

Motion till riksdagen 2016/17:1088

av **Barbro Westerholm m.fl. (L)**

Vård i tid och tid i vården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att valfriheten i hälso- och sjukvården bör öka och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om principer för specialdestinerade statsbidrag till landsting och regioner och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sÄrläkemedel som godkänts av EMA bör komma patienter i Sverige till del och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa regionala psykiatricentrum och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en undersköterskeexamen och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa karriärtjänster för specialistsjuksköterskor och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om skärpning av lagstiftningen om läkarlegitimation och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en förnyad kömiljard och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en investeringsfond för vårdens digitala infrastruktur och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att avbryta omlokaliseringen av E-hälsomyndigheten och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att psykiska sjukdomar läggs till den uppräkninG av sjukdomar i kap. 5 i patientsäkerhetslagen som begränsar rätten för andra än sjukvårdens legitimationsyrken att ge vård och behandling och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta bort undantaget i läkemedelslagen som möjliggör försäljningstillstånd för vissa antroposofiska preparat och tillkännager detta för regeringen.

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nationella riktlinjer för behandling av svårläkta sår och tillkännager detta för regeringen.

Värna valfriheten och stoppa stopplagen

Liberalers utgångspunkt är att människor har olika önsknings och behov. En av liberalers viktigaste uppgifter är därför att värna och utveckla valfriheten. På hälso- och sjukvårdens område har makten de senaste decennierna förflyttas från politiker och byråkrater till patienterna. Alliansregeringen införde en skyldighet för landsting och regioner att införa valfrihet i primärvården, och strävan bör vara att öka valfriheten också i den specialiserade vården.

Denna valfrihet hotas nu på punkt efter punkt. Sammantaget skulle de olika förslag som aviserats om vinstbegränsningar, stopplagar och allt krångligare regelverk i praktiken omöjliggöra företagande i välfärden. Redan innan förslagen blivit verklighet innebär de att nyföretagande stoppas och investeringar i välfärden går förlorade. Drivkraften att förbättra verksamheterna försvinner.

Oseriösa aktörer ska inte ha vinstbegränsningar, de ska inte finnas i välfärden alls. Kraven ska vara höga och tillsynen skarp. Det viktiga är kvaliteten, inte driftsformen.

Vården mår bra av att det finns flera olika aktörer och olika lösningar för hur man kan organisera och driva sjukvård. Det gäller även på sjukhusnivå.

Regeringens aviserade förbud mot att upphandla universitetssjukhus är förbryllande och djupt oroande samtidigt. Det är förbryllande, eftersom inget landsting föreslagit att något universitetssjukhus ska drivas privat. Det är djupt oroande, eftersom det aviserade förslaget utgår från en vårdstruktur som inte längre finns, och skulle tvinga hälso- och sjukvården att vrida klockan tillbaka. Begreppet "universitetssjukhus" är numera missvisande. Hela vårdkedjan eller nätverket runt patienten måste involveras i forskning och utbildning. Flera landsting har till exempel akademiska vårdcentraler.

En stor grupp patienter som förr behövde sjukhusvård kan nu vårdas hemma med ASIH – avancerad sjukvård i hemmet. Vård var tidigare högspecialiserad och utvecklades på universitetssjukhus men är i dag mer "vanlig" sjukvård som kan ges på många andra sjukhus eller i den specialiserade öppenvården. Patienterna har blivit allt mer medaktörer i vården och vård flyttas från slutenvården på universitets- och akutsjukhus till hemmen och till öppenvården. Det är en utveckling som gynnar patienterna och den bör få fortsätta, inte slås sönder av otidsenliga stopplagar.

Nationell samordning och styrning

Svensk hälso- och sjukvård håller en god kvalitet i internationella jämförelser och ligger i topp när det gäller medicinska resultat. Svenskarna kan glädjas åt en hälso- och sjukvård i internationell toppklass. Vi har fyra gånger fler läkare än på 1970-talet, och fler välutbildade sjuksköterskor än någonsin tidigare. De åstadkommer goda resultat: vårdkvalitet och patientsäkerhet är bland de högsta i världen. Medicinska och tekniska landvinningar gör att många kan gå hem samma dag som de opererats istället för att stanna flera dagar på sjukhus.

Det finns dock betydande utmaningar för dagens sjukvård att klara likvärdigheten och den långsiktiga finansieringen. En åldrande befolkning, nya effektiva och kostsamma behandlingar och behovet av stora satsningar på medicinsk-teknisk utveckling betyder att det kan vara problematiskt för regioner och landsting att fullt ut finansiera denna vård. Svårigheterna blir särskilt tydliga i de mindre landsting och regioner där befolkning och skatteunderlag minskar.

Ibland beror bristande likvärdighet mindre på olika förutsättningar och resurser, och mer på att olika landsting och 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 likvärdigheten och jämlikheten i vården genom att steg för steg stärka den nationella styrningen och samordningen. Liberalerna är och har varit pådrivande för detta, både i regering och i opposition. Samtidigt driver vi på i de enskilda landstingen för den politik vi anser vara viktig.

Nationell styrning har dock inte alltid den genomslagskraft som regering och riksdag vill ge sken av. Sett från landstingens håll går den statliga styrningen ibland på tvärs med lokala prioriteringar, och innebär ett oönskat dubbelkommando. Det skapar också i längden ett demokratiproblem – vem ska väljarna rösta bort om de är missnöjda med den sjukvård de får, regeringen eller den lokala landstingsmajoriteten?

Liberalernas slutsats av detta är att det behövs en bred och förutsättningslös diskussion om dagens ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommuner är ändamålsenlig, om hela eller delar av sjukvården bör förstatligas eller om en ny regionindelning kan förbättra förutsättningarna att möta framtidens utmaningar för sjukvården.

Regeringen gör dock något helt annat. Den förstatligar ansvaret för bidrag till glasögon för 8–19-åringar, medan bidrag till glasögon till yngre barn, och för all del ansvaret för alla andra hjälpmedel fortfarande är landstingens ansvar. Ansvaret för mammografi förstatligas, men andra lika medicinskt välmotiverade screeningprogram är valfria för landstingen. Den enda övergripande tanke som kan anas i detta är att det är tämligen publikfriande förslag. I längden underminerar det både effektivitet och legitimitet, och risken är att det är direkt skadligt för möjligheterna att styra sjukvården.

Öronmärkta statsbidrag kan vara motiverade om de handlar om sådant som kan vara svårt för särskilt mindre landsting och regioner att klara på egen hand – till exempel sådant som handlar om samordning över organisatoriska och geografiska gränser eller om kompetenslyft, metodutveckling och erfarenhetsutbyte. Däremot säger Liberalerna nej till specialdestinerade statsbidrag som bara handlar om att förstatliga en uppgift där vissa landsting (en del av dem med rödgrönt styre) inte prioriterat som den rödgröna regeringen tycker att de ska. Vilka öronmärkta statsbidrag vi säger nej till framgår av vår budgetmotion.

Tillgång till sär läkemedel

Ett område där det är tydligt att det behövs mer av nationell – och internationell – samordning är för behandling av sällsynta sjukdomar, och för tillgången till sär läkemedel.

Under åren 2007–2013 satsade EU 620 miljoner euro på forskning om sällsynta sjukdomar och har därutöver satsat betydande belopp för godkännandeprocessen för sär läkemedel. Det har gett tydliga resultat. En rapport från EU-kommissionen visar att under de första åren efter millennieskiftet godkändes 4–5 sär läkemedel varje år, jämfört med drygt 10 läkemedel per år de senaste åren.

Det innebär dock inte nödvändigtvis att dessa läkemedel kommer svenska patienter till del. Ett läkemedel som godkänts av den Europeiska läkemedelskontrollen EMA kan bedömas som hälsoekonomiskt olönsamt av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, eller landstingens expertgrupp NT-rådet i Sverige. Utöver det lidande som drabbar svårt sjuka patienter som inte får ta del av effektiva läkemedel är detta inkonsekvent i ett EU-perspektiv.

Frågan om sär läkemedel har utretts av Läkemedels- och apoteksutredningen som i SOU 2014:87 föreslog tre alternativa vägar för att komma till rätta med problemet med för höga kostnader för läkemedel avsedda för svåra sjukdomstillstånd hos små patientgrupper.

Idag ligger årskostnaderna för sär läkemedel strax under miljarden att jämföra med totala kostnaden för receptföreskrivna läkemedel som ligger runt 26 miljarder. Samtidigt uppskattas kostnaderna för felanvändning av läkemedel ligga på minst 10 miljarder årligen.

Det är viktigt att vi får en snabb lösning för hur sär läkemedel som godkänts av EMA ska kunna komma patienter i Sverige till del.

Regionala psykiatricentrum

De regionala cancercentrumen, RCC, är ett bra exempel på hur staten samt landsting och regioner kan samverka för att lösa uppgifter där de enskilda landstingen och regionerna är för små. RCC är landstingens och regionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet. Med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin, och inom tio gemensamma insatsområden, arbetar RCC tillsammans med landsting och regioner för en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård.

Denna modell bör kunna vara förebild också för hur andra områden i hälso- och sjukvården kan stärkas. Det gäller 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 psykiatricentrum förs samman i en nationell samordning. Centraliserad vårdutveckling vid psykiatriska centrum förbättrar förutsättningarna för jämlik vård för personer med psykiatriska diagnoser, för rättssäkerheten, patientsäkerheten samt en god och samlad utveckling av vården.

Syftet med centrumbildningar är bland annat att stimulera forskning, implementering av nya metoder och metodstöd, utrangering av föråldrade metoder och behandlingar samt stimulera patientsäkerhetsarbetet.

Den nationella cancerstrategin visar därtill på möjligheterna att åtgärda brister som ojämlik vård och fragmentiserade vårdkedjor, vilket även drabbar personer som har psykiatriska diagnoser.

Vård i tid och tid i vården

Samtidigt som vården ger goda resultat, måste vi bli bättre på tillgänglighet och bemötande. Vi har fler läkare och sjuksköterskor per capita än genomsnittet i OECD-länderna, men vi ligger i botten för antalet besök per läkare. Samtidigt upplever patienter, läkare och sjuksköterskor tidsbrist och trängsel. Det finns helt enkelt för lite tid i vården till just vård och patienter.

Ta vara på människors kompetens

En viktig förklaring är att mycket tid används till annat än till det som de är utbildade till. En tydlig trend är att samtidigt som antalet läkare och sjuksköterskor har ökat så har antalet undersköterskor minskat i den landstingsdrivna vården. Det är en kraftig minskning sett i relation till sjuksköterskor och läkare och till den befolkningsökning som skett. Vårdbiträden, som saknar formell vårdutbildning, men som kan göra viktiga insatser inom den vårdnära servicen har nästan helt försvunnit inom sjukvården.

Orsaken till utvecklingen att vårdbiträden har rationaliserats bort får sökas i några olika faktorer. I en strävan efter jämlikhet har enklare arbetsuppgifter lagts över på mer kvalificerad personal. Ingen skulle vara för fin för att göra de enkla arbetsuppgifterna. Samtidigt har löneskillnader mellan olika yrkeskategorier minimerats – och när alla kostar ungefär lika mycket har arbetsgivarna hellre anställt mer välutbildad personal. Den så kallade akademiseringen av svensk sjukvård har i praktiken inneburit att akademikerna gör mer av de okvalificerade arbetsuppgifterna; sjuksköterskor utför enkla städuppgifter, delar ut lunchbrickor och ägnar en allt större del av sin tid åt basala omvårdnadsuppgifter. Att fler gör annat än det som de är utbildade till leder till en ineffektiv vård och till samhällsekonomiska förluster.

För ett liberalt parti är det självklart att ta vara på människors kompetens på bästa sätt, det är så individer når sin fulla potential. Offentliga arbetsgivare har en viktig uppgift i att skapa arbetsplatser där människor kommer till sin rätt och där deras kompetens tas tillvara.

Vårdbiträdena behöver komma tillbaka i vården. Att renodla yrkesrollerna inom vård och omsorg och att använda rätt kompetens på rätt plats är ett sätt att höja sjuksköterskornas och undersköterskornas yrkesstatus. Karriärstegen ska vara tydliga. Den sammanpressade lönestrukturen är ett problem inom den offentliga sektorn. Men löneskillnader är inte av ondo, tvärtom – de är en förutsättning för att utbildning ska löna sig.

När fler vårdbiträden anställs är det samtidigt viktigt att ytterligare tydliggöra undersköterskornas särskilda kompetens och utbildning, genom att införa en undersköterskeexamen. Yrkesidentiteten är viktig och en examen är en kvalitetsstämpel på utbildningen.

Att återinföra vårdbiträden ger en bättre användning av vårdens resurser, men det innebär också att fler människor får en bättre möjlighet att komma in på svensk arbetsmarknad. I vår budgetmotion lägger vi därför 500 miljoner kronor per år 2017–2020 på ett stimulansbidrag till de landsting och regioner som låter vårdbiträdena komma tillbaka, arbetar med att renodla yrkesroller och använder rätt kompetens på rätt plats.

Utbildning, ansvar och erfarenhet ska löna sig, också i vården. Sjuksköterskor ska ha större möjligheter att göra karriär och få högre lön. Liberalerna vill därför, på samma

sätt som vi gjorde för lärare under alliansregeringen, genomföra en karriärreform för specialistjuksköterskor.

En specialistjuksköterska har minst en fyraårig högskoleutbildning. Enligt Socialstyrelsen är det få landsting som i dag premierar vid lönesättningen att sjuksköterskor vidareutbildar sig till specialistjuksköterskor. Det gör att det i genomsnitt tar 20 år för en specialistjuksköterska att tjäna ihop bara till kostnaden för sin utbildning. Så borde det inte vara. I vår budgetmotion föreslår vi ett statsbidrag på 85 miljoner kronor per år 2017–2020 som möjliggör ca 1 000 tjänster som första specialistjuksköterskor, som får 5 000 kr mer i månadslön.

En förnyad kömiljard

Väntetiderna i vården kortades väsentligt under alliansregeringens tid. Den nationella vårdgarantin och den prestationsbaserade kömiljarden var starkt bidragande till den positiva utvecklingen. Sedan den rödgröna regeringen avskaffat kömiljarden har väntetiderna åter börjat växa. I mars–april brukar väntetiderna vara som kortast, men enligt en granskning i Läkartidningen var det i år bara 6 landsting som klarade målet om operation inom 60 dagar för 70 procent av patienterna – mot 14–16 2013–2014.

Kömiljarden hade samtidigt brister – baksidan av att den var ett effektivt styrmedel att nå de uppsatta målen var att andra angelägna uppgifter som inte mättes kom på undantag.

Det finns angelägna strukturreformer, inte minst en del av det som föreslås i Effektiv vård (SOU 2016:2), som troligen kraftigt skulle minska hälso- och sjukvårdens problem med tillgänglighet och samordning. Men den som har en utsliten höftled idag kan inte vänta på att primärvårdens uppdrag breddas. Väntetiderna måste hållas korta också med de medel som står till buds i dagens system, samtidigt som vi arbetar med de strukturförändringar som är nödvändiga för hållbara förbättringar på sikt.

Därför avsätter vi i vår budgetmotion medel till en reformerad kömiljard, där fokus är dels på kortade väntetider i hela vårdkedjan inklusive diagnostik och återbesök, dels på samordning och kontinuitet.

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 stjälar massor av tid, samtidigt som risken för att det någonstans blir fel 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 vården 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 vem 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.

Stockholms läns landsting och Västra Götaland, där Liberalerna har huvudansvar för hälso- och sjukvården, har avsatt 2,2 miljarder var för ett nytt så kallat kärnsystem. Men modern it måste finnas i hela landet. Därför behövs ett samlat, nationellt grepp kring it i vården. I vår budgetmotion föreslår vi en investeringsfond för vårdens digitala infrastruktur om sammanlagt 1 miljard kronor över en femårsperiod, för att hjälpa landsting och regioner med investeringarna.

Regeringen gör snarare tvärtom. Istället för att avsätta resurser eller vidta konkreta åtgärder för att uppfylla ”Vision eHälsa 2025” har regeringen beslutat att flytta och splittra den ansvariga e-hälsomyndigheten, vilket riskerar att leda till kompetensflykt och att e-hälsoarbetet avstannar. Arbetet med att omlokalisera delar av myndigheten bör avbrytas.

Bättre vård med mer kunskap

Vård ska utgå från vetenskap

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! Läkaregimitation måste säkras och fyllas med innehåll när det gäller kraven på vetenskaplighet. Lagen måste skärpas så att innehav av en läkaregimitation tydligt förknippas med ansvar för den behandling och de råd man ger. Det undantag i läkemedelslagen som gör det möjligt för regeringen att lämna tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska preparat bör tas bort.

Samtidigt bör den s.k. kvacksalverilagen utvidgas. Sedan 1960 har vi en lagstiftning mot att den som utan legitimation mot ersättning undersöker någon annans hälsotillstånd eller behandlar sjukdomar. Denna bestämmelse finns numera i patientsäkerhetslagens 5 kap. och innehåller en lista över tillstånd som det är förbjudet att behandla: bland annat sjukdomar enligt smittskyddslagen, cancer och andra elakartade tumörer, diabetes, epilepsi och sjukdomar och komplikationer i samband med graviditet.

Kvacksalverilagen täcker däremot inte psykiska tillstånd. Vem som helst kan efter några dagars utbildning kalla sig för certifierad auktoriserad eller licensierad terapeut,

ibland med speciell inriktning mot psykisk ohälsa eller sorgeterapi. Det är en allvarlig brist. Psykisk sjukdom kan vara lika allvarlig som cancer och de övriga uppräknade sjukdomarna.

Människor med psykisk sjukdom eller ohälsa är ofta sköra och i en utsatt situation. De får inte fortsätta att svikas av vården och lagstiftarna. Därför är det hög tid att kvacksalverilagen utvidgas till att också omfatta psykiska sjukdomar.

Åtgärder för förbättrad sårbehandling

Svårläkta sår, inte minst bland åsrika människor, är ett stort problem för hälso- och sjukvården. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, drog i en rapport 2014 slutsatsen att det vetenskapliga underlaget för behandling av svårläkta sår hos åsrika människor är mycket begränsat. Här behövs mer forskning av god vetenskaplig kvalitet.

Vidare saknas data om hur svensk praxis ser ut i dag och i vilken utsträckning som olika åtgärder för att förebygga och behandla svårläkta sår används. Det finns också stora kunskapsluckor när det gäller vårdorganisationens betydelse för patienter med svårläkta sår.

Våra nationella kvalitetsregister som Rikssår, Swedvasc och Senior Alert behöver bli heltäckande med avseende på trycksår förekomsten i olika patientgrupper. Därmed möjliggörs utveckling av kvaliteten i vården, och registren kan utgöra en forskningsbas. Därutöver behövs mer forskning för utveckling av nya behandlingsmetoder.

Kunskapen behöver också spridas. Socialstyrelsen bör ta fram riktlinjer, och på kommunal och landstingskommunal nivå behöver ansvariga politiker se till att personalen har den utbildning som krävs för att förebygga och behandla sår.

Barbro Westerholm (L)

Christina Örnebjär (L)

Emma Carlsson Löfdahl (L)

Tina Acketoft (L)

Maria Weimer (L)

Bengt Eliasson (L)

Christer Nylander (L)

Mats Persson (L)