

Motion till riksdagen 2017/18:2940

av **Karin Rågsjö m.fl. (V)**

En jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård

1 Innehållsförteckning

1 Innehållsförteckning	1
2 Förslag till riksdagsbeslut.....	3
3 Mål för hälso- och sjukvården.....	4
3.1 En jämlik hälso- och sjukvård	4
3.2 En tillgänglig vård	5
3.2.1 Väntetider och vårdgaranti.....	5
3.2.2 Vårdplatser.....	6
3.2.3 Reglering av kommersiella digitala tjänster.....	6
3.2.4 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar	6
4 Satsningar på personal.....	7
4.1 En långsiktig personalförsörjningsplan	7
4.2 Specialistutbildning för sjuksköterskor	8
5 Utveckling av primärvården.....	8
5.1 Förslag på förändringar i primärvården.....	9
5.2 Uppföljning av primärvården	10
6 En jämlik och sammanhållen vård för barn och unga	10
6.1 Vaccination	10
6.2 Tidiga insatser.....	11
6.3 En sammanhållen vård.....	12
7 Kvinnors hälsa måste prioriteras	12
7.1 En trygg förlossningsvård.....	13
7.2 En tillgänglig förlossningsvård.....	14
7.3 Satsning på att nå könsstypade	14
8 Vården kring sällsynta diagnoser bör samordnas.....	14

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en parlamentarisk utredning om sjukvården som analyserar både de regionala och de sociala skillnaderna och deras konsekvenser och återkomma med en långsiktig lösning och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdgarantin och väntetiderna bör utvärderas ur patienternas perspektiv och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att patientsäkerheten bör utredas i förhållande till minskningen av antalet vårdplatser och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en reglering av kommersiella digitala tjänster som berör betalda läkarkontakter bör utredas och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag på hur reglering av privata sjukvårdsförsäkringar kan se ut och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta fram en långsiktig kompetensförsörjningsplan för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör utredas hur samtliga sjuksköterskor ska kunna gå sin specialistutbildning med samma villkor som läkare under utbildning och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör utredas hur hälsoundersökningar kan påverka hälsan hos de grupper som i dag står längst bort från vården och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjligheterna för utökade öppettider inom primärvården, insatser för en fast personalbemanning, digitalisering samt mobila team bör utredas och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjligheterna till nationell statistik bör utredas för en bättre uppföljning av jämlikheten bland både offentliga och privata vårdgivare i primärvården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör utredas hur ett likvärdigt vaccinationsskydd gällande hepatit B för barn över hela landet kan säkerställas och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör utredas hur primärvårdens arbete mot familjer ytterligare kan stärkas med riktade och uppsökande insatser för barn upp till skolåldern och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förutsättningarna för en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård bör utredas och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ett införande av ett nationellt mål för att trygga förlossningsvården för alla födande, t.ex. genom att ha en barnmorska per aktiv förlossning, bör utredas och tillkännager detta för regeringen.

15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att behovet av nationella insatser för att nå könsstympade inom vården bör utredas och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det nationella samordningsansvaret för och förstärkning av arbetet med sällsynta diagnoser bör utredas och tillkännager detta för regeringen.

3 Mål för hälso- och sjukvården

3.1 En jämlik hälso- och sjukvård

Vänsterpartiet vill ha en sjukvård som jobbar förebyggande och hälsofrämjande och utgår från en social helhetssyn. Vården ska aktivt samarbeta med andra samhällsaktörer för minskade klassklyftor när det gäller hälsa. Det finns stora skillnader i både hälsa och tillgång till vård i Sverige. De skillnader i hälsa som finns hos befolkningen avspeglas även i vilken vård man får.

För Vänsterpartiet är frågan om jämlik hälsa och vård överordnad. Den ojämlikhet som finns i vården i dag är inte acceptabel. Det finns både regionala skillnader och socioekonomiska, köns- och åldersmässiga skillnader som är helt omotiverade. Var man än bor i landet och oavsett sociala faktorer ska det finnas förutsättningar för en bra och likvärdig vård. Det är en av anledningarna till att vi har förhandlat fram tio årliga vänstermiljarder som ska gå till kommuner och landsting för att göra det möjligt att erbjuda vård efter behov.

Vi måste vidare se över hur vi ska få en jämlik hälso- och sjukvård, både gällande geografisk och social jämlikhet. I en statlig utredning som kom under våren 2017, Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48), bekräftas att nuvarande system ger en ojämlik vård. Det finns en mängd kunskapsstöd och riktlinjer, de är dock inte samordnade och har inte minskat variationerna i vården. Trots detta kommer utredningen fram till att landstingen ska fortsätta att vara självstyrande. För att komma till rätta med problemen föreslår de att hälso- och sjukvårdslagen förtydligas med att landstingen ska ta större ansvar för och vara skyldiga att samverka nationellt om kunskapsstyrning. De föreslår att ett samråd inrättas mellan regering och landstingen där SKL inte bör involveras.

Detta är inte tillräckligt, enligt Vänsterpartiet. Det är tydligt att den struktur med 21 olika landsting som ger vård på olika villkor måste förändras. De omotiverade skillnaderna inom hälso- och sjukvården avseende socioekonomiska, köns- och åldersmässiga faktorer och deras inverkan på den enskilda individen måste också analyseras. Målsättningen är att inom hälso- och sjukvården hitta verktyg som på lång sikt kan ta bort skillnader i vården. Regeringen bör tillsätta en parlamentarisk utredning om sjukvården som analyserar både de regionala och de sociala skillnaderna och deras konsekvenser och återkomma med en långsiktig lösning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

3.2 En tillgänglig vård

Landstingen har i dag en ansträngd ekonomi och hälso- och sjukvården har stora problem på många håll. Under den senaste tiden har rapporterna duggat tätt om överbeläggning, platsbrist, långa väntetider, inställda operationer, hotad patientsäkerhet m.m. Det förekommer protester från personalen mot hög arbetsbelastning, låga löner och dåliga arbetsvillkor. Läget är så allvarligt att neddragningar, anställningsstopp och brist på vårdplatser har bidragit till att människor riskerar allvarliga vårdskador. Det finns också en allmän uppfattning i samhället att vården inte är tillgänglig när man behöver den.

Landsting och regioner ser olika ut och verkar under olika villkor och har därför olika behov. I en del landsting råder brist på vårdplatser, i andra saknas personal eller så är det svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Hur sådana problem ska lösas hänger samman med vilka resurser som i framtiden kommer att finnas tillgängliga i hälso- och sjukvården och hur resurserna fördelas. Vänsterpartiet ser ett behov av en generell resursförstärkning till vården.

Under mandatperioden har därför Vänsterpartiet förhandlat fram flera viktiga miljarder och reformer inom sjukvården, totalt 4,7 miljarder kronor. 2 miljarder kronor per år ska gå till att förbättra arbetsvillkoren för vårdanställda, 1 miljard kronor extra per år till förlossningsvården, avgiftsfri mammografiscreening till kvinnor mellan 40 och 74 år och cellprov för screening av livmoderhalscancer samt satsningar på psykisk hälsa och barnhälsovård. Andra reformer riktade till barn och unga är avgiftsfria preventivmedel till ungdomar och unga vuxna upp till 20 år och gratis medicin för barn upp till 18 år.

3.2.1 Väntetider och vårdgaranti

Långa väntetider i vården har varit ett långvarigt problem i Sverige. Bristande tillgänglighet och långa väntetider är en av de vanligaste orsakerna till klagomål på sjukvården. Korta väntetider hänger ihop med ett högre förtroende för sjukvården, vilket gör att väntetider också är en viktig fråga för hälso- och sjukvårdens samlade legitimitet hos befolkningen. Att förbättra tillgängligheten har under lång tid varit ett uttryckligt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken.

2010 infördes vårdgarantin som ställer krav på vården att tillhandahålla vissa delar av vårdkedjan inom givna tidsgränser. Patienter ska komma i kontakt med primärvården samma dag, ett besök hos primärvårdsläkare ska vid behov fås inom sju dagar. Besök hos specialistläkare ska fås inom 90 dagar från att en remiss skrivs och behandling ska påbörjas inom 90 dagar från att beslut om behandling tas.

En undersökning från 2015 visar att vårdgarantin följs för omkring 90 procent av patienterna, men att det finns betydande skillnader mellan och inom landsting samt vårdområden. Garantin hölls bättre för patienterna inom hematologi och cancersjukvård än t.ex. allergisjukvården. Det visade sig också att vårdgarantin leder till undanträngning exempelvis i prioriteringen mellan ny- och återbesök, vid prioritering av patienter som närmar sig vårdgarantins tidsgränser och patienter med kroniska sjukdomar. Det kan innebära att patienter med mindre medicinska behov prioriteras före patienter med större behov.

Sjukvården har inte heller tillförts några nya resurser för att klara vårdgarantin och de brister på kompetenser som finns och kommer att finnas ett tag till. I budgetförhandlingarna inför 2018 har Vänsterpartiet varit med och förhandlat fram en

patientmiljard som under 2018–2021 bl.a. ska stödja införande av en förändrad vårdgaranti inom primärvården. Vänsterpartiet anser att sjukvård ska styras efter behov. Kanske är återbesöket och den andra behandlingen mycket viktigare än att vårdgarantidagarna hålls – det ska avgöras av professionen. I och med införandet av vårdgarantidagarna förskjuter man prioriteringsordningen, alla nybesök och förstabehandlingar till specialistsjukvård ska rymmas inom de 90 dagarna enligt garantin. Vårdgarantin och väntetiderna bör därför utvärderas ur patienternas perspektiv. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

3.2.2 Vårdplatser

Många vårdplatser står tomma i Sverige p.g.a. personalbrist och att felaktiga prioriteringar gjorts under många år. Orsaken är bristen på framför allt sjuksköterskor. Sverige intog 2016 bottenplatsen bland 27 EU-länder med 2,32 disponibla vårdplatser per 1 000 invånare. Minskningen beror både på att platser stängts permanent och att de står tomma. Mellan 2007 och 2011 minskade antalet vårdplatser med drygt 600 platser i Sverige. I t.ex. Stockholms län är 15 procent av alla vårdplatser stängda, det är lika mycket som ett helt sjukhus. På Nya Karolinska i Solna har nästan var tionde inplanerad barnoperation ställts in med kort varsel i år. En tredjedel av vårdplatserna är stängda och svårt sjuka barn tvingas vänta alltför länge på att få livsnödvändig vård. Barnläkarna på sjukhuset kallar situationen för ett haveri. Minskningen av vårdplatser bör ses över, både de som stängts på kort och på lång sikt. Patientsäkerheten bör utredas i förhållande till minskningen av antalet vårdplatser. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

3.2.3 Reglering av kommersiella digitala tjänster

Då vården inte är lätt tillgänglig för människor växer marknaden för kommersiella nätdoktorer. De digitala vårdgivarna Doktor Kry samt Min doktor (privata digitala vårdgivare) är en lönsam växande affär men det finns en uppenbar risk för felbehandling av patienter. Det finns i dagsläget ingen reglering eller begränsning för vilken typ av verksamhet den digitala tjänsten ska verka inom. Att till exempel bedöma psykiatriska tillstånd via mejl kan vara olämpligt. Patientsäkerheten riskeras genom de digitala (kommersiella) läkartjänsterna. Tjänsterna riktas inte heller till de som har störst behov av vård utan blir en del av en vård som de som redan har god tillgång till läkarvård kan ta del av.

Utifrån det som anförts ovan bör en reglering av kommersiella digitala tjänster som berör betalda läkarkontakter utredas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen tillkänna.

3.2.4 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Prioriteringar i vården ska bygga på alla människors lika värde och resurserna bör fördelas efter behov. Privata försäkringar leder till ökade orättvisor och till att fel grupper prioriteras. Vården blir bra för ett fåtal. Det finns många privata utförare av vård, som också har möjlighet att ta in försäkringspatienter. I kombination med det kraftigt ökade antalet sjukvårdsförsäkringar – en sexdubbling från 100 000 vid millennieskiftet till 650 000 år 2017 – finns en risk för att man kan köpa sig före i kön

genom en vårdförsäkring. Det är inte acceptabelt. Den offentligfinansierade vården måste bli så bra att ingen ser behov av att teckna en sjukvårdsförsäkring.

En rapport från OECD menar att privata vårdförsäkringar snarare genererar ökad total vårdkonsumtion än en avlastning på den offentliga vården. Vården blir mer tillgänglig för de försäkrade men inte för andra.

I dagens hälso- och sjukvård finns en utveckling mot att den offentligt finansierade vården och de tjänster som tillhandahålls genom försäkringsbolagen blandas ihop. Det kan komma att rubba förtroendet för den offentligt finansierade vården och drabba den enskilda patienten, enligt SMER, Statens medicinsk-etiska råd.

För att säkerställa att det är vårdbehov och inte plånbok som avgör vem som får vård först har det tagits fram ett lagförslag om det. Det innebär att inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård får vård inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar endast ges om principerna i hälso- och sjukvårdslagens andra paragrafens andra stycke inte åsidosätts. Där regleras att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Detta lagförslag blev nedröstat av riksdagen våren 2017. Regeringen bör ta tag i detta igen så att vården ges utifrån människors lika värde och behov. Regeringen bör återkomma med förslag på hur reglering av privata sjukvårdsförsäkringar kan se ut. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4 Satsningar på personal

4.1 En långsiktig personalförsörjningsplan

Att ha tillgång till personal med rätt kompetens i hela landet är en ödesfråga för en jämlik hälso- och sjukvård. Vården måste vara organiserad och bemannad för att kunna möta behovet av allt från en kunnig medicinsk bedömning till hjälp med skrällen inför sprutan eller hjälp med att gå på toaletten. Det kan handla om fler utbildade undersköterskor, fler dietister, fler specialistsjuksköterskor eller fler lokalvårdare med goda kunskaper i hur städning på sjukhus ska gå till. Exakt vilken kompetens och vilka resurser som behövs tror vi att varje landsting och kommun är bäst på att avgöra.

Det handlar också om att skapa förutsättningar för att få den erfarna personalen att stanna och göra ett bra jobb med det de är utbildade för och vill arbeta med. I dag får den personal som finns kvar arbeta övertid och skjuta upp sina sommaresemestrar och sedan, när de har lämnat för att de inte står ut med de dåliga villkoren, måste arbetsgivaren hyra in dem i korta perioder för fyrdubbla kostnaden från ett bemanningsbolag.

Sjukvårdens hierarkiska uppbyggnad och de styrmodeller som finns gör också att personal slutar och söker andra arbetsgivare. Den demografiska utvecklingen ställer också krav inför framtiden på att ta hand om en ännu högre andel äldre patienter och att klara sjukvården också på landsbygden. Redan i dag tvingas landsting, trots sämre kvalitet och större kostnader, att anlita stafettläkare. Inom ett antal år riskerar vi att ha en stor brist på distriktsläkare om inget görs och antalet barnmorskor som närmar sig pensionsåldern är oroväckande högt. På många håll på landsbygden finns

rekryteringsproblem när det gäller yrken som kräver högskoleutbildning, exempelvis sjuksköterskor och socionomer.

Det krävs ett helhetsgrepp för att trygga sjukvårdens personalförsörjning i hela landet både i närtid och i framtiden i form av en långsiktig kompetensförsörjningsplan som analyserar situationen och kommer med konkreta förslag på kort och lång sikt. Denna bör tas fram i samarbete med landets främsta experter på området. Man bör ta lärdom av andra länder och ha en kontinuerlig dialog med berörda intresseorganisationer och fackföreningar. Regeringen bör ta fram en långsiktig kompetensförsörjningsplan för hälso- och sjukvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4.2 Specialistutbildning för sjuksköterskor

Det råder stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor och antalet minskar stadigt. Genomsnittsåldern är hög och många kommer de närmaste åren att gå i pension. Under de senaste 20 åren har andelen utbildade specialistsjuksköterskor sjunkit från 70 till 40 procent av det totala antalet sjuksköterskor. Vårdförbundet anser att nivån bör ligga på 70 procent.

En anledning till bristen på specialistsjuksköterskor är de många hinder som står i vägen för sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Sjuksköterskor måste oftast, till skillnad från läkare, ta tjänstledigt med studiemedel för att specialisera sig. En annan anledning är den dåliga löneutvecklingen. En specialistsjuksköterska tjänar i genomsnitt bara sex procent mer än en sjuksköterska och det tar i genomsnitt 19 år innan en specialistsjuksköterska har tjänat in kostnaderna för att vidareutbilda sig.

Bristen på specialistsjuksköterskor har stora konsekvenser och innebär t.ex. färre vårdplatser samt inställda operationer och dyra lösningar via bemanningsföretag. Kvaliteten i vården måste höjas genom att fler sjuksköterskor specialiserar sig. En betald specialistutbildning för sjuksköterskor höjer inte enbart kvaliteten på vården utan skapar även arbetstillfällen genom vikariat för de anställda som vidareutbildar sig. Vänsterpartiet har varit med och förhandlat fram att 300 miljoner kronor årligen sätts undan för att ge fler sjuksköterskor möjlighet till specialistutbildning.

Det bör utredas hur samtliga sjuksköterskor ska kunna gå sin specialistutbildning med samma villkor som läkare under utbildning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

5 Utveckling av primärvården

Primärvården utgörs av den första linjens hälso- och sjukvård. Den består av vårdcentraler, närsjukvård, barn- och mödrahälsovård, familjecentraler, ungdomsmottagningar m.m. Inom primärvården ska det arbetas förebyggande mot ohälsa. Ohälsan är i dag ojämnt fördelad, gruppen med låga inkomster som saknar utbildning har i dag en sämre hälsa än andra grupper. Dagens hälso- och sjukvård har svårt att bemöta detta och vården ges så ojämnt att hälsoskillnaderna i befolkningen snarare förstärks än minskas.

Sedan 2010 då vårdvalet och etableringsfriheten infördes har över 270 nya privata vårdcentraler etablerats i Sverige. Enligt Riksrevisionen har etableringen främst skett i

befolkningstäta områden samt i områden där vårdbehoven är lägre och invånarna socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Enligt rapporten Vårdval och jämlik vård inom primärvården (Vårdanalys 2015) blir resursfördelningen orättvis då de grupper som är överrepresenterade på privata mottagningar i regel har bättre hälsa. Dessa mottagningar kan då erbjuda bättre service, vilket leder till ökad ojämlikhet. Vårdval och etableringsfrihet i primärvården riskerar då att hamna i konflikt med såväl hälso- och sjukvårdslagen som de professionella etiska principer som gäller inom vården.

I och med införandet av den fria etableringsrätten och vårdvalsreformen har läkarbesöket i vissa delar av landet hamnat i centrum. Kraven på de vårdcentraler som etablerar sig ser olika ut i olika landsting. Det har också fått som följd att det områdesansvar för befolkningens hälsa som primärvården tidigare hade till stora delar har försvunnit och med det förutsättningarna för ett bra folkhälsoarbete. Det förebyggande arbetet har under lång tid varit bortprioriterat, parallellt med att vinsten ökat som drivkraft i vården. Långsiktiga och förebyggande insatser som förutsätter samverkan med andra sektorer är sällan eller aldrig lönsamma i kommersiell mening.

5.1 Förslag på förändringar i primärvården

Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål är en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen. I dag har vården svårt att nå upp till detta mål och systemet fungerar på vissa sätt dåligt.

En anledning kan vara att det förebyggande folkhälsoarbetet prioriterats bort trots att det är en viktig del i arbetet med en jämlik vård. Personer med låga inkomster har generellt en högre ohälsa men söker sjukvård i betydligt lägre utsträckning än de som är rika eller välutbildade. Hälso- och sjukvården måste därför arbeta för att motverka klasskillnader vad gäller ohälsa. Personer med psykisk ohälsa har en betydligt kortare livslängd, främst p.g.a. kroppsliga sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och liknande. Ett sätt att arbeta förebyggande kan vara att primärvården får ansvar för ett uppsökande arbete där man t.ex. erbjuder regelbundna hälsoundersökningar för dem som inte själva söker sig till hälso- och sjukvården i dag. Det bör utredas hur hälsoundersökningar kan påverka hälsan hos de grupper som i dag står längst bort från vården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

En annan anledning till att sjukvårdssystemet fungerar dåligt kan bero på att Sverige har en väldigt ”sjukhustung” struktur jämfört med andra länder. Sjukhusvården och specialistvården är betydligt dyrare än den första linjens hälso- och sjukvård. Sjukvården är pressad och har svårt att klara sitt uppdrag med befintliga resurser. Det gör att det är svårt att omprioritera och föra över pengar från specialistvården till primärvården även om det skulle vara mest kostnadseffektivt på längre sikt. För att stimulera denna resursöverföring behövs enligt utredningen ett statligt finansieringsstöd under en femårsperiod. Det behövs också en riktad satsning mot primärvården. Vänsterpartiet har fått igenom en sådan satsning i förhandlingar med regeringen.

Flera stora utredningar om vården visar att vården bör omorganiseras så att huvudprincipen blir öppenvård som finns nära befolkningen. En förstärkning av primärvården är sannolikt den viktigaste åtgärden för att minska ojämlikhet i hälsa enligt den statliga utredningen Effektiv vård som kom 2016 (SOU 2016:2). En av de viktigaste faktorerna för att förstärka primärvården är att det finns personal.

Utredningen kom också fram med förslag om att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag och att den ska vara tillgänglig dygnet runt. Det är också något som

Vänsterpartiet föreslagit och vill genomföra. Vi anser också att man bör se över digitalisering och mobila team i primärvården. Möjligheterna för utökade öppettider, digitalisering, mobila team och insatser för en fast personalbemanning i primärvården bör utredas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

En annan utmaning enligt utredningen ovan är att organisera vården för kroniskt sjuka och patienter med omfattande behov. Det finns en oförmåga att arbeta horisontellt och samverka mellan olika aktörer och verksamheter fungerar dåligt trots styrningsförsök från statens sida. Förmågan att samverka kring komplexa behov måste öka. En fast läkarkontakt i primärvården är ett av de främsta sätten att göra hälso- och sjukvården mer patientcentrerad och bör finnas som grund för alla patienter som önskar det. Med god tillgänglighet och hög kontinuitet ger en fast läkarkontakt bättre kvalitet och en ökad patientcentrering genom den personliga relationen mellan läkare och patient (Effektiv vård, SOU 2016:2).

Vänsterpartiet har tillsammans med regeringen kommit överens om en patientmiljard som bl.a. ska bidra till att patientkontrakt kan utvecklas för en mer tillgänglig och samordnad vård. Detta är särskilt viktigt för personer med komplexa vårdbehov.

5.2 Uppföljning av primärvården

I dag är det svårt att mäta kvalitet inom primärvården då det inte finns statistik på nationell nivå. Det är svårt att jämföra verksamheten som bedrivs vid de olika vårdcentralerna och uppföljningar är svåra att göra eftersom landstingen har olika system. Det är därför svårt att se om vården som ges är jämlik när det inte går att jämföra alls. Möjligheterna till nationell statistik bör utredas för en bättre uppföljning av jämlikheten bland både offentliga och privata vårdgivare i primärvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

6 En jämlik och sammanhållen vård för barn och unga

6.1 Vaccination

I Sverige vaccineras alla barn kostnadsfritt mot de tio allvarligaste sjukdomarna. Vaccinationer är en vital och framgångsrik del av den preventiva hälso- och sjukvården.

Vaccinationer ges från att barnet är nyfött upp till sexton års ålder.

Barnvaccinationsprogrammet i Sverige utgörs av nationella föreskrifter och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten vilka tillämpas inom kommun och landsting. Sedan 2013 regleras vaccinationsprogrammet i smittskyddslagen. Kommuner och landsting är skyldiga att erbjuda vaccinationer mot smittsamma sjukdomar i syfte att förhindra spridning av dessa sjukdomar i befolkningen. Det inkluderar även kompletterande vaccinationer till barn som inte tidigare vaccinerats enligt programmet.

Det allmänna vaccinationsprogrammet har god täckning och de flesta barn är i dag skyddade mot exempelvis mässling och polio. Skillnaderna mellan landsting är små när det gäller vaccinationer för mässling, påssjuka och röda hund. 2015 var 97 procent av landets tvååringar fullvaccinerade enligt vaccinationsprogrammet. Det förekommer dock skepsis mot vaccinationer, både de vaccinationer som ingår i basprogrammet och

andra. Det finns grupper av föräldrar som aktivt väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i vissa kommuner setts sjunka under 90 procent. Det har därför förekommit utbrott av i synnerhet mässling vilket är en olycklig utveckling. Rädsla för biverkningar tros vara en dominerande del av varför vissa föräldrar avstår från vaccinationsprogrammet men misstron mot vaccinationer har många orsaker: religiösa, filosofiska, historiska, sociala, politiska och psykologiska. Vaccinkritiska synpunkter får lätt spridning genom den nya informationsteknologin. Den tekniska utvecklingen erbjuder goda möjligheter att snabbt sprida sin uppfattning och i nuläget finns det en uppsjö av vaccinationskritiska synpunkter på internet och i sociala medier. Det är dock av samhälleligt intresse att vaccinationsprogrammet genomförs i sin helhet, och många av de myter och felaktiga uppgifter som cirkulerar om vaccinationsprogrammet behöver bemötas och slås hål på. Vänsterpartiet har i samarbete med regeringen föreslagit en satsning på att förstärka arbetet med information om vikten av vaccinationer.

Det finns också en regional ojämlikhet som bör motverkas. Exempelvis har vaccin mot rotavirus inte getts överallt utan bara i vissa landsting. I budgetpropositionen för 2018 föreslår därför Vänsterpartiet tillsammans med regeringen att utöka vaccinationsprogrammet med rotavirusvaccination.

Vissa vaccin behöver dock inte ges till alla, det finns möjlighet att införa särskilda vaccinationsprogram riktade till definierade riskgrupper. I dag finns det inga sådana program. Vänsterpartiet anser att det bör utredas om vaccin mot TBE ska införas i de områden där risken för smitta är stor.

Hepatit B-vaccin ges dock fortfarande bara på vissa platser i landet. Detta trots att FN:s världshälsoorganisation (WHO) redan 1991 förordade att samtliga länder skulle införa allmän vaccination. 2014 föreslog Socialstyrelsen att detta vaccin skulle ingå i basprogrammet och Folkhälsomyndigheten står bakom det förslaget. Nu ökar dessutom risken för smittoöverföring p.g.a. ett tilltagande resande och en föränderlig befolkning med en ökning av personer från områden med högre förekomst av hepatit B. Det bör därför utredas hur ett likvärdigt vaccinationsskydd gällande Hepatit B för barn över hela landet kan säkerställas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

6.2 Tidiga insatser

Det finns stora sociala skillnader i barns hälsa. Barnen till de föräldrar som har högst inkomst och utbildning har lägre sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus. Barn till mödrar som har grundskola som högsta utbildning löper högre risk än barn till mer välutbildade mödrar att drabbas av astma, råka ut för dödsolyckor i ungdomen, vårdas i psykiatrisk slutenvård för missbruk, depressioner, ångest, adhd och psykoser.

Det behövs ökade insatser för tidigt stöd till barn via insatser inom barnhälsovård. I dag erbjuds ett hembesök inom en vecka efter att det nyfödda barnet kommit hem från BB. Det huvudsakliga syftet är att informera om barnhälsovårdens erbjudanden, etablera god kontakt med BVC-personalen, samtala om skadeförebyggande insatser och ge råd och stöd kring amning och andra aktuella frågor. Hembesök är också ett sätt att få en inblick i den miljö och de levnadsförhållanden som barnet lever i. Fler hembesök är ett sätt att uppnå jämlikhet i hälsa. Barnhälsovården har en unik möjlighet att förebygga och utjämna hälsoskillnader och bidra till integration. Internationell forskning har visat att arbetssättet kan ha gynnsamma effekter när det gäller att förebygga psykisk ohälsa,

misshandel, omsorgssvikt, barnolycksfall och oplanerade graviditeter. Resultaten kring försök som gjorts i Sverige är mycket positiva. Andelen barn som vaccineras har ökat och antalet besök på akutmottagningar och inläggningar på sjukhus för barn i åldern 1–2 år har gått ner.

I samarbete med regeringen inför budgeten 2018 har Vänsterpartiet fått igenom en satsning på barnhälsovården. Där ingår ett utökat antal hembesök under spädbarnsperioden och information om tandhälsa. Det bör dock utredas hur primärvårdens arbete mot familjer ytterligare kan stärkas med riktade och uppsökande insatser för barn upp till skolåldern. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

6.3 En sammanhållen vård

Insatserna för barns och ungdomars hälsa borde hänga ihop bättre än de gör i dag. Nu är ansvaret utspritt på bl.a. skola, BVC och ungdomsmottagningar. Övergångarna från barnhälsovård till elevhälsa kan vara svåra. I skolsystemet syns utmaningar särskilt tydligt när ett barn byter stadie eller skola. För de barn och unga som behöver hjälp av specialistverksamheter inom hälso- och sjukvård gäller olika åldersgränser. Oavsett var gränsen går, vid 18 eller 20 år, innebär den ofta stora förändringar av insatser och tar inte alltid till hänsyn till barnets behov. Här behöver verksamheter arbeta flexibelt. För att lyckas brygga över mellan verksamheter krävs ett tydligt gemensamt fokus och samarbete. Det krävs gemensamma arenor för bedömning av behov, överenskommelser om gemensamma mål och delat ansvar för att skapa den sammanhållna process som eftersträvas. En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård skulle leda till en jämlik tillgång till hälsofrämjande insatser under hela uppväxten oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Med anledning av detta bör förutsättningarna för en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård utredas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

7 Kvinnors hälsa måste prioriteras

Under det senast decenniet har vården i Sverige blivit mer jämställd, men än finns mycket kvar att göra. Det konstaterar Jämställdhetsutredningen som överlämnade sitt betänkande till regeringen i december 2015. Till exempel har män fortfarande större chans än kvinnor att få vård på en strokeenhet när de drabbats av stroke. Inom cancervården kvarstår vissa könsskillnader, inom hjärtsjukvården likaså. Kvinnor kan t.ex. skickas hem för att deras kranskärl ser normala ut, trots att kvinnor kan ha hjärtinfarkt utan att ha förträngningar i kranskärlen.

En jämställd vård innebär inte att vården alltid ska vara likadan. Den ska i stället vara anpassad efter de skillnader som finns mellan könen. Män och kvinnor får inte samma symtom och svarar inte likadant på behandling. Det finns också könsskillnader inom läkemedelsanvändning, t.ex. när det gäller doser och biverkningar. För en del läkemedel finns dock ingen dokumenterad kunskap om eventuella könsskillnader.

Kvinnors sjukdomar har också lägre prioritet, t.ex. inom smärta och ledvärk. Andra underprioriterade sjukdomar drabbar enbart kvinnor, t.ex. endometrios och PMDS – Premenstruellt dysforiskt syndrom, som båda orsakar stort lidande.

7.1 En trygg förlossningsvård

Sedan millennieskiftet har barnafödandet ökat och förra året föddes drygt 119 000 barn i Sverige. De nio månadernas graviditet som föregår en förlossning ska vara en tid där den gravida kvinnan tillsammans med partner eller andra i sin omgivning ska känna att de kan förbereda sig för sitt kommande föräldraskap. De ska känna att de får tid och utrymme i mödravården, där de får svar på sina frågor och förbereds inför förlossningen. Graviditeten är för många ändå omtumlande och många frågor ställs på sin spets. Därför är det helt avgörande att de gravida kvinnorna ska kunna känna en trygghet inför den stundande förlossningen. För många är det inte så i dag. De oroar sig för om de kommer att hinna i tid till ett sjukhus som ligger många mil bort, om de ska få plats på sjukhuset eller om de ska få föda utan tillgång till en professionell barnmorska.

I dag kan en barnmorska på en del förlossningsavdelningar ha ansvar för tre förlossningar som är i aktivt skeende samtidigt. Detta medför kraftigt ökade risker för såväl moder som barn. Evidens och beprövad erfarenhet visar mycket tydligt på att en närvarande barnmorska under hela förlossningen kraftigt minskar risken för förlossningsskador, t.ex. omfattande bristningar. En närvarande barnmorska minskar också användandet av sugklockor och minskar antalet onödiga kejsarsnitt kraftigt.

Förlossningsupplevelsen har en livslång betydelse. Den påverkar kvinnans framtida hälsa, föräldraskapet och relationen mellan kvinnan och hennes partner. En positiv upplevelse stärker kvinnans självförtroende. En traumatisk upplevelse ökar risken för förlossningsdepression och förlossningsrädsla och kan leda till att en ny graviditet undviks.

Så ska det inte vara. Vänsterpartiet har med anledning av de brister som finns fått igenom en förstärkning av den riktade satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa som pågår åren 2015–2019 samt en utökad satsning som innebär 1 miljard kronor per år med start 2018 och slutår 2022. Den svenska förlossningsvården befinner sig i ett ansträngt läge. Landstingen har svårt att rekrytera och behålla den personal som krävs för att kunna ge en god och säker förlossningsvård. Medlen ska framför allt gå till att förstärka personaltäteten och förbättra arbetsmiljön. Medel inom satsningen får även användas för insatser inom neonatalvården.

Den svenska förlossningsvården är fantastisk på många sätt. Med basen i barnmorskan och den kompetens som finns i denna yrkeskår har den svenska förlossningsvården varit världsledande. Därför är det alarmerande att det blir allt vanligare med rapporter från barnmorskor runt om i landet som menar att de inte längre klarar av att sköta sitt jobb, att de oroar sig för patientsäkerheten och att de inte orkar arbeta under de arbetsvillkor som råder i dag.

Det borde fastställas ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. För att nå dit krävs det flera olika åtgärder och situationen ser olika ut över landet. Detta är fullt möjligt. Både i Danmark och i Norge är målet en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning och i Danmark fick 89 procent av kvinnorna stöd på detta sätt 2012. Införande av ett nationellt mål för att trygga förlossningsvården för alla födande, t ex genom att ha en barnmorska per aktiv förlossning bör utredas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

7.2 En tillgänglig förlossningsvård

Flera förlossningskliniker har stängts de senaste åren. Nedmonteringen följer ett tydligt mönster – de som redan har långt till ett BB får det ännu längre. Sedan år 2000 har antalet som har över 10 mil till närmaste BB dubblerats och många tvingas resa betydligt längre. Allra längst har de som bor i Norrbotten, Dalarna, Jämtland och Värmland. De ökade avstånden är en direkt följd av nedläggningarna.

Bristen på tillgängliga förlossningskliniker är både ett akut och ett långsiktigt problem. Gravida kvinnor drabbas hårt när närheten till kompetent sjukvård nekas. Enligt SCB:s prognoser väntas en ny babyboom år 2020, vilket innebär att ännu fler tvingas oroa sig för att hinna fram till BB i tid. De komplikationer som riskerar att uppstå p.g.a. frånvaron av kunnig sjukvårdspersonal kan innebära men för livet för både kvinnan och barnet. Ytterst är det en fråga om liv eller död.

I slutet av januari 2017 inleddes en fredlig ockupation av BB i Sollefteå. Ockupanterna vill ha kvar BB på orten och utan den lokala förlossningsvården kommer många att behöva åka 10–15 mil för att ta sig till sjukhusen i Örnsköldsvik eller Sundsvall. Vänsterpartiet stöder Sollefteåborna som vill ha kvar sitt BB och en bra akutvård. Det ska gå att få vård i hela Sverige. Ingen ska behöva oroa sig för att tvingas föda sitt barn i vägrenen. Se även Vänsterpartiets motion En förbättrad landsbygds-politik (2017/18:2941).

7.3 Satsning på att nå könsstympade

Ett extremt uttryck för den rådande könsmaktsordningen är kvinnlig könsstympning. Enligt Unicef könsstympas mer än två miljoner flickor varje år. Trots att kvinnlig könsstympning är förbjuden i många länder i världen har traditionen visat sig vara svår att stoppa. Det finns i dag könsstympade kvinnor även i Sverige. Socialstyrelsen uppskattar att 38 000 flickor och kvinnor som lever i Sverige har utsatts för könsstympning. Många av dessa lever i smärta och sjukdom kopplat till stympningen. Det är viktigt att de kvinnor som är drabbade får stöd och hjälp när de uppsöker vården. Därför finns ett behov av ökad kunskap inom vården kring dessa frågor. Behovet av nationella insatser för att nå könsstympade inom vården bör utredas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

8 Vården kring sällsynta diagnoser bör samordnas

En sällsynt diagnos har endast 1 på 10 000 invånare eller högst 900 personer i Sverige. Socialstyrelsens register över sällsynta/ovanliga diagnoser talar om ca 300 olika sjukdomar och att det tillkommer 10–15 nya sjukdomar varje år. De olika diagnoserna har skiftande symptom och det leder till att det behövs många olika insatser, som dessutom kan skifta med stigande ålder. Trots att det endast ingår ett fåtal personer i varje enskild diagnosgrupp är det ändå sammantaget många människor som berörs. Riksförbundet för sällsynta diagnoser anger att ca 2 procent av befolkningen i Sverige har en sällsynt diagnos och Ågrenska, ett nationellt kunskapscenter för sällsynta diagnoser, talar om ca 390 000 människor.

Om personer som har sällsynta diagnoser ska få tillgång till den vård och omsorg de behöver är en grundläggande förutsättning att det finns en nationell plan för detta

område. På grund av sällsyntheten finns det sällan tillräcklig kunskap om dessa behov på lokal, eller ens regional, nivå inom sjukvård, utbildning, socialtjänst eller annan välfärd och social service. Det krävs därför nationella insatser för att dessa patienters behov ska kunna tillgodoses på ett bättre sätt. Samordning av hälso- och sjukvårdens resurser är grundläggande för att rätt diagnos ställs samt för att kompetent och likvärdig vård ges till dem som har sällsynta diagnoser. Centraliserad vård vid medicinska centrum kan göra vården mer jämlik för personer som har sällsynta diagnoser, jämfört med dem som har mer vanligt förekommande tillstånd. Därför bör det nationella samordningsansvaret för och förstärkning av arbetet med sällsynta diagnoser utredas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Karin Rågsjö (V)

Nooshi Dadgostar (V)

Lotta Johnsson Fornarve (V)

Linda Snecker (V)

Rossana Dinamarca (V)

Maj Karlsson (V)

Mia Sydow Mölleby (V)