

## Motion till riksdagen 2019/20:2054

av **Johan Pehrson m.fl. (L)**

# Sjukvård på människors villkor, inte människor på sjukvårdens villkor

---

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en ny portalparagraf i hälso- och sjukvårdslagen samt förtydligade myndighetsdirektiv och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell översyn av den palliativa vården och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att avancerad vård för sällsynta tillstånd bör koncentreras i europeiska specialistcentrum och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att permanenta regionala cancercentrum (RCC) och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa regionala psykiatricentrum och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om principer för specialdestinerade statsbidrag till regioner och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka sjukvårdens nationella kunskapsstyrning och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell plan för sällsynta diagnoser och tillkännager detta för regeringen.

9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för regelbundna internationella sakkunniggranskningar i svensk sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en skärpning av lagstiftningen om läkarlegitimation och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om begränsad rätt att behandla alla allvarliga sjukdomar för andra än yrkesutövare inom sjukvårdens legitimationsyrken och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om jämställdhetsperspektiv inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning om vårdens framtida prioriteringar och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjliggöra att metalldetektorer kan användas på sjukhus och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge farmaceuter en starkare roll i vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.

## Motivering

Liberal hälso- och sjukvårdspolitik sätter människan i centrum - som patient, som medarbetare och som anhörig. Medicinska framsteg, ökad kunskap och ett aktivt folkhälsoarbete har lett till ett längre liv och fler friska år i befolkningen. Liberalerna är övertygade om att morgondagens sjukvård kan ges på nya sätt, på patientens villkor. Vi strävar efter att stärka patientens ställning och att säkerställa jämlik vård i hela landet.

I januari 2019 uppnåddes en sakpolitisk överenskommelse mellan Liberalerna och Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna, som inrymmer ett budgetsamarbete samt ett samarbete om de politiska frågor som framgår av överenskommelsens 73 punkter. Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns ett flertal liberala reformförslag som inte ingår i överenskommelsen. Vi motionerar om dessa här.

Varje människa ska själv ha frihet att styra sitt liv, sin hälsa och sin framtid. Patienter stärks av makt och kunskap att välja, möjlighet att vara delaktiga och av ett bemötande som gör vården personlig och som ser enskilda behov. Vårdval inom väl avvägda områden ger kortare väntan och ökat patientinflytande. Anställda stärks av att själva kunna välja mellan flera arbetsgivare och få goda chanser att utvecklas. Hälso-

och sjukvården måste moderniseras och den moderna tekniken nyttjas till fullo för att öka kvaliteten och patientsäkerheten samt effektivisera verksamheten och förbättra arbetsmiljön.

Kunskap vägleder liberal sjukvårdspolitik, på alla områden. Hälso- och sjukvård ska ges enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi vet exempelvis att förebyggande vård är humant och resurssmart. Patienterna har rätt att vara delaktiga i hela vård- och behandlingsprocessen. Liberalerna vill också att anhöriga synliggörs och stöttas för att orka hjälpa både patienten och sig själva.

## Stärk patienterna

Det behövs ett nytt perspektiv inom hälso- och sjukvården som helt utgår från patientens behov. Därför föreslår vi att hälso- och sjukvårdslagen, HSL, förändras. Perspektivet i sjukvården behöver förflyttas från ett befolkningsperspektiv till den enskilda patienten. Varje patient ska ha rätt att få vård efter behov och att fritt välja vårdgivare i hela landet. Vården ska vara evidensbaserad och kostnadseffektiv.

Den så kallade portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen (1997:142) lyder:

§ 2 Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Portalparagrafen lyfter inte fram individens rätt till sjukvård och ger intryck av ransoneringstänkande. Vi menar att den som bedöms behöva vård ska ha rätt att få tillgång till vård och dessutom ha rätt att själv välja vårdgivare. Vi föreslår därför en ny portalparagraf, som bör innehålla följande:

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

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

### **En död vi kan leva med**

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

Även kunskapsbristen i palliation kritiserar, och att alldeles för få anställda får handledning och stöd, trots känslomässigt tunga situationer. Mer än var fjärde barnklinik saknar rutiner för att ta hand om döende barn. Människor dör också utan att någon vet om de har ont. I vissa landsting får fyra av fem döende ingen smärtskattning.

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

### **Valfrihet och mångfald**

Liberalers utgångspunkt är att människor har olika önskningar och behov. Detta kräver att vi värnar och utvecklar självbestämmande och valfrihet. I hälso- och sjukvården har makten de senaste decennierna förflyttats från politiker och byråkrater till patienterna, inte minst gav Patientlagen som tillkom under alliansregeringen möjlighet att välja öppenvård i andra landsting (numera regioner). Lagens intentioner är dock otillräckligt kända. Regionerna (förr landsting) behöver informera om, hänvisa till och boka besök hos verksamheter i andra regioner när patienter så vill. Information ska också finnas lätt tillgänglig via nätet så att var och en kan jämföra olika vårdgivare och därmed ges

möjlighet att göra väl grundade val. Patientlagen behöver därtill stärka patienters valfrihet och egenmakt ytterligare genom att ge rätt att välja vård över landet, både i öppen specialistvård och i slutenvård. Vi är glada över riksdagens tillkännagivande på detta område, och noterar att regeringen avser att arbeta vidare med frågan.

Genom den sakpolitiska överenskommelsen mellan Socialdemokraterna, Miljöpartiet, Centerpartiet och Liberalerna har vi gemensamt uttalat att ”den enskildas valfrihet är en central del av den svenska välfärdsmodellen. Därför behövs en mångfald av aktörer och goda villkor för enskilt drivna verksamheter inom välfärden som underlättar den enskildes aktiva val. Regeringen kommer inte att driva eller arbeta vidare med förslag om vinstförbud eller andra förslag med syftet att införa vinstbegränsningar för privata aktörer i välfärden. Höga kvalitetskrav ska vara styrande”, samt att förslag kommer läggas för att säkerställa att alla aktörer inom välfärden oavsett driftform har likvärdiga villkor.

Inom den ramen anser Liberalerna att det är särskilt angeläget att förbättra förutsättningarna för non-profitverksamhet. Till skillnad från i andra länder är de idéburna vårdgivarna relativt få i Sverige, trots att de genom sitt ideella engagemang erbjuder ett mervärde som kompletterar den övriga vården och bidrar till utvecklingen av sjukvården.

## Bygg ut den nära vården

Svensk hälso- och sjukvård håller en god kvalitet i internationella jämförelser och ligger i topp när det gäller medicinska resultat. Vi har fyra gånger fler läkare än på 1970-talet och fler sjuksköterskor med hög kompetens än någonsin tidigare. De åstadkommer goda resultat: vårdkvalitet och patientsäkerhet är bland de högsta i världen. Men resultaten är inte alls lika imponerande när det gäller tillgänglighet och bemötande; där är vi i bästa fall medelmåttiga. Väntan på vård hör till den längsta i OECD.

Många sjukhus brottas med stora problem med överbeläggningar och utlokaliseringar. Nyckelkompetenser tvingas lägga kraft och tid på att hitta vårdplatser och sköra patienter blir kvar på akuten i väntan på en vårdplats. En orsak är att Sverige lägger en internationellt sett låg andel sjukvårdsresurser på primärvård. I dag läggs endast 17 procent av sjukvårdens totala resurser där, vilket ska jämföras med 25 procent i våra nordiska grannländer. När den nära vården inte lever upp till människors förväntningar blir människor sjukare eller får sitt tålamod hårt provat, och söker sig till

sjukhusvården i stället. Det skapar en ond cirkel med långa köer och patienter som hamnar på akuten i onödan.

Det finns i teorin en bred politisk enighet om att den nära vården behöver byggas ut. Steg har tagits i den riktningen under de senaste mandatperioderna, men takten behöver öka. Det är för oss mycket viktigt att denna fråga är prioriterad i den sakpolitiska överenskommelsen mellan Liberalerna och Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna. Våra ingångsvården i det arbetet framgår bland annat av vår sjukvårdspolitiska motion från förra riksdagsåret, mot. 2018/19:2041.

## Nationell och regionövergripande samordning och styrning

Även om svensk sjukvård i huvudsak håller mycket hög kvalitet, finns betydande utmaningar i att klara likvärdighet och långsiktig finansiering. Fler äldre, nya effektiva och kostsamma behandlingar och behov att implementera medicinteknisk innovation gör finansieringen problematisk för många regioner, särskilt i de regioner där befolkning och skatteunderlag minskar.

Frågan om en större omställning av Sveriges regionala indelning har nyligen prövats, men förslaget saknade förankring och kommer inte att genomföras. Vi ser gärna lokala initiativ till fördjupade samarbeten mellan regioner som möjligen övergår till nya, större regioner. Kunskapsstyrningen behöver öka, men huvudmannskapet över sjukvården ska även fortsatt ligga hos regionerna.

Ibland beror bristande likvärdighet mindre på olika förutsättningar och resurser och mer på att olika regioner gör olika prioriteringar. Icke desto mindre kan vissa skillnader i likvärdighet vara svåra att försvara. Vilken sida en länsgräns man bor på bör inte innebära att man får olika god vård. Regeringen har på senare år, oavsett politisk färg, försökt öka vårdens likvärdighet och jämlikhet genom att stärka den nationella styrningen och samordningen. Liberalerna är och har varit pådrivande för detta, såväl i regering som i opposition. Samtidigt driver vi på i regionerna för den politik vi anser vara viktig. Sett från regionernas håll finns dock en risk att statlig styrning skapar ett dubbelkommando som går på tvärs med lokala behov och prioriteringar. Detta skapar dessutom ett demokratiproblem – vem ska väljarna rösta bort om de är missnöjda med den sjukvård de får, regeringen eller regionledningen? Styrningen är otydlig idag. De senaste åren har exempelvis den rödgröna regeringen förra mandatperioden förstatligat ansvaret för bidrag till glasögon för 8–19-åringar, medan ansvaret för bidrag till glasögon för yngre barn samt för alla andra hjälpmedel fortfarande ligger på regionerna.

Ansvar för mammografi och screening för livmoderhalscancer har förstatligats, medan andra medicinskt välmotiverade screeningprogram är valfria för regionerna. I längden underminerar detta både effektivitet och legitimitet, och försvårar sjukvårdens långsiktiga styrning. Öronmärkta statsbidrag kan vara motiverade om de handlar om sådant som kan vara svårt för särskilt mindre regioner att klara på egen hand – till exempel sådant som handlar om samordning över organisatoriska och geografiska gränser eller om kompetenslyft, metodutveckling och erfarenhetsutbyte. Däremot är Liberalerna skeptiska till sådana specialdestinerade statsbidrag som i praktiken handlar om att förstatliga en uppgift där vissa regioner inte prioriterat som en regering tycker att de ska.

För att åstadkomma en likvärdig och evidensbaserad hälso- och sjukvård krävs färre riktade statsbidrag och en stärkt nationell kunskapsstyrning som säkerställer att nationella riktlinjer följs. Genom kunskapsstyrningen kan våra begränsade resurser göra större nytta. Skarpare krav ska ställas på regioner och enskilda vårdgivare att implementera nationella riktlinjer och nya evidensbaserade behandlingsmetoder samt att ständigt utveckla sin kunskap. För ökad kunskapsstyrning av vårdens faktiska styrning bör Vårdanalys genomföra en utvärdering av sjukvårdens ersättningsmodeller och deras effekter och sedan sprida resultatet till regionerna.

Kopplingen mellan forskning och den kliniska verksamhet ska stärkas, liksom möjligheterna att snabbare omsätta nya forskningsrön till innovationer som skapar nytta för patienter och personal. Kraven på regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation ska därför skärpas. Lagstiftningen ska revideras så att alla sjukvårdshuvudmän får i uppdrag att aktivt bedriva sådan verksamhet.

Vad ska vara nära och vad ska finnas på ett fåtal platser? Vi vill koncentrera den högspecialiserade vården till ett fåtal platser i landet. Ur patienternas perspektiv är det viktigare att få högspecialiserad vård av yppersta kvalitet än att vården finns nära. Regeringen behöver nogsamt följa att den nya beslutsprocessen för högspecialiserad vård lever upp till förväntningarna.

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

### **Regionala cancercentra och regionala psykiatricentra**

Centrumbildningar kan bland annat stimulera forskning, implementera nya metoder och metodstöd, utrangera föråldrade metoder och behandlingar och stimulera

patientsäkerhetsarbetet. De regionala cancercentra, RCC, är ett bra exempel på hur stat och regioner kan samverka för att lösa uppgifter där de enskilda regionerna är för små. RCC är regionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet. Med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin, och inom tio gemensamma insatsområden, arbetar RCC tillsammans med regionerna för en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård. Den nationella cancerstrategin visar därtill på möjligheterna att åtgärda brister som ojämlik vård och fragmentiserade vårdkedjor, vilket även drabbar personer som har psykiatriska diagnoser. Regeringen bör söka vägar att permanenta RCC, detta utan att behöva omvandla dem till myndigheter.

RCC bör även kunna vara förebild också för hur andra områden i hälso- och sjukvården kan stärkas, inte minst psykiatrin där liknande arbetssätt har utvecklats inom ett begränsat område inom den specialiserade psykiatrin, nämligen utveckling av vården för personer med självskadebeteenden.

Vi föreslår att en nationell psykiatristrategi tas fram där regionala psykiatricentra inrättas och förs samman i en nationell samordning. Centraliserad vårdutveckling vid psykiatriska centra förbättrar förutsättningarna för jämlik vård för personer med psykiatriska diagnoser, för rättssäkerheten, patientsäkerheten samt en god och samlad utveckling av vården.

## Vård i tid och tid i vården

### **En kömiljard som ser till hela vårdkedjan och värnar kroniskt sjuka**

Sedan den rödgröna regeringen förra mandatperioden avskaffade kömiljarden blev väntan på vård längre. Kömiljarden hade samtidigt brister – baksidan av att den var ett effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen var att andra angelägna uppgifter som inte mättes riskerade att komma på undantag. Flera avgörande strukturreformer, inte minst föreslagna i Effektiv vård (SOU 2016:2), skulle sannolikt kraftigt minska hälso- och sjukvårdens problem med tillgänglighet och samordning. Men dagens sjuka kan inte vänta på dessa strukturreformer. En moderniserad kömiljard som ser till hela vårdkedjan och värnar kroniskt sjuka är viktigt för dagens patienter. Det är viktigt för oss att denna fråga är prioriterad i den sakpolitiska överenskommelsen mellan Liberalerna och Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna



## **Digitala tjänster för bättre vård**

För att använda vårdens resurser effektivt är det också helt nödvändigt att lätta den administrativa bördan. Rätt information är livsviktigt i vården. Att dokumentera vad som görs kommer alltid att vara en viktig uppgift för läkare och sjuksköterskor. Men administration och it måste göras enklare för alla – inte minst genom att byta ut otidsenliga och krångliga it-system. De stjäl massor av tid, samtidigt som risken för att det blir fel någonstans är stor.

Pappersbaserade rutiner behöver ersättas med mobila digitala verktyg som ger enkel och säker tillgång till exempelvis journal och läkemedelslista, oavsett om man är i ett mottagningsrum, på hembesök eller i en ambulanshelikopter.

Den teknik vi tar för självklar i andra delar av vår vardag måste också bli självklar i vården. Patienter behöver få tillgång till smarta e-hälsotjänster för att exempelvis nå den egna journalen, boka tid på webben och träffa läkaren via videolänk. Kroniska sjukdomar kan behandlas säkrare och bättre genom att patient och läkare kan följa värden kontinuerligt med en hälsoapp. Lättanvända e-tjänster ger ökad tillgänglighet, ökar jämlikheten – och stärker patientmakten. E-tjänster kan och bör också vara grunden för en digital valfrihetsrevolution. Patienter bör inte bara kunna välja vilken läkare de träffar utan också hur de träffar sin läkare. Vårdgivare bör erbjuda lika bra digital tillgänglighet som fysisk. Patienten ska kunna välja mellan e-tjänst, telefon, video eller fysiskt besök. Självfallet ska patienterna också erbjudas digitala behandlingsformer, exempelvis internetpsykiatri.

Att införa framtidens it-system kommer att kräva en ekonomisk kraftsamling, men beräknas också kunna spara enorma belopp: upp till 180 miljarder kronor, enligt en rapport från konsultbolaget McKinsey.

Det behövs ett samlat, nationellt grepp kring it i vården.

## **Stärkt arbete för psykisk hälsa**

Den självrapporterade psykiska ohälsan ökar, vilket innebär mänskligt lidande och även en ekonomisk börda för privatpersoner och samhälle. För att komma till rätta med den ökande psykiska ohälsan behövs arbete från flera håll samtidigt. Politiska insatser behövs för god miljö i skola och på arbetsplatser, för utveckling och utbyggnad av skolhälsovård och vardagssjukvård med nya behandlingsformer, men även för stärkt psykiatri utan väntan för den som behöver stöd. Det är viktigt för oss att denna fråga

innefattas i den sakpolitiska överenskommelsen mellan Liberalerna och Centerpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna.

Vården för psykiatriska sjukdomar behöver ibland vara nära patienten, men kan också vara mycket avancerad. Vi vill koncentrera avancerad vård och satsa på forskning och kunskapsstyrning, på implementering av nya metoder och behandlingar och på att fasa ut sådana som är sämre och i värsta fall verkningslösa eller skadliga.

Brukarmedverkan behöver utvecklas. För att klara av en utveckling och ett förändringsarbete i mycket högre takt än idag som dessutom behöver ske på bred front i hela landet krävs ett betydligt större inslag av brukarmedverkan än idag. Brukarrevisioner behöver införlivas i verksamhetsredovisningarna. Professionsledda patient- och anhörigutbildningar behöver standardiseras och införas brett. Självhjälpsgrupper med beprövade och välfungerande metoder i primärvårdens regi behöver utvecklas.

### **Stärkt suicidprevention**

Omkring 1 500 personer tar sitt liv i Sverige varje år, vilket är mer än fem gånger så många som dör i trafiken. Riksdagen har beslutat om nollvisioner för döda både i trafiken och genom suicid. Nollvisionen mot dödsfall i trafiken har varit synlig och framgångsrik, men på suicidområdet behöver betydligt mer göras. Suicidprevention är inte en fråga enbart för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Det behövs samordning mellan många intressenter för att upptäcka och stödja människor på väg in i psykisk ohälsa och suicidtankar och för att begränsa tillgången till medel och metoder. På uppdrag av alliansregeringen lämnade Folkhälsomyndigheten i mars 2015 förslag på hur en struktur för att stödja det suicidförebyggande arbetet kan utformas. Folkhälsomyndigheten har utifrån detta förslag fått ansvar för samordningen på nationell nivå, men det finns också ett behov av förstärkt samordning på lokal och regional nivå.

Det nationella handlingsprogrammet för att förebygga suicid togs fram av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut 2006 och antogs av riksdagen 2008. Det är en bra grund, men mycket har hänt vad gäller både kunskap om suicid och i samhället i stort. Det var till exempel innan de sociala mediernas stora genomslag. En ny handlingsplan bör också lyfta fram att orsakerna till suicid är olika i olika riskgrupper och behöver olika åtgärder. Det finns till exempel en kraftig överrepresentation av äldre män, samtidigt som kunskaperna om psykisk ohälsa bland årsrika är små.

En befolkningsutbildning i ”psykisk livräddning” behöver genomföras så att den allmänna kunskapsnivån och beredskapen höjs i hela Sverige. Detta bör genomföras inom ramen för statens satsningar inom psykiatri och psykisk hälsa.

## Samlat arbete för personer med sällsynta diagnoser

Den svenska definitionen av en sällsynt diagnos är att det gäller en ovanlig sjukdom eller skada som leder till omfattande funktionsnedsättning och som finns hos högst 1 av 10 000 innevånare. Många av dem är syndrom, där flera symtom ingår. En sällsynt diagnos kan leda till omfattande och komplexa funktionsnedsättningar där den enskilde nödgas ha kontakter med flera olika medicinska specialiteter.

Trots att det endast ingår ett fåtal personer i varje enskild diagnosgrupp är det ändå sammantaget många människor som berörs.

Sedan en tid tillbaka pågår ett arbete med att inrätta centrum för sällsynta diagnoser (CSD) vid Sveriges sju universitetssjukhus. Det är angeläget och välkommet, men det behövs en tydligare nationell styrning för att människor ska få den diagnostik, behandling och rehabilitering de behöver. Eftersom diagnoserna är så många skulle olika CSD behöva vara inriktade på olika sjukdomar så att diagnoser med likartade vårdbehov samlas på samma ställe. Det behövs en nationell plan för sällsynta diagnoser. Nationella funktionen Sällsynta diagnoser (NFSD) har i uppdrag att möjliggöra samordning av insatserna inom detta område men har inte mandat att avgöra vilket centrum som ska inriktas på vilka diagnoser.

## Vård ska utgå från vetenskap

Såväl arbetssätt som behandlingsmetoder måste ständigt förbättras i sjukvården. Vi vill att detta arbete systematiseras, inte minst genom att skarpare krav ställs på regioner och enskilda vårdgivare att implementera nationella riktlinjer och nya evidensbaserade behandlingsmetoder, på att fasa ut äldre arbetssätt och på att ständigt utveckla sin kunskap. Vi förslår även att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utforma kunskapsstöd för hur kliniker, sjukhus och regioner kan införa återkommande peer review (kollegial granskning) som ett självklart inslag i svensk sjukvård. Det skulle stärka såväl anställda som patienter att regelbundet få en internationell sakkunnigblick på ett sjukvårdsområdes behandlingsmetoder, bemötande, logistik, arbetssätt och miljö.

Det är en grundprincip för sjukvården att bara använda metoder vars effekter har bevisats vetenskapligt och som bygger på beprövad erfarenhet. Tyvärr är denna princip inte så självklar som man skulle kunna tro. När läkare i dag tillåts rekommendera homeopatisk behandling eller ägna sig åt healing är vi ute på ett sluttande plan. Healing, homeopati och oklara formuleringar om komplementärmedicin hör inte hemma i svensk hälso- och sjukvård. Liberalerna välkomnar nya läkemedel och behandlingsmetoder –

om de klarar samma hårda krav på effekt och säkerhet som all annan medicin!  
Läkarlegitimation måste säkras och fyllas med innehåll när det gäller kraven på vetenskaplighet. Lagen måste skärpas så att innehav av en läkarlegitimation tydligt förknippas med ansvar för den behandling och de råd man ger. Vi är därför tacksamma för förslagen i den så kallade KAM-utredningen att utvidga den s.k. kvacksalverilagen, något vi länge föreslagit. Vem som helst kan efter några dagars utbildning kalla sig för certifierad, auktoriserad eller licensierad terapeut, och behandla flera allvarliga sjukdomar. Det är en allvarlig brist som vi ser framemot att åtgärda. Sköra, sjuka människor i en utsatt situation får inte fortsatt svikas av vården och lagstiftarna.

## Jämställd vård

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

## Utred sjukvårdens prioriteringar

Såväl den medicinska utvecklingen som ett allt längre liv för allt fler av oss människor är fantastiska framgångar att vara tacksam för. De innebär dock även att vi kan ha ekonomiska utmaningar framför oss, som kommer att kräva tydliga prioriteringar i sjukvården.

Idag styrs vårdens prioriteringar av den prioriteringsplattform som togs fram av Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) och som antogs av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den vilar på tre grundläggande och rangordnade etiska principer, nämligen

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs–solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov,
- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Att principerna är rangordnade är viktigt och tydligt uttalat i den etiska plattformen.

På senare tid har det skett en glidning av tolkningen av plattformen så att kostnadseffektiviteten kommit att rangordnas högre, vilket har medfört att patientgrupper ställts mot varandra. Vi menar att kostnadseffektivitet är relevant när det gäller vårdens organisation och som prioriteringsprincip vid val mellan olika behandlingsmetoder, men inte för att ställa patientgrupper mot varandra. Små patientgrupper som behöver kostnadskrävande insatser för behandling av sina sjukdomar ska inte riskera att få stå tillbaka till förmån för behandling av stora patientgrupper med lindrigare sjukdomar.

I dag bekostas viss vård bara av gemensamma resurser om det finns speciella medicinska skäl, bland annat närsynthetsoperationer, kosmetiska operationer och resevaccinationer. Framtida prioriteringar kan innebära att åderbräck och behandling av ärr, rosacea och andra åkommor tydligare får stå tillbaka för cancer och diabetesvård. Vi kan även behöva ställa tuffare krav på patienten, till exempel på rökstopp eller viktnedgång inför vissa operationer för bättre resultat.

Detta är svåra frågor, som bör diskuteras brett och förankras väl, i en blocköverskridande överenskommelse i nära samråd med vårdens och omsorgens professioner. Vi vill se en bred utredning av sjukvårdens framtida prioriteringar, finansiering och behovet av justeringar av patientavgifter.

Prioriteringarna bör regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt i socialtjänstlagen. De formella kraven på samverkan mellan hälso- och sjukvården och omsorgerna har skärpts, till exempel genom lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Denna samverkan bör utgå från en gemensam värdegrund när det behövs prioriteringar.

## Tryggare vård för patienter och anställda

Ingen människa ska utsättas för rädsla, hot och trakasserier, allra minst den som ägnar sina dagar åt att lindra, bota och rädda liv. Ändå händer detta i sjukvården – där behöver

vi ju alla någon gång hjälp, vare sig vi är välanpassade medelstenssons eller har hamnat snett i livet.

Sjukhus har aldrig varit helt fria från våld och hot. När människor blir svårt psykiskt sjuka kan paranoia, våldsamhet och aggression bli en del av en mycket svår sjukdomsbild. Inom alla delar av sjukvården kan berusade eller uppjagade patienter och anhöriga ha svårt att hantera sina känslor. När kriminellt belastade människor drabbar samman och blir patienter följer våldet med in i vården, med patientens anhöriga och vänner – och fiender.

Enligt Arbetsmiljöverket har nära hälften av alla sjuksköterskor utsatts för våld eller hot. Det finns ingen enkel lösning för att öka respekten för de människor som skyddar oss andra inom räddningstjänst, ambulans och sjukvård, men det finns uppenbara åtgärder att börja med. Det handlar bland annat om att skärpa påföljderna för hot och våld mot blåljuspersonal, vilket vi utvecklar i andra motioner. En ytterligare viktig detalj är att göra det enklare för sjukhus att få tillstånd att montera metalldetektorer för att hitta vapen och därmed skydda patienter och anställda. Idag nekas sjukhus detta. Visserligen är säkerhetskontrollerna ett ingrepp i patienters integritet, men detta måste vägas mot medarbetares och andra patienters säkerhet.

Sjukvården ska vara välkomnande och säker, och det kräver i sin tur trygga lokaler där både patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal känner sig säkra. Som förtroendevalda behöver vi vända på varje sten för att uppnå detta.

## En stärkt roll för apotek och farmaceuter i hälso- och sjukvården

Apotekare och receptarier har redan idag en viktig roll på apotek och i sjukvårdens läkemedelsgenomgångar. Vi ser att farmaceuternas roll kan utvidgas för att stärka patienternas trygghet och egenmakt och för att avlasta övrig hälso- och sjukvård.

Farmaceuter kan i högre grad än idag bli en del av klinikers sjukvårdsteam för att avlasta med hantering av läkemedelsförråd, med beredning och spädning av läkemedel och för att ge råd om biverkningar, interaktioner och om läkemedelsberedningars hållbarhet. Detta skulle kunna ge andra yrkesgrupper mer patientnära tid. Farmaceuter kan även spela en viktig roll på framtidens vårdcentraler och i närvård.

Socialstyrelsen beräknar att drygt 20 000 fall av sjukhusinläggningar på grund av läkemedelsbiverkningar skulle kunna undvikas varje år. Det är därmed inte förvånande att rapporter pekar på att kommunalt anställda apotekare skulle ge ett tryggare liv för människor i LSS-boenden, i hemsjukvård och i äldreomsorg.

Inte minst skulle ett farmaceutsortiment kunna införas på apotek för läkemedel som inte behöver vara receptbelagda, men som kräver kunnig rådgivning inför expedition. Det kan även utredas om farmaceuter bör få möjlighet att förlänga vissa typer av recept med en mindre förpackning läkemedel, exempelvis om en patient inte har möjlighet att boka sitt nästa läkarbesök i tid. Eventuella krav på digitala system och på klinisk påbyggnadsutbildning för sådan receptförlängning bör ingå i en utredning.

Vi välkomnar också en utveckling där framtidens apotek erbjuder vaccinationer, egenfinansierade blodtrycksmätningar, enklare urinprovtagningar och blodsockerkontroller. Det skulle avlasta den traditionella sjukvården och föra enklare vård närmare invånarna. Läkemedelsfrågor i övrigt utvecklas i vår kommittémotion om läkemedelsfrågor.

*Johan Pehrson (L)*

*Maria Nilsson (L)*

*Tina Acketoft (L)*

*Gulan Avcı (L)*

*Juno Blom (L)*

*Joar Forssell (L)*

*Roger Haddad (L)*

*Fredrik Malm (L)*

*Mats Persson (L)*

*Barbro Westerholm (L)*

*Lina Nordquist (L)*

*Maria Arnholm (L)*

*Jan Björklund (L)*

*Bengt Eliasson (L)*

*Helena Gellerman (L)*

*Robert Hannah (L)*

*Christer Nylander (L)*

*Arman Teimouri (L)*

*Allan Widman (L)*