

Motion till riksdagen 2019/20:3109

av Annie Lööf m.fl. (C)

En trygg och tillgänglig vård med patienten i centrum

Innehållsförteckning

Förslag till riksdagsbeslut.....	2
En trygg och tillgänglig vård med patienten i centrum	3
Stärkt patientlag för att korta köerna	4
Förbättrad information om väntetider inför behandling	4
En nationell informationsportal för stärkt patientmakt.....	4
Ett skärpt ansvar för kortare väntetider	5
Medarbetare i vården ska finnas närmare medborgarna.....	5
Utökad förskrivningsrätt för sjuksköterskor	5
En ny specialistnivå för sjuksköterskor	6
Standardiserad utbildning för undersköterskor.....	6
Tidigare upptäckt av psykisk ohälsa.....	6
Kunskap om elevhälsa på rektorsprogrammet.....	7
Stärkt ledarskap för elevhälsan	7
Livskunskap för stärkt elevhälsa	8
Fysisk aktivitet i skolan varje dag	8
En mödra- och förlossningsvård att lita på i hela landet	9
Trygghet från graviditet till eftervård	9
Kunskapsspridning och forskning kring kvinnors hälsa.....	9
Trygg mödravård genom hela livet.....	10
En närmare förlossningsvård för fler barnmorskor och bättre upplevelse	10
En bättre ambulanssjukvård i hela landet	11
Trygghet och egenmakt på äldre dagar	11
En bättre förebyggande vård.....	12
En bättre vård i hemmet.....	12

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förkorta köerna genom en stärkt patientlag där patienten har rätt att välja slutenvård på valfri klinik i landet och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en rättighet i hälso- och sjukvårdslagen som gör det tydligt att patienten har rätt att vid remitterande till klinik få information om det aktuella väntetidsläget på samtliga kliniker som erbjuder den efterfrågade vården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att allmänheten via en nationell portal ska finna lättförståelig och aktuell kvalitets- och väntetidsinformation för att kunna jämföra prestationer bland olika vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att i det fall inga andra insatser ger tillräcklig effekt förtydliga regionernas ansvar för vårdköerna genom att se över möjligheten att ålägga huvudmännen med viten ifall patientens rättighet att erbjudas vård vid en annan klinik i landet utan extra kostnad inte efterlevs och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att fler karriärvägar bör skapas genom utökad förskrivningsrätt för specialistsjuksköterskor och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att i enlighet med slutsatserna i utredningen Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77) inrätta yrkeskategorin avancerad klinisk specialistsjuksköterska och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att undersköterskornas ställning i vården ska stärkas genom att utreda en standardiserad utbildning för undersköterskor och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att elevhälsan ska införas som ämne på rektorsprogrammet och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att elevhälsan bör värderas upp genom att man ser över möjligheten att bygga ut den med fler kompetenser samt främjar detta genom att förtydliga rektorernas ansvar för elevhälsan i lagstiftningen och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa livskunskap inom ramen för ämnet idrott och hälsa och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa idrott och hälsa med pulshöjande aktivitet på skolschemat varje dag i syfte att uppnå rekommendationen om minst en timmes fysisk aktivitet om dagen och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdra åt Socialstyrelsen att ta fram nationella riktlinjer för att skapa förutsättningar för en mer jämlik och sammanhållen förlossningsvård och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdra åt Socialstyrelsen att sammanställa kunskap och forskning som rör kvinnors hälsa

- samt säkerställa spridning och implementering av kunskapssammanställningen över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdra åt Socialstyrelsen att ta fram förslag på hur ett hälsosamtal i mödravården kan utformas och tillkännager detta för regeringen.
 15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdra åt Socialstyrelsen att ta fram riktlinjer om hur förlossningsvården kan organiseras för att i lämpliga fall även kunna erbjudas på mindre förlossningsenheter och tillkännager detta för regeringen.
 16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheterna att skapa en nationell organisation för ambulanshelikoptrar och tillkännager detta för regeringen.
 17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdra åt Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att utreda möjligheten att införa äldrehälsovårdsprogram som erbjuds äldre efter avslutat arbetsliv och tillkännager detta för regeringen.
 18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa en mer samordnad vård för äldre genom att utreda möjligheten att ersätta hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens delar om hemsjukvård respektive social omvårdnad med en äldrelag och tillkännager detta för regeringen.

En trygg och tillgänglig vård med patienten i centrum

Vårdens medarbetare gör ett fantastiskt jobb och den medicinska kvaliteten i svensk sjukvård är ofta världsledande. Men sjukvården dras samtidigt med stora problem. Sverige har under många decennier byggt upp ett sjukvårdssystem med dålig tillgänglighet och bristande patientdelaktighet. Detta påverkas också av att patienternas ställning i svensk sjukvård är svag. Den patientlag som infördes 2015 med syftet att stärka patienternas rättigheter och medbestämmande visade sig, när den utvärderades, inte ha haft någon effekt. Svenska patienter upplever tvärtom att de är mindre delaktiga i vården och att tillgängligheten är sämre än när lagen infördes. Det visar sig genom att äldre och multisjuka ofta hamnar mellan stolarna och bollas runt i sjukvårdsmaskineriet. Men också genom att enkla saker som att träffa samma läkare eller sjuksköterska vid upprepade tillfällen, att få tid på vårdcentralen samma eller nästkommande dag eller att få vara delaktig i beslutet om vart remissen ska skickas på många håll är omöjliga. Men det måste inte vara så här. Sjukvården kan slå in på en annan väg. Det är en väg där en fast läkarkontakt inte är undantaget utan regeln. Människor ska känna trygghet i att vården finns till hands när de behöver den. Om man är sjuk ska man ha rätt att träffa en läkare och snabbt få vård, oavsett var i landet man bor. Då måste den vård som finns närmast människor – primärvården – byggas ut och patientinformation och delaktighet förbättras. Vi vill att patientens rättigheter alltid ska sättas främst, med ett fokus på mötet mellan patient, läkare och annan vårdpersonal. Patientmakt handlar inte bara om att kunna få välja vårdgivare utan också om rätt att få en kontinuerlig och personlig relation till sin läkare. Och inte minst handlar patientmakt om rätten att få den hjälp man behöver snabbt. När vi är som mest utsatta och sårbara ska vi ha information om, och inflytande över, vad som sker med oss och vår behandling.

Stärkt patientlag för att korta köerna

De växande vårdköerna är ett av de största problemen i sjukvården. Sedan kömiljarden togs bort under förra mandatperioden har väntetiderna skenat på många håll.

Centerpartiet har drivit igenom återinförandet av en ny och uppdaterad kömiljard från och med 2019 som premierar tillgänglighet i hela vårdkedjan. Men för att kapa vårdköerna krävs mer. En av de viktigaste reformerna handlar om att öka patientens möjlighet att få välja vård på en klinik med kortare kö än på den av regionen på förhand anvisade. Den patientlag som alliansregeringen införde var ett första steg för att öka patientens delaktighet. Patientlagen behöver dock fortsatt skärpas och tydliggöras för att få ännu bättre möjlighet att korta köerna. I den nya lagen behöver patientens rätt att välja slutenvård – som till exempel en operation – på valfri klinik i hela landet slås fast. Detta kommer möjliggöra för fler patienter att söka sig till andra regioner när den egna inte kan garantera en kort kö till den på förhand angivna kliniken.

Förbättrad information om väntetider inför behandling

För att patienten genom att nyttja sin patientmakt ska få verklig möjlighet att påverka köerna och kunna fatta välgrundade beslut om vart remissen ska skickas krävs det att patienten får information om det aktuella väntetidsläget på de kliniker som erbjuder den behandling patienten blivit uppsatt för. Som ett led i detta vill vi införa en rättighet i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att patienten vid remittering får information om det aktuella väntetidsläget på landets alla kliniker och därefter själv kan välja vart remissen ska skickas. Att sjukvården blir skyldig att informera om patienternas rättigheter är en del i att skapa ett mer jämlikt förhållande och stärka patientinflytandet.

En nationell informationsportal för stärkt patientmakt

Det finns politiska krafter som ser mer offentliga monopol eller ändrat huvudmannaskap som lösningar på de flesta av vårdens problem. Vissa vill förbjuda de privata alternativ som är förutsättningen för valfrihet och som utvecklar vården. Andra vill göra en gigantisk omorganisation där ansvaret för vården flyttas från regionerna till staten. Men ju mer makt och beslutsfattande som flyttas från människor och medarbetare, desto mer döv blir vården för patienternas behov. Att människor, företag, kommuner, regioner och ideella utförare lokalt och regionalt har frihet att testa egna och nya idéer skapar vad som kallas för institutionell konkurrens. Goda exempel och lösningar kan sprida sig som ringar på vattnet. Patienter ska få mer valfrihet och inflytande, och medarbetare ska få större möjligheter att vara med och utveckla vården. Det är nyckeln till en tryggare vård som finns närmare människor. En viktig del i att förbättra vårdkvaliteten och sjukvårdens prestation är att ge patienter möjligheten att granska och jämföra olika vårdgivares resultat när olika aktörer konkurrerar om att erbjuda den bästa formen av vård. Sjukvården samlar in stora mängder data om kvalitetsmått, väntetider och patientnöjdhet, bland mycket annat. Det är viktigt att medarbetare kan ägna sig åt att ge vård snarare än föra ännu mer statistik. Men det som redan samlas löpande kan användas bättre. Sverige bör likt Danmark och Nederländerna samla lättillgänglig information om kvalitet och väntetider på en nationell portal (1177.se). Där kan också patienter jämföra olika aktörer och därmed även göra bättre val. Informationen kan sedan lätt användas av aktörer som vill få en bild av hur kvaliteten förändrats.

Ett skärpt ansvar för kortare väntetider

Den bristande tillgängligheten är en av vårdens mest akuta problem. Regionerna har ett ansvar för att organisera, planera och strukturera vården på ett sådant sätt att den klarar av att möta invånarnas behov. Det är därför av allra största vikt att regionerna tar väntetiderna på stort allvar. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är regionerna skyldiga att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten, om patientens egen region inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsram. Men i praktiken frångår alla regioner detta. Om inga andra insatser ger tillräcklig effekt bör man därför fundera på om det ska vara möjligt att ålägga de huvudmän som inte erbjuder patienten vård vid en annan klinik i landet med kortare väntetider med viten eller sanktioner.

Medarbetare i vården ska finnas närmare medborgarna

Sjukvården vilar på medarbetare som varje dag går till jobbet för att hjälpa andra människor. Utan undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och medicinska specialister är en vårdinrättning inte mycket mer än ett tomt skal. Att politiker ger sjukvården förutsättningar att erbjuda medarbetare möjligheter och en utvecklande arbetsmiljö som får dem att vilja ha en lång karriär inom sjukvården, är en nyckel för att vården ska fungera och för att locka till sig nya medarbetare. En viktig del i detta är att alla yrkesgrupper inom sjukvården har ett verkligt inflytande över sin egen arbetsplats. Det handlar både om att skapa en arbetsmiljö som innebär att vårdpersonal inte tvingas springa oavbrutet mellan patienter och om att ge medarbetare möjlighet att använda sin kompetens fullt ut. Medarbetare såväl som patienter är generellt sett mer nöjda i den privat drivna vården, något som ofta beror på kortare beslutsvägar, större inflytande och mindre byråkrati. För att få fler medarbetare, inte minst läkare, att vilja söka sig till primärvården har Centerpartiet drivit på för en primärvårdsreform. I en sådan reform är det viktigt att möjliggöra för fler läkare att leda egna mindre mottagningar med patientansvar, så att alla kan få en fast läkarkontakt. Även övriga delar av sjukvården måste skapa möjligheter för medarbetare att leda, lära och utveckla sin egen arbetsplats.

Utökad förskrivningsrätt för sjuksköterskor

Inom fem år väntas behovet av nya medarbetare i vården uppgå till nästan en kvarts miljon människor, drivet av pensionsavgångar och en ökad efterfrågan på vård i takt med att allt fler lever längre. Behovet av specialistutbildade sjuksköterskor och undersköterskor är särskilt stort. För att klara behovet av medarbetare i vården måste människor få större möjligheter att arbeta på toppen av sin kompetens. Ett lyckat sätt att skapa en sådan miljö är att undersköterskor tar över delar av sjuksköterskornas uppgifter som i sin tur tar över delar av läkarnas uppgifter. Detta är ett arbetssätt som används på flera håll redan. Det kallas för task-shifting (uppgiftsbyten) och handlar om att varje yrkesgrupp ska få möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens, vilket ytterst är en fråga om att ta tillvara kunskap och yrkesengagemang. Det gäller inte minst sjuksköterskor, som idag har små möjligheter att avancera i karriären. Specialistsjuksköterskor måste ges möjlighet att ta över mer av läkarprofessionens uppgifter, som exempelvis att gå ronder, skriva ut patienter eller upprätta sjukintyg. Vi vill också att

vissa grupper av specialistsjuksköterskor ska få en utökad rätt att skriva ut läkemedel. Det kan till exempel handla om specialistsjuksköterskor som är verksamma inom ett visst vårdområde, som astma eller diabetessjukvård, som då får förskriva läkemedel kopplade till detta område.

En ny specialistnivå för sjuksköterskor

På ett par håll i landet erbjuds utbildning till avancerad klinisk specialistsjuksköterska. Utbildningen erbjuds på mastersnivå och innefattar ett utökat medicinskt ansvar. Men det saknas ännu en tydlig definition av vad en avancerad klinisk specialistsjuksköterska är och vilka behörigheter en sådan har. Den statliga utredningen Framtidens specialist-sjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77) har föreslagit att avancerad klinisk specialistsjuksköterska formellt bör inrättas som en ny specialistnivå och därmed tydligt definieras. I enlighet med utredningens slutsatser anser vi att detta är ett viktigt led i att möjliggöra fler karriärvägar för sjuksköterskor och därmed även möjligheter till task-shifting mellan olika yrkesgrupper i vården.

Standardiserad utbildning för undersköterskor

Sveriges största yrkesgrupp är ryggraden i vården och omsorgen. Med en allt äldre befolkning kommer behovet av undersköterskor att öka under de kommande åren. Tunga arbetsuppgifter, få kollegor och på många platser låga löner gör dock att många undersköterskor, med rätta, känner sig omotiverade i sina jobb och maktlösa över sin arbetsmiljö. För att skapa en tydligare rollfördelning inom vården behövs en gemensam och tydlig definition av vad undersköterskerollen innebär – detta som ett led i att tydliggöra vad en nyutbildad undersköterska kan och är lämpad att arbeta med. Vi vill därför att en standardiserad utbildning för undersköterskor utreds, i likhet med de vård- och omsorgscollege som finns på en del håll i landet. På detta sätt kan arbetsgivare få ett tydligare kvitto på vad en undersköterska har för utbildning, erfarenhet och kompetens. Det blir också ett sätt att stärka och uppvärdera undersköterskerollen.

Tidigare upptäckt av psykisk ohälsa

Den svenska befolkningen har i ett internationellt perspektiv en god fysisk hälsa.

Den höga medicinska kvaliteten i svensk sjukvård gör att de allra flesta får en högkvalitativ behandling. Men så är inte fallet med den psykiska hälsan, som istället stadigt visat sig försämrats hos befolkningen. Så kallade lättare psykiska åkommor, depression, nedstämdhet och utmattning, ökar inte minst hos unga, vilket är särskilt allvarligt. Folkhälsomyndigheten pekar på att stress inom skolans värld och en arbetsmarknad som är svår för unga att komma in på troligen bidrar till ohälsan. En stor del av barns generella välmående grundas i föräldraansvar och barnuppfostran som det offentliga aldrig kan eller bör ersätta. Däremot kan en stor del av barns sociala nätverk och möjlighet att hantera psykisk ohälsa förbättras av ett starkt civilsamhälle, med ett stort utbud av föreningsliv med idrott, scouting och kulturföreningar, liksom en aktiv folkbildning. Dessa delar bidrar till sammanhang och sociala nätverk som båda är viktiga för unga och utgör en nyckel i att skapa en god psykisk hälsa. I det yttersta, när

det kommer till diagnostiserbara åkommor och sjukdomar, har det offentliga ett givet uppdrag men brister alltför ofta. En grundorsak till detta är att de som mår psykiskt dåligt fångas upp alldeles för sent. I dag är ansvaret för barns och ungas välmående utspritt på flera olika verksamheter. Det gäller framför allt förskola, skola inklusive elevhälsa, socialtjänst, mödra- och barnhälsovård och ungdomsmottagningarna. De olika verksamheterna som möter barnet i olika stadier i livet gör sitt allra bästa, men de samarbetar inte med varandra i närheten av så mycket som krävs för att kunna vända trenden av allt sämre psykisk hälsa. Därför behöver verksamheterna arbeta mer gemensamt i en samlad barn- och ungdomshälsa. Centerpartiet har drivit på för att utreda möjligheten att skapa en gemensam finansiering av barn- och ungdomshälsan. En utredning ska tillsättas för att se över möjligheten att skapa en mer samordnad och följsam barn- och ungdomshälsa. För att kunna skapa en samlad barn- och ungdomshälsa måste alla former av hinder som idag stoppar verksamheter som riktar sig till barn från att utbyta och samordna information rivas. Detta sätt att ta bort vattentäta skott mellan de som arbetar med ungas hälsa används i bland annat Skottland med goda resultat – insatserna utgår från barnet istället för byråkratin. Beslut går snabbare och information når rätt och i tid. För att göra det möjligt i Sverige måste sekretesslagstiftningen ändras i syfte att göra det möjligt att utbyta information om ett barn mellan sjukvård, elevhälsa och socialtjänst.

Kunskap om elevhälsa på rektorsprogrammet

Den psykiska hälsan är på många sätt intimt kopplad till skolan. För många unga är roten till ohälsan saker som har skett eller sker dagligen i skolan. Det finns också starka samband mellan en god psykisk hälsa och möjligheten att ta till sig kunskap och nå utbildningsmål. Men framför allt är skolan den plats där man når i stort sett alla barn. Vården för barn och unga måste därför finnas betydligt mer inom skolans väggar och fungera som den första naturliga kontakten för unga vid fysiska eller psykiska problem. Elevhälsan spelar inte minst roll för allt förebyggande hälsoarbete. Därför kan skolan genom elevhälsan också bli en del av lösningen på barns och ungas psykiska ohälsa. Hur hälsan påverkar elevers möjligheter att lära sig måste också reflekteras i rektorsprogrammet, den befattningsutbildning som är obligatorisk att gå för alla som ska bli rektorer. Elevhälsan bör därför införas som ett ämne på rektorsprogrammet för att säkerställa att samtliga utbildade rektorer ser kopplingen mellan skolmiljön och elevernas psykiska och fysiska hälsa.

Stärkt ledarskap för elevhälsan

Barns och ungas psykiska välmående är också delvis en ledarskapsfråga. Rektorer är i sista ledet ansvariga för att det finns en lärandemiljö på skolan som gör att eleverna kan tillgodogöra sig kunskaper och nå mål. Det finns flera exempel på skolor där framsynta rektorer har lyckats skapa en bättre lärandemiljö genom att prioritera upp elevhälsan och inte minst det förebyggande hälsoarbetet. Dessa rektorer uppvärderar ofta elevhälsan genom att bygga ut den med fler kompetenser och kan därmed tidigt upptäcka och hantera roten till den psykiska ohälsan i skolmiljö. Men det är inte uttalat i skollagen att rektorerna har detta ansvar trots att hälsan är så tätt kopplad till elevers möjligheter att nå kunskapsmålen. Detta behöver ändras. I skollagen ska det framgå klart och tydligt att

rektorer ansvarar för och samordnar elevhälsan, ett ansvar som inte ska gå att delegera bort. Det handlar till stor del om det faktum att rektorn är den som har budgetansvar och därför ytterst kan fatta beslut om mer resurser och rekryteringar. Genom att ansvaret lyfts till högsta nivå på skolorna kommer det finnas ett lagkrav på att ta elevhälsan på allvar – på alla skolor.

Livskunskap för stärkt elevhälsa

Trots att arbetet med att förebygga och upptäcka psykisk ohälsa är tätt förknippat med skolan kan inte detta arbete läggas på lärare som redan idag många gånger tvingas ta hand om barn med stora behov utan att ha utbildning för att hantera psykisk ohälsa. Istället måste elevhälsan värderas upp och byggas ut med fler skolsköterskor, kuratorer och psykologer. För att förbättra elevhälsan behöver kuratorer få en större roll att arbeta förebyggande. Enligt riktlinjerna ska det finnas en kurator på 300 elever – något som ofta inte följs på skolorna. Därför behöver en större satsning på elevhälsan sikta in sig på hur fler kuratorer kan knytas till skolorna. I Florida har man arbetat aktivt med självmordsprevention och att förebygga psykisk ohälsa. I det arbetet har kuratorer en nyckelroll och undervisar i ämnet livskunskap, där barn och ungdomar får verktyg att hantera motgångar i livet. Man har genom detta arbete lyckats få ner självmorden betydligt. Motsvarande undervisning bör införas i Sverige inom ramen för ämnet idrott och hälsa.

Fysisk aktivitet i skolan varje dag

Elevhälsan och elevers psykiska välmående är tätt förknippat med fysisk aktivitet. Under 2018 fick Skolverket i uppdrag att lämna förslag på hur mer rörelse i skolan kan åstadkommas i grundskolan men även inom förskoleklasserna och fritidshemmen vid behov. Bakgrunden till detta har bland annat varit att det i läroplanerna för grundskolan, sameskolan och specialskolan eftersträvas att elever skall erbjudas fysisk aktivitet under hela skoldagen. Mycket tyder även på att fysisk aktivitet bidrar på ett positivt sätt till elevers lärande och prestationer i skolan, men framförallt bidrar det till en bättre hälsa, minskad risk för fetma och livsstilssjukdomar senare i livet, stärkt stresshantering och goda livsrutiner. Fyra av fem flickor och nästan varannan kille klarar inte målet att röra sig en timme om dagen. Debatten om fysisk aktivitet i skolan och uppdraget till Skolverket har föregåtts av publicering av intressant forskning. Pernilla Hedström försvarade sin doktorsavhandling Hälsocoach i skolan – En utvärderande fallstudie av en hälsofrämjande intervention 2016, vid Göteborgs universitet. Hedström visar bland annat att skolbarn idag är betydligt mindre fysiskt aktiva, också i förhållande till internationella rekommendationer. För att stärka elevers kondition och hälsa krävs det en större del skolidrott som gör hälsa och fysisk aktivitet lustfyllt. Pulshöjande aktivitet är i detta en av de viktigaste delarna för att lägga förutsättningarna för en god och livslång hälsa och stärka inläringen. Vi vill därför se idrott och hälsa med pulshöjande aktivitet på skolschemat varje dag för att möjliggöra att fler barn når målet om minst en timmes fysisk aktivitet om dagen.

En mödra- och förlossningsvård att lita på i hela landet

Den svenska mödra- och spädbarnsdödligheten är en av världens lägsta. Förlossningsskador hos barn är ovanliga och de allra flesta barn föds friska. Men förlossningsvården dras inte desto mindre med problem. På landsbygden, inte minst i norra Sverige, handlar det om att förlossningskliniker läggs ner och att fler kvinnor får långt till närmaste BB. På andra håll är tvärtom ett högt tryck på förlossningsenheter tillsammans med brist på barnmorskor det stora problemet, något som leder till både en orimlig arbetssituation för barnmorskor och oro hos blivande föräldrar. Samtidigt finns stora regionala skillnader i andelen kejsarsnitt och allvarliga bristningar hos kvinnorna. I nästan hela landet minskar kvinnors inflytande över den egna förlossningen stadigt. Denna utveckling måste vända. Tryggheten och egenmakten ska istället öka, och förlossningsvården ska finnas närmare kvinnor genom en sammanhållen vård med fler barnmorskeledda kliniker som kompletterar de större sjukhusen.

Trygghet från graviditet till eftervård

Ett problem inom förlossningsvården är de stora skillnaderna såväl mellan som inom regionerna i vilken vård som erbjuds kvinnor i samband med förlossning. Det gäller inte minst i eftervården. Knappt en av tre av landets kliniker följer till exempel alltid upp kvinnornas hälsa efter, och vissa gör det aldrig. Trots att nästan alla mammor drabbas av någon form av problem i samband med amning saknas specialiserad amningshjälp i tre regioner. Det behöver därför tydligt slås fast vilken vård kvinnor faktiskt har rätt till i samband med graviditet och förlossning. Därför bör Socialstyrelsen få i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för förlossnings- och mödravård. Riktlinjerna ska tydliggöra hur samma barnmorska ska kunna följa kvinnan under graviditet, förlossning och eftervård i en sammanhållen vårdkedja. Detta har redan testats framgångsrikt på ett par håll men behöver finnas i hela landet. En sammanhållen vårdkedja med samma barnmorska som följer kvinnan hela vägen ökar tryggheten för mamman. Det ger också ökade möjligheter till en bättre eftervård, där det blir lättare att fånga upp de mammor som lider av fysiska eller psykiska problem efter förlossningen.

Kunskapsspridning och forskning kring kvinnors hälsa

Jämställdheten mellan män och kvinnor ökar steg för steg, men när det kommer till kvinnors hälsa släpar utvecklingen efter. Kvinnors sjukdomar och besvär som är kopplade till exempelvis mens, förlossning eller klimakteriet blir ofta avfärdade och förminskade. Det finns också stora kunskapsluckor i vården när det gäller många sjukdomar som bara drabbar kvinnor. Många kvinnor lider i tysthet av alltifrån förlossningsskador och svår PMS till den långa rad av psykiska och fysiska problem som klimakteriet kan medföra. Trots att det ofta finns hjälp att få har inte kunskaperna nått ut i hela vården. Det finns också ett generellt förhållningssätt i samhället i stort att exempelvis olika smärttillstånd, inkontinens eller periodvis nedstämdhet är en del av att vara kvinna. Något som också uppmärksammas på senare tid är bristen på stöd och hjälp för kvinnor i klimakteriet. Den medicinska forskningen kring kvinnors hälsa och sjukdomar når inte ut i verksamheterna tillräckligt snabbt och gör att många kvinnor blir lidande i onödan. Eftersom den medicinska forskningen är internationell handlar det ytterst om att på ett bättre sätt ta tillvara ny forskning och få ut den i vårdens verk-

samheter. Vi vill därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa kunskap och forskning som rör kvinnors hälsa samt säkerställa spridning och implementering av kunskapssammanställningen över hela landet.

Trygg mödravård genom hela livet

Svårigheter att få hjälp med olika kvinnosjukdomar och tillstånd gäller för kvinnor i alla åldrar. Men det är ofta särskilt svårt att fånga upp de kvinnor som har passerat fertil ålder och inte dyker upp på mödravården mer än vart tredje till vart femte år på cellprovtagningen. Dessa kvinnor lider ofta av problem kopplat till klimakteriet, men kan också ha svåra besvär från exempelvis tidigare förlossningar de aldrig fått hjälp för. Genom cellprovtagningarna nås nästan alla kvinnor mellan 23 och 64 år regelbundet av mödravården. Vi vill därför att cellprovtagningarna byggs ut och kompletteras med ett frivilligt hälsosamtal hos barnmorskan. Barnmorskorna har kunskaper som inte alltid finns på vårdcentralerna, dit många vänder sig. På detta sätt ges kvinnor en enklare väg in till stöd och hjälp.

En närmare förlossningsvård för fler barnmorskor och bättre upplevelse

Till skillnad från i många andra länder bedrivs svensk förlossningsvård i princip enbart på sjukhus. I dagsläget finns 45 förlossningskliniker, där de minsta klinikerna har mellan 300 och 600 förlossningar varje år och de största upp till 10 000 förlossningar årligen. Sedan 2001 har nio kliniker i landet lagts ner. Det beror på en allt mer specialiserad förlossningsvård och sjunkande födelsetal på vissa håll i landet. En konsekvens av detta är att många får allt längre till närmaste förlossningsklinik. Oron förknippad med att ha långt till förlossningsvården är något som många kvinnor på landsbygden tvingas leva med. Förlossningsvård måste kunna erbjudas på fler nivåer än på stora sjukhuskliniker. Det är inte bara en fråga om valfrihet utan handlar framför allt om att vården ska bli mer tillgänglig och säker. Vid komplicerade graviditeter och högriskförlossningar eller för förstföderskor är det nästan alltid nödvändigt att föda på sjukhus. Men forskningen visar samtidigt att det ofta är säkrare för friska omföderskor och deras barn om förlossningen sker på en barnmorskeledd klinik istället för på sjukhus. I många andra jämförbara länder som Norge, Danmark, Tyskland och Nederländerna erbjuds förlossningsvård på tre nivåer: hemma, små barnmorskeledda enheter och sjukhus. Forskning visar att dödlighet och komplikationer i form av bristningar är lägre bland lågriskförlossningar som sker utanför sjukhus än lågriskförlossningar som sker på sjukhus. I Norge finns sedan lång tid tillbaka småskaliga barnmorskeledda kliniker runt om i landet, så kallade födestuer (födelsekliniker). Enligt de utvärderingar som gjorts i Norge är kvinnor i regel mer nöjda med sin upplevelse på dessa barnmorskeledda enheter. För att den sjukhusbaserade förlossningen ska kunna kompletteras med en utbyggnad av fler barnmorskeledda födelsekliniker krävs det att regionerna skapar förutsättningar även för mindre förlossningskliniker att etablera sig. Socialstyrelsen borde få i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur förlossningsvården ska kunna organiseras för att även, i de fall det är lämpligt, kunna erbjudas på mindre barnmorskeledda enheter. En förlossning ska ske med patientsäkerheten som utgångs-

punkt. Det kommer därför alltid att krävas en medicinsk bedömning utifrån kvinnans hälsa av om det är lämpligt att föda utanför sjukhus.

En bättre ambulanssjukvård i hela landet

Det viktigaste vid akuta sjukdomsfall är att minska tiden det tar till dess patienten får sjukvård. Om fler patienter skulle kunna transporteras snabbt med helikopter skulle dödligheten kunna minska med så mycket som en tredjedel. I dag har regionerna nio ambulanshelikoptrar, från Gällivare i norr till Göteborg i söder. Men det skulle behövas åtminstone sex helikoptrar till för att täcka behovet i hela landet. Staten i sig äger i sin tur ett antal som skulle täcka upp för behovet. Det finns många skäl till att samla offentligt ägda helikoptrar i en gemensam organisation. Högspecialiserad vård kräver tillräckligt stort patientunderlag för att kunna fungera och måste därför koncentreras på vissa platser i landet. För mycket avancerad vård är alltså centralisering nödvändig för att kunna upprätthålla kvaliteten. Det aktualiserar behovet av bättre helikoptertransporter för patienter som bor långt bort, vilket är de allra flesta när viss vård bara finns på ett fåtal specifika sjukhus. Med en mer decentraliserad förlossningsvård ökar också behovet av att snabbt kunna transportera födande i de fall då oväntade komplikationer uppstår. Det är också på detta sätt som den norska modellen med decentraliserad förlossningsvård fungerar. För att skapa en likvärdig ambulanshelikopterorganisation för hela landet behöver regioner i större grad gemensamt utnyttja de resurser som finns – dels med befintliga helikoptrar i regionerna, dels genom att använda sig av helikoptrar som staten förfogar över genom exempelvis sjöräddningen. Därför finns även ett behov av att på statlig nivå skapa en samlad beställningsorganisation som kan samordna resurserna och insatserna.

Trygghet och egenmakt på äldre dagar

Många pensionärer har efter en aktiv livsstil och efter ett långt arbetsliv en pension som sätter guldkant på tillvaron. Och med en frisk respektive vid sin sida, vänner och barnbarn erbjuder livet mycket efter att man har slutat arbeta. För dessa välmående äldre behöver vården inriktas mot att framförallt förebygga ohälsa och på så vis göra det möjligt att förbli frisk ännu längre. Men det finns också äldre som mår mycket sämre, många i kroppen, andra i sinnet och vissa i båda delarna. En känsla av att inte vara behövd i kombination med brist på vänner och sociala sammanhang skapar lidande. Änklingar är i dag den största riskgruppen för självmord i Sverige och en av fem över pensionsåldern bedöms lida av någon form av psykisk ohälsa. Många gånger kan depression, ångest och nedstämdhet handla om åldrandet i sig – med förändrad identitet, en kropp som fungerar sämre och en ändrad livssituation. Även mediciner och olika fysiska sjukdomar kan orsaka psykisk ohälsa. För dessa äldre behöver vården bli bättre på att fånga upp psykisk ohälsa, inte bara de rent fysiska åkommor som ofta kommer med åldrande.

En bättre förebyggande vård

I Sverige finns unika system för hälsovård i form av exempelvis barnhälsovård, skolhälsovård och företagshälsovård. Genom detta förebyggande arbete har vi en av världens lägsta mödra- och spädbarnsdödligheter. Det finns gott om kunskap om hur hälsan kan främjas hos äldre, men inom detta område saknas samordning och liknande välutvecklade hälsoprogram. Trots att många äldre mår dåligt är det få som fångas upp av vården och får hjälp. För att använda samhällets gemensamma resurser på bästa sätt vill vi att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten utvecklar ett äldrehälsovårdsprogram med inriktning på att förebygga psykisk och fysisk ohälsa. Uppdraget ska innebära att riktlinjer för hur programmet ska utformas och vad som ska ingå tas fram. Äldrehälsovårdsprogrammet ska finnas i hela landet. Det innebär att alla personer efter avslutat arbetsliv ska erbjudas ett hembesök inom ett visst tidsintervall och efter behov. Genom förebyggande hembesök kommer vården att bli bättre på att tidigt fånga upp äldre med fysiska eller psykiska åkommor. Programmet bör innehålla samtal om bland annat kost, motion, fallskadeprevention, vaccinationer och andra lämpliga delar inriktat mot att förebygga sjukdom hos de äldre som har hälsan i behåll. Det kan till exempel handla om att den äldre får hjälp att delta i gruppträning – något som främjar både den fysiska och den psykiska hälsan, inte minst genom möjligheten till sociala sammanhang och nya vänner. Det skulle inte bara bespara många onödigt lidande utan också göra vården betydligt mer kostnadseffektiv när åkommor kan hittas, botas eller lindras innan de utvecklas till svårare sjukdomar. Vi vill även se en höjd kompetens i primärvård och socialtjänst kring äldres psykiska ohälsa. Det innebär att den personal som kommer att arbeta inom äldrehälsovårdsprogrammet ska ha tillräckliga kunskaper för att upptäcka och ge stöd åt äldre med psykisk ohälsa.

En bättre vård i hemmet

Äldre är likt unga en grupp som ofta hamnar mellan vårdens och omsorgens stolar. I äldres fall handlar det om att hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagen båda berör och reglerar var, när och hur äldre får vård. I båda fallen är det lagar som i efterhand har justerats för att i möjligaste mån möta äldres behov, snarare än lagar som har utgått från behoven. För att en gång för alla överbrygga dessa två lagar, inrikta vården mer mot tidiga insatser snarare än akuta och dessutom göra det möjligt för fler att bo kvar hemma vill vi utreda möjligheten att ersätta dessa två lagar med en äldrelag som ska reglera den hemsjukvård som idag ges enligt hälso- och sjukvårdslagen och den personliga omvårdnad som ges enligt socialtjänstlagen. Äldrelagen innebär ett utvidgat vård- och omsorgsansvar för medarbetare i hemvården och inrättandet av hemvårdsgrupper. Genom multiprofessionella hemvårdsgrupper kommer det bli mer intressant för undersköterskor att söka sig till denna typ av arbete. Att vara delaktig i vård och inte bara omsorg skapar i sig en mer attraktiv arbetsmiljö och gör det möjligt med den form av task-shifting (uppgiftsbyten) som vi vill se också för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på vårdcentraler och sjukhus.

Annie Lööf (C)

Anders W Jonsson (C)

Daniel Bäckström (C)

Fredrik Christensson (C)

Johan Hedin (C)

Peter Helander (C)

Ola Johansson (C)

Emil Källström (C)

Helena Lindahl (C)

Kerstin Lundgren (C)

Rickard Nordin (C)

Annika Qarlsson (C)

Lars Thomsson (C)

Linda Ylivainio (C)

Solveig Zander (C)

Anders Åkesson (C)

Alireza Akhondi (C)

Jonny Cato (C)

Magnus Ek (C)

Ulrika Heie (C)

Martina Johansson (C)

Johanna Jönsson (C)

Mikael Larsson (C)

Per Lodenius (C)

Sofia Nilsson (C)

Niels Paarup-Petersen (C)

Per Schöldberg (C)

Helena Vilhelmsson (C)

Kristina Yngwe (C)

Martin Ådahl (C)

Per Åsling (C)