

## Motion till riksdagen 2013/14:So400

av Jonas Sjöstedt m.fl. (V)

# En jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

## 1 Innehållsförteckning

2	Förslag till riksdagsbeslut .....	3
3	Hälsoklyftorna.....	6
3.1	Inriktning för hälso- och sjukvården .....	6
4	Vinster i vården .....	8
4.1	Lagen om valfrihetssystem.....	9
4.2	Konkreta förslag.....	10
5	Jämställd och jämlik vård.....	11
5.1	Folkhälsokommission .....	11
5.2	Vårdens prioriteringar .....	12
5.3	Kunskap och statistik .....	12
5.4	Gör vården jämlik för människor med funktionsnedsättning .....	13
5.5	Vård på lika villkor – oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck.....	13
6	Mer resurser till hälso- och sjukvården .....	14
6.1	Mer resurser till sjukvård .....	15
6.1.1	Ungdomsmottagningar .....	15
6.1.2	Glesbyggsmedicin .....	16
6.1.3	Mobila vårdteam .....	17
6.1.4	Vård till tortyr- och krigstraumatiserade .....	17
6.2	Primärvården.....	18
6.2.1	Utveckla vårdcentralerna .....	18
6.2.2	Motverka klasskillnader i ohälsa .....	19
7	Sjukvårdens behov av personal nu och i framtiden .....	20
7.1	Utbildningsanställning för sjuksköterskor.....	20
8	Nollvision för vårdskador .....	21
9	Dags att återupprätta en säker förlossningsvård.....	22
10	Avgiftsfria läkemedel för barn .....	23
11	Våld mot barn och sjukvårdens roll .....	24
12	Anpassa vården efter äldres förutsättningar .....	25

**Fel! Okänt namn på**

13	Psyisk ohälsa är ett stort samhällsproblem .....	26
13.1	Könsperspektiv i psykiatrisk vård .....	27
13.2	Kvinnors situation inom rättspsykiatri.....	28
13.3	Personal med utbildning är en nyckelfråga för psykiatri .....	29
13.3.1	Skapa en skötarutbildning .....	30
13.4	Upprätta vårdkontrakt mellan vården och den enskilde .....	31
13.5	Minska tvånget .....	31
13.6	Ta bort vårdavgifterna i tvångsvården .....	32
14	Självord och självordsprevention .....	32
15	Missbruks- och beroendevård.....	33
15.1	Gemensamma mottagningar .....	33
15.2	Mottagningar för unga.....	34
15.3	Sprututbyte .....	35
15.4	Läkemedelsassisterad behandling.....	35
15.5	Vård utan dröjsmål .....	35
15.6	Läkemedelsberoende .....	37
16	Sällsynta diagnoser.....	37
16.1	Rett Center.....	38
17	Subvention av preventivmedel .....	39
18	Abort för utländska kvinnor .....	40
19	Anhörigstöd i hälso- och sjukvården .....	41

## 2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om inriktningen för den nationella politiken för hälso- och sjukvården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en kommission med uppdrag att beskriva hälsans sociala bestämningsfaktorer och hur hälsan kan göras jämlik.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör tas fram.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vård på lika villkor för hbtq-personer.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt uppdrag till norra sjukvårdsregionen att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalför-sörjning.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inrätta utbildningsanställningar för specialistsjukskö-terskor.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utöka antalet platser på specialistsjuksköterskeutbild-ningen.<sup>1</sup>
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nollvision för vårdskador.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda och lämna förslag på vad som behöver göras för att nå målet om att i den svenska förlossningsvården ha en barnmorska per aktiv förlossning.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om avgiftsfria läkemedel för barn.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om kunskapsspridning inom vården om våld mot barn.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla statistiken över barn som utsatts för våld och sexuella övergrepp.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig handlingsplan för psykiatrin.

**Fel! Okänt namn på**

17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om genusperspektiv i psykiatri.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppmärksamma kvinnors situation i rättspsykiatri.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbud mot att placera personer som inte är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar eller kliniker.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om uppdrag till Socialstyrelsen om att bygga upp vården för patienter med självskadebeteende.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att genom en överenskommelse med SKL påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en ny skötarutbildning för psykiatri inom ramen för yrkeshögskolan.<sup>1</sup>
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla metoder för upprättande av vårdkontrakt mellan den enskilde och den psykiatriska vården.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att slopa vårdavgifterna i den psykiatriska tvångsvården.<sup>2</sup>
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för att minska dödligheten i självmord.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt program för efterlevande till den som tagit sitt liv.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om gemensamma integrerade missbruks- och beroendemottagningar.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om gemensamma lokala och regionala mottagningar för unga.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att omvandla Maria Ungdom till ett nationellt kunskapscentrum för frågor om missbruk och ungdomar.
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det kommunala vetot bör avskaffas och landstingen självständigt kunna besluta om att inrätta sprututbytesverksamhet.
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att substitutionsbehandling ska finnas tillgänglig och kombineras med psykosociala åtgärder.
32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att avstängning från substitutionsbehandling endast ska kunna ske av medicinska skäl.

**Fel! Okänt namn på**

33. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda en särskild vårdgaranti inom missbruks- och beroendevården.
34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt kompetenscentrum för läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende.
35. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ett samordningsansvar för sällsynta diagnoser ska permanentas.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig lösning för finansieringen av Rett Center.
37. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en utredning av subvention av preventivmedel för unga.
38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om information om svensk abortlagstiftning.
39. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda abortverksamhet i vissa landsting för utländska kvinnor.
40. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om anhörigstöd till vuxna inom hälso- och sjukvården.

<sup>1</sup> Yrkandena 9 och 22 hänvisade till UbU.

<sup>2</sup> Yrkande 24 hänvisat till FiU.

Fel! Okänt namn på

## 3 Hälsoklyftorna

Vänsterpartiet ser bästa möjliga hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet. En bra folkhälsa är en angelägenhet för hela samhället och förutsätter jämlikhet, jämställdhet och en utbyggd välfärd. Synen på hälsa som en rättighet innebär att människors behov, inte privata vinstintressen, ska vara styrande för sjukvårdens utformning och inriktning. Det innebär också att alla i Sverige, även asylsökande och papperslösa, måste omfattas av denna rättighet.

Sverige är ett klassamhälle även på hälsans område. De stora skillnaderna i hälsa har ökat de senaste åren. Skillnader i makt och inflytande, ekonomi och arbetsmiljö samt tillgång till vård och stimulerande livsmiljöer är de viktigaste orsakerna till hälsoklyftorna.

Kvinnor har sämre hälsa än män. Kvinnor är överrepresenterade i jobb med dåliga arbetsmiljöer och har små möjligheter att påverka arbetssituationen. Den försämrade hälsan bland unga kvinnor är särskilt oroande. Kvinnor får ofta sämre vård än män vid likartade sjukdomar. Många äldre kvinnor drabbas av kroniska sjukdomar och en nedsatt livskvalitet.

Det finns mycket stora hälsoskillnader mellan olika delar av Sverige. Människor i glesbygdskommuner och utsatta förorter i storstäderna har långt sämre hälsa än genomsnittet medan boende i rika kommuner runt storstäderna har bättre hälsa. Trots mångdubbelt högre ohälsotal är vårdresurserna i utsatta områden ofta sämre.

Grupper som utsätts för diskriminering exempelvis beroende på etnicitet, könsidentitet och sexuell läggning har ofta sämre hälsa. Kvinnor och män med funktionsnedsättning har många gånger hälsoproblem som sammanhänger med brist på jobb och tillgång till vård och andra samhällsresurser.

Ungdomars hälsa, framför allt den psykiska hälsan bland unga kvinnor, har försämrats dramatiskt sedan 1980-talet. Den största orsaken är den ökade arbetslösheten och en försämrad social situation.

De stora hälsoskillnaderna i Sverige finns trots att vi har en hälso- och sjukvårdslag som slår fast att hela befolkningen ska erbjudas en god vård på lika villkor oberoende av social position och köpkraft.

### 3.1 Inriktning för hälso- och sjukvården

En bra och jämlik hälsa är det viktigaste målet för vården. Vänsterpartiet ser sjukvården som en viktig del av den gemensamma välfärden. Vinstdriven hälso- och sjukvård leder bort från strävan att ge vård efter behov och bör inte vara tillåten. Privata företag ska inte få ha fri dragningsrätt på skattepengar genom etableringsfrihet och förmånliga ersättningsystem. Resurserna måste styras dit de bäst behövs. Beslutet om att påtvinga landstingen vårdvalssystem och lagen om valfrihetssystem (LOV) ska rivas upp och inte heller drivas igenom för specialistsjukvården. Hela eller delar av sjukhus ska inte kunna säljas ut. Inte heller ska gräddfiler där patienter smiter före i kön tillåtas.

## Fel! Okänt namn på

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 i hälsa. Kvinnor och män ska ha samma rätt till bra vård. Ingen diskriminering ska förekomma p.g.a. funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck eller etnicitet. Papperslösa, asylsökande och gömda ska ha full rätt till sjukvård. Kvaliteten i omvårdnad och rehabilitering måste förbättras. Många med funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar behöver bättre vård och rehabilitering.

Vänsterpartiet vill ha en sjukvård som styrs demokratiskt och där patienten är delaktig i sin vård. Inom ramen för en offentlig skattefinansierad vård ska enskilda vårdenheter ha en hög grad av självständighet att utforma sin verksamhet. Lagarbete och samarbete mellan olika personalgrupper ska vara normen. Personalen är vårdens viktigaste resurs. Genom satsningar på bra löner, goda arbetsförhållanden, arbetsplatsdemokrati, utökad personaltäthet och möjligheter till utveckling i jobbet kan sjukvården bli ännu effektivare och mer hälsofrämjande. Sjuksköterskor ska kunna gå specialistutbildning med lön.

Kommunernas roll inom vården måste stärkas. De bör ha möjlighet att anställa egna läkare, och socialmedicinska team bör inrättas för att säkra utsatta gruppers rätt till bra vård. Den psykiatriska vården ska bygga på en helhetsyn på människan och på frivillighet. Rätten att välja behandling samt rätten till bostad och meningsfull sysselsättning måste stå i centrum.

En bra forskning och utbildning har en avgörande betydelse för framtidens sjukvård. Alla behandlingsmetoder och läkemedel som används inom den offentligt finansierade vården ska möta högt ställda kvalitetskrav och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Forskningen ska utgå från ett folkhälso-, klass- och genusperspektiv samt ge omvårdnadsfrågor en central plats. Forskning och utbildning ska inte få styras av läkemedelsindustrin. I syfte att säkra en långsiktig läkemedelsförsörjning måste samhället kunna styra apoteken.

I framtiden kommer sjukvården att behöva mer pengar. Det enda sättet att klara framtidens vårdbehov är att slå vakt om en skattefinansierad vård. Avgiftsfinansierad vård blir inte billigare och leder till att kostnaderna vältras över på de svårast sjuka i stället för att delas av alla skattebetalare. Privata försäkringar leder till ökade orättvisor och till att fel grupper prioriteras. Det mest effektiva sättet att minska framtidens vårdbehov är ett bra förebyggande och hälsofrämjande arbete och en primärvård av bra kvalitet och tydligt områdesansvar. Den första linjens vård som vi anser på sikt ska vara avgiftsfri och bygga på teamarbete mellan olika personalgrupper bör stärkas. Alla ska ha råd med vård och högkostnadsskydden ska därför varken höjas eller indexregleras.

Detta bör vara inriktningen för den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Fel! Okänt namn

## 4 Vinster i vården

Den borgerliga regeringen har avskaffat regleringen av vinst i sjukhusvården, eftersom man säger sig eftersträva mångfald i vården. Det var emellertid redan tidigare fullt möjligt för ideella organisationer att driva sjukhus utan vinstintresse. Det som regeringen vurmar för är i stället rent och skårt vinstintresse i sjukvården. Man vill släppa fram multinationella vårdbolag som inte driver sjukvård av omsorg om patienterna utan av omsorg om aktieägarnas vinster. Sjukvård är emellertid inte som vilken näring som helst på en fri marknad. Patienter betar sig inte som andra konsumenter som väljer och jämför mellan olika varor och tjänster. När vi är patienter är vi helt beroende av hur sjukvården bedömer våra vårdbehov.

Genom att släppa in vinsten som drivkraft i vården försvåras möjligheten att styra vården till dem med de största behoven. I stället satsar vårdgivarna på att styra vården till de personer som är mest lönsamma att ge vård och att ge dem det på det mest lönsamma sättet. Att fördela vård med marknadsmekanismer fungerar mycket dåligt och alltför ofta blir resultatet att det är de som har det minsta behovet av vård som får mest vård. Rika och välutbildade grupper är friskare än andra och har de minsta behoven av vård, samtidigt som de är mer benägna än andra grupper att söka vård.

Vänsterpartiet anser att det är mycket viktigt att svensk sjukvård inte går i riktning mot en ökad privat finansiering. Även med en offentligt finansierad vård kan vinsten som drivkraft få stora konsekvenser. När privata vårdföretag drivs genom att ta del av offentliga medel skapas en lång rad problem, och även här tenderar vårdens resurser att styras så att de som behöver minst vård får mer och tvärtom. Ersättningssystemen är svåra att konstruera så att de gör det lönsammast att behandla dem med de största vårdbehoven – och ibland finns knappt alls någon sådan ambition med ersättningssystemen.

Ett vanligt argument för privatiseringar och vinstdriven vård är att det skulle vara mer kostnadseffektivt. Detta var t.ex. ett av huvudskälen som regeringen anförde för avskaffandet av regleringen av vinst inom sjukhusvården. Om man ser till hur det ser ut i olika länder visar det sig snarare vara tvärtom. I USA har man en stor andel privata vinstutdelande sjukhus. USA spenderar mer än dubbelt så mycket per capita på sjukvård jämfört med Sverige (se t.ex. OECD Health Data 2010), samtidigt som kvaliteten generellt sett inte är bättre. Om man studerar tydliga indikatorer på folkhälsan, som livslängd och barnadödlighet, ser man tvärtom att Sverige ligger före. En del av den sämre kostnadseffektiviteten i system med vinstdriven vård beror på byråkratin som följer av ökad konkurrens och privatisering. Det är också uppenbart att ”kostnadseffektivitet” i ett kommersiellt vårdbolag ofta innebär lägre bemanning och stressigare arbetstempo.

Vård som drivs för att ge vinst kommer hela tiden att sträva efter att öka efterfrågan. Så fungerar alla företag på en marknad, och vårdföretag är inget undantag. Pengar som skulle kunna gå till vård går till marknadsföring i stället. Marknadsmekanismerna innebär även att företagen ökar efterfrågan och vinsten genom att få människor att se på allt fler fenomen som sjukdomar



i behov av behandling. Precis som schamporeklamen i dag lovar ständigt bättre hårvårdsteknologier, kan vi vänta oss att företagen på en utvecklad vårdmarknad har ett intresse av att hela tiden erbjuda nya läkemedel och nya behandlingar även när de inte gör oss nämnvärt mycket friskare sett till vad det kostar.

Privatiseringarna ökar även konkurrensen och förhindrar utvecklande samarbeten. Det har bl.a. visat sig att privata vårdgivare inte är intresserade av att ta emot studenter eller delta i forskningsprojekt genom att samla in data och prover från patienter. Detta leder naturligtvis till stora problem för både forskning och utbildning inom hälso- och sjukvårdens område.

Kommersialiseringen och marknadsanpassningen påverkar även den offentligt utförda vården genom att modeller för styrning lånas in från privata vinstdrivande verksamheter. En välkänd sådan styrmodell är New Public Management. En avkommersialisering av vården innebär med nödvändighet också att styrningen och resursfördelningen måste förändras. I stället för att hela tiden sätta kostnadseffektivitet i första rummet och endast ta hänsyn till kvalitetskriterier som är kvantifierbara, måste patienternas skiftande behov vara det som är utgångspunkten för styrningen av vården. I det läkarupprop som nu tusentals vårdanställda, men även andra, undertecknat uttrycks det så här:

Svenska läkare spenderar minst tid i Europa på sina patienter. Det beror delvis på att vårt sjukvårdssystem är uppbyggt på ekonomi och produktion istället för på patientens behov. För att redovisa vår produktivitet åläggs vi en enorm administrativ börda som tar tid från våra patienter.

Ett system som fokuserar på produktion står ofta i motsättning till patientens bästa. Patienten är inte en produkt såsom vilken som helst på en marknad. I dagens system förutsätts patienten agera som en bricka enligt ett förutbestämt mönster. I realiteten är patienten komplex och passar därmed inte in i dagens system. Den produktionsstyrda vården sätter vår yrkesetik på spel. Enligt läkaretiken skall behovs- och människovärdesprincipen alltid gå först. I dagens system styr kostnadseffektivitetsprincipen. Vi ser de faktiska konsekvenserna av detta.

## 4.1 Lagen om valfrihetssystem

Den borgerliga regeringen har infört ny lagstiftning för valfrihet i vården som har givit vårdföretagarna och inte patienterna en enorm valfrihet. Ett allt vanligare alternativ till att upphandla hela verksamheter är de kundvalsmodeller som regleras av lagen om valfrihetssystem (LOV). Regeringen har dessutom infört en obligatorisk kundvalsmodell för primärvården i hela landet som innebär att alla landsting och regioner i Sverige är skyldiga att ha vårdvalssystem med full etableringsfrihet inom sin primärvård. Landstingen har inte längre möjlighet att fritt välja system; privatiseringen av den svenska sjukvården har därigenom fått totalt lagstöd och blivit norm. I och med den nya lagstiftningen är det inte heller längre möjligt att demokratiskt styra var vårdcentralerna ska etablera sig. Det är alltså fritt fram för vårdföretagen att öppna i friska, välmående områden där vinstmarginalerna är som störst och undvika

**Fel! Okänt namn på**

etablering i vårdtyngda, låginkomstområden där möjligheten att tjäna pengar är avsevärt mindre. Lönsamhetskriterier har överordnats befolkningens behov av jämlik vård.

Regeringens ambition är att alla landsting ska erbjuda s.k. vårdval för den enskilde även i den specialiserade vården enligt LOV. Ett tidsbegränsat stimulansbidrag har därför införts för åren 2012–2014. Genomför inte landstingen vårdval inom den specialiserade vården hotar regeringen med en nationell lagstiftning i likhet med situationen som i dag råder när det gäller LOV och primärvården. Vänsterpartiet säger naturligtvis nej till denna form av tvångsprivatiseringar.

Vänsterpartiet är också kritiskt till att LOV ger privata utförare möjlighet att införa tilläggstjänster, något som inte offentliga utförare får möjlighet till. När ett företag erbjuder tilläggstjänster utöver den offentligt finansierade verksamhet de bedriver, innebär det att det offentliga står för grunden i verksamheten, men att endast den som har råd att betala extra får tillgång till hela utbudet av tjänster.

## 4.2 Konkreta förslag

I Vänsterpartiets motion 2013/14:Fi212 Välfärd utan vinstintresse, presenteras konkreta förslag på hur vård, skola och omsorg ska avkommersialiseras. För hälso- och sjukvården innebär förslagen i korthet följande:

- ? Den grundläggande principen vid fördelning av skattemedel till vården ska vara att detta ska ske efter människors behov och inte efter företags möjligheter till lönsamhet.
- ? Vinstsyftande företag ska inte kunna bedriva verksamhet med skattemedel i kärnverksamheten inom vården.
- ? Bolag som vill fortsätta vara aktiva inom vården ska som huvudregel bedrivas med särskild vinstutdelningsbegränsning enligt 32 kap. aktiebolagslagen. Den mycket begränsade utdelning som denna bolagsform tillåter till ägarna motsvarar på sin höjd bankränta. Med andra ord innebär den att vinstintresset avlägsnas från verksamheten och välfärden slutar läcka resurser. Vår modell innebär också reglering av fusioner, likvidationer och interna överföringar inom koncerner. Det skulle innebära ett slut för riskkapitalbolagens olika möjligheter att slussa ut skattemedel från verksamheten.
- ? Ideella aktörer är även i fortsättningen välkomna att bedriva vård.
- ? Ta bort lagen om valfrihetssystem (LOV) och berörda delar av hälso- och sjukvårdslagen.
- ? Huvudmannen för vården (landsting, region eller kommun) ska besluta när och var icke-offentliga aktörer får etableras.

## 5 Jämställd och jämlik vård

Som vi konstaterar i inledningen finns det stora skillnader i både hälsa och tillgång till vård i Sverige. De skillnader i hälsa som finns hos befolkningen speglas även i vilken vård man får. Klasstillhörigheten kan vara avgörande för vilken behandling och medicinering man får i vården. Dödligheten i olika sjukdomar kan variera kraftigt beroende på utbildnings- och inkomstnivå. För Vänsterpartiet är frågan om jämställd och jämlik hälsa och vård överordnad. Rätten till bästa möjliga hälsa måste gälla alla oberoende av kön, ålder, klass, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och funktionsnedsättning.

### 5.1 Folkhälsokommission

Det krävs ett mer jämlikt och jämställt samhälle för att förbättra hälsan överlag och minska de skillnader som finns i hälsa mellan olika grupper. Genomgångar av all befintlig forskning om ojämlikhet och hälsa visar tydligt att stora inkomstklyftor försämrar människors hälsa. I ett någorlunda rikt land som Sverige är det inte i första hand människors inkomstnivå som har betydelse, utan det är den ekonomiska ojämlikheten och dess konsekvenser som ger negativa effekter på hälsan. De ekonomiska klyftorna får naturligtvis störst konsekvenser för dem med lägre inkomster men ekonomisk ojämlikhet har en negativ påverkan på hälsan i alla inkomstgrupper.

Något som Statens folkhälsoinstitut tydligt visar i sin stora folkhälsorapport från 2010 är att det effektivaste sättet att främja folkhälsan är att förändra hälsans sociala bestämningsfaktorer. Hälsoskillnader är inget naturligt tillstånd. De handlar om hur vi ordnar vårt samhälle och hur delaktiga människor känner sig i de beslut som fattas.

År 2008 lade WHO:s kommission om hälsans sociala bestämningsfaktorer, den s.k. Marmotkommissionen, fram sitt betänkande som också fick stöd av hela Världshälsoorganisationen. Kommissionen ställer upp målet att undanröja hälsoklyftorna inom en generation. Detta kräver att man undanröjer skillnader i makt och inflytande och förbättrar människors dagliga levnadsförhållanden, exempelvis när det gäller tillgång till kultur, utbildning, hälsovård och en bra fysisk miljö. Det krävs också att man skaffar sig effektiva instrument för att följa upp effekten av de åtgärder som sätts in.

WHO har uppfordrat medlemsländerna att lägga fram egna program för att minska de sociala skillnaderna i hälsa. Så har också skett i en rad länder men i Sverige har kraven mötts med passivitet. Sverige bör snarast tillsätta en egen kommission med ett självständigt vetenskapligt sekretariat som analyserar de sociala skillnaderna i hälsa och dess samband med sociala bestämningsfaktorer. Utifrån kommissionens resultat bör man sedan utarbeta ett åtgärdsprogram för en mer jämlik hälsa. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Fel! Okänt namn

## 5.2 Vårdens prioriteringar

Hälso- och sjukvården ska styras demokratiskt och därför slår riksdagen fast vilken prioriteringsordning som ska gälla. De grundläggande principerna är människovärdesprincipen, dvs. att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, samt behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen är överordnad och syftar till att förhindra diskriminering, stigmatisering och kommersialisering av enskilda människor. Behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen. Det innebär att personer med svåra sjukdomar har företräde framför lindrigare sjuka oavsett kostnader. Den omfattande privatiseringen och kommersialiseringen av hälso- och sjukvården innebär ett hot mot denna prioriteringsordning i och med att vinst blir en drivkraft. Vänsterpartiet slår vakt om en offentligt driven och skattefinansierad vård. En demokratisk styrning av vården i kombination med öppenhet och insyn är det bästa sättet att garantera att de svårast sjuka får rätt till vård.

## 5.3 Kunskap och statistik

Genusperspektivet i hälso- och sjukvården måste bli tydligare. Vi vet för lite om kvinnors hälsa eftersom mannen varit, och fortfarande är, den rådande normen inom läkarvetenskapen. Först i början av 1990-talet började man diskutera avsaknaden av ett jämställdhetsperspektiv inom vård och behandling och kräva könsuppdelad statistik. Fortfarande finns stora kunskapsluckor när det gäller kvinnors hälsa.

Förutom kunskapsskillnader finns det även skillnader mellan könen när det gäller bemötandet inom vården. Fler kvinnor än män upplever att de inte blir trodda, att de blir missförstådda och får vänta på utredningar för diagnos, framför allt inom primärvården och psykiatrin. Kvinnor och män bemöts också olika inom akutsjukvården. Det gäller såväl behandling som diagnostisering. Vid ambulansutryckningar får män oftare än kvinnor bedömningen högsta prioritet.

Socialstyrelsen publicerade 2008 en rapport om könsperspektivet på hälso- och sjukvård ”Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst”. Fler kvinnor än män i samtliga åldersgrupper upplever oro och ångest och det är särskilt oroande att den psykiska ohälsan bland unga kvinnor fortsätter att öka. Många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna gäller läkemedel mot depression och annan psykisk ohälsa.

Det finns ett stort behov av en mer systematisk, könsuppdelad statistik för att synliggöra könsrelaterade problem inom vården. Det behövs metodutveckling för att kartlägga könsskillnader vad gäller vårdresurser och resultat. Ett genusperspektiv borde integreras i all forskning, utbildning och utveckling och det borde forskas mer om kvinnors sjukdomar och villkor i vården. En nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör därför tas fram med

inriktning på hur man kan öka och sprida kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 5.4 Gör vården jämlik för människor med funktionsnedsättning

Socialstyrelsen redovisar i sin senaste lägesrapport för 2013 att personer med insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) oftare dör i cancer och har sämre chanser att bli friska än övriga cancerpatienter. För denna grupp är risken att dö mer än fördubblad jämfört med hos övriga cancerpatienter.

Sjukvård för personer som får insatser enligt LSS är en angelägenhet för både hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten. Många i gruppen har företrädare, exempelvis i form av socialtjänstpersonal eller god man. Många har dessutom kognitiva svårigheter eller andra svårigheter, som gör det svårt för dem att föra sin egen talan. Ovanstående resultat om dödlighet och vård vid cancer pekar på behovet av kompetens, samverkan mellan socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis i form av förbättrade rutiner på boenden. Men det handlar troligen också om att funktionshindersperspektivet behöver få ett större genomslag inom hälso- och sjukvården.

Vårdpersonal behöver uppmärksamma särskilda behov hos personer med funktionsnedsättning för att på så sätt förbättra bemötandet. Att personer med funktionsnedsättning får ett bra bemötande är således en viktig förutsättning för att vården ska bli mer jämlik. Det behövs aktiva åtgärder för en jämlik sjukvård för människor med funktionsnedsättning. Regeringen bör återkomma med konkreta förslag för att förbättra situationen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

För att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behöver den även vara tillgänglig. Socialstyrelsen har i en annan rapport uppmärksammat att tillgängligheten hos vårdcentraler är låg för denna grupp. Mindre än 10 procent av vårdcentralerna hade till exempelvis anpassat sina lokaler för hörselskadade och ca 30 procent hade rutiner för att förlänga besökstider. Denna bristande tillgänglighet riskerar att göra det ännu svårare för personer med funktionsnedsättning att få vård. Det kan ta längre tid och i värsta fall kan bristerna helt utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som övrig befolkning. Detta är ytterligare ett exempel på att bristande tillgänglighet snarast måste bli diskrimineringsgrund.

## 5.5 Vård på lika villkor – oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck

Sverige är fortfarande ett heteronormativt land där heterosexuella betraktas som normen och hbtq-personer betraktas och behandlas som avvikande. Sam-

## Fel! Okänt namn på

hällets normer gällande sexualitet, könsidentitet och könsuttryck får konsekvenser för vår hälsa och den hälso- och sjukvård vi får.

Diskrimineringsombudsmannen hade 2010 och 2011 ett särskilt fokus på vård på lika villkor. Man fann då att trots att hbtq-personer som grupp har större vårdbehov än befolkningen i stort så undviker många hbtq-personer att söka vård. Både svensk och internationell forskning visar att många hbt-personer skräms bort från vården av kränkande och diskriminerande bemötande.

Diskriminering skapar ohälsa, det blir inte minst tydligt bland hbtq-personer. En studie från Statens folkhälsoinstitut visar att varannan av de tillfrågade transpersonerna någon gång hade övervägt att ta sitt liv. Själv-mordsförsök var också dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella som i övriga befolkningen. Den utbredda ohälsan bland unga hbtq-personer är i detta sammanhang särskilt alarmerande. Folkhälsoinstitutet har också visat att hbtq-personer har ett högre riskbruk av alkohol och använder cannabis i högre utsträckning.

Det finns också exempel där diskrimineringen av hbtq-personer inom hälso- och sjukvården har sin grund i lagstiftning och politiska beslut. I Östergötland betalar samkönade par en betydligt högre avgift än olikkönade par vid assisterad befruktning. Fram till nyligen genomfördes tvångssteriliseringar av transsexuella. Och transpersoner som är yngre än 18 år har inte rätt att byta juridiskt kön, vilket har negativa konsekvenser för unga transpersoners hälsa.

Ska alla ha tillgång till vård på lika villkor kan man inte utgå från att alla som vänder sig till vården är heterosexuella eller att alla människor har ett könsuttryck som "passar ihop" med den könsidentitet som det omgivande samhället tillskriver dem. Vård på lika villkor förutsätter ett långsiktigt arbete med kompetenshöjning och bemötandefrågor. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag på hur vård ska garanteras på lika villkor för hbtq-personer över hela landet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 6 Mer resurser till hälso- och sjukvården

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. I Skåne, styrt av de borgerliga och Miljöpartiet, är läget så allvarligt på grund av neddragningar, anställningsstopp och brist på vårdplatser att det bidragit till att människor dött. Förlossningsvården har en krisartad situation främst i Stockholm och övriga storstäder. Det finns också en allmän uppfattning i samhället att vården inte fungerar som den ska. I en opinionsundersökning som SVT låtit göra svarade 60 procent att sjukvården har blivit sämre sedan förra valet.

## 6.1 Mer resurser till sjukvård

Socialstyrelsen har listat de mest framträdande bristerna i den senaste lägesrapporten om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården:

- ? Vården är sämre på att ge patienten tillräcklig information och att göra patienten delaktig.
- ? Patientnämnderna tar emot allt fler klagomål från patienterna.
- ? Vårdplatserna har minskat under många år och överbeläggningar har blivit vanligare.
- ? Tillgången på specialiserade sjuksköterskor har minskat och efterfrågan överstiger tillgången framför allt inom psykiatri-, anestesi- och intensivvård.
- ? Skador i vården är vanligt och de vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner. Antibiotikaförskrivningen tycks inte minska längre och de antibiotikaresistenta bakterierna fortsätter att öka.

Landsting och regioner ser olika ut och verkar under olika villkor och har därför olika behov. I en del landsting är det brist på vårdplatser, i andra saknas personal eller är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. För att lösa problemen krävs en riktad resursförstärkning till hälso- och sjukvården, som i varje landsting och region kan gå dit behoven är störst. I vår motion för Utgiftsområde 9, 2013/14:So539, avsätter vi därför 1,5 miljard kronor till ett riktat stöd till sjukvården.

De flesta problemen i sjukvården har ett samband med personalsituationen, vilket är naturligt eftersom det är en personalintensiv verksamhet där större delen av utgifterna är kostnader för personal. Det riktade stödet på 1,5 miljarder kronor ska i huvudsak användas till personalförstärkningar i hälso- och sjukvården. Det är tillräckligt för att anställa minst 3 000 sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logoped, kuratorer etc.

Satsningen ska också användas till att finansiera några särskilda områden inom vården, som behöver extra resurser: ungdomsmottagningar, glesbygdsmedicin, mobila vårdteam samt vård för tortyr- och krigsskadade.

### 6.1.1 Ungdomsmottagningar

Yngre barn mår i allmänhet bra och har god hälsa. Bland äldre barn och ungdomar är problemen med ohälsa större, och det är särskilt ungdomars psykiska välbefinnande som är relativt lågt i en internationell jämförelse enligt Socialstyrelsens rapport Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.

Den ökning som har skett sedan början av 1990-talet av ungdomars självupplevda psykiska besvär tycks nu ha avstannat. En anledning kan vara det ökade antalet ungdomsmottagningar så att det nu finns ungdomsmottagning i de flesta kommuner, vilket bör ha inneburit att psykisk ohälsa kan upptäckas på ett tidigare stadium. För att inte bara hejda ökningen av psykisk ohälsa utan även minska densamma behöver ungdomsmottagningarnas arbete utvecklas ytterligare.

**Fel! Okänt namn på**

Ungdomsmottagningarna behöver nå fler ungdomar och bli mer tillgängliga. I dag saknas i alltför hög grad ett lättillgängligt samtalsstöd; en första linjens stöd för att fånga upp unga med psykisk ohälsa. Då handlar det om att anställa fler psykologer och kuratorer. För att möjliggöra ett längre öppethållande på helger och på sommaren, behövs det fler som arbetar på ungdomsmottagningarna i största allmänhet. Det handlar förutom om ovanstående grupper även om framför allt barnmorskor och läkare.

Vi föreslår därför en satsning på ungdomsmottagningar inriktad dels på att rusta dem ytterligare för att arbeta mot den psykiska ohälsan bland unga, dels på att erbjuda bättre öppettider i allmänhet. Satsningen innebär konkret ett stimulansbidrag på totalt 130 miljoner kronor med en medfinansiering på 25 procent från landsting och kommuner, som kan gå till att anställa fler psykologer, kuratorer, barnmorskor och sjuksköterskor. Totalt blir det 173 miljoner kronor per år i ökade resurser, vilket innebär ungefär 350 fler anställda eller två extra tjänster per ungdomsmottagning.

Pengar till ungdomsmottagningarna anslår vi i vår motion 2013/14:So539 Utgiftsområde 9.

### **6.1.2 Glesbygsmedicin**

Att erbjuda hälso- och sjukvård i gles- och landsbygdsområden som är trygg, säker och likvärdig med övriga landet har sin egen problematik och andra förutsättningar än städer och tätbefolkade områden. Där finns ofta en större andel äldre, och avstånd är ofta en försvärande faktor för både patienter och personal. Här finns också yrkesgrupper med mycket ensamarbete i skog och mark, t.ex. inom rennäring och skogsbruk. Även turismen leder till speciella krav på grund av att den är så säsongsbetonad med mångdubbelt antal människor som under kort tid kräver betydligt större resurser än hälso- och sjukvårdsorganisationen har under övrig tid. Det ställer krav på såväl primär- som specialistvård och väl utvecklad mobil akutsjukvård och räddningstjänst.

Därtill är det ofta rekryteringssvårigheter till små verksamheter på landsbygden. Det gör dem oftare beroende av bemanningsföretag med svårigheter att upprätthålla kontinuitet i patienternas vårdkontakter som följd.

Glesbygsmedicin är ett begrepp som vuxit fram under senare år. Det innefattar en rad kunskapsområden och metodutveckling som syftar till att kompensera för avståndsproblematik och upprätthålla den bredare kompetens som är nödvändig då befolkningsunderlaget är litet och avstånden stora. Det betyder ett utvecklat och fördjupat närvårdskoncept.

Glesbygsmedicin som kunskapsområde behöver såväl forsknings- som utvecklingsmedel för att finna och sprida de lösningar som kan garantera trygg, säker och likvärdig vård till den del av befolkningen som bor i gles- och landsbygdsområden.

Inom den norra sjukvårdsregionen är av nödvändighet glesbygsmedicin ett etablerat begrepp. De metoder som arbetats fram, främst i Västerbotten, behöver få nationell spridning. Därför bör den norra sjukvårdsregionen, som har ett fast samarbete inom ramen för Norrlandstingen regionförbund, och Umeå universitet ges ett nationellt uppdrag att utveckla kunskapsområdet



glesbygdsmedicin, ta fram förslag till hur forskning på området kan stimuleras och arbeta med kunskapsspridning och implementering av metoder och tekniklösningar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

I vår motion för Utgiftsområde 9, 2013/14:So539, avsätter vi 20 miljoner kronor per år för detta uppdrag.

### 6.1.3 Mobila vårdteam

Mobila vårdteam är ett sätt att erbjuda kvalificerad vård i hemmet i stället för att patienter uppsöker eller läggs in på sjukhus och liknande. Mobila vårdteam finns inom en mängd områden, t.ex. palliativ vård, psykiatrisk vård eller demensvård, och ser därför väldigt olika ut. Det finns också olika lösningar i olika delar av landet.

Ett exempel är Jämtland där det finns mobila vårdteam för rehabilitering för patienter som har haft stroke, ett område som för övrigt är eftersatt inom sjukvården. Det är två team som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och sjuksköterska och utgör totalt 5 heltidstjänster. Teamen når drygt hälften av det totala antalet patienter.

Vi anser att denna vårdform behöver utvecklas och föreslår ett stimulansbidrag på 80 miljoner kronor per år till landsting och regioner för att inrätta mobila vårdteam där inriktningen är öppen och bestäms av landstingen själva. Det bör krävas medfinansiering från landstingen.

### 6.1.4 Vård till tortyr- och krigstraumatiserade

Vården till tortyr- och krigstraumatiserade är i dagsläget bristfällig. Det finns brister i kompetens kring tortyr- och krigsskador bland dem som möter drabbade i primärvård, på mödravårdscentral (MVC) och barnavårdscentral (BVC), varför tillstånden ibland upptäcks först efter många år i Sverige. Dessutom finns i dagsläget mycket få platser i Sverige som erbjuder relevant rehabilitering för dem som genomlevt tortyr eller svåra krigstrauman, vilket i sin tur innebär att väntetider för behandling kan vara mycket långa och att tillgången till vård i landet är mycket ojämlig.

Forskning visar att anhöriga till traumatiserade i hög grad påverkas av tillståndet och inte minst barnen riskerar att sekundärtraumatiseras.

Vänsterpartiet lägger därför i motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9, sammanlagt 50 miljoner kronor per år för att förbättra vården till tortyr- och krigstraumatiserade och deras anhöriga. Pengarna ska gå till följande ändamål:

- ? Stimulansbidrag för att skapa specialiserade kompetenscentrum i alla landsting som kan ta emot och rehabilitera tortyr- och krigstraumatiserade. Detta skulle innebära kortare väntetider och en jämlik tillgång till vård för den berörda gruppen.
- ? Föräldrastöd till traumatiserade för att förbättra anknytning och därmed minska risk för sekundärtrauma för barnen. En förälder med obehandlad problematik kan ha svårigheter i anknytningen och riskerar att överföra

**Fel! Okänt namn på**

sina besvär till barnet. Dessutom ska anhöriggrupper för barn till traumatiserade tillskapas.

- ? Kompetenshöjning inom primärvård, MVC, BVC, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Det är avgörande att människor med traumaproblematik upptäcks tidigt. För att uppnå detta krävs en satsning på kompetenshöjning inom vård och myndigheter så att rätt behandling kan sättas in så tidigt som möjligt.

## 6.2 Primärvården

I allmänhet avses primärvården utgöra den första linjens hälso- och sjukvård. Men det finns fler som arbetar på det tidiga och även förebyggande stadiet och som har ett ansvar för den första insatsen. Det gäller elevhälsovården och företagshälsovården m.fl. På senare tid har även närsjukvård och närvård blivit ett begrepp och tillhör den första linjens vård. Grunden för den framtida utvecklingen är att öka de hälsofrämjande och förebyggande insatserna, att förstärka den första linjens hälso- och sjukvård och att minska inflödet till specialistvård och sjukhusvård.

När den ekonomiska vinsten ökar som drivkraft i vården blir det ofta det förebyggande hälsoarbetet som får stå åt sidan. Långsiktiga förebyggande insatser som förutsätter samverkan med andra sektorer är sällan eller aldrig lönsamma i kommersiell mening. Hälso- och sjukvårdslagen fastslår att sjukvården ska arbeta förebyggande mot ohälsa. Detta arbete har visat sig vara mycket kostnadseffektivt i termer av bättre hälsa. Trots detta har hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete under lång tid varit underfinansierat och marginaliserat med undantag för mödra- och barnhälsovården.

I och med införandet av den fria etableringsrätten och vårdvalsreformen har tyngdpunkten för vården blivit läkarbesöket. Det områdesansvar för befolkningens hälsa som primärvården tidigare hade har till stora delar försvunnit och med det förutsättningarna för ett bra folkhälsoarbete. Ett utvecklat folkhälsoarbete är en viktig del i arbetet med en jämlik hälsa. Det är i första hand grupper med låga inkomster som drabbas av ett bristande folkhälsoarbete eftersom de är mest exponerade för olika hälsorisker som skulle kunna reduceras och i vissa fall elimineras genom ett systematiskt förebyggande arbete.

### 6.2.1 Utveckla vårdcentralerna

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. Det behövs därför en riktad satsning även mot primärvården för att stärka det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården.

Vänsterpartiet avsätter i motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9, 1 miljard kronor till det förebyggande arbetet mot ohälsa. Vår satsning leder till minst 2 000 nya jobb. Det finns flera olika yrkesgrupper som behövs i det

förebyggande arbetet mot ohälsa. Några exempel är arbetsterapeuter, dietister, sjukgymnaster, kuratorer, psykologer, sjuksköterskor och läkare. Pengarna ska vara öronmärkta för förebyggande arbete och gå till de verksamheter som lever upp till kraven på samarbete, områdesansvar samt tvärprofessionellt arbete.

### 6.2.2 Motverka klasskillnader i ohälsa

Hälsan är mycket ojämnt fördelad. Klasstillhörigheten är helt avgörande för om man kan förväntas leva ett friskt liv eller inte. Dagens hälso- och sjukvård har på många sätt svårt att bemöta detta. Det är till och med så att hälso- och sjukvården ges ojämnt så att hälsoskillnaderna i befolkningen snarare förstärks än minskas av vården. Med dagens borgerliga hälso- och sjukvårdspolitik stärks sambandet mellan klass och ohälsa och utvecklingen går mot en alltmer ojämn vård.

Gruppen med låga inkomster och som saknar akademisk utbildning har i dag en sämre hälsa än andra grupper. Trots att personer med låga inkomster faktiskt generellt är sjukare så söker de sjukvård i betydligt lägre utsträckning än de som är rika eller välutbildade. Det finns flera skäl till det. Det finns ekonomiska hinder i form av avgifter och dyra mediciner, att tillgängligheten till vård ser olika ut och att det finns skillnader mellan i vilken utsträckning man i olika inkomstgrupper vänder sig till vården. Hälso- och sjukvården måste därför vara mer lättillgänglig men också arbeta för att motverka klasskillnader vad gäller ohälsa.

Det finns en rad olika saker man kan göra för att komma till rätta med denna problematik. En av de viktigaste är att satsa resurser på vårdcentraler i socialt utsatta områden där ohälsan är som störst runt om i landet.

En del av vår satsning på primärvården ska därför riktas mot dessa områden. Med satsningen vill vi bryta med den borgerliga politiken, som vill att resurser ska fördelas till individer och inte till ”grupper”. Det vi kan se är att alla de individer som är fattiga och har dålig hälsa bor på ungefär samma ställe, vilket skapar en mycket stor belastning på vården som man med det borgerliga sättet att styra och leda hälso- och sjukvården inte alls klarar av att möta. Man har dessutom prioriterat ned det förebyggande arbetet som en följd av vårdvalet.

I satsningen ingår att vårdcentralerna får resurser för att utveckla det förebyggande och uppsökande arbetet, samt öka samarbetet med andra delar av samhället som t.ex. kommun, försäkringskassa och arbetsliv. De ska arbeta mer med breda kompetenser för att klara av att möta flera av de behov som befolkningen har. De ska även arbeta med fler öppna mottagningar och längre öppettider. I vår satsning vill vi också se att resurser går till forskning och utveckling inom primärvården för att utveckla verksamheten för att bli bättre på att möta och tillgodose medborgarnas omfattande och skiftande behov.

Fel! Okänt namn

## 7 Sjukvårdens behov av personal nu och i framtiden

Att ha tillgång till personal med rätt kompetens i hela landet är en ödesfråga för en jämlik hälso- och sjukvård. Det handlar om att utbilda tillräckligt många. Sverige kan inte fortsätta leva på att andra länder utbildar t.ex. läkare för vårt behov. Men det handlar också om att en pressad personal med ständig stress och övertid flyr från orimliga arbetsförhållanden. I dag söker sig många sjuksköterskor till Norge, som har klart bättre arbetsvillkor kombinerat med betydligt högre lön. Nyutbildade sjuksköterskor söker sig till andra arbetsgivare än landstingen på grund av de låga ingångslönerna.

Sjukvårdens hierarkiska uppbyggnad och de styrmodeller, som bl.a. Läkaruppropet protesterar mot, gör också att personal slutar och söker andra arbetsgivare.

Den demografiska utvecklingen ställer också krav inför framtiden; 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 inom vårddyrkena. I Norge har man infört en rabatt på studielånet för personer med viss högskoleutbildning som etablerar sig i vissa glesare bebodda områden. Detta skulle kunna vara aktuellt även i Sverige. Vi lämnar i vår motion 2013/14:Ub394 Högskola och universitet förslag om att regeringen bör utreda möjligheten att erbjuda avskrivning av delar av studielånet för att tillgodose tillgång till högskoleutbildad personal i bristyrken i områden med stora rekryteringsproblem.

Det krävs ett helhetsgrepp för att trygga sjukvårdens personalförsörjning i hela landet både i närtid och i framtiden. En parlamentarisk utredning om sjukvårdens personalförsörjning bör därför tillsättas för att analysera situationen och komma med konkreta förslag på kort och lång sikt. Den ska självklart arbeta tillsammans med landets främsta experter på området, ta lärdom av andra länder och ha en kontinuerlig dialog med berörda intresseorganisationer och fackföreningar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

### 7.1 Utbildningsanställning 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 specialist-sjuksköterska tjänar i genomsnitt bara 6,2 procent mer än en sjuksköterska och det tar i genomsnitt 19 år innan en specialistsjuksköterska har tjänat in kostnaderna för att vidareutbilda sig.

Vänsterpartiet anser att kvaliteten i vården måste höjas genom att fler sjuksköterskor specialiserar sig. Att satsa på betald specialistutbildning för sjuksköterskor höjer inte enbart kvaliteten på vården utan skapar även arbetstillfällen genom vikariat för de anställda som vidareutbildar sig.

Vårt förslag består av två delar; dels en finansiering av utbildningsanställningar, dels en utökning av antalet platser på utbildningarna. Vårdförbundet har framfört en idé om att utbildning till specialistsjuksköterska ska ske inom ramen för en anställning. För att anställas krävs legitimation som sjuksköterska, samma som antagningskraven, och anställningen sker utifrån villkoren i det vanliga kollektivavtalet. Innehållet styrs precis som nu av examensordningen, och högskolor och universiteten står för kursplaner, examination, kvalitetssäkring m.m. Själva utbildningen förläggs dock ute i verksamheterna och sker i landstingens regi.

Det bör inrättas utbildningsanställningar för specialisttjänstgöring för sjuksköterskor i enlighet med ovan anförda. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

För att så fort som möjligt lösa problemet med bristen på specialistutbildade sjuksköterskor bör även antalet platser på utbildningen utökas med 400. De utökade platserna ska i första hand ha inriktning mot distriktssköterska, vård av äldre och psykiatrisk vård eftersom det är inom dessa områden som bristen är störst. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

I vår motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9, anslår vi medel till satsningen på specialistsjuksköterskeutbildningen.

## 8 Nollvision för vårdskador

Sedan Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av vårdskador 2007 har stor uppmärksamhet riktats mot bristande patientsäkerhet och hur den ger upphov till vårdskador. I studien antas att det uppstår 105 000 vårdskador. Ungefär 3 000 patienter dör och nära 10 000 får bestående men eller funktionsnedsättning, som följd av vårdskada.

Regeringen har genomfört olika åtgärder, som de menar ska förbättra patientsäkerheten, med utgångspunkt i en nollvision för vårdskador. Det är givetvis bra att regeringen agerar, men deras oförmåga att se hur strukturer spelar en stor roll för uppkomsten av vårdskador gör att regeringens åtgärder inte på långa vägar är tillräckliga för att kunna uppfylla nollvisionen.

Det som mest påverkar vårdens kvalitet och därmed också patientsäkerheten är att det finns tillräckligt med personal, att personalen har rätt kompetens

## Fel! Okänt namn på

och tillräcklig kunskap. Att en för låg personaltäthet har gett upphov till vårdskador och t.o.m. dödsfall har Socialstyrelsen slagit fast. Ett dödsfall och flera fall av vårdskador hösten 2012 på akutmottagningen i Lund berodde på den höga arbetsbelastningen för personalen och på bristen på vårdplatser enligt Socialstyrelsens granskning. Trots detta välkända samband fortsätter regeringen att sänka skatten, vilket leder till ytterligare nedskärningar i välfärden. Våra satsningar på mer resurser till sjukvården gör att mer personal kan anställas och vår satsning på specialistsjuksköterskeutbildningen innebär höjd kompetens inom vården. Tillsammans kan det innebära att vården också blir säkrare.

En annan strukturell orsak till vårdskador är den kommersialisering av vården som genomförs i allt högre takt. En konsekvens av privatiseringarna är att personalens meddelarfrihet avskaffas. Av rädsla för repressalier från arbetsgivaren vågar personalen inte avslöja missförhållanden. Lex Sarah är inget alternativ till meddelarfriheten eftersom en anmälan enligt den lagstiftningen ska göras till arbetsgivaren och dessutom inte kan göras anonymt. Det är först när skadan är skedd som den kan offentliggöras genom en lex Maria-anmälan. Insynen är också mycket begränsad i privat verksamhet.

Inom trafikområdet har det länge funnits en nollvision. Ett lika tydligt mål borde finnas när det gäller att människor skadas eller dör på grund av fel och brister i sjukvården. Det bör därför införas ett nationellt mål med en nollvision för vårdskador. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 9 Dags att återupprätta en säker förlossningsvård

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 ska få plats på sjukhuset, om de ska blir runtskickade mellan olika enheter eller om de ska få föda ensamma på salen utan tillgång till en professionell barnmorska. Så ska det inte vara.

Den svenska förlossningsvården är fantastisk. Med basen i barnmorskan och den kompetens som finns i denna yrkeskår har den svenska förlossningsvården varit världsledande. Genom att bejaka friska och naturliga förlossningar är det få länder i världen som uppnår samma goda resultat som den svenska förlossningsvården. 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.

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 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.

Det bör därför fastställas ett nationellt mål för den svenska förlossningsvården om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

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. I Danmark fick 89 procent av kvinnorna stöd på detta sätt 2012.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga situationen på förlossningsavdelningarna runt om i landet och komma med konkreta förslag på vad som behöver göras för att nå målet om att ha en barnmorska per aktiv förlossning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 10 Avgiftsfria läkemedel för barn

Vänsterpartiets målsättning är att vården ska vara avgiftsfri för barn. I de flesta landsting betalar barn och ungdomar under 20 år inga avgifter i den öppna hälso- och sjukvården. Tre landsting tar ut avgifter för dem som är under 18 år. Vi anser att dessa avgifter bör avskaffas, vilket dock är en fråga för respektive landsting eller region.

Till vården bör också läkemedel räknas. I dag betalar både barn och vuxna för läkemedel. Alla barn under 18 år i en familj räknas ihop och ingår i ett gemensamt högkostnadsskydd. Kostnaderna för medicin kan trots det bli kännbara för dem med låga inkomster. Enligt en intervjuundersökning som genomfördes av Majblomman 2009 var det en tiondel av föräldrarna som svarade ja på frågan om de hade väntat med att hämta ut läkemedel till sina barn av ekonomiska skäl.

För att alla barn ska få tillgång till den vård de har behov av och har rätt till bör därför barns läkemedel vara avgiftsfria. Det bör gälla både de läkemedel som i dag är subventionerade och de som inte är förmånsberättigade. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

**Fel! Okänt namn på**

Vi avsätter 470 miljoner kronor per år till denna reform i vår motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9.

## 11 Våld mot barn och sjukvårdens roll

När det uppstår en misstanke om att ett barn har utsatts för brott inleds i dag flera olika utredningsprocesser inom såväl rättsväsendet som socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utredningarna drivs ofta parallellt och innebär att barnet slussas runt i olika miljöer. För att förbättra situationen för de utsatta barnen och deras anhöriga har barnahus nu startats på flera håll i landet för barn som utsatts för våld och övergrepp. Syftet med barnahus är att de ska vara en helhetslösning där myndigheter samarbetar kring barn som har utsatts för våld eller andra brottsliga handlingar. Alla kompetenser är samlade på ett ställe, men varje myndighet har sitt ansvarsområde. Därför är det nödvändigt att alla myndigheter deltar i verksamheten. Utöver socialtjänst och rättsväsen bör det finnas kompetens inom barnmedicin, gynekologi, rättsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri.

Enligt de utvärderingar som har gjorts av verksamheten vid barnahusen, bl.a. i Barnahusutredningen 2010, tycks sjukvården inte närvara i tillräckligt stor utsträckning. I första hand handlar det om att medverka av läkare saknas, men även att barn- och ungdomspsykiatrin inte närvarar. Det gäller även de orter där barnahusen ligger i geografisk närhet till universitetssjukhus och regionala sjukhus eller barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Landsting och regioner måste avdela resurser så att läkare och BUP närvarar, deltar och medverkar i barnahusen.

Men det finns brister även i den ordinarie hälso- och sjukvården när det gäller villkoren för barn som blivit utsatta av olika former av våld, vilket Rädda Barnen konstaterar i en rapport från 2012: Våldsutsatta barn inom hälso- och sjukvården. Det är också stora skillnader mellan olika landsting.

Ett problem är att barn som utsatts för våld eller övergrepp kan falla mellan stolarna och att ingen inom sjukvården eller BUP anser sig ha ansvar för dem. Det yttrar sig bl.a. som att barn med besvär, som relateras till det våld de utsatts för, sällan får frågor om de har utsatts för våld. Det måste givetvis finnas medvetenhet, kunskap och beredskap både inom den icke-specialiserade och inom den specialiserade vården.

Även Socialstyrelsen uppmärksammar de stora bristerna i sin rapport Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Man pekar särskilt ut fyra områden där det behövs förbättringar. Anmälningsskyldigheten måste tillämpas mer och den lagstadgade skyldigheten för myndigheter att samverka fungerar inte. Kunskaper behöver öka om effektiva strategier, metoder och arbetssätt. Barnen behöver bättre möjligheter att själva komma till tals. Insatserna för barn som utsatts för våld måste följas upp.

Mycket handlar om att sjukvårdens personal måste bli medvetna om och uppmärksamma dessa barn, samt vilka skyldigheter sjukvården har. Därför handlar det om ett kunskaps- och informationsarbete men också om att det



finns tydliga strukturer och riktlinjer för hur sjukvårdspersonalen ska agera när de misstänker att ett barn utsatts för våld och övergrepp. Det finns inom flera landsting team av läkare och annan personal som har specialistkunskap när det gäller våld mot barn. Lämplig myndighet bör få i uppdrag att sprida deras erfarenheter och arbetssätt.

Vad som ovan anförs om kunskapsspridning inom vården om våld mot barn bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

För att ytterligare stärka kompetensen behövs ett nationellt kunskapscentrum som kan hämta in och sprida kunskaper för att utjämna skillnader i kunskap och behandling eller utredning mellan olika regioner när det gäller barn som utsätts för våld och övergrepp. Genom kunskapsspridning ska det säkerställas att barn inte får olika behandling beroende på var de bor. Vänsterpartiet har sedan flera år avsatt pengar för ett nationellt barnfridscentrum som nationellt bygger vidare på barnhusens arbete. Anslag för detta finns i vår motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9.

Vad gäller uppföljningen av de insatser som ges är problemet att det saknas information. Det finns ingen samlad statistik på vare sig lokal, regional eller nationell nivå. Det saknas gemensamma indikatorer och kriterier för att kunna samla in och sammanställa statistik, som skulle kunna användas vid uppföljning. Därför bör Socialstyrelsen få i uppdrag att utveckla statistiken över barn som utsätts för våld och sexuella övergrepp. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 12 Anpassa vården efter äldres förutsättningar

Antalet äldre med flera sjukdomar ökar och allt fler av dessa bor kvar i det egna hemmet. Trots att de äldre utgör en stor och växande grupp av sjukvårdens patienter är vården till stora delar anpassad till de patienter som snabbt behöver hjälp vid enstaka tillfällen och uppbyggd på att varje sjukdom sköts av dess specialister utan helhetssyn.

Regeringens kömiljard och vårdvalssystem tränger undan äldre multisjuka patienter och deras behov av uppföljning. I kommuner med många aktörer inom hemtjänsten och primärvården försvåras det nödvändiga samarbetet och det är oftast ingen som tar ett samlat helhetsansvar. Ofta får anhöriga, om sådana finns, rycka in för att hjälpa den äldre personen att komma rätt i vårdapparaten. Det är oerhört viktigt att anpassa hälso- och sjukvården till de äldres behov så att den äldre patienten får den vård hen behöver. Primärvård, specialistsjukvård, hemsjukvården och äldreomsorgen måste samordna sina resurser. Det måste finnas en bestämd person som tar det samlade medicinska ansvaret för äldre människor. I de flesta fall är den naturliga personen distriktsläkaren men det kan, när det är lämpligare, vara en specialistläkare eller annan sjukvårdspersonal.

**Fel! Okänt namn på**

Det finns också brister i kunskaperna hos hälso- och sjukvårdens personal om det naturliga åldrandet och åldrandets sjukdomar trots att äldre är en mycket stor del av patienterna. Antalet geriatriker är dessutom försvinnande litet och av de sjuksköterskor som arbetar med vård och omsorg av äldre har endast 1,6 procent specialistutbildning riktad mot äldres sjukdomar. Det måste också till en rejäl förbättring när det gäller utskrivning och uppföljning av läkemedel till äldre där vårdskadorna och biverkningarna är skrämmande stora. I motion 2013/14:So594 finns Vänsterpartiets politik för vård och omsorg om äldre utförligt beskrivet.

## 13 Psykisk ohälsa är ett stort samhällsproblem

Människor mår allt sämre i dagens Sverige. Den självskattade psykiska ohälsan ökar. Denna ökning har i grunden sociala orsaker och det är viktigt med breda förebyggande insatser. Den psykiatriska vården måste samtidigt både förstärkas och få en ny inriktning. Denna nya inriktning innebär en humanare psykiatri där målet hela tiden ska vara ett så självständigt liv som möjligt för människor med psykiska funktionsnedsättningar. Egenmakt och inflytande är nyckelord för att människor som drabbats av psykisk ohälsa eller sjukdom ska kunna återhämta sig på bästa sätt.

Psykisk ohälsa kan drabba vem som helst. Unga och gamla, kvinnor och män, människor med olika etnisk bakgrund, människor med olika social bakgrund – alla kan drabbas av psykisk ohälsa eller sjukdom. Psykiska sjukdomar står för en dryg tredjedel av sjukförsäkringskostnaderna.

Psykisk ohälsa har förstås olika stor omfattning och får olika stora konsekvenser i de drabbades liv. Den som har problem med sin psykiska hälsa kan samtidigt ha andra problem med somatisk ohälsa, ekonomi, arbete eller annat. Trots det är många insatser utformade så att den som har andra problem eller behov i kombination med psykisk ohälsa ofta faller mellan stolarna. Den som har en mer omfattande problematik får inte alltid någon samlad hjälp av samhället, något som är en förlust för både individen och samhället när man kanske inte kan lösa hela problematiken. Detta måste förändras. Men även för dem som har en något lindrigare psykisk ohälsa måste ambitionen vara högre än att psykofarmaka och en tids sjukskrivning betraktas som en universallösning.

För den som drabbas av psykisk sjukdom är det viktigt att det finns ett fungerande socialt skydds nät. Ofta tar det längre tid att återhämta sig från psykiska besvär än från somatiska. Den borgerliga regeringens nedmontering av sjukförsäkringen och den omänskliga s.k. rehabiliteringskedjan innebär ytterligare psykisk stress och ekonomiska problem som har drabbat psykiskt sjuka hårt.

Efter den omfattande s.k. Miltonutredningen (SOU 2006:100 "Ambition och ansvar") var förhoppningarna stora på att psykiatrin nu stod inför en rejäl upprykning både i form av ekonomiska satsningar och av utvecklingsarbete.

Många av de satsningarna som gjordes utifrån Miltonutredningen har varit eller kommer att vara betydelsefulla. Exempel på det är satsningar på kompetensutveckling av personalen, arbete med att hitta modeller för att arbeta mot psykisk ohälsa bland barn och unga samt utveckling av den psykiatriska heldygnsvården.

En läsning av Statskontorets rapport visar emellertid också att de positiva effekterna i många delar inte är tillräckligt stora i förhållande till de skriande behoven och de höga förväntningarna. Frågan om anpassade boenden är ett exempel. Inte heller har det skett några betydelsefulla resursökningar i den psykiatriska vården när staten anslagit extra pengar, mycket beroende på att landstingen då avstått från att satsa pengar. Detta avspeglas också i Socialstyrelsens lägesrapporter.

Att kommuner och landsting måste ges bättre ekonomiska förutsättningar än vad den borgerliga regeringen i dag ger dem, är ett måste om situationen ska förbättras.

Regeringen har som fortsättningen på psykiatrisatsningen presenterat "PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2106" och utsett en nationell samordnare för arbetet. Planen och regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kan innebära steg framåt på området. Planens målsättningar är brett förankrade. Ännu bättre hade det dock varit om en långsiktig handlingsplan för psykiatrin hade framförhandlats över blockgränserna. Eller åtminstone presenterats till riksdagen, så att planens åtgärder hade kunnat diskuteras politiskt. Det behövs långsiktighet och tydliga mål för att åstadkomma varaktiga förändringar som håller över val och eventuella regeringsskiften. Det bör därför tas fram en långsiktig handlingsplan för psykiatrin. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 13.1 Könsperspektiv i psykiatrisk vård

Det finns många skillnader mellan kvinnors och mäns psykiska hälsa, i hur hög utsträckning man uppsöker vården, vilka diagnoser man får, i sjukdomsförlopp och behandling.

Psykiatrin har en delvis mörk historia, inte minst när det gäller hur man har behandlat kvinnor som har haft eller som ansetts ha haft psykiska problem. Efter att tidigare ha anklagat kvinnor för att vara besatta av djävulen eller att vara häxor, övergick man under 1800-talet till förklaringsmodeller och terminologi där den kvinnliga kroppen med dess funktioner sågs som orsaken till eventuella psykiska problem. Långt in på 1900-talet var hysteri en vanlig diagnos. Samtidigt sattes många kvinnor på institutioner och fick diagnoser efter att i många fall inte varit psykiskt sjuka sett med dagens ögon utan snarare för att ha brutit mot rådande normer för hur kvinnor förväntades bete sig.

### Fel! Okänt namn på

Under mitten av 1900-talet var lobotomi en vanlig behandlingsmetod inom psykiatrin och majoriteten som utsattes var kvinnor.

Självklart ser dagens psykiatri och dagens samhälle annorlunda ut. Men fortfarande finns tydliga könsskillnader när det gäller hur den psykiska ohälsan och vårdkonsumtionen ser ut. Några exempel:

- ? Betydligt fler kvinnor än män är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa.
- ? Män har lättare att få rehabiliterande insatser än kvinnor.
- ? Dubbelt så många kvinnor som män får diagnosen depression.
- ? Det är betydligt fler män som tar sina liv, även om kvinnor gör fler försök.
- ? Diagnosen borderline är två till fyra gånger vanligare hos kvinnor.
- ? Kvinnor är överrepresenterade när det gäller psykiatrisk behandling och psykoterapi.
- ? Dubbelt så många kvinnor som män får antidepressiva läkemedel.

Det är oroande att det är ett så stort antal unga, framför allt unga kvinnor och flickor, som mår psykiskt dåligt och får problem med ätstörningar och självskadebeteende. Dubbelt så många unga kvinnor vårdas i dag på sjukhus efter självmordsförsök eller självförvållade skador, jämfört med för femton år sedan. Det är dock inte enbart kvinnor och flickor som har problem med ätstörningar och självskador. Män och pojkar som har dessa problem osynliggörs ofta.

En förenklad förklaring till könsskillnaderna skulle kunna ges i de begränsade biologiska skillnaderna mellan kvinnor och män, något som har gjorts historiskt. Mer sannolikt är att normer i samhället, skillnader i arbetsliv och olika livsvillkor får avgörande konsekvenser för på vilket sätt kvinnor och män drabbas av psykisk ohälsa. Könsmaktsordningen och mäns våld mot kvinnor och barn avgör på ett generellt plan alla kvinnors livsvillkor, men för de direkt våldsdrabbade kvinnorna påverkar det den psykiska hälsan.

Det är viktigt att forskningen på psykiatriområdet bedrivs med ett genusperspektiv, och en förutsättning för det är att psykiatrin upprättar könssuppleerad statistik. Personalen inom psykiatrin måste ha kunskaper om mäns och kvinnors olika livsvillkor och ta hänsyn till dem i behandlingen. Psykiatrin måste alltså ha ett genusperspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 13.2 Kvinnors situation inom rättspsykiatrin

Kvinnor osynliggörs inom rättspsykiatrin. En del kvinnor placeras på rättspsykiatriska avdelningar eller på grund av platsbristen på andra slutna psykiatriska avdelningar. De kvinnor som döms till rättspsykiatrisk vård är få i förhållande till män. Vården och boendemiljön är i hög grad anpassad efter män. Kvinnors situation inom rättspsykiatrin bör uppmärksammas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En grupp inom rättspsykiatrin är särskilt utsatt. Det är flickor och unga kvinnor med självskadebeteende som den vanliga psykiatriska vården anser

sig inte kunna behandla. I stället förs de över till rättspsykiatrin där de hamnar på samma avdelningar som personer, oftast män, som är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar och inte sällan grova våldsbrott. Det handlar nästan uteslutande om flickor och unga kvinnor. Bara i något enstaka fall har det varit en man som har överförs till rättspsykiatrin. De flesta är i åldrarna 20 till 30 år, men även omyndiga personer har drabbats; någon så ung som 15 år.

I ”Slutstation rättspsykiatri” av Sofia Åkerman och Thérèse Eriksson intervjuas några av flickorna. Utöver de trauman det har inneburit att låsas in på en rättspsykiatrisk klinik vittnar de också om hur det har förekommit olagliga tvångsåtgärder, t.ex. tvångshandskar, låsta hjälmar samt isolering på obestämd tid. Trots avslöjanden om missförhållanden och övergrepp och en intensiv debatt om denna ”vårdform” blir flickor med självskadebeteende fortfarande överförda till rättspsykiatrin.

Det finns inga vetenskapliga belägg att det är en fördel att vårda unga kvinnor med självskadebeteende bland äldre män, dömda till rättspsykiatrisk vård.

Tillsynsmyndigheterna har riktat kritik mot delar av den verksamhet som har bedrivits och de behandlingsmetoder som har använts. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har t.ex. delat ut varningar till flera läkare, men det har inte funnits några invändningar mot att vården sker inom rättspsykiatrin. Vänsterpartiet anser att denna vård står i strid mot såväl det allmänna rättsmedvetandet som mänskliga rättigheter och barnkonventionen. Det bör införas ett uttryckligt förbud mot att placera personer som varken är dömda eller misstänkta för brottsliga handlingar vid rättspsykiatriska avdelningar och kliniker. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Innan förbudet träder i kraft måste dessa flickor kunna få en god vård i den reguljära psykiatrin. Socialstyrelsen ska få i uppdrag att bistå landsting och regioner att bygga upp vården så att de så snart som möjligt kan ta emot patienter med självskadebeteende. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

### 13.3 Personal med utbildning är en nyckelfråga för psykiatrin

Det är förstås helt avgörande för psykiatrins utveckling att det finns tillräckligt med personal och att den har rätt utbildning för att vården och omhändertagandet ska fungera bra. Men det finns anledning att vara bekymrad när man tittar på hur tillgången till personal kommer att se ut i framtiden, om inte åtgärder vidtas.

Landstingen har svårt att rekrytera läkare till psykiatrin. Att man tvingas lösa problem genom s.k. stafettläkare är ett stort problem, eftersom den psykiatriska vården är så pass beroende av kontinuitet i kontakten mellan läkare och patient. Samtidigt är det viktigt att tillgången på psykologer ökar. Det finns alltmer evidens som stöder att exempelvis KBT (kognitiv beteendeterapi) bör bli en vanligare behandlingsmetod vid många olika diagnoser, något

### **Fel! Okänt namn på**

som bl.a. märks i de olika nationella riktlinjer som Socialstyrelsen har tagit fram de senaste åren.

Det råder även brist på sjuksköterskor som har specialiserat sig på psykiatri. Man står också snart inför stora pensionsavgångar.

På området finns också behov av yrkeskategorier som pedagoger och arbetsterapeuter.

Tillgång till kompetent personal är en så viktig fråga att alla samhällsaktörer bör engageras. Därför bör regeringen ta initiativ till en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att påbörja ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning, i enlighet med Miltonutredningens förslag. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

#### **13.3.1 Skapa en skötarutbildning**

Det finns ett stort behov av en grundutbildning för skötare inom psykiatrin, något som bl.a. framhållits av SKL. Inom den s.k. baspersonalen på psykiatriområdet, bland dem finns både skötare inom landstingets psykiatriska vård och kommunal personal inom boendestöd och dagverksamhet, saknar majoriteten omvårdnadsutbildning. Vad gäller de som ändå har omvårdnadsutbildning är det tyvärr så att utbildningen inom ramen för gymnasieskolan och den eftergymnasiala utbildning som finns i dag saknar många av de aspekter som kan bli aktuella i yrkeslivet inom psykiatrin.

En liknande situation vad gäller kompetens inom den somatiska vården hade varit helt otänkbar. En kompetenssatsning på personalen är helt nödvändig för att säkra en god vardag och vård för personer med psykiska problem, sjukdomar och funktionsnedsättningar. Valfärden ska omfatta alla medborgare, men dessa kvinnor och män är på många sätt bland de mest utsatta i dagens samhälle.

En del av regeringens psykiatrisatsning är ett kompetensutvecklingsstöd riktat mot personal inom psykiatrin. Detta är förstås bra och helt nödvändigt. Vi anser dock att detta inte är tillräckligt för att möta de stora behov av grundläggande utbildning som finns nu och i framtiden.

Det behövs en ny skötarutbildning inom ramen för yrkeshögskolan, för att man ska kunna förse psykiatrin med personal med tillräcklig utbildning och för att säkra tillräckliga kunskaper hos den befintliga personalen. Utbildningen bör starta 2015. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Satsningen inryms i den som Vänsterpartiet vill göra på nya platser inom yrkeshögskolan (se vår motion 2013/14:Ub463, Utgiftsområde 16).

Den redan anställda personalen ska förstås få möjlighet till validering och kan genomgå utbildningen snabbare och parallellt med att man arbetar. För att täcka upp för de luckor som uppstår medan den redan anställda personalen genomgår utbildning planerar vi för 300 utbildningsvikariat 2015 och 500 för 2016 (se vår motion om Utgiftsområde 14).

## 13.4 Upprätta vårdkontrakt mellan vården och den enskilde

Var och en måste så långt som möjligt ha stort inflytande över sin vård. Men dessa önskemål kan vara svåra att tillgodose när en patient befinner sig i tvångsvården. De som har så svåra psykiska problem att de har återkommande behov av tvångsvård bör därför ges möjlighet att teckna en överenskommelse med den psykiatriska vården om hur vården ska se ut under sjukdomsperioderna. Där skulle det kunna dokumenteras vilka mediciner och andra behandlingsmetoder som fungerar väl för honom eller henne, hur personen vill bli bemött, vilka som ska kontaktas etc. På så sätt kan man undvika medicinering som inte fungerar eller ger svåra biverkningar. Inte minst kan man undvika traumatiska upplevelser på grund av felaktigt bemötande. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att utveckla metoder för upprättande av vårdkontrakt mellan den enskilde och den psykiatriska vården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 13.5 Minska tvånget

Det finns situationer då den psykiska sjukdomen hindrar den enskilde från att kunna fatta beslut som främjar den egna hälsan. Insikt om sjukdomen kan brista och vanföreställningar kan innebära att vederbörande kan vara farlig för sig själv eller andra om inte behandlingen kan ges. Tvångsvård kan då vara nödvändig, men eftersom ett tvångsingripande är ett stort ingrepp i den enskildes integritet bör alltid frivillig vård i första hand tillämpas.

I den psykiatriska tvångsvården ska man använda så få tvångsåtgärder som möjligt. Trots att detta har gällt sedan länge så har tvångsåtgärder ofta använts alltför lättvindigt inom psykiatrin. Brukarorganisationer vittnar än i dag om slentriantvång. Exempel på tvångsåtgärder som används i den slutna psykiatrin är avskiljning (isolering) och tvångsinjektioner. Ett annat exempel är bältesläggning, där den växande gruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende dominerar.

Tvångsåtgärder är självklart traumatiska för den som drabbas. De försämrar relationen mellan patienten och vården och försvårar behandling och återhämtning. Inte heller psykiatrens personal är oberörd av det man tvingas ta till.

Därför är det oerhört viktigt att man hittar alternativ till tvång. SKL-projektet "Bättre vård mindre tvång" är och har varit mycket betydelsefullt för att åstadkomma en förbättrad situation när det gäller tvångsåtgärder i hela landet. 135 team från hela landet har deltagit i projektet och många av dessa har halverat antalet tvångsåtgärder genom ett systematiskt arbete, bl.a. med att förebygga behovet av tvång. Arbetet med att minska tvånget måste fortsätta och vara en prioriterad fråga.

Fel! Okänt namn

## 13.6 Ta bort vårdavgifterna i tvångsvården

Tvångsombändertagna personer inom psykiatrin tillhör de mest utsatta i vårt samhälle. De har ofta en raserad ekonomi med stora skulder på grund av sin sjukdom. Att tvingas betala avgifterna för tvångsvården blir en mycket tung börda även om patienten har fått en god man eller förvaltare med uppdrag att försöka reda upp ekonomin.

Landstingen är ovilliga att avskriva dessa skulder och de går numera snabbt till inkassoföretag, vilket gör att skulderna växer i snabb takt. Många av dessa människor har mycket låga inkomster och klarar inte av denna extra belastning. Skuldsituationen försvårar dessutom patientens tillfrisknande och rehabilitering, medicinskt och socialt. Vårdavgifterna i den psykiatriska tvångsvården bör därför slopas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

När vårdavgifterna slopas innebär det en minskad intäkt till landstingen på omkring 22 miljoner kronor, som de då bör kompenseras för av staten.

## 14 Självmord och självmordsprevention

Antalet självmord (suicid) inom befolkningen har minskat de senaste decennierna men är fortfarande ett stort problem. Antalet suicid är mer än tre gånger så stort som antalet döda i trafikolyckor. Tre till fyra självmord sker varje dygn i Sverige. Nästan 1 500 personer tar sitt liv varje år. Suicid är den vanligaste orsaken till dödsfall hos män under 44 år och den näst vanligaste orsaken för kvinnor under 44 år i Sverige. Självmordstalen är särskilt höga hos medelålders och äldre män. Tyvärr ser vi i statistiken att det finns en ökning bland unga kvinnor de senaste åren. 150 unga under 24 år tar sitt liv i Sverige varje år, vilket gör självmord till den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen.

Medvetenheten om vad som utgör riskfaktorer och vilka som utgör riskgrupper för självmord behöver öka på många håll i samhället. Det handlar bl.a. om en ökad medvetenhet i skolan när det gäller elever. I äldreomsorgen är en stor riskgrupp äldre män som blivit ensamma. Arbetsförmedlingen skulle kunna öka medvetenheten i arbetet med riskgruppen unga arbetslösa män. Det bör tas fram en nationell handlingsplan för att minska dödligheten i självmord i Sverige. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Man uppskattar att i varje enskilt fall finns ca tio närstående efterlevande som får det svåra, traumatiska beskedet att någon tagit sitt liv. Därtill kan man lägga alla som finns inom det sociala nätverket, arbetskamrater, skolkamrater, vänner och grannar som blir djupt berörda. Varje år förlorar nästan 600 barn och unga en förälder eller ett syskon i suicid. När någon tagit sitt liv måste självklart anhöriga få stöd och det offentliga samhället ska vara en del av detta. Ett stöd till anhöriga är viktigt för att förebygga självmordsförsök bland de anhöriga. I dag är det närmast en slump om anhöriga får hjälp och stöd.



Många upplever sig helt förbisedda, andra erbjuds enstaka besök hos psykolog. I Norge är det obligatoriskt att samhället uppsöker närstående efter ett självmord. I dag finns i Sverige endast skrivningar i hälso- och sjukvårdslagen om att man ska beakta barns behov av stöd när en förälder hastigt avlider. Detta är inte tillräckligt. Det bör vara obligatoriskt att närstående söks upp efter självmord. Det bör tas fram ett nationellt program för efterlevande till den som tagit sitt liv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 15 Missbruks- och beroendevård

Det är viktigt med förebyggande och preventiva åtgärder för att motverka missbruket, men det är minst lika viktigt att stärka missbruks- och beroendevården eftersom det kommer att finnas människor med missbruk och beroende inom en överskådlig framtid. I Missbruksutredningens slutbetänkande föreslås att landstingen ska ansvara för tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och behandling, medan kommunerna ska ansvara för psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning samt försörjning. Vi tror dock att ett fortsatt delat ansvar för behandling är att föredra. Det delade huvudmannskapet är till fördel för att nå så många som möjligt och för att erbjuda insatser som är anpassade utifrån individens förutsättningar och behov. Ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan kommuner och landsting kan dessutom innebära att fler förklaringsmodeller till beroende och missbruk kan samverka, vilket är en bra förutsättning för att skapa en mångfald av behandlingsmetoder.

### 15.1 Gemensamma mottagningar

Vårt stöd för ett delat ansvar inom missbruks- och beroendevården innebär inte att vi anser att den fungerar perfekt. Ett problem är att alltför många faller mellan stolarna och inte får den behandling de behöver och borde ha rätt till. Bättre samverkan och samarbete mellan socialtjänst och sjukvård skulle kunna förhindra det.

Vi vill ha en tydlig ingång till vård och behandling. Det behövs ett mycket mer konkret samarbete i form av gemensamma mottagningar där sjukvård och socialtjänst samverkar och som kan erbjuda ett brett urval av behandlingsmetoder och även andra insatser av medicinsk, psykologisk och social art. Dessa mottagningar kan vända sig till breda grupper av människor, alltifrån dem med ett begynnande beroende med stabil ekonomisk och social situation, till dem med ett långvarigt missbruk och som även kan ha omfattande problem inom andra områden.

En effektiv vård måste utgå från en helhetssyn på människan. Det kan exempelvis innebära att det behövs hjälp med att ordna boende, arbete eller annan sysselsättning, skuldsanering, sociala kontakter, kontakter med psykia-

## Fel! Okänt namn på

trin, tandvård och behandling av andra sjukdomar för att bara nämna några exempel. Många sociala företag och kooperativ, t.ex. Basta och Vägen Ut, har verksamheter som i de här avseendena är väldigt bra eftersom man erbjuder ett slags helhetslösning för en rad problem samtidigt med egenmakt och ansvar.

Vi vet också att olika behandlingsmodeller fungerar olika bra för olika människor. Det innebär att det behövs en mångfald av kunskapsbaserade behandlingsmodeller och att missbrukaren måste ges flera chanser. Därför är det problematiskt att man i mindre kommuner ofta bara har en behandlingsmodell att erbjuda (oftast tolvstegsmodellen). Genom samarbete med landsting och flera mindre kommuner får dessa kommuner tillgång till ett större utbud av kompetens och behandlingar än vad de kan erbjuda på egen hand.

Det bör inrättas gemensamma och integrerade missbruks- och beroendemottagningar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

I vår motion för Utgiftsområde 9, 2013/14:So539, avsätter vi 100 miljoner kronor för 2014 i stimulansbidrag för att inrätta dessa mottagningar.

## 15.2 Mottagningar för unga

Tidiga insatser är viktigt inom många områden, men kanske särskilt när det gäller missbruk och beroende. Därför är det angeläget att utveckla gemensamma mottagningar för unga. I Missbruksutredningen föreslås att kommuner och landsting ska samarbeta kring integrerade lokala basverksamheter och regionala specialiserade verksamheter för barn och ungdomar.

En variant kan vara att bredda de redan befintliga ungdomsmottagningarnas verksamhet precis som redan är fallet i en del kommuner. Verksamheten utvidgas då till att omfatta information och rådgivning i frågor som rör droger och missbruk samt behandling av beroende och missbruk och de olika psykosociala insatser som behövs i samband med det. Det ger en tydlig ingång till vård och behandling och innebär ett starkt skydd för den personliga integriteten, vilket är viktigt för att många unga ska våga söka hjälp.

Det bör inrättas gemensamma lokala och regionala mottagningar för unga. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Vi föreslår också ett stimulansbidrag på 100 miljoner kronor för 2014 för inrättandet av dessa mottagningar för unga i vår motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9.

För att utveckla, systematisera och sprida kunskaper om unga och missbruk bör Stockholms läns landstings enhet Maria Ungdom göras till ett nationellt kunskapscentrum för frågor om missbruk och ungdomar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Vi tillför 10 miljoner kronor 2014 för detta ändamål i vår motion 2013/14:So539, Utgiftsområde 9.

### 15.3 Sprututbyte

Sprututbyte är ett självklart verktyg för att minska smittspridning av t.ex. hiv och hepatit, men det ska också ses som en hälsopolitisk åtgärd. I samband med sprututbyte ska därför alla övriga medicinska, sociala m.fl. insatser erbjudas, som människor med missbruk kan ha behov av. Det kan handla om ingång till behandling, gynekologmottagning m.m. Där ska då finnas såväl medicinsk kompetens som kuratorstöd, socialpsykologisk kompetens osv. Det ska också finnas ett samarbete med socialtjänsten och motiveringsarbete för att få människor att söka vård. Som jämförelse kan nämnas Finland där sprututbytesverksamheten fungerar som lågtröskelmottagningar och är en skyldighet för alla kommuner. Via sprututbytesverksamheten finns också goda möjligheter till information och utbildning om exempelvis smittspridning och överdoser. I dag finns en kommunal vetorätt mot att landstingen inrättar sprututbytesverksamhet. Det kommunala vetot bör avskaffas och landstingen självständigt kunna besluta om att inrätta sprututbytesverksamhet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

### 15.4 Läkemedelsassisterad behandling

I dag är tillgången till substitutionsbehandling eller läkemedelsassisterad behandling ojämnt fördelad i landet. Substitutionsbehandling ska finnas tillgänglig för alla som har behov av en sådan behandling. Det är otillräckligt att bara medicinskt behandla det fysiska beroendet. Man bör samtidigt ta tag i de psykosociala problemen. Genom en sådan helhetssyn skapas också förutsättningar för en planerad, frivillig utskrivning. Därför bör, i enlighet med Missbruksutredningens förslag, substitutionsbehandling i normalfallet kombineras med psykosociala behandlings- och stödinsatser. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Patienter kan i dag skrivas ut och stängas av från ett behandlingsprogram mot sin vilja. Det ska inte vara möjligt att stänga av personer från behandlingen utifrån andra skäl än rent medicinska. Den regel bör tas bort, som utesluter personer från substitutionsbehandling i tre månader efter att de har blivit avstängda från ett behandlingsprogram. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

### 15.5 Vård utan dröjsmål

Ett återkommande problem är den bristande tillgängligheten till behandling av missbruk. Det är helt enkelt svårt för många människor med missbruksproblem att få den behandling och hjälp de behöver för att kunna upphöra med sitt missbruk. Både ur missbrukarens perspektiv och ur ett rent samhälls-ekonomiskt perspektiv är detta naturligtvis en situation som är djupt olycklig.

I Missbruksutredningens slutbetänkande föreslås en förstärkt vårdgaranti för att komma till rätta med de väntetider som finns inom delar av beroende-

## Fel! Okänt namn på

vården. För den som behöver planerad och specialiserad vård ska en sådan behandling ha utretts och inletts inom 30 dagar från det att en person har sökt specialiserad vård eller att ett behov av specialiserad vård har uppmärksamats på annat sätt inom sjukvården eller socialtjänsten. Om tidsfristen inte hålls ska den enskilde ha rätt att få behandlingen utförd av någon annan. Akut behov av specialiserad vård ska dock, som nu, tillgodoses omedelbart. För dem som behöver psykosociala insatser ska kommunen upprätta en individuell plan inom 30 dagar.

I Danmark finns en vårdgaranti inom missbruksvården sedan tio år tillbaka. Den innebär att den som är missbrukare kan kräva behandling, när hen önskar det. Amtskommunen har 14 dagar på sig att ta sitt beslut om vilken behandling som skulle kunna vara lämplig för en viss person. Beslutet fattas utifrån en utredning som socialsekreteraren och klienten har gjort tillsammans. Under de 14 dagar som amtskommunen behandlar ärendet ska klienten erbjudas råd och vägledning av socialsekreteraren för att inte tappa motivationen. Samtidigt påbörjas en handlingsplan för tiden efter avslutad behandling som rör utbildning, boende, skuldsanering osv. Sedan garantin infördes har väntetiderna minskat. Antalet personer som genomgår behandling har ökat som en följd av att nya grupper önskar genomgå behandling, grupper som tidigare inte ansåg det mödan värt att söka hjälp på grund av de långa köerna. Den kritik som har funnits är att det satsas mest på öppenvård och läkemedelsassisterad behandling och i mindre utsträckning på heldygnsvård, trots att många skulle önska det.

Vänsterpartiet har också varit inne på tanken att införa en vård- och behandlingsgaranti som ger alla människor med missbruksproblem som söker hjälp uttrycklig rätt till en påbörjad vårdplanering och eventuell avgiftning inom sju dagar.

Vår grundläggande uppfattning är att målet bör vara att åtgärder ska vidtas omedelbart så snart någon har sökt hjälp eller att ett behov av åtgärder har uppdagats. Akuta behov ska givetvis alltid tillgodoses omedelbart. När det gäller missbruk och beroende är motivationen viktig för framgång, och det är en anledning till att behandling ska erbjudas så snabbt som möjligt. I hälso- och sjukvårdslagen finns redan bestämmelser om att alla har rätt till en medicinsk bedömning och att vården ska prioriteras efter behov. Socialtjänstlagen ger den enskilde rätt till vissa insatser utifrån vilka behov en person har – rättigheter som kan prövas i domstol. Vi menar att en vårdgaranti förtydligar och förstärker den befintliga lagstiftningen samtidigt som den kan öka den nationella likvärdigheten. Enskilda kommuner och landsting ska dessutom kunna erbjuda egna och bättre garantier om de önskar.

Det finns flera saker som måste beaktas vid införandet av en garanti inom missbruks- och beroendevården. Missbruksutredningens förslag till förstärkt vårdgaranti byggde på ett ändrat ansvarsförhållande mellan kommun och landsting medan vi vill behålla dagens ansvarsfördelning. Därför bör en särskild utredning tillsättas som får till uppgift att lämna förslag på införandet av en särskild vårdgaranti inom missbruksvården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Utredningen ska bl.a. ta ställning till inom vilken tidsrymd åtgärder ska erbjudas. I samband med detta behöver också frågan utredas om det finns särskilda målgrupper eller särskilda behov som behöver en förstärkt garanti. Det kan t.ex. gälla unga där det är extra viktigt att erbjuda tidiga och snabba insatser för att ett risk- eller missbruk inte ska eskalera. Man ska titta på vilka åtgärder som kan behövas för att upprätthålla motivationen innan en behandling kan påbörjas. Det ska klarläggas hur en garanti kan utformas med hänsyn till att ansvaret är delat mellan kommun och landsting samt till skillnaderna mellan hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) osv.

## 15.6 Läkemedelsberoende

Missbruksutredningen lyfter fram såväl läkemedelsmissbruk som dopningsmissbruk, och vården måste kunna hantera detta på ett bättre sätt. Enligt flera remissinstanser, t.ex. Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL) och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), underskattar Missbruksutredningen dock läkemedelsmissbruket, bl.a. därför att de som har blivit beroende av läkemedel, som ordinerats av läkare, inte medräknas i statistiken. För att förbättra och sprida kunskaperna om läkemedelsmissbruket och hur det ska behandlas bör det, i enlighet med Missbruksutredningen, inrättas ett nationellt kompetenscentrum för behandling av läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Brukarrörelsen har breda erfarenheter och en under många år uppbyggd kompetens när det gäller läkemedelsberoende. Dessa kunskaper måste tas till vara både vid uppbyggnaden och vid driften av ett nationellt kompetenscentrum och i den nödvändiga utvecklingen på regional och lokal nivå.

Se även vår motion för Utgiftsområde 9, 2013/14:So539, där vi avsätter pengar för detta ändamål.

## 16 Sällsynta diagnoser

En sällsynt diagnos har endast 1 på 10 000 invånare eller högst 900 personer i Sverige. De olika diagnoserna har skiftande symptom och det leder till att det behövs många olika insatser, som dessutom kan skifta med stigande ålder. 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. Sedan 2005 driver Ågrenska, i samverkan med Riksförbundet Sällsynta diagnoser, "Nationellt Kompetenscentrum Sällsynta Diagnoser", som riktar sig till såväl barn och ungdomar som vuxna. Huvudsyftet med verksamheten är att samla, utveckla och sprida kunskap om sällsynta diagnoser och deras konsekvenser.

**Fel! Okänt namn på**

På uppdrag av Socialstyrelsen har Ågrenska även den nationella funktionen för sällsynta diagnoser, vilket innebär ett ansvar för samordning, koordinering och informationsspridning. Uppdraget tilldelades Ågrenska efter en upphandling och avtalet löper i tre år från den 1 januari 2012.

Samordning kräver kontinuitet och stabila strukturer. Det är därför olämpligt att uppdraget som nationell funktion för sällsynta diagnoser upphandlas vart tredje år. Det nationella samordningsansvaret bör permanentas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 16.1 Rett Center

Rett Center är ett nationellt svenskt center för Retts syndrom, en sällsynt men livslång och svår neurologisk störning som drabbar företrädesvis flickor i spädbarnsåldern. Centret samlar en flerprofessionell kompetens för att möta komplicerade, specifika flerhandikappbehov vid Retts syndrom. Centret fungerar som specialistklinik, forsknings- och utvecklingsenhet och kompetenscenter. Rett Center drivs av Jämtlands läns landsting som en fristående klinik för högspecialiserad vård med patienter från hela Sverige. Staten har sedan 2001 efter ett initiativ av socialminister Lars Engqvist engagerat sig i Rett Center. Under den förra socialdemokratiska regeringen när S, V och MP samarbetade lyftes Rett Centers anslag in i statsbudgeten, vilket gjorde att verksamheten gavs en långsiktig planeringshorisont.

När den nya borgerliga regeringen tillträdde hamnade anslaget i stället i en hantering via regleringsbrev, vilket gjorde att osäkerheten ökade och framförhållningen försvårades avsevärt. Nu ingår Rett Center tillsammans med andra verksamheter i den del som står till regeringens disposition för övriga bidrag för utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet. Så länge anslaget hanteras på detta sätt kan inte Rett Center långsiktigt ta ansvaret för att driva ett nationellt åtagande fullt ut. Det är självklart att rätten till bästa vård ska gälla även för patienter med en sällsynt diagnos.

Av EU:s rådsrekommendation från 2009 om en satsning avseende sällsynta sjukdomar framgår att de rekommendationer som där ges stämmer mycket väl överens med Rett Centers verksamhet. Av socialutskottets betänkande 2011/12:SoU1 framgår att "Rett Center, som är inriktat på patienter med Rett syndrom, är en viktig aktör. Rett Center har sedan 2001 fått ekonomiskt bidrag från staten. Bidraget har under de senaste åren uppgått till 7 miljoner kronor per år. Enligt uppgift till utskottet kommer bidraget att uppgå till 7 miljoner kronor även 2012. Bidraget ingår även i regeringens förslag till budgetram för 2013. Verksamhet och forskning på området måste långsiktigt säkras, enligt utskottets mening."

Socialminister Göran Hägglund har i ett interpellationssvar 4 februari 2013 uttalat: "Rett Center har dock under ett antal år lämnats ett statligt bidrag för delfinansiering av verksamheten motsvarande 7 miljoner kronor årligen. Regeringen har beslutat att avsätta samma belopp 2013."

Vi anser att hanteringen från regeringens sida att bara ge besked ett år i taget omöjliggör en rimlig framförhållning. Verksamhetens långsiktiga existens

behöver säkras, i avvaktan på en nationell och stabil lösning för sällsynta diagnoser. Staten har ett särskilt ansvar för Rett Center och bör lämna fleråriga besked om finansieringen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 17 Subvention av preventivmedel

Vår sexualitet är en stor källa till njutning och glädje. Att kunna bestämma över sin kropp och reproduktion är en rättighet. Alla ska ha möjlighet att uttrycka sin sexualitet på sina egna villkor. Men för att man ska kunna ha möjlighet att uttrycka sin sexualitet behöver man makt, kunskap och i många fall tillgång till preventivmedel. Sverige har fortfarande ett högt antal oönskade graviditeter, vilket regeringen lyft fram vid ett flertal tillfällen de senaste åren. Man uttrycker också en vilja att minska dem. Ett sätt är att subventionera preventivmedel för ungdomar och unga vuxna, vilket både stöds av vetenskapliga studier (SBU 2012) och i departementspromemorian ”Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet” (S2007:D).

Redan i dag subventioneras preventivmedel i landet, men skillnaderna mellan landstingen är stora. Enligt RFSU:s Sverigebarometer är preventivmedel i Norrbotten gratis upp till 25 år medan Västerbotten saknar subventioner helt, vilket innebär kostnader mellan 280 och 1 200 kr per år beroende på preparat. Blekinge, Dalarna Gotland, Uppsala, Östergötland, Kronoberg, Halland och Västra Götaland upphör med subventionen redan vid 19 års ålder. Mer än hälften av landstingen och regionerna (12 av 21) subventionerar bara upp till 20 års ålder.

Subventionering av preventivmedel är emellertid inte bara en fråga om att förebygga oönskade graviditeter. Det handlar också om att kvinnor påtvingas ett större ansvar för preventivmedel jämfört med män. Unga har i allmänhet inte särskilt stora ekonomiska marginaler. Unga kvinnor som tar ansvar för preventivmetoderna tar på sig kostnader som unga män inte har i samma utsträckning. Samtidigt är det den unga kvinnan som påverkas mest av en oönskad graviditet. Hon får göra abort eller föda och ta ansvar för ett barn som inte var planerat att komma just då.

Att subventionera preventivmedel är ett sätt att delvis balansera upp denna orättvisa, även om det mest rättvisa på sikt är ett mer jämställt fördelat ansvar för preventivmedlen. Det måste bli självklart att unga män tar ett större ansvar än i dag när det gäller att förebygga oönskade graviditeter och smittrisk.

I början av sommaren (2013) fattade SKL ett beslut om att rekommendera landstingen och regionerna om en gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention som innebär:

- ? att åldersgräns för subvention är till och med 25 år,
- ? att egen kostnad inte ska överstiga 100 kr vid köp av subventionerade preventivmedel,

**Fel! Okänt namn på**

- ? att preventivmedel ska ingå i läkemedelsförmånerna för att vara aktuella för subvention.

Problemet är att det endast är preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen som ska subventioneras. För att bli en del av läkemedelsförmånen måste ett läkemedel vara bättre eller mycket billigare än de som redan ingår. Det är endast ett fåtal äldre preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen. De har en hög effekt och är relativt billiga. Därför är det i princip omöjligt för nyare preventivmedel att få samma subventioner. Så de ungdomar som vill ha ett preventivmedel med mindre biverkningar eller anpassat efter sina behov kan tvingas betala fullt pris även i fortsättningen.

Frågan om vad det skulle kosta att subventionera de preventivmedel som inte ingår i läkemedelsförmånen är emellertid inte tillräckligt utredd. Socialdepartementets arbetsgrupp tog fram förslag på subventionsnivåer och åldersgränser, men kunde inte göra fullständiga kostnadsanalyser. Det behöver därför göras en ny utredning om subvention av preventivmedel för unga. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 18 Abort för utländska kvinnor

Den 1 januari 2008 ändrades abortlagen så att kravet på att en kvinna för att få göra abort i Sverige måste vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige togs bort. Vänsterpartiet värnar den fria rätten till abort och kvinnans rätt att själv bestämma över sin kropp. Vänsterpartiet välkomnade denna ändring som gett utländska kvinnor möjlighet att göra legala och säkra aborter i Sverige.

Förvånansvärt nog saknas helt lättillgänglig information om lagändringen och vad den innebär på regeringens hemsida. Den aktuella informationen finns i lagrådsremiss, proposition och i en artikel men bara på svenska. Detta är en mycket stor brist och frågan är hur den berörda målgruppen ska kunna få vetskap om möjligheten att göra abort i Sverige utan information. Regeringen bör därför genomföra en satsning på att informera om svensk abortlagstiftning i länder i vårt närområde där abort är förbjudet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Vänsterpartiet menar att vi borde gå något längre än dagens lagstiftning. Det vore bra om vissa landsting gavs resurser för att bygga ut abortverksamheten och på andra sätt underlätta för utländska kvinnor som behöver göra abort i Sverige. Denna verksamhet bör också lyfta fram frågan om kvinnors rätt till sin egen kropp och att kvinnors rättigheter är mänskliga rättigheter. Mot bakgrund av ovanstående resonemang bör förutsättningarna för en utbyggd abortverksamhet i vissa landsting för utländska kvinnor utredas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.



## 19 Anhörigstöd i hälso- och sjukvården

Anhöriga är alltför många gånger osynliga inom hälso- och sjukvården. De blir ofta varken sedda, hörda eller tillräckligt informerade. Det är också brist på information om var anhöriga kan få stöd. Ofta pratar sjukvården inte heller med en skör anhörig om vilka möjligheter hen har att orka stödja och hjälpa sin närstående när hen kommer hem från t.ex. sjukhus.

Genom att tydligt skriva in i socialtjänstlagen att kommunerna ska ge stöd till anhöriga och genom ett mångårigt utvecklingsarbete har kommunernas anhörigstöd utvecklats. Samarbetet mellan kommunerna och landstingen fungerar ofta dåligt och insatserna för stöd till anhöriga samordnas inte. Nu måste anhörigstödet i hälso- och sjukvården förbättras och sjukvården behöver också kunskap så att de kan informera på hälsocentraler och sjukhus om kommunens anhörigstöd.

Redan nu ska barns behov av information, råd och stöd särskilt beaktas av hälso- och sjukvårdspersonal om barnets förälder eller en annan vuxen som barnet bor tillsammans med, har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning; har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada; är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider.

Hälso- och sjukvårdslagen bör därför skärpas så att det tydligt framgår att hälso- och sjukvården ska uppmärksamma och ge stöd också till vuxna anhöriga. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Stockholm den 3 oktober 2013

*Jonas Sjöstedt (V)*

*Torbjörn Björlund (V)*

*Hans Linde (V)*

*Eva Olofsson (V)*

*Siv Holma (V)*

*Mia Sydow Mölleby (V)*