införande av patientansvarig läkare på riktigt	40
5.28	Nationellt kompetenscenter med särskild kunskap om barns hjälpmedel	40
5.29	Ansvaret för missbruksvården	41

5.30	Förbud icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar	41
5.31	Ökad patientsäkerhet	41
5.32	Grön omsorg	42
6	Mångfald av aktörer – värna valfriheten och kvalitet	43
6.1	Tillståndsprovning	43
6.2	Tillsyn	43
6.3	Sanktionsmöjligheter	44
6.4	Ekonomisk stabilitet	44
6.5	Ersättningsystem och resursallokering	45

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en mer tillgänglig vård och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att arbetsmiljön och villkoren förbättras för de som arbetar inom vården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att förbättra statusen i vårddyrkena och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkra kompetenshöjningen inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att sjuksköterskor ska kunna behålla hela lönen under studietiden vid heltidsstudier till specialistsjuksköterska och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att undersköterskor ska ha möjlighet att vidareutbilda sig och specialisera sig på betald arbetstid och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett kompetenslyft för sjuksköterskor och tillkännager detta för regeringen.

8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en nationell handlingsplan för nolltolerans mot hot och våld mot vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa säkerhetsklassade vårdplatser för riskpatienter och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att undersköterska ska bli ett legitimationsyrke och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för fler vårdservicepersonal inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vårdnära administratörer tar över administrativt arbete från läkare och sjuksköterskor, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en utökad möjlighet till heltid inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en utökad möjlighet till deltid inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att avveckla de ofrivilliga delade tureorna och skiftarbetet inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för moderna och hälsosamma arbetstider inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vårdpersonal får mer sammanhängande arbetstider, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att slopa karensdagen för personal inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att förbättra förutsättningarna för läkare och sjuksköterskor i glesbygden och tillkännager detta för regeringen.

20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för noggrann uppföljning av stimulansbidragen till kommuner och landsting och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att öka antalet vårdplatser och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa nollvision för vårdskador och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa nationella vårdplatskoordinatorer och patientvägledare och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vårdgarantin efterlevs och säkerställs, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att inrätta ett snabbspår på akutmottagningen och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för lagstadgade tillgänglighetskrav och mål för hur skadade och svårt sjuka patienter ska nås inom en viss tid och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att komma till rätta med vårdplatsbristen och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att gällande vårdgaranti kompletteras med rätten att vid behov garanteras en vårdplats på rätt klinik, bemannad och med rätt kompetens och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att utveckla akutbils- och hembesöksverksamheten och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för förstärkning av förlossningsvården och barnsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för tydliga regelverk avseende icke-medborgares rätt till skattefinansierad välfärd och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa nationella riktlinjer för behandling av ofrivillig barnlöshet och tillkännager detta för regeringen.

33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att alla blivande mödrar ska ha tillgång till en god och patientsäker förlossningsvård, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett ökat tandvårdsbidrag till ålderspensionärer och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett införande av äldrevårdscentraler och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för mer bindande nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en likvärdig och evidensbaserad sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att staten ska ta ett tydligare ansvar än i dag för sjukvårdens styrning och finansiering och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att utveckla och förstärka barn- och ungdomspsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för fler vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om suicidpreventiv information på internet och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att ett pilotprojekt införs där någon eller några vårdenheter tas över av staten för att senare utvärdera kostnader, konsekvenser och vård och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att döende och svårt sjuka barn och unga ska erbjudas hospis med avancerad vård i livets slutskede och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett avsnitt om palliativ vård av barn i det nationella vårdprogrammet och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att barn ska ha samma rätt till palliativ vård som vuxna, oavsett bostadsort, och tillkännager detta för regeringen.

46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att palliativ vård ska erbjudas varhelst patienten väljer att vårdas och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det ska finnas nationella riktlinjer för att uppnå likvärdig palliativ vård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa obligatorisk hälsoundersökning för nyanlända och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa nationella riktlinjer för terminal sedering och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett införande av patientansvarig läkare på riktigt och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett samlat huvudmannaskap där landstingen tar över ansvaret för missbruksvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att patienter ska ha rätt att välja öppen- eller slutenvård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att korta ned nuvarande vårdgarantin från 187 dagar till max 30 dagar och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt korta ned väntetiderna inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för snabbspår i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa tillgänglighetskrav för ambulanssjukvården och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för kostnadsfri slutenvård till personer som är 85 år och äldre, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för mer bindande nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.

60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att förstärka och tydliggöra den nationella styrningen i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att stärka patienternas rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att introducera fler nationella screeningprogram och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det ska bli obligatoriskt att erbjuda mammografi även till kvinnor över 74 år och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att stärka barn- och ungdomspsykiatri samt att öka antalet vårdplatser och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för åtgärder inom rättspsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett pilotprojekt inom rättspsykiatri där någon eller några vårdenheter tas över av staten, för att senare utvärdera kostnad, konsekvenser och vård, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att ett nytt nationellt it-stöd och patientinformation tas fram och tillkännager detta för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att värna om mångfald av aktörer inom hälso- och sjukvården och värna valfrihet och kvalitet och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla som har behov av palliativ vård i livets slutskede oavsett diagnos ska kunna få det av kompetent och välutbildad personal oberoende av bostadsort och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett lagstadgat krav som tydliggör och förstärker kommuners och landstings ansvar inom det palliativa området och tillkännager detta för regeringen.

71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för fler vårdnära administratörer inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stimulera landsting, regioner och kommuner att använda videotolkning och tillkännager detta för regeringen.
73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett nationellt kompetenscenter med särskild kunskap om barns hjälpmedel och tillkännager detta för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att landstingen tar över ansvaret för missbruksvården och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett tydligare ansvar för vårdgivaren och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att landstingen ska upprätta samverkansavtal och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att stärka patienternas rättsliga ställning i sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa patienträttigheter som begrepp inom vården och tillkännager detta för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att man inrättar ett nationellt vårdgarantikansli och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att tydliggöra i hälso- och sjukvårdslagen att vårdgivarna ska arbeta aktivt med att vårdgarantin ska efterlevas och säkerställas och tillkännager detta för regeringen.
81. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att utöka lagen om registerkontroll så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvården, äldreomsorgen och psykiatri samt inom särskilt boende för funktionshindrade och tillkännager detta för regeringen.
82. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att förbjuda icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar och tillkännager detta för regeringen.
83. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att familjer och företagare i jordbrukssektorn mot ersättning ska kunna erbjuda kommuner och landsting grön omsorg och tillkännager detta för regeringen.

84. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det ska finnas utrymme för fler aktörer och driftsformer inom vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
85. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för tillståndsprovning för driftsformer inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
86. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för tydliga sanktionsbefogenheter för tillsynsmyndigheten tillsammans med en kraftig ökning av oanmälda inspektioner för verksamheter inom vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
87. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa en bestämmelse om att ett aktiebolag som finansieras av statliga medel inte får ta ut utdelning förrän det finns en sådan ekonomisk stabilitet som kan garantera att verksamheten kan fortskrida även om bolaget skulle hamna på obestånd, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sträva mot ett mer enhetligt nationellt ersättningssystem för välfärdsverksamheter och tillkännager detta för regeringen.

3 Motivering

Det är Sverigedemokraternas målsättning att den svenska hälso- och sjukvården ska hålla en hög internationell kvalitet. Det är därför av största vikt att vi kan erbjuda patienten de allra senaste kunskaperna inom vården, beprövade och avancerade behandlingsmetoder, den senaste tekniken och väl fungerande läkemedel. Allt detta behövs för att på bästa sätt kunna bota, lindra och förebygga sjukdomar och ohälsa. Det är också viktigt att vi utvecklar och förnyar sjukvården och att såväl fysiska som psykiska sjukdomar behandlas samt att patienter får en kvalificerad vård under hela livet – från den dag man föds till när man kan behöva palliativ vård i livets slutskede.

Sjukvården är ett område som prioriteras högt av svenska medborgare. De är därför villiga att betala en tämligen hög skatt för den förutsatt att man garanteras en tillgänglig sjukvård av hög kvalitet. Patienter ska få rätt vård, i rätt tid, på rätt plats och efter deras särskilda behov. Vår skattefinansierade sjukvård har bara legitimitet om den kan leva upp till hälso – och sjukvårdslagens ambitioner. Det är därför av yttersta vikt att staten,

landstingen och kommunerna tillgodoser svenska medborgares rätt till en tillgänglig sjukvård av hög kvalitet utifrån de lagar som finns.

Svensk sjukvård har tidigare varit en förebild i omvärlden. Detta är tyvärr inte längre fallet till följd av de alltjämt ökande vårdköerna och väntetiderna inom den svenska sjukvården. Sverige har numera Europas längsta vårdköer – var fjärde patient tvingas vänta längre på att få sin behandling eller operation än vårdgarantins 90 dagar. Faktum är att väntetiderna är de längsta sedan man började mäta vårdköerna. Den negativa utvecklingen visar sig också genom ökade köer inom akutsjukvården. Även de yngsta och sköraste drabbas eftersom det är brist på intensivvårdsplatser för barn. Det finns också en stor variation mellan olika landsting vad gäller tillgänglighet till vård och behandling. Tillgängligheten varierar också mellan olika vårdområden – inom specialistvården har tillgängligheten försämrats sedan 2010.

Svensk sjukvård presterar fortfarande överlag mycket goda medicinska resultat när patienten väl får tillgång till vård, men brister vad gäller tillgänglighet till vård. Det gäller tillgänglighet till såväl akutvård och specialistvård som operation eller annan behandling. Om vi ska nå målet om en svensk sjukvård i världsklass och målet om en jämlik och tillgänglig vård i hela landet krävs det att tillgängligheten förbättras dramatiskt. Det handlar främst om att värna patientsäkerheten som annars riskerar att äventyras då patienter får vänta alltför länge på att få vård och behandling.

Det finns även tecken på att kortare väntetider hänger ihop med ett högt förtroende för sjukvården, vilket gör att väntetiderna påverkar hälso- och sjukvårdens samlade legitimitet och förtroende hos befolkningen. Faktum är att förtroendet för den svenska sjukvården sjunker kontinuerligt. Problemet med bristande tillgänglighet riskerar därför att underminera förtroendet för hela sjukvårdssystemet.

För att uppnå en ökad tillgänglighet för att patienterna och att de ska få en mer tillgänglig vård måste befintliga resurser inom sjukvården användas mer effektivt. Våra förslag syftar därför främst till att förbättra användningen av sjukvårdens resurser. Självfallet bör sjukvården tillföras mer resurser, men vi ser potentiella vinster med att förbättra sjukvårdens processer och strukturer så att man kan använda de redan befintliga resurserna inom landstingen och regionerna mer effektivt och smartare.

Vi ser därför tillgängligheten som den nu enskilt viktigaste frågan att komma till rätta med. Det är viktigt att vi tämligen omgående får till stånd reella förbättringar. För det krävs flera olika insatser och satsningar på såväl kort, medellång som lång sikt.

Frågan om bristande tillgänglighet är mycket komplex och beror på flera olika faktorer. Det krävs många olika insatser, såväl resursmässigt som organisatoriska förändringar. Som en röd tråd kan man dock konstatera att problemet med stängda vårdplatser oftast förefaller bero på brist på personal, dvs. personal som kan bemanna vårdplatserna och ta hand om patienterna. 1 506 vårdplatser på 23 av Sveriges största sjukhus står tomma. Det motsvarar nästan var tionde vårdplats (9,5 procent). Avdelningar stängs ned på grund av personalbrist och patienter skickas hem.

Vi är övertygade om att en del av lösningen på problemen med bristande tillgänglighet är att försöka hitta åtgärder som syftar till att dels behålla befintlig personal, dels locka tillbaka personal som av någon anledning har slutat. Därför är det minst lika viktigt för oss att satsa på att försöka förbättra arbetsmiljön och förutsättningarna för sjukvårdens personal. Vi vill satsa på alla de undersköterskor, sjuksköterskor och läkare som utgör sjukvårdens grundbultar som gör att sjukvården fungerar. Sjukvårdens personal utgör en av välfärdssamhällets viktigaste tillgångar – de måste ges rätt förutsättningar och möjligheter att verka i en god arbetsmiljö för att kunna utföra sina viktiga arbetsuppgifter och för att kunna hjälpa patienterna.

4 Offentligt anställda

Vi anser att sjukvårdspersonalen är en av välfärdens absolut viktigaste yrkesgrupper. Därför vill vi genom ett flertal stora satsningar och förslag, som alla syftar på att förbättra arbetssituationen för sjukvårdens personal, göra det mer attraktivt att arbeta inom hälso- och sjukvården. Det är vår förhoppning att vi med dessa satsningar också ska kunna bidra till att återupprätta statusen för olika vårddyrken. Att satsa på sjukvårdspersonalen genom att förbättra arbetsmiljön och villkoren samt att höja vårddyrkets status är viktigt av flera olika anledningar.

Arbetsmiljön och -villkoren behöver förbättras så att man överhuvudtaget ska välja att utbilda sig till olika vårddyrken. Om yrket inte är tillräckligt attraktivt är risken större att fler väljer bort yrket och inte ser det som ett alternativ. Ny statistik från Socialstyrelsen visar att från 2004 till 2014 minskade antalet distriktssköterskor med 4,43 procent. I Stockholm och på Gotland var minskningen allra störst, 12,29 procent. Tillgången på sjuksköterskor har ökat med en procent mellan 2009 och 2014, men minskat i förhållande till befolkningen, med knappt en halv procent mellan 2013 och 2014. Tillgången på specialistsjuksköterskor har fortsatt minska, med sju procent mellan 2009

och 2014 och med två procent mellan 2013 och 2014 enligt 2017 års statistikrapport från Socialstyrelsen.

Minst lika viktigt är också att satsa på vårdpersonalen och återupprätta statusen för att fler ska vilja komma tillbaka till vårddyrket om de tidigare har lämnat sjukvården. I nuläget arbetar runt hela 9 000 av alla sjuksköterskeutbildade i helt andra branscher än vård och omsorg. Det innebär att hela 8 procent av Sveriges totala antal sjuksköterskor har lämnat yrket helt. Många av dem kan dock tänka sig att återvända om villkoren blir bättre. Dessa sjuksköterskor anser vi vara en outnyttjad resurs som skulle kunna lockas tillbaka med rätt villkor och under rätt förutsättningar. Bland sjuksköterskor mellan 25 och 49 år kunde mer än hälften, 65 procent, tänka sig att återvända till sjukvården igen om de fick större möjlighet att styra över sin arbetssituation och fick rimligare arbetsbelastning samt bättre löneutveckling. Några av de avgörande faktorerna för att man ska kunna tänka sig att återgå till sjukvården är just bättre löneutveckling, större möjlighet att styra över arbetssituationen samt rimligare arbetsbelastning i förhållande till arbetstid. Om man kunde få en del av dessa som lämnat att återvända vore det en stor tillgång för vården.

Statistiska centralbyrån genomförde under hösten 2016 en enkätundersökning angående varför sjuksköterskor väljer att lämna yrket. Ungefär 60 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna angav arbetsvillkoren som skäl till att lämna yrket. 55 procent angav arbetsbelastning som skäl.

Villkoren behöver också förbättras för att personalen ska vilja stanna kvar inom sjukvården. Genom att satsa på befintlig personal så att de trivs och mår bra är därför otroligt viktigt. Det är mycket mindre kostsamt och enklare att satsa på befintlig personal än att utbilda och rekrytera ny. Minst lika viktigt är också att återupprätta statusen så de som tidigare lämnat vården ska vilja komma tillbaka till vårddyrket. Bättre status gör att fler undersköterskor eller sjuksköterskor vill och vågar ta steget att vidareutbilda sig. Ett återkommande tema i debatten om svensk sjukvård är den tilltagande bristen på specialistsjuksköterskor. Detta skapar i sin tur stora problem för den svenska vården, med stängda vårdplatser, överbeläggningar och larm om äventyrad patientsäkerhet till följd. Prognoser från Statistiska centralbyrån visar att det kommer saknas ännu fler specialistsjuksköterskor framöver. Skälen som anges till detta är bland annat svaga ekonomiska incitament att vidareutbilda sig för sjuksköterskor då bidrag under utbildningstid och förändrade löner efter specialisering inte motsvarar de kostnader som utbildningen medför för den enskilde. Vidare skiljer sig

arbetsuppgifterna efter avslutad specialisering för många inte nämnvärt från de arbetsuppgifter man tidigare haft.

För att fler sjuksköterskor ska kunna välja att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor har flera landsting erbjudit lön under heltidsstudier. Denna lön är dock oftast alltför låg jämfört med den ordinarie lönen varför incitamenten att utbilda sig generellt sett har varit för lågt. Många sjuksköterskor klarar helt enkelt inte av att utbilda sig med de villkor som hittills har varit eftersom att de har fått gå ned i lön och fått sämre betalt under studieperioden. Om dessa sjuksköterskor istället kan få behålla hela lönen under studietiden vid helhetsstudier skulle säkerligen fler välja att studera vidare till specialistsjuksköterska.

Att klara kompetenshöjningen inom hälso – och sjukvården är en av välfärdens stora utmaningar. För att klara den utmaningen kommer det att krävas flera olika åtgärder och ett nytt synsätt på vårddyrket. Vi anser att sjukvårdspersonalen är en av välfärdens absolut viktigaste yrkesgrupper. Därför är det oerhört angeläget att förbättra arbetssituationen för sjukvårdens personal, göra det mer attraktivt att arbeta inom hälso – och sjukvården. Att satsa på sjukhuspersonalen genom att förbättra arbetsmiljön och villkoren samt öka vårddyrkets status är viktigt av flera olika anledningar. Dels behöver arbetsmiljön – och villkoren förbättras för att man överhuvudtaget ska välja att utbilda sig till olika vårddyrken. Om yrket inte är tillräckligt attraktivt är risken större att fler väljer bort yrket och inte ser det som ett alternativ. Sedan början av 1980-talet har antalet förstahandsansökningar till gymnasietets vård – och omsorgsprogram minskat med 90 procent.

4.1 Stimulera och ge incitament till utbildning

Vidare så är det också viktigt att fler som är undersköterskor eller sjuksköterskor ska vilja och våga ta steget att vidareutbilda sig. Ett återkommande tema i debatten om svensk sjukvård är den tilltagande bristen på specialistsjuksköterskor. Bristen på specialistsjuksköterskor skapar stora problem för den svenska vården, med stängda vårdplatser, överbeläggningar och larm om äventyrad patientsäkerhet som följd. Prognoser från Statistiska centralbyrån visar att det kommer att saknas ännu fler specialistsjuksköterskor om tio år. Skälen som anges till detta är bl.a. svaga ekonomiska incitament för sjuksköterskor att vidareutbilda sig, då bidrag under utbildningstid och förändrade löner efter specialisering inte motsvarat de kostnader som utbildningen

medför för den enskilde. Vidare skiljer sig arbetsuppgifterna efter avslutad specialisering för många inte nämnvärt från de arbetsuppgifter man tidigare haft.

För att fler sjuksköterskor ska kunna välja att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor har flera landsting erbjudit lön under heltidsstudier. Denna lön är dock oftast alltför låg jämfört med den ordinarie lönen varför incitamenten att utbilda sig generellt sett har varit för låga. Många sjuksköterskor klarar helt enkelt inte av att utbilda sig med de villkor som hittills har varit eftersom de har fått gå ned i lön och fått sämre betalt under studieperioden. Om dessa sjuksköterskor i stället kunde få behålla hela lönen under studietiden vid helhetsstudier skulle säkerligen fler välja att studera vidare till specialistsjuksköterska. Genom att satsa statliga medel som sjuksköterskor i alla landsting ska kunna få ta del av så ges fler möjlighet att vidareutbilda sig. Vi är övertygade om att man kan få fler att vilja vidareutbilda sig om det inte innebär att man måste ta en ekonomisk risk och gå ned i inkomst under studietiden, vilket inte bara drabbar den enskilde utan också hela familjen om man är familjeförsörjare.

4.1.1 Kompetenslyft för sjuksköterskor

Bristen på specialistsjuksköterskor är ett växande problem inom den svenska sjukvården som bl.a. har orsakat inställda operationer och stängda avdelningar. Bristen beror till viss del på att sjuksköterskor har fått bekosta sin egen specialistutbildning. Många väljer därför att inte vidareutbilda sig till specialister även om de skulle vilja det. Det är viktigt att säkerställa fortsatt kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor i sjukvården. Därför vill vi införa ett kompetenslyft med bibehållen lön under specialistutbildningen för sjuksköterskor så att fler kan ges möjlighet att utbilda sig till specialistsjuksköterska. På detta vis skapar man bättre och fler karriärvägar för sjuksköterskor att vidareutbilda sig vilket gör yrket mer attraktivt.

4.1.2 Undersköterska ett legitimationsyrke

Det är dags att även Sverige inför legitimation för undersköterskor. I merparten västeuropeiska länder och i samtliga nordiska grannländer är undersköterska en legitimerad yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården. Dels handlar det om att förbättra patientsäkerheten och öka kvaliteten inom sjukvården men också att det ska bli mera attraktivt att vilja utbilda sig till undersköterska. Det är också angeläget att undersköterskor ska ha möjlighet att vidareutbilda sig och specialisera sig på betald arbetstid. Undersköterskor utgör en mycket viktig del av sjukvårdens personal och många av våra undersköterskor drar ett stort lass. Våra satsningar syftar självfallet till

att förbättra arbetsvillkoren och arbetsmiljön även för dem, såväl som för sjuksköterskor och läkare.

Vi vill höja statusen för undersköterskeyrket. Rekryteringsbehovet är stort på grund av pensionsavgångar och ökad efterfrågan. Det uppskattas att det behövs 129 000 nya undersköterskor fram till 2022.

4.2 Vårdservicepersonal inom sjukvården

Arbetsituationen för personalen inom vården är idag pressad. Undersköterskor och sjuksköterskor vill ge en mer kvalitativ vård men måste allt för ofta lägga för mycket tid till uppgifter som annan personalkategori med kortare utbildning skulle kunna göra. För en mer mänsklig och professionell vård är det viktigt att vi använder kompetensen på ett optimalt sätt, där varje personalkategori gör det som de är utbildade för. Ett exempel på hur man kan förskjuta arbetsuppgifter är att anställa vårdservicepersonal inom sjukvården. Vårdservicepersonal avlastar undersköterskor som får mer tid för patienter och kan i sin tur avlasta sjuksköterskor som sedan avlastar läkare. Därmed frigörs tid för patientarbete och man åstadkommer en bättre patientsäkerhet och patientupplevelse. Ur ett medarbetarperspektiv handlar det om att tillvarata kompetenser inom såväl vårddyrken som serviceyrken.

Genom att renodla serviceuppgifter inom sjukvården skapar man dels nya förutsättningar för fler händer i vården men det innebär också att man skulle kunna erbjuda arbete till de som inte har vårdutbildning. Det i sin tur kan på sikt leda till att dessa personer får ett intresse att vilja utbilda sig inom vårddyrket.

4.3 Vårdnära administratörer (läkarsekreterare)

Det administrativa arbetet har ökat i omfattning för läkare och sjuksköterskor. Studier visar att de lägger en betydande del av sin arbetstid på administration, vilken i stället kunde gå till det som de är utbildade för. Genom att låta läkare och sjuksköterskor vårda patienter, och vårdnära administratörer sköta journaldokumentationen och annat administrativt arbete, kommer att leda till att läkare och sjuksköterskor får mer tid för patienterna, en bättre arbetsmiljö och en ökad patientsäkerhet.

4.4 Utökad möjlighet till heltid i offentlig sektor

Rätten till heltid är en viktig förutsättning för ett jämställt och hållbart yrkesliv. Inom primär- och landstingskommunal sektor är ca 50 procent av personalen deltidstjänstgörande. Här återfinns också många av de kraftigt kvinnodominerade yrkena, exempelvis inom vården. I vissa kommuner uppgår andelen deltidsanställda kvinnor till så många som tre fjärdedelar. För många är det såklart en självvald situation för att kombinera arbetet med studier, barn, familj eller motsvarande. Inom hela den offentliga sektorn är det dock nästan var fjärde (23 procent) deltidsanställd som vill arbeta heltid men enbart erbjuds deltid. Tyngdpunkten ligger inom den kommunala sektorn, där nästan tre av tio (29 procent) deltidsanställda vill arbeta heltid. Inom det privata näringslivet är problemet inte tillnärmelsevis lika stort.

Sverigedemokraterna kan och vill heller inte styra över de privata arbetsgivarna. När arbetsgivaren är den offentliga sektorn har vi dock ett ansvar. Sverigedemokraterna vill utöka möjligheten till heltid inom offentlig sektor.

Enligt vårt förslag ska den som har arbetat sex månader efter att provanställningen övergått i en tillsvidareanställning ha möjlighet att söka och få en heltidsanställning. Vårt förslag består också av en tvåstegsraket, där vi i ett första skede skjuter till de medel som krävs, från staten till övriga delar av den offentliga sektorn, för att därefter, vid behov, ändra på lagar och regelverk. I grunden utgår vi dock från att ett stimulansbidrag är tillräckligt, då det knappast kan finnas andra än ekonomiska skäl för kommuner och landsting att inte i högre grad erbjuda heltidsarbete.

4.5 Utökad rätt till deltid

Skillnaden i mäns och kvinnors sjukfrånvaro har ökat sedan 1980-talet. En arbetshypotes från IFAU gör gällande att kvinnors sjukfrånvaro ökar vid tidpunkten för barnafödande och att nivåskillnaden gentemot männen inte utjämnas förrän 15 år efter det första barnet. Med nuvarande regelverk har den ena föräldern en lagstadgad rättighet att arbeta på 75 procents deltid fram till den tid barnet fyller 8 år. Det förefaller som att detta inte är optimalt för många föräldrar och att man, åtminstone den första tiden, borde ges möjlighet att arbeta mindre än 75 procent. Sverigedemokraterna vill utöka möjligheterna att arbeta deltid, ned till 50 procent.

Kvinnor är i högre utsträckning än män sjukskrivna och detta gäller inom samtliga yrkesgrenar. Genom att utöka familjernas flexibilitet och möjlighet att vara hemma längre tid med barnet än i nuläget är ett sätt att bekämpa detta problem.

4.6 Avveckling av de ofrivilligt delade turerna och skiftarbete

Allt fler av personalen inom vården anser att arbetstider och arbetspassen inte fungerar ihop med familjelivet. Det sliter inte bara på familjelivet utan även hälsan att ständigt arbeta omväxlande dag, kväll, natt, helg och delade turer. Skift- och nattarbete är en riskfaktor för uppkomsten av hjärt-kärlsjukdom, bröstcancer och magsår. Personalen inom vården önskar i allmänhet sammanhängande arbetstider. Delade turer, där personalen tvingas till långa, obetalda håltimmar mellan två arbetspass, är ett fenomen som tyvärr är ganska vanligt inom offentlig sektor. En övervägande andel av kommunerna använder sig av delade turer, och i det stora flertalet kommuner tycks förekomsten ha ökat på senare år. Det är därför många kommunalarbetare som har delade turer med ofrivilliga och obetalda håltimmar.

Cirka 10 procent av de anställda uppger att de uppskattar att arbeta delade turer. För en långt större grupp är de delade turerna dock en tvingande plåga. Många har svårt att få familjelivet att gå ihop. Tiden som skulle ha använts till att laga mat, skjutsa barnen till idrottsaktiviteter, läsa godnattsaga och så vidare försvinner.

Trots att frågan funnits på dagordningen i många år så har väldigt lite hänt. Det tycks till och med bli värre. Den primära bakomliggande orsaken är sannolikt neddragningarna på personal och resurser. Inom äldreomsorgen har var tionde anställd försvunnit sedan 2002, samtidigt som de äldre har blivit fler.

Statliga ingrepp i den konkurrensutsatta privata sektorn bör göras med försiktighet, men när det gäller den offentliga sektorn är det politiska ansvaret stort, och personalens fysiska och psykiska hälsa borde i högre utsträckning prioriteras. Även ur ett långsiktigt, strategiskt perspektiv är det viktigt att åtgärder vidtas mot de delade turerna. De dåliga arbetsvillkoren är en av huvudanledningarna till den hotande framtida bristen på vård- och omsorgspersonal. Det är uppenbart att kommunerna och landstingen inte förmår att lösa det här problemet på egen hand och att staten därför måste gå in med styrmedel och resurser.

4.7 Stimulansbidrag för slopad karensdag

Återkommande epidemier varje år kan ställa till stora problem för både personal och patienter inom vården. När exempelvis vinterkräksjukan härjar på vårdinrättningar är det mycket vanligt att både patienter och personal insjuknar. Många gånger drabbas stora delar av personalstyrkan, med stora störningar i vården som följd och för personalen som drabbas varierar villkoren kraftigt mellan yrkesgrupper och landsting.

En del arbetsgivare inom vården är generösare i sin hållning medan andra är striktare i sin bedömning. Några tydliga riktlinjer för hur man ska agera saknas, vilket gör att vårdinrättningarna inom ett och samma landsting kan använda sig av olika regler.

Vinsterna med att låta personal vara hemma med full lön efter smitta är flera och då inte minst ur ett patientsäkerhetsperspektiv eftersom patienterna ska kunna vara säkra på att bli mottagna av frisk personal. Det är ofta svårt att rekrytera personal i samband med vinterkräksjukan eftersom riskerna för att själv bli sjuk och förlora pengar övervägs. En arbetsgivare som låter personal vara hemma med full lön vid sjukdom blir mer attraktiv. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det bättre att ersätta anställdas inkomstbortfall än att stänga ned en hel avdelning.

Sverigedemokraterna värnar om det arbetsgivaransvar som landstingen har och vill endast ge de verktyg som behövs, varför vi inte vill styra allt genom nationella riktlinjer eller kräva slopad karensdag, utan vi överlåter till arbetsgivaren att avgöra hur reglerna ska se ut.

Vi anser att det bör ligga i arbetsgivarens intresse att utforma ett regelverk om hur ett system med slopad karensdag ska se ut och om det endast ska gälla på arbetsplatsen eller även i hemmet. Därför anslår vi ett stimulansbidrag till arbetsgivare inom vård och omsorg som låter smittad personal vara hemma med full lön utan någon karensdag.

4.8 Förbättrade förutsättningar för läkare och sjuksköterskor i glesbygden

På landsbygd eller glesbygd är det ofta svårt att rekrytera läkare och sjuksköterskor, vilket hotar såväl vårdens kvalitet som patientsäkerheten. Att locka läkare till landsbygd är inte bara en utmaning i Sverige utan även i andra delar av världen. I landsbygdsområden i USA finns ett system där läkare kan förbinda sig att arbeta ett antal år varefter de som bonus får sin studieskuld reducerad. Sverigedemokraterna anser att systemet är intressant och vill därför att det ska kostnadskalkyleras och utredas för svenska förhållanden. Man kan även tänka sig att applicera motsvarande system på sjuksköterskor för att de ska vilja söka sig till mindre attraktiva orter och till glesbygden.

4.9 Noggrann uppföljning av stimulansbidragen

Det är mycket viktigt att de stimulansbidrag som vi föreslår i denna budget verkligen öronmärks för det ändamål som de är avsatta för att främja. De satsningar som görs ska

verkligen gå till just det specifika ändamål som är avsikten med respektive stimulansbidrag. Det är också viktigt att stimulansbidragen inte bara öronmärks utan att de också noggrant och kontinuerligt följs upp och utvärderas för att säkerställa att de verkligen får den avsedda effekt som var det ursprungliga syftet med stimulansbidraget. Stimulansbidragen kan exempelvis användas till att erbjuda högre ersättning för obekväm arbetstid, högre löner eller betald ledighet för de anställda. Det är dock viktigt att det huvudsakliga syftet med stimulansbidragen inte åsidosätts, nämligen att främja personalens situation.

4.10 Rätt till säker arbetsplats

Ökad förekomst av våld och hot i samhället avspeglas även inom sjukvården där vårdens personal är särskilt utsatt. Speciellt utsatta är akutmottagningarna när det gäller våld och hot.

Svensk sjukvård konfronteras idag med en helt ny kategori patienter än man gjorde för några år sedan. Brottstygda personer som ingår i kriminella nätverk utgör ett växande problem inom sjukvården.

Våldsbrott med skador som är relaterat till skjutvapen eller knivar drar ofta till sig mycket folk omkring akutklinikerna. Inte allt för sällan är det vänner och anhöriga till den brottstygda patienten som hotar och ställer till problem för vårdpersonal och andra patienter.

Det är inte rimligt att vårdpersonal, patienter och anhöriga ska känna sig otrygga i vår svenska sjukvård. Vi vill komma tillrätta med det här problemet genom att inrätta säkerhetsklassade vårdplatser där man snabbt kan avskilja dessa patienter, deras vänner och anhöriga från övriga patienter. På detta sett kan man både skydda den drabbade patienten från eventuella hot men även vårdpersonalen ska kunna känna sig säkra på att få arbeta ifred. Man bör också införa nationella riktlinjer för hur dessa patienter ska tas om hand från att de kommer in på den säkerhetsklassade vårdplatsen till att de ska återvända hem igen.

Vi vill också införa en nationell handlingsplan för nolltolerans för hot och våld mot vårdpersonal. Syftet med handlingsplanen är att skapa säkerhet och trygghet för vårdpersonal, patienter och deras anhöriga. Lokaler kan tex utformas så att de utgör en trygg och säker miljö med tex fönsterglas, förstärkta dörrar, personlarm, larmknappar på

strategiska platser och metalldetektor vid särskilt riskfylld entré. Det är också viktigt att personalen utbildas i hur de ska bemöta hot och våld.

5 Ökade resurser till sjukvården

För att uppnå en ökad tillgänglighet för att patienterna ska få en mer tillgänglig vård måste befintliga resurser inom sjukvården användas mer effektivt. Våra förslag syftar därför främst till att förbättra användningen av sjukvårdens resurser. Självfallet bör sjukvården tillföras mer resurser men vi ser potentiella vinster med att förbättra sjukvårdens processer och strukturer så att man kan använda de redan befintliga resurserna inom de olika landstingen och regionerna mer effektivt och smartare.

5.1 Nationellt vårdgarantikansli och vårdplatskoordinatorer

När landstinget inte kan erbjuda en patient vård inom vårdgarantins tidsgränser ska patienten informeras om detta och erbjudas vård hos annan vårdgivare. Landstingen ger i dagsläget i många fall otillräcklig information och bristande stöd till patienter som inte får vård inom vårdgarantins gränser.

Ett stort ansvar läggs därför på patienten själv att kontakta vården för att få mer information, och patientens eget agerande påverkar möjligheten att byta vårdgivare. Det är inte rimligt att en patients initiativförmåga ska vara avgörande. Patienter som inte själva tar detta initiativ kommer i stället att gå miste om möjligheten till snabbare vård på annat ställe.

För att alla patienter ska ha möjlighet att få information och stöd i bytet av vårdgivare, i de fall landstingen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser, ska man inrätta ett nationellt vårdgarantikansli som har helhets – och samordningsansvaret för att patienterna ska få snabbare vård.

5.2 Nationellt IT-stöd och patientinformation

Ett nytt nationellt IT-stöd ska tas fram för att få en helhetsbild av väntetider och tillgängligheten på samtliga sjukhus och vårdinrättningar i hela landet för att kunna utnyttja befintliga resurser på ett effektivare sätt. IT-stödet ska bistå de nationella vårdplatskoordinatorerna i deras arbete med att klara vårdgarantin. Det ska också vara möjligt för patienter och anhöriga att se var i landet en specifik behandling/operation

har kortast väntetid, men också för att göra det enklare för patienterna att jämföra vårdgivare och landsting. På detta sätt driver man utvecklingen framåt och kvalitetssäkrar samtidigt som man stärker patienternas valmöjligheter.

5.3 Rätt att välja vårdgivare – en patienträttsgaranti – en garanti med både livrem och hängslen

Som patient ska man fritt kunna välja vilken offentlig finansierad vårdgivare (både öppen - och slutenvård) som man vill få sin behandling eller operation utförd vid och man ska som patient ha rätt att bli utredd inom vårdgarantins dagar. Om hemlandstinget inte kan erbjuda patienten behandling eller operation inom vårdgarantins dagar ska de hänvisa och erbjuda patienten till en annan offentlig eller privatvårdgivare. Om behandling eller operation inte kan erbjudas inom vårdgarantins dagar inrikes ska vårdgivaren hänvisa och erbjuda patienten vård utrikes så att vårdgarantin ska kunna efterlevas. Oavsett hos vilken vårdgivare som landstinget erbjuder patienten vård, ska erbjudandet inte innebära några extra kostnader för patienten. Det ska vara hemlandstinget som ansvarar för kontakterna med den hänvisade vårdgivaren, journaler, ombesörja transporter, uppehälle och eventuellt tolkningshjälp med utländska vårdgivare. Svenska medborgare ska garanteras en tillgänglig hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Det är viktigt att man som patient kan vara säker på att hälso- och sjukvården finns där när man behöver den. Ingen patient ska behöva vänta längre än vårdgarantins dagar om det inte finns medicinska skäl för det. Målsättningen är att på sikt korta nuvarande vårdgarantin på 187 dagar till 30 dagar (månadsgarantin). Vid särskilt allvarliga sjukdomar (hjärt – och kärlsjukdomar, cancer mm) ska maximal väntetid vara 14 dagar. Detta är första steget till att svenska medborgare ska få världens tillgängligaste sjukvård av hög kvalitet.

5.4 Tydligare ansvar för vårdgivaren

Det ska tydliggöras i hälso – och sjukvårdslagen att landstingen (vårdgivare) aktivt ska arbeta med att vårdgarantin efterlevs och säkerställs.

5.5 Samverkansavtal för utökad vårdkapacitet vid behov

Landstingen ska upprätta samverkansavtal med offentliga och privata vårdgivare inrikes och utrikes så att de kan garantera och tillgodose utredning, behandling eller operation för svenska patienter inom vårdgarantins dagar.

5.6 Stärk patienternas rättsliga ställning i sjukvården

Patientlagen trädde i kraft 1 januari 2015. Lagens övergripande syfte var att stärka och tydliggöra patienterna ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienternas ställning har dock inte stärkts och förbättrats sedan patientlagen infördes. Istället visar utvärderingar att patienternas ställning har försämrats på en rad områden som till exempel tillgänglighet, information och delaktighet vilket är mycket allvarligt. Avsaknaden av ett tydligt ansvar, tillsyn, kontroll och uppföljning av efterlevnaden av patientlagen är en bidragande orsak till att patientlagen inte har fått det genomslag som den var tänkt.

Vi anser att man ska förtydliga både innehållet i skyldigheterna som framgår av patientlagen, men också vem som har ansvaret att fullgöra dem. Man bör också införa ett rättighetsbegrepp i patientlagen, Det finns ett värde i att benämna det som patienten har rätt att förvänta sig av vården för patienträttigheter. Dels säger begreppsanvändningen något principiellt om synen på medborgarens och patientens förhållande till det offentliga, dels kan en ändrad begreppsanvändning bidra till en ytterligare perspektivförskjutning i vården där patientens inflytande och delaktighet ses som självklarheter. I jämförelse med Norge, Finland och Danmark är patientens rättsliga ställning svagare i Sverige. Till exempel kan patienter i Norge få vissa rättigheter (såsom rätt att välja sjukhus, information samt delaktighet i beslut och behandling) prövade i domstol.

5.7 Snabbspår för att minska belastningen på akuten

Väntetiderna på landets akutmottagningar fortsätter att öka. Var tionde patient får vänta på behandling i nästan sju timmar eller längre. Varannan patient väntar totalt mer än tre timmar. Personer över 80 år är den grupp som vistas längst tid på akuten; ett besök tar i snitt 40 minuter längre än för övriga vuxna. All forskning visar på att akuten är det absolut sämsta stället för äldre multisjuka att vara på – de behöver lugn och ro och få vård snabbt. Därför måste det akuta omhändertagandet av äldre personer förändras och förbättras. Genom att inrätta ett särskilt snabbspår på akuten förbättras omhändertagandet och de äldre patienterna får rätt specialistvård snabbare, samtidigt som det kan minska trycket på akutmottagningen.

5.8 En tillgänglig akutvård och ambulanssjukvård

Det ligger i allas intresse att vi har en väl fungerade och tillgänglig vård och akutsjukvård i Sverige. Det innebär bl.a. att ambulanser ska komma fram i tid och ha rätt information samt att personalen har rätt utrustning för att hjälpa. Patienternas tilltro till sjukvården kan minska om de måste spendera tid i väntan på att få vård efter att ha anlant till akutmottagningen. Att en person i stort behov av sjukvård kan tvingas vänta uppemot åtta timmar på en akutmottagning är inte rimligt. Målet måste vara att alla som söker sig till akutvård omedelbart ska få en diagnos. Sverigedemokraterna ser det som en viktig prioritering att minska väntetiderna. Ingen ska behöva vänta i mer än fyra timmar på passande vårdinsats. Inom denna tid ska patienten ha fått behandling och återvänt till sitt hem, blivit inskriven på annan klinik eller hänvisad till annan vårdenhet. För att vi ska kunna uppnå målsättningen om en snabb och väl fungerande akutvård vill Sverigedemokraterna införa fler snabbspår inom vården genom att skapa förutsättningar för att ha den modernaste högteknologin och specialistutbildade ambulanssjuksköterskor.

Ett sätt att avlasta akutmottagningarna är att primärvården tar ett större ansvar för vissa akutpatienter. För att avlasta sjukhusens akutmottagningar bör vårdcentralerna öka sin tillgänglighet och även bredda sin kompetens inom flera specialiteter för att ha möjlighet att ta hand om vissa typer av akutpatienter.

Ambulanssjukvården har också en oerhört viktig roll i omhändertagandet av akut sjuka och skadade patienter. Överlevnadsmöjligheterna är direkt relaterade till tiden från skada till att patienten kommer under kvalificerad vård. De senaste åren har tiden från larm till dess att ambulans kommer ökat dramatiskt. Sverigedemokraterna menar att det inte är acceptabelt att svårt sjuka och skadade patienter ska vänta på en ambulans och därmed riskera livet. I ett flertal länder finns det lagstadgade tillgänglighetskrav och mål på hur skadade eller svårt sjuka patienter ska nås inom en viss tid. I Sverige finns inte några tydliga mål om eller krav på hur hög tillgängligheten till ambulanser ska vara. Sverigedemokraterna vill införa motsvarande lagstadgade tillgänglighetskrav även i Sverige.

5.9 Vårdplats på rätt klinik med rätt kompetens

Minskningen av antalet vårdplatser har varit ett kontinuerligt problem som ännu inte fått en legitim lösning. Detta anser Sverigedemokraterna vara en felprioritering då vi har en växande befolkning med ett större behov av hälso- och sjukvård. Platsbrist leder till

försämrad vård och risk för felaktiga diagnoser. Det ska inte vara så att sjukvården är så pass överbelastad att det inte går att ge vård oavsett tidpunkt eller sjukdom. Bristen på vårdplatser riskerar patienters liv vid akuta fall eller större katastrofer då det inte finns möjligheter att behandla på plats.

Att komma till rätta med vårdplatsbristen är en av sjukvårdens enskilt viktigaste frågor. Det har tidigare funnits exempel på enskilda avdelningar som har så få platser att patienterna tvingas få vård i korridorer, matsalar eller expeditioner. Ett större problem uppstår när patienter skickas till en annan avdelning där plats finns men där vårdpersonalen kan sakna rätt kompetens och utrustning. Riskerna att patienter inte får den behandling som egentligen behövs eftersom vårdpersonalen är stressad, inte har rätt information och är överbelastad, kan då förekomma.

Sverigedemokraterna oroas av att se hur en alltför stor och riskfylld neddragning av antalet vårdplatser under många år har ökat. En minskning på ca 400 platser per år innebär att vi i dag har knappa 24 600 vårdplatser, varav den somatiska korttidsvården utgör ca 20 000, motsvarande 2,6 platser per 1 000 invånare. Detta innebär att Sverige har en lång väg att gå för att komma tillbaka till toppen med tillgängliga vårdplatser vid en internationell jämförelse.

Platsbristen leder inte bara till en försämrad vård och garanti för patienterna – den ökar sjukhusrelaterad dödlighet och ger längre vårdtid och en högre kostnad för vårdgivaren än vad som egentligen skulle behövas. Sverigedemokraterna ser det därför som högst angeläget att öka antalet vårdplatser och att gällande vårdgaranti kompletteras med rätten att vid behov garanteras en vårdplats på rätt klinik, bemannad med rätt kompetens.

5.10 Mobila vårdenheter

En verksamhet som förekommer allt oftare är att sjukvården kommer ut till de som behöver den. Ett exempel är mobil röntgen som används i flera av våra grannländer och som har visat mycket goda resultat. Att få sjukvård i hemmet skapar en ökad trygghet för patienten, speciellt för äldre som har svårt att ta sig till sjukvården själva.

Dessa mobila verksamheter riktas i första hand till personer i särskilda boenden och hospis men kan även användas inom kriminalvården, vilket medför kostnadsbesparingar samtidigt som det minskar säkerhetsriskerna.

Sverigedemokraterna vill utveckla akutbils- och hembesöksverksamheten. Dessa verksamheter kommer att tillgodose befolkningens behov av läkarbesök i hemmen och riktar sig i första hand till äldre och barnfamiljer. Det finns orter med litet patientunderlag och med svårigheter att rekrytera tandläkare. Genom att införa mobila tandvårdsenheter kan invånarna fortsatt vara garanterade god kvalitet på tandvården, oavsett var i landet de bor.

5.11 Medborgarskapets rättigheter och skyldigheter

Sverigedemokraternas utgångspunkt är att Sveriges välfärd finns till för svenska medborgare. Detta innebär motsatsvis att icke-medborgare generellt sett inte har samma tillgång till de svenska välfärdssystemen. I och med den senaste tidens stora tillströmning av utlänningar finner vi det därför nödvändigt att tydliggöra vad dessa nyanlända människor har att förvänta sig. Det handlar om att göra en åtskillnad mellan folk som kommer hit för att arbeta och folk som kommer hit av andra skäl. Mellanläget – att permanent befinna sig i landet utan att assimileras och bli medborgare – är inte något som ska uppmuntras på något vis. Det är ovärdigt för alla parter och på sikt en helt ohållbar situation även rent ekonomiskt. Naturligtvis ska de icke-medborgare som uppehåller någon form av ekonomiskt bistånd också ha sin vistelseort i Sverige då det inte ska vara möjligt att bli försörjd av svenska staten och sedan bo i det område som man påstås ha flytt från.

För medborgare i EU/EES-länder samt dem med ett blåkortstillstånd för arbete gäller de överenskommelser som finns på plats, dvs. de åtnjuter i stort samma rättigheter som svenska medborgare.

Tillgången till skattefinansierad hälso- och sjukvård, inklusive tandvård för personer som befinner sig i Sverige, beror på olika regler beroende på vilken personkategori man tillhör. Grundregeln är dock alltid att ingen ska nekas akut vård på grund av bristande betalningsförmåga och att patientsäkerheten aldrig får hotas. Det är den behandlande läkaren, tandläkaren eller annan ansvarig vårdpersonal som får avgöra i det enskilda fallet vilka insatser som bör göras för att inte patientsäkerheten ska hotas.

Sveriges hälsovård bygger på att vi gemensamt finansierar den via skattsedeln. Detta innebär således att vården är dimensionerad för de människor som i första hand bor här. Självfallet hade vi, om vi kunnat, erbjudit alla personer samma typ av vård oavsett deras status. Vi har också den djupaste förståelse för att människor som arbetar inom vårdyrket vill hjälpa alla som kommer för att söka vård. Det är dock vår uppgift att som

politiker vara varsamma med de begränsade resurser som svenska folket anförtror oss att fördela.

För svenska medborgare gäller ovillkorligen samma villkor, dvs. full tillgång till svensk sjukvård där våra nationella lagar och regler tillämpas. Detta gäller även i stor utsträckning för EU-medborgare och personer som har ett arbetstillstånd exempelvis i form av ett gällande blåkort samt barn till personer som har ett giltigt uppehållstillstånd. Avseende vuxna med TUT/PUT gäller fri tillgång till akutvård samt vård som inte kan anstå. För att få tillgång till fullständig vård kan man kvalificera sig genom att ha arbetat motsvarande heltid under de senaste två åren, eller genom att teckna en försäkring eller betala själv via lån. För asylsökande vuxna och barn erbjuds akut vård, resterande vårdinsatser ska finansieras på egen hand genom försäkring eller lån. Avseende illegala utläningar gäller enbart tillgång till akut vård, dock med fullt betalningsansvar.

Med tydliga regelverk avseende icke-medborgares rätt till skattefinansierad välfärd minskar obönhörligen belastningen på sjukvården, vilket leder till högre tillgänglighet.

5.12 Nationella riktlinjer vid ofrivillig barnlöshet

Ofrivillig barnlöshet drabbar omkring 15 procent av alla par i Sverige. Ofrivillig barnlöshet betyder att ett par försökt bli gravida i minst ett år utan att lyckas. Den livskris som detta orsakar måste tas på stort allvar. I dag finns det möjlighet att få hjälp genom att paret får tillgång till IVF-behandling, som oftast kallas provrörsbefruktning. Men vilken hjälp man får ser olika ut, beroende på var i Sverige man bor. I vissa landsting får barnlösa par tre IVF-behandlingar, medan man i andra landsting i samma situation bara får ett försök bekostat av landstinget. Detta är inte acceptabelt. Vi anser att det ska finnas nationella riktlinjer för behandling av ofrivillig barnlöshet för att garantera att alla exempelvis får samma antal IVF-försök oberoende var i Sverige man bor.

5.13 Satsningar på förlossningsvården och barnsjukvården

Våra generella satsningar på sjukvårdspersonalen och ökad tillgänglighet inom sjukvården kommer självfallet också att vara avsedda för att stärka upp förlossnings- och mödravården samt sjukvården för barn. I nuläget ser vi en skriande brist också på vårdplatser för barn.

Exempelvis är 40 procent av Karolinska sjukhusets vårdplatser för barn stängda till följd av personalbrist. Satsningarna vi gör är generella och syftar till att öka tillgängligheten generellt sett för alla, dvs. även till vård och vårdplatser för födande mödrar och för barn.

Vi anser att alla blivande mödrar ska ha tillgång till en god och patientsäker förlossningsvård. Så är dessvärre inte alltid fallet i dag. Vi har ett stort och avlångt land med stora avstånd, framför allt i glesbygd, men en patientsäker förlossningsvård ska självfallet ändå kunna garanteras i hela landet. Vi ser därför ett stort behov av fortsatta satsningar på förlossningsvården för att blivande föräldrar ska kunna ges en trygg vård. I de fall det inte är möjligt att garantera tillgång till BB i närområdet, till följd av geografiska avstånd, anser vi att det ska finnas andra lösningar för att säkra patientsäkerheten inom förlossningsvården, oavsett var i landet man bor. Därför vill vi att alla födande mödrar ska ha tillgång till säkra transporter, exempelvis i form av ambulanser som är speciellt utrustade för förlossningsvård, för att kunna säkerställa en trygg förlossningsvård i hela landet.

Sverigedemokraterna avser därför öka dagens antal utbildningsplatser så att bristen på barnmorskor på sikt kan åtgärdas. Det råder en stor brist på barnmorskor inom förlossningsvården. En barnmorska har alltid ansvar för två liv, kvinnans och barnets. Ofta ansvaras även för flera förlossningar samtidigt. Detta innebär att barnmorskan, hur gärna vederbörande än vill, inte kan ge det stöd som varje enskilt par behöver. Även om intresset för yrket har minskat på senare år är antalet ansökningar fortfarande betydligt högre än antalet platser. Stöd under förlossningen är av största vikt för både mamma och barn, och en avgörande del av den kvalitet som förlossningsvården håller. Genom detta kan akuta kejsarsnitt och förlossning med sugklocka i bästa fall undvikas. En lugn och trygg omgivning och en närvarande barnmorska är avgörande för kvinnans och därigenom barnets upplevelse. Det handlar också om att barnet ska få en god anknytning till föräldrarna så snart det är fött. Det är trots allt i regel i förlossningsrummet som barnet för första gången möter världen.

Sverigedemokraterna vill utöka tidigare stimulansbidrag för landstingen, särskilt inriktat på eftervård för nyförlösta mödrar och barn. Ett långsiktigt mål bör vara att fäder ska kunna göra dem sällskap. Under vissa perioder av året räcker platserna på förlossningsvården knappt till. Naturligtvis ska modern ges en prioriterad plats eftersom hon är den som genomgår födseln. Dock är det viktigt att även se till faderns roll. Det förekommer i dag ofta att nyblivna pappor på grund av platsbrist inte får stanna kvar på

BB över natten efter det att förlossningen är klar, trots att familjen så önskar. Detta innebär problem på flera plan. Dels bör det vara en självklarhet att papporna precis som mammorna ska få uppleva de första hela dygnen med den nya familjemedlemmen, dels är nyförlösta mammor inte sällan i behov av stöd och utrymme för vila, särskilt nattetid. Sverigedemokraterna har sedan tidigare föreslagit stimulansbidrag till landstinget för inrättandet av fler vårdplatser och det är vår avsikt att utvidga detta ytterligare med syfte att inrätta fler förlossningssalar och familjerum där efterfrågan är särskilt stor.

Sverigedemokraterna vill tillskjuta ytterligare anslag för att utöka och skynda på arbetet med att färdigställa projektet. Barnavårdscentralen ska vara ett stöd för de nyblivna föräldrarna så att barnet ges de bästa förutsättningarna. Här kontrolleras regelbundet bl.a. barnets vikt och längd och vaccinationer görs. Både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten påpekar emellertid att det saknas nationella sammanställningar över antalet barnavårdscentraler. Man hör alltför ofta i medierna att barnavårdscentraler minskar sin verksamhet, flyttas eller stängs, men det finns ingen statistik över vad detta har för konsekvenser för barnens tillgång till mottagningen. Enkelt uttryckt råder det informationsbrist för att säkerställa god och likvärdig kvalitet över hela landet. Detta anser vi är beklagligt. Det pågår i dag ett arbete med att bygga upp ett nationellt kvalitetsregister som ska möjliggöra en bättre och mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Registret heter Svenska barnhälsovårdsregistret (förkortas HBVQ). Redan 2011 beviljade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anslag för att bygga upp detta register. Det är fortfarande inte klart, trots att det nationella kvalitetsarbetet finansieras genom ett samarbete mellan staten och SKL. En annan viktig möjlighet med projektet är att underlätta uppföljning av hälsoläget bland barn på både nationell, regional och lokal nivå, samt att mäta föräldrarnas och barnens uppfattning om barnhälsovården.

5.14 Stimulansbidrag för kostnadsfri slutenvård till personer som är 85 år och äldre

Vi önskar avsätta ett stimulansbidrag för att alla landsting och regioner ska kunna erbjuda kostnadsfri vård i slutenvården till personer som är 85 år eller äldre. I dagsläget är kostnaden för slutenvård för patienter olika i olika landsting och regioner. Som mest kan man få betala 100 kr/dygn när man är inlagd på sjukhus och behandlas inom slutenvården. Vi vill att alla som är 85 år eller äldre ska slippa att betala för slutenvården, dvs. inläggning på sjukhus.

Vi vill därför stimulera alla landsting att även erbjuda kostnadsfri slutenvård för denna grupp äldre. Det är orimligt att man som gammal ska behöva betala per dygn som man tillbringar på sjukhus. Det är dessutom orättvist att kostnaden för inläggning på sjukhus varierar över landet. För att måna om de äldre vill vi säkerställa att de ska slippa betala för den tid som de måste vara inlagda på sjukhus eller inom vården. Vi vill prioritera de äldre, som ofta är en ekonomiskt svag grupp, genom att erbjuda kostnadsfri slutenvård.

5.15 Äldrevårdscentraler

Vi har i Sverige en mycket väl fungerande och förebyggande verksamhet när det gäller mödra- och barnhälsovården. Detta har inneburit att hälsan har förbättrats för småbarn och deras mödrar och det har gett oss världens lägsta mödra- och spädbarnsdödlighet. När det gäller de äldre ser vi ofta exempel på problem som hade kunnat förhindras om det förebyggande arbetet hade varit effektivare.

Sverigedemokraterna anser därför att ett system liknande mödra- och barnvårdscentralerna men inriktat på seniorer, äldrevårdscentraler, skulle kunna leda till en effektivisering av vården som därefter kan ge stora hälsovinster för en stor del av befolkningen.

5.16 Tandvårdsbidrag – ökat stöd till ålderspensionärer

Tandvård är en komplex vårdform varför det är än viktigare att patientens ställning i tandvården tydliggörs och att vårdgivare och behandlare i tandvården får ett tydligt ansvar gentemot patienten när det gäller information, delaktighet, samtycke, val av behandlingsalternativ, rätten till förnyad medicinsk bedömning, möjligheten att lämna synpunkter och klagomål m.m. Även ifall tandvården i sig skiljer sig från övriga sjukvården – genom finansiering, organisation och styrning – så ser vi munnen som en del av kroppen.

I dagsläget är tandvårdsbidraget utformat i olika intervaller, beroende av åldersgrupp. Sverigedemokraterna vill justera så att alla ålderspensionärer från 65 år medges 900 kronor per år i stället för de 600 konor per år som regeringen har föreslagit. Reformen kan jämföras med förslaget om ett återställt högkostnadsskydd och syftar ytterst till att äldre inte ska behöva lägga en lika stor del av sin disponibla inkomst på hälsa och sjukvård som är fallet i dag. Förslaget skulle få en positiv effekt för drygt 800 000 äldre.

5.17 Mer bindande nationella riktlinjer

En av grundstenarna för den svenska hälso- och sjukvården är att minska ojämlikheten så att vård kan ges till alla på lika villkor, något som man kämpat med länge. De nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tagit fram för hälso- och sjukvård, socialtjänsten, hälsoskyddet och smittskyddet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är däremot som så att dessa riktlinjer endast bör följas, det finns alltså inga krav på det. Det behövs en tydligare nationell reglering av den svenska hälso- och sjukvården för att denna ska bli mer jämlik. Genom att göra de nationella riktlinjerna mer bindande skulle detta innebära att samtliga måste leva upp till samma krav. Det ska inte vara så att en familj får hjälp som en annan inte kan få för att de bor på olika orter, där huvudmannen har en annan uppfattning om riktlinjerna. Då de nationella riktlinjerna bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet finns det inga hinder för att göra dessa mer bindande.

5.18 Förstärk och tydliggör den nationella styrningen i hälso- och sjukvården

En god sjukvård på lika villkor för befolkningen är grunden för hälso- och sjukvården eftersom jämlik vård är viktigt ur ett patient- och medborgarperspektiv. För varje enskild patient, närstående eller medborgare är det viktigt att veta att det finns tillgång till bästa möjliga vård vid det tillfälle den behövs. Detta särskilt då man som patient ofta befinner sig i medicinskt kunskapsunderläge och då sjukdom i många fall innebär ytterligare utsatthet. Faktorer som bland annat kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilken vård och behandling man får som patient. På samma sätt ska inte heller var man bor i landet påverka vilken vård man får. Trots detta finns skillnader i vården. Det handlar om skillnader i vård, behandling och bemötande såväl som skillnader i vårdens resultat och utöver det finns det även skillnader i hälsa. Det är viktigt att betona att jämlik vård inte innebär att alla nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är i stället att alla individer behandlas likvärdigt utifrån varje individs unika förutsättningar. Samtidigt innebär likvärdig vård, behandling och bemötande att samtliga individer har samma rättighet att få sina behov uppfyllda eller tillgodosedda.

Sverige har i dag 21 självstyrande landsting och regioner med ansvar för hälso- och sjukvården. Dessvärre visar allt fler undersökningar att sjukvården inte är jämlik då vårdens tillgänglighet och behandlingsresultat skiftar alltför mycket mellan landstingen.

Vi vill utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård på ett systematiskt, överblickbart och ändamålsenligt sätt. För att följa upp ojämlikheter i vården på ett bättre sätt behövs ett verktyg avsett för detta ändamål. Ojämnt fördelad och begränsad tillgång till resurser (personal och utrustning) kan leda till omotiverade skillnader i vården.

Det finns flera befintliga metoder och initiativ runtom i landet som har provats i syfte att öka jämlikheten i vården. Genom att systematiskt och kontinuerligt samla information om dessa metoder och initiativ i en nationell kunskapsbank, tillsammans med information om dess evidens och resultat från utvärderingar, underlättas kunskapsspridning om insatser för en mer jämlik vård.

För att åstadkomma en likvärdig och evidensbaserad sjukvård krävs en ökad nationell kunskapsstyrning som säkerställer att nationella riktlinjer följs.

För att säkerställa en jämlik, tillgänglig sjukvård av hög kvalitet anser vi att staten bör ta ett tydligare ansvar än i dag för sjukvårdens styrning och finansiering. På sikt bör staten helt överta landstingens och regionernas roll som beställare och finansiär av sjukvård. En sådan förändring är nödvändig för att säkra likvärdig vård i hela landet.

Men en sådan omfattande sjukvårdsreform är oerhört komplex, en förändring som tar tid att genomföra, varför det är hög tid att påbörja arbetet redan nu. Vi föreslår därför att man tillsätter en utredning för att se över möjligheterna att på sikt flytta över huvudmannskapet för hela eller delar av sjukvården från landstingen till staten.

5.19 Screeningprogram

För att uppnå en lyckad behandling krävs tidiga insatser. Därför måste vården kontinuerligt arbeta med att upptäcka och identifiera sjukdomar så tidigt som möjligt. De svenska satsningarna på regelbundna kallelser till mammografi och cellprovtagningar har lett till en minskad dödlighet i bröstcancer och livmoderhalscancer.

Sverigedemokraterna anser att dessa typer av screeningåtgärder, där symptomfria individer undersöks i förebyggande syfte, ska utökas. Vi förordar en satsning med syfte att introducera fler nationella screeningprogram.

Cancer är en sjukdom som drabbar många och som slår obarmhärtigt mot människor. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Så många som drygt 9 730 kvinnor drabbades under 2014 av bröstcancer.

Mammografi, en så kallad screening, är en undersökning där bröstet kontrolleras med syftet att upptäcka eventuell cancer, är ett viktigt verktyg för att tidigt upptäcka och bekämpa bröstcancer hos kvinnor. Tidig upptäckt är en avgörande faktor för ett gott behandlingsresultat och eventuell möjlighet till bot. Kunskap om bröstcancer är viktig för alla kvinnor och att ta vara på möjligheten till hälsoundersökning med mammografi. Varje år görs omkring 500 000 mammografiundersökningar i Sverige inom ramen för screeningsprogrammet för bröstcancer. Tidigare erbjöd bara cirka hälften av Sveriges landsting mammografi till kvinnor i åldern 40–49 år. Regeringen införde i våras kostnadsfri screening för samtliga kvinnor i åldern mellan 40 och 74 år. Detta är ett beslut som vi varmt välkomnade eftersom vi länge hade drivit frågan om att avgiftsfri screening skulle bli kostnadsfri eftersom vi anser att det är ett sätt att uppnå jämlik cancervård.

Cancerfonden kom i våras med sin årsrapport om situationen vad gäller cancer i Sverige. Det är en nedslående rapport som visar på att antalet cancerfall kommer att öka de närmaste åren. Rapporten visar också på att bröstcancer, som är den cancersjukdom som skördar flest liv bland kvinnor, konstant ökar. Cancerfonden påpekar också i sin rapport på att cancer även drabbar kvinnor över 74 år men att dessa kvinnor i nuläget inte erbjuds mammografi. Under 2014 rapporterades det 1 986 fall av bröstcancer hos kvinnor över 75 år.

Alla hinder som kan rivas för att öka även äldre kvinnors deltagande i mammografi är därför viktiga. Mot den bakgrunden anser vi att det är självklart att även kvinnor över 74 år ska få genomgå kostnadsfri screening för att upptäcka bröstcancer. Det bör bli obligatoriskt att erbjuda mammografi till kvinnor i åldern över 74 år.

5.20 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa drabbar många människor och är ett ständigt växande folkhälsoproblem i Sverige. Här ryms allvarliga tillstånd som psykoser, depressioner, stress och sömnsvårigheter. Fler förebyggande insatser, effektivare behandlingsmetoder och bättre omhändertagande skulle innebära höjd livskvalitet för patienterna och deras anhöriga, samt en stor samhällsbesparing.

Inom psykiatrin finns i dag endast drygt 150 vårdplatser för barn och unga i hela Sverige, och det finns landsting som inte har en enda vårdplats inom psykiatrin för unga

personer. För att möta behovet fordras en utveckling och förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri samt fler vårdplatser.

5.21 Suicidprevention

År 2015 valde 1 542 människor över 15 år i Sverige att i förtid avsluta sina liv. Det är nästan 4 personer om dagen. Av dessa hade 155 personer inte fyllt 24 år. Antalet suicid per 100 000 invånare har sedan 1980 halverats för alla åldersgrupper utom denna yngsta grupp, 15–24 år, där antalet legat i det närmaste konstant. För samma grupp har antalet registrerade självmordsförsök ökat drastiskt sedan 1997, medan de bland äldre legat konstant eller ökat i liten mån. Det är uppenbart att de insatser som görs för att förhindra självmord inte når ut till svenska ungdomar.

För män mellan 15 och 44 år är självmord den vanligaste dödsorsaken, för kvinnor den näst vanligaste. Ungefär tre gånger fler dör genom att ta sitt eget liv jämfört med det antal som dör i trafiken. Samtidigt har arbetet för en ökad trafiksäkerhet synliggjorts och uppmärksammas betydligt mer än de insatser som görs för att minska antalet suicid.

Många gånger kan självmord förhindras helt enkelt genom att tillfällena försvinner och impulsiva handlingar bromsas. Den psykiska ohälsan bland unga har ökat så kraftigt att den nu är ett av våra största folkhälsoproblem. Psykisk ohälsa ligger bakom 90 procent av alla självmord som begås i Sverige.

Vikten av en god och tillgänglig psykiatrisk vård, särskilt för barn och ungdomar, kan därför inte nog belysas och det krävs omfattande insatser för att stärka denna. Dessutom fordras förstärkningar inom skolpsykiatri och kuratorsverksamheten, inte minst då många unga drar sig för att söka extern psykiatrisk vård. All personal som arbetar med någon form av vård eller omsorg bör också gå en kortare utbildning för att lära sig känna igen signaler och tidigt upptäcka eventuell självmordsbenägenhet.

Det kan vidare antas att många söker information om självmord på internet. Det är därför viktigt att det finns bra och relevant information online om var man kan vända sig och få hjälp.

Avslutningsvis är det givetvis av stor vikt att ge nödvändigt stöd till de efterlevande när självmord trots allt sker. Att förlora en närstående är alltid ett trauma, men då personen i fråga själv valt att avsluta sitt liv är situationen än mer chockerande och väcker än fler känslor och frågor. En utredning bör tillsättas för att se över vilka insatser som behövs

för att kunna möta de efterlevandes behov, för att stödja och vägleda tillbaka till vardagens liv. Utredningen bör ta fram riktlinjer för såväl direkt som uppföljande kontakt med anhöriga.

5.22 Rättspsykiatrin

I dag är det landsting eller regioner som ansvar för rättspsykiatrin, som består av fem regionkliniker och 25 större vårdenheter spridda över landet. Samtliga har olika förutsättningar och resurser till att ge patienterna en säker, trygg och likvärdig rättspsykiatrisk vård. Det bedrivs på olika villkor och med skiftande resurser. Vissa landsting säljer bort hela uppdraget eller delar av uppdraget till andra landsting och i andra är den rättspsykiatriska vården helt integrerad i den vanliga psykiatrin. Personalens kompetens och erfarenhet inom området skiftar och synen på vård och behandling skiftar.

Sverigedemokraterna menar att målsättningen med vård, oavsett i vilken form denna är, ska vara att sträva efter en jämlik vård, inte en vård där det exempelvis under vissa perioder kan vara svårt att hitta en lämplig vårdplats i rätt säkerhetsnivå. Inte en vård där möjligheten att söka och finna lediga platser bygger på lösa principer om uppbyggda personliga relationer och kunskaper om enskilda klinikers goda vilja.

Vi ser många felprioriteringar. Forskning inom rättspsykiatrin är olika – i en del enheter har det satsats i många år men vissa har ingen eller en högst blygsam forskning. Behovet av investeringar för vårdplatser behöver överblickas, inte kontinuerligt uppskattas i hopp om att verksamheten överlever. I dag hanteras frågan om risk- och farlighetsbedömningar på olika sätt. Inte alla enheter arbetar med strukturerade evidensbaserade metoder.

Det Sverigedemokraterna här lyfter upp är endast en del av de problem som den rättspsykiatriska vården står framför och menar därför också att det inte är möjligt att sträva efter en likvärdig rättspsykiatri utan att ett större ansvar tas på nationell nivå. Vi föreslår att ett pilotprojekt ska införas där någon eller några vårdenheter tas över av staten, för att senare utvärdera kostnader, konsekvenser och vård. Syftet med pilotprojektet är att samtliga regionkliniker och vårdenheter ska bedrivas av staten inom en snar framtid.

5.23 Palliativ vård

Sverigedemokraterna anser att alla som har behov av palliativ vård i livets slutskede oavsett diagnos ska kunna få det av kompetent och välutbildad personal oberoende av bostadsort. Vården vid livets slut ska präglas av värdighet, omtanke och respekt för patienten. Rätten till fullgod smärtbehandling ska vara en självklarhet, liksom psykologiskt, socialt och andligt eller existentiellt stöd för patienter och närstående. När livets slut närmar sig är det viktigt att vård och omsorg präglas av professionellt kunnande om de kroppsliga behoven kombinerat med lyhördhet för både andliga och själsliga behov. För såväl de personer som befinner sig i livets slutskede som deras anhöriga behöver det finnas en genuin känsla av trygghet och säkerhet.

Allt fler svårt sjuka och döende vårdas i dag i särskilda boendeformer eller i det egna hemmet med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård. Detta ställer höga krav på kompetensen inom palliativ vård hos personalen i den kommunala vården och omsorgen. Det finns ett behov av kompetensutveckling inom palliativ vård och en utökning av tillgängligheten då likvärdig vård inte kan erbjudas i hela landet.

Att förlora sitt barn är varje familjs mardröm och något man inte ens vill eller kan föreställa sig. Barn symboliserar livet och livets fortsättning och det känns oftast obegripligt för föräldrar att överleva sitt barn. Tyvärr drabbas även barn av cancer och andra svåra sjukdomar. Vart fjärde barn som drabbas av cancer kommer att dö av sin sjukdom. Mellan 400 och 500 barn och ungdomar dör årligen av olika sjukdomar. Många familjer önskar att deras svårt sjuka barn vårdas hemma så långt det är möjligt. Det är då av vikt att det finns tillgång till palliativa hemsjukvårdsteam oavsett var i landet man bor, så att barn och föräldrar kan känna sig trygga med den medicinska behandlingen men också kunna få psykologiskt stöd och råd i den extremt svåra situation de befinner sig i.

I dag är tillgången till palliativ vård för barn ojämlig över landets regioner och kommuner. I dagsläget spelar ålder, diagnos och bostadsort stor roll för vilken hjälp man kan få. När det gäller vuxna har kommunen skyldighet att erbjuda hemsjukvård. Barn har inte det skyddsnetet på grund av att kommuner bara har ansvar för hemsjukvård från och med en viss ålder, oftast från 18 år och uppåt. Problem uppstår för att det inte finns tydliga överenskommelser mellan kommuner och landsting och man har inget underlag att agera efter. Det innebär i sin tur att föräldrar och barn kommer i kläm. Sverigedemokraterna vill införa ett lagstadgat krav som tydliggör och

förstärker kommuners och landstings ansvar på området, vilket borgar för en sammanhållen vårdkedja.

Alla familjer vill inte att deras svårt sjuka barn ska vårdas hemma. Det är då viktigt att respektera det önskemålet och se till att andra möjligheter finns. I dag finns bara ett hospis för svårt sjuka och döende barn i hela landet med åtta vårdplatser, vilket är alltför lite för att täcka de behov som finns. Föräldrar som befinner sig i denna extremt svåra situation med all den oro det innebär, ska inte behöva kämpa för att deras barn ska få rätt till en fullgod palliativ vård i livets slutskede. Barn ska ha samma rätt till palliativ vård som vuxna, oavsett bostadsort.

Palliativ vård av barn har både likheter och skillnader jämfört med palliativ vård av vuxna. Det är viktigt att inte betrakta barn som vuxna även om de drabbas av de fysiska, psykologiska och andliga aspekter som en obotlig sjukdom innebär. I det nuvarande nationella vårdprogrammet för palliativ vård finns inte med något avsnitt om barn, vilket vi anser otillfredsställande.

Varje år dör omkring 90 000 personer i Sverige och uppskattningsvis 80 procent av dem behöver lindrande vård när behandlingen inte längre har någon effekt. Men den palliativa vården är ojämnt fördelad över landet. Uppgifter från Nationella rådet för palliativ vård visar exempelvis att antalet platser för specialiserad palliativ vård kan variera länsvis mellan 7 och 107 per 1 000 avlidna. Vi ser fortfarande att döende personer åker in och ut på sjukhus, tvingas leva med smärta och saknar någon att prata med. Så ska det inte vara.

Kunskapen om palliativ vård är ofta koncentrerad till specialiserade grupper inom vården. För att alla ska kunna få god vård vid livets slut, oavsett ålder, medicinsk diagnos och bostadsort krävs det att all personal har grundläggande kompetens inom området. Därför är det viktigt att vården och omsorgen erbjuder all personal, såväl på sjukhus som på särskilda boenden för äldre, vidareutbildning inom palliativ vård.

Vården vid livets slut ska präglas av värdighet, omtanke och respekt för patienten. Rätten till fullgod smärtbehandling ska vara en självklarhet, men också psykologiskt, socialt och andligt eller existentiellt stöd för patient och närstående.

Palliativ vård ska erbjudas varhelst patienten väljer att vårdas, i hemmet, på ett sjukhem, på ett sjukhus eller på ett hospis. Vården ska organiseras så att det blir naturligt för anhöriga att vara tillsammans med patienten den sista tiden. Därför är det viktigt med en väl utbyggd palliativ verksamhet i regioner och landsting.

Inom den vanliga vården finns oftast inte tiden, kunskapen eller utrymmet för den lindrande, tröstande vård som ska ta vid när den akuta vården är över. Många föräldrar kan vittna om den ensamhet och utsatthet de känt när deras barn ansetts färdigbehandlat. Det ska vara självklart att kunna erbjuda utsatta familjer det allra bästa i en extremt svår situation i livet. Döende och svårt sjuka barn och unga ska erbjudas hospis med avancerad vård i livets slutskede i en hemlik miljö med ambitionen att fylla den sista tiden med liv och att erbjuda stöd till både barnet, föräldrar och eventuella syskon utifrån behov.

Människor som är obotligt sjuka och i livets slutskede har ofta behov av smärtlindring för att inte lida i onödan. I den palliativa vården finns det möjlighet att få s.k. terminal sedering, vilket innebär att man söver patienten till djup sömn. I dagsläget finns det stora skillnader då terminal sedering används i olika utsträckning i olika delar av landet. Eftersom terminal sedering är beroende av respektive behandlande läkares bedömning anser vi att det måste finnas tydliga regler eller lagstiftning för när terminal sedering ska användas, vilket det inte finns i dag. Därför anser vi att det bör finnas nationella riktlinjer för att uppnå likvärdig palliativ vård i hela landet. Terminal sedering kan utgöra en naturlig del i en god palliativ vård, och därför är det viktigt att det finns nationella riktlinjer. I dessa riktlinjer ska det också tas större hänsyn till patienternas önskemål.

5.24 Utdrag ur belastningsregister

Under de senaste åren har det i medier framkommit uppgifter om att vårdsökande, dementa och personer med psykiska eller fysiska funktionshinder utsatts för sexuella övergrepp, misshandel och kränkande behandling av personal som jobbat i verksamheten. Det är inte rimligt att personer som begått grova våldsbrott, misshandel och rån eller sexuella övergrepp jobbar i verksamhet med människor som befinner sig i en utsatt situation. Vi ser därför att det ligger stor vikt i att utöka lagen om registerkontroll så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, äldreomsorg och psykiatri och inom särskilda boenden för funktionshindrade.

5.25 Obligatoriska hälsoundersökningar för nyanlända

Under de senaste åren har Folkhälsomyndigheten konstaterat att bl.a. antalet fall av tuberkulos (tbc) har ökat dramatiskt. Tbc var tidigare en näst intill helt utrotad sjukdom

i Sverige men nu har tbc-fall påträffats bl.a. inom skolan och hos personal på HVB-hem. Det är högst oroväckande för folkhälsan att allvarliga och smittsamma sjukdomar sprids i samhället till följd av att man inte upptäcker eller kan erbjuda smittade personer behandling eftersom de inte genomgår hälsoundersökningar.

Sverigedemokraterna förordar därför obligatoriska hälsoundersökningar för alla personer som söker svenskt uppehållstillstånd. Det är endast en liten andel av de som anländer till Sverige som genomgår den frivilliga hälsoundersökningen som erbjuds. År 2015 var det endast 39 procent som genomgick hälsoundersökning. Obligatorisk hälsoundersökning fyller en viktig samhällsfunktion då farliga sjukdomar som sprids snabbt och som i dagsläget inte finns i Sverige kan upptäckas och behandlas i god tid. Det är viktigt att identifiera sjuka och smittade individer för att kunna ge dem vård. Samtidigt innebär en satsning som denna att de nya invånarna, i likhet med infödda svenskar, redan från början etablerar en god kontakt med den svenska vården.

5.26 Videotolkning

Varje år betalas det ut hundratals miljoner kronor för språktolkare i vårt land. Det är orimligt att invandrares bristande kunskaper i svenska språket får kosta samhället så mycket pengar. Särskilt allvarligt är att sjukvården tvingas omfördela pengar från sin sjukvårdsbudget till språktolkning, samtidigt som landstingen går med ekonomiska underskott. På sikt är det Sverigedemokraternas ambition att språktolkskostnaden ska finansieras av egenavgifter, men nu gäller det att lösa de problem vi har.

I Danmark vid Odense Universitetshospital sker språktolkning via videotolkning. Språktolkningsprojektet i Odense har hämtat inspiration från Alameda County Medical Center (Kalifornien), där videotolkning förkortat tolkningstiden med 20 minuter vid varje tolkningstillfälle. Nordens Vårdscenter är en av aktörerna som uppmuntrar till videotolkning. Med videokonferenser vid tolkning så minskar man administrationen väsentligt och insatserna blir därigenom effektivare. Genom besparingen på kostnader för resor så beräknar man i Danmark en arbetsbesparande potential om cirka 130 heltidstjänster. Beräkningarna bygger på att det uppskattningsvis sker 150 000 tolkningar om året inom den danska vården. I Danmark har man konstaterat att den nuvarande organisationen av tolkning är tids- och kostnadskrävande. Genom att använda välfärdsteknologi kan språktolkningen effektiviseras och genom samordningsinsatser med Sveriges Kommuner och Landsting skulle detta innebära stora besparingar. Utvärderingar från Danmark visar att videotolkning upplevs som positivt

och professionellt av såväl vårdpersonal som patient och att fördelarna med fysisk närvaro, såsom icke-verbal kommunikation, bibehålls.

5.27 Införande av patientansvarig läkare på riktigt

Ett stort problem inom sjukvården är bristande kontinuitet för patienten. Ofta får patienten träffa olika läkare vid varje tillfälle när de söker vård och ofta finns ingen huvudansvarig läkare att vända sig till. Trots att det finns regler om fast vårdkontakt i, 29§ Hälso- och sjukvårdslagen, så efterlevs det inte. Därför måste lagen förtydligas. Genom att återinföra patientansvarig läkare vill vi återupprätta möjligheten till kontinuitet för patienten, samtidigt som sjukvårdens effektivitet och användning av resurserna kan förbättras. Detta leder till en mänskligare sjukvård, där läkaren lär känna patientens behov och får förståelse för patientens sjukdomshistoria, samtidigt som patientens förtroende för läkaren växer.

5.28 Nationellt kompetenscenter med särskild kunskap om barns hjälpmedel

Att tillgodose barns krav på hjälpmedel är en utmaning. Samtidigt som de ska ge barnet den frihet som ett barn behöver för att utvecklas, ställs höga krav på funktionalitet, hållbarhet, design och teknologi. Detta kräver alldeles särskild kompetens, både vad gäller barns motoriska, sociala och kognitiva utveckling och vad gäller modern teknologi och utvecklingen inom barn- och ungdomskultur. Barn ska ha rätt att få vara barn, med hjälpmedel utvecklade för barn.

Undersökningar visar att föräldrar upplever att det saknas spetskompetens och att rehabilitering och hjälpmedelscentral inte håller sig à jour med utvecklingen. Därför anser vi att man ska utreda möjligheten att införa ett nationellt kompetenscenter där expertkunskap om avancerade hjälpmedel och barns hjälpmedelsbehov samlas.

5.29 Ansvar för missbruksvården

Missbruksutredningen och dess slutsatser om att överföra ansvaret för missbruksvården till landstingen, istället för som idag ha ett delat huvudmannaskap mellan kommuner och landsting, anser vi är intressanta och tänkvärda. I nuläget finns en splittrad och otydlig behandlingsorganisation som enligt experter inte tilltalar brukarna och som bland annat är dålig på att implementera nya metoder. Om ansvaret fortsätter att vara delat mellan olika huvudmän finns det en risk för att människor som behöver hjälp

hamnar mellan stolarna. Undersökningar visar dessutom på en stor del av befolkningen skulle föredra att få hjälp mot sitt beroende via sjukvården precis som vid andra typer av hälsoproblem. Vi anser därför att ett samlat huvudmannaskap är att föredra där landstingen tar över ansvaret för missbruksvården.

5.30 Förbjud icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar

Omskärelse av pojkar legaliserades 2001 i Sverige och som en följd av detta rekommenderar Socialstyrelsen landets landsting att erbjuda tjänsten som en service för de vårdnadshavare som önskar se sina barn omskurna. I och med att Sverige förbundit sig till barnkonventionen har man också förbundit sig att ”vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa”. Alla barn bör ha rätt till sina egna kroppar och likhet inför lagen. Det är inte värdigt något friskt barn som bör anses duga bra som han/hon är född, att läggas under kniven med statens samtycke. Därför anser Sverigedemokraterna att icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar ska förbjudas.

5.31 Ökad patientsäkerhet

Patientsäkerhet betyder att skydda patienter från att skadas när de får vård. I Sverige är vården säkrare än i det flesta andra länder men ändå är skador fortfarande ett stort problem i den svenska vården. Nästan var tionde patient som vårdas på sjukhus drabbas av en vårdrelaterad skada. Infektioner, felmedicineringar, trycksår, fallskador och undernäring är några exempel på det som kan drabba patienter i den svenska vården. Det leder framförallt till ett onödigt lidande för både den drabbade patienten och för den inblandade medarbetaren, men det är också ett slöseri av samhällets resurser. Vårdrelaterade skador kan orsakas av brister i kommunikation mellan vårdpersonal, stress på grund av underbemanningar, överbeläggningar eller på grund av en bristande säkerhetskultur. Det är inte acceptabelt att patienter skadas i vården om detta är undvikbart och därför är det viktigt att förstärka arbetet med att minska onödigt lidande och försämrad livskvalitet för patienterna. Säker sjukvård handlar också om säker och trygg arbetsmiljö för vårdens personal.

Det finns många olika orsaker till bristerna i patientsäkerhet. Flera studier har identifierat arbetstider och trötthet som bidragande faktorer vid vårdrelaterade skador. Det är viktigt med moderna och hälsosamma arbetstider som möjliggör till vila och återhämtning mellan arbetspassen. Det är en förutsättning för en patientsäkerhet.

Sverigedemokraterna vill ha en nollvision mot vårdskador och bör innehålla målsättningar som: inga undvikbara dödsfall, inget undvikbart lidande, ingen undvikbar väntetid, ingen hjälplöshet och inget slöseri med resurser.

En brist på vårdplatser är en fara för patienter och personal. Antalet vårdplatser i Sverige har minskat under ett antal år och nu har vi lägst antal vårdplatser per invånare bland jämförbara länder i EU. Patientsäkerheten blir lidande när sjukhuset tvingas till överläggning.

5.32 Grön omsorg

Grön omsorg är Sverigedemokraternas idé om vård, rehabilitering och daglig verksamhet ute på landet. I dagsläget och sedan en tid tillbaka upplever det svenska lantbruket och inte minst mjölkgårdarna en svår kris vad gäller lönsamhet. Många gårdar läggs ned och landsbygden förlorar arbetstillfällen och fortsätter i många delar att avfolkas. Detta till trots har vi i landet ännu många vackra gårdar och öppna och välkomnande landskap. Arbetet med grön omsorg kan vara ett sätt att diversifiera verksamheten vid många gårdar och ge bonden fler verksamheter att vila på och få avkastning och lönsamhet av. Det är för individerna som skulle ges denna möjlighet också en hälsogivande åtgärd. Det kan exempelvis vara en åtgärd för ungdomar på glid eller personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning, som utförs i samarbete med den enskilde lantbrukaren, olika brukargrupper och berörda myndigheter. Verksamheten kan vara dagligen eller en gång i veckan med utbildning eller arbetsträning beroende på brukarens behov och gårdens resurser. Olika aktiviteter kan till exempel vara snickeri, hantverk, bakning, vård av djur och växter, odling, skogsbruk eller vård av kulturmiljöer och kulturlandskap. Vi tror att detta kan ge goda effekter för samhället där brukaren kan få en meningsfull tillvaro i en trivsamt miljö, samtidigt som lantbrukaren kan utveckla sitt företag med en ny verksamhet och få fler ben att stå på.

6 Mångfald av aktörer – värna valfriheten och kvalitet

Sverigedemokraterna värnar den svenska välfärdsmodellen och månar om kvalitet, ordning och reda, mångfald och valfrihet i välfärdens verksamheter. Det innebär att det ska finnas utrymme för flera aktörer och driftsformer: offentliga, privata, ideella,

kooperativa, stiftelsedrivna osv. Alternativet till valfrihet är det offentliga monopolet, där medborgarna är helt utlämnade åt det som politikerna har att erbjuda.

Det sker något alldeles speciellt när fler än en aktör agerar inom samma område; å ena sidan den regelrätta konkurrensen – dvs. vetskapen att om man inte levererar en hög kvalitet så kommer medborgarna att välja bort en – å andra sidan att olika modeller, inriktningar och innovativa lösningar ges utrymme att växa.

Utmaningen ligger därför i att kombinera å ena sidan valfrihet och mångfald, å andra sidan kvalitet och ordning och reda.

6.1 Tillståndsprövning

All verksamhet som bedrivs ytterst med offentliga medel ska vara tillståndspliktig, detta helt oaktat själva driftsformen. Ett sjukhus, ett äldreboende, en vårdinrättning ska, innan verksamheten öppnar, söka och beviljas tillstånd för verksamheten. Ansvarig myndighet är IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Myndigheten ska vid en ansökan granska bl.a. verksamhetsplan, ekonomisk plan, lämpligheten hos ledning och i förekommande fall styrelsen. Kommun och/eller landsting ska alltid ha prövorätt vid en nyetablering med den statliga myndigheten som sista instans för överklagande.

I tillståndsprövningen ingår tillika att redogöra för ägarstrukturen. Den skatterättsliga hemvisten ska vara Sverige. En aktör som dolt och uppsåtligt agerar mot denna princip i syfte att tillskansa sig skattemässiga fördelar kommer oåterkalleligt att få sitt tillstånd indraget.

6.2 Tillsyn

Samma myndighet är tillika tillsynsmyndighet, dvs. ansvarig för att försäkra sig om att verksamheten bedrivs så som planerat och efterlever lagar och förordningar. Fokus härvidlag ska ligga på oanmälda inspektioner och kontroller. För detta ändamål kommer betydande resurser att tillskjutas myndigheten. Utöver tillsynen kommer också myndigheten att ansvara för att upprätta ett publikt och transparent kvalitetsregister med ett enkelt och direkt jämförbart betyg (förslagsvis 1–5) för varje enskild aktör. Detta register ska på enklaste sätt tillhandahållas medborgarna. Vill man exempelvis veta vilken vårdinrättning eller vilket äldreboende som har högst betyg, antingen i hela landet eller i sin kommun/landsting, så finns detta tillgängligt digitalt. De parametrar som ligger till grund för betygsbedömningen kommer till stor del att baseras på den

subjektiva eller upplevda nöjdheten. Andra parametrar kan vara sådant som mat och personalbemanning.

6.3 Sanktionsmöjligheter

Oavsett vilket regelverk staten sätter upp och oavsett vilken verksamhet som avses så kommer någon, antingen av slarv, okunskap eller i värsta fall ren illvilja, att bryta mot det. Myndigheterna behöver därför ha tydliga befogenheter att beivra sådant.

Om förseelsen är av ringa karaktär beslutar tillsynsmyndigheten helt enkelt om ett åläggande: att inom skälig tid åtgärda bristen. I det fall driftsformen är ett aktiebolag ska myndigheten kunna besluta om ett utdelningsförbud om bristen är allvarlig eller inte åtgärdas. I ännu allvarligare fall eller där bristen trots påpekanden inte åtgärdas kan myndigheten besluta om statlig tvångsförvaltning och i sista hand om indragande av själva tillståndet för att över huvud taget bedriva verksamheten. Dessa tydliga sanktionsbefogenheter tillsammans med en kraftig ökning av oanmälda inspektioner borgar tillsammans för ordning och reda i välfärdens verksamheter och en hög kvalitet för våra vårdtagare och andra brukare.

Sverigedemokraterna vill sedan tidigare återinföra en variant av det så kallade ämbetsmannaansvaret som avskaffades i Sverige 1976. Med hänsyn till att välfärdens verksamheter är offentligt finansierade bör ett sådant återinförande avse tjänstemän i sådana verksamheter, oaktat själva driftsformen. Om man därför av ”försummelse, oförstånd eller oskicklighet” åsidosätter sådant man är påbjuden enligt lag, förordning eller motsvarande kan man bli straffrättsligt skyldig.

6.4 Ekonomisk stabilitet

Det finns både praktiska och ideologiska skäl att särskilja mellan aktiebolag som finansieras av offentliga medel och andra typer av aktiebolag. Bolag går i konkurs om inte stup i kvarten så åtminstone hyfsat regelbundet. Och det är egentligen lite grann själva poängen bakom en marknadsekonomi: den som inte sköter sig och levererar en produkt eller en tjänst som kunden är tillfreds med, kommer till slut inte att ha några kunder kvar. Och i de allra flesta fall medför det inte några synnerligen allvarliga konsekvenser för kunden. Aktiebolag verksamma inom välfärdssektorn som finansieras av offentliga medel är dock i detta avseende att betrakta som särskilda. Samhället har

funnit att detta är verksamheter som är så pass centrala att alla ska ha tillgång till dom – rik som fattig – och att de därför ska finansieras via det offentliga.

Sverigedemokraterna vill införa en bestämmelse om att ett aktiebolag som finansieras av offentliga medel inte får ta ut utdelning förrän det finns en sådan ekonomisk stabilitet (buffert) som kan garantera att verksamheten kan fortskrida även om bolaget skulle hamna på obestånd, så pass länge att det offentliga kan ta över verksamheten utan menlig inverkan på vårdtagare, brukare eller motsvarande.

6.5 Ersättningssystem och resursallokering

Sverigedemokraterna strävar mot ett mer enhetligt nationellt ersättningssystem för välfärdsverksamheter, syftandes till att öka likvärdigheten samt minska krångel. Det omdömesregister som nämnts i tidigare avsnitt ska också tydligare kopplas till ersättningssystemet. Högre resultat ska rendera högre ersättning. Det är härvidlag viktigt att lyfta fram att det som avses är resultat över tid, dvs. en trend, snarare än en ögonblicksbild som ska vara styrande. Detta handlar givetvis ytterst om incitamentsstrukturer för olika aktörer inom välfärden (alldeles oavsett driftsform) och dessutom om att förhindra s.k. cherry-picking. Som exempel kan nämnas att vi vet att det finns en positiv korrelation mellan barns studieprestationer och akademiska föräldrar. Man skulle sålunda kunna föreställa sig att en privatägd friskola skulle föredra att etablera sig i ett område med just många akademiska föräldrar. Om eleverna där får goda resultat vid exempelvis nationella prov och skolan därmed ett högt omdöme, skulle det vid en komparation för stunden kunna rendera en högre ersättning. Detta vill vi undvika. Vid en jämförelse över tid så blir det tvärtom egalt om skolan är bra från början men blir ännu bättre, eller om skolan är dålig från början men blir lite mindre dålig (eller vice versa, i värsta fall) vad just ersättningssystemet anbelangar. En rektor i förekommande fall har sålunda kraftfulla incitament att förbättra skolans resultat, alldeles oavsett om man börjar på en ”hög” eller ”låg” nivå.

Per Ramhorn (SD)

Carina Ståhl Herrstedt (SD)

Christina Östberg (SD)