

Motion till riksdagen 2009/10:So463

av Lars Ohly m.fl. (v)

En rättvis och jämställd hälso- och sjukvård

1 Innehållsförteckning

2	Förslag till riksdagsbeslut	3
3	Inledning	8
4	Sjukvård, samhälle och folkhälsa.....	8
4.1	Gränsen för sjukvårdens område.....	9
4.2	Skärpta krav runt försäljning av tobak	10
5	Behoven ska styra – inte vinsten	11
6	Demokratisk och jämlik sjukvård	14
7	Sjukvårdens svåra prioriteringar	15
8	Jämställd vård	16
9	Hbt-personer i vården.....	17
10	Rätt till vård för alla.....	18
11	Äldre i hälso- och sjukvården.....	19
12	Primärvården.....	20
12.1	En utvecklad primärvård	21
13	Hyrläkare.....	22
14	Psykiatrisk hälso- och sjukvård.....	23
14.1	Personalrekrytering	24
14.2	Patientsäkerheten inom psykiatri	25
14.3	Tvång kontra frivillig vård	25
14.4	Psykiatrisk vård på modersmålet.....	26
14.5	Prevention	27
14.6	Nationella hjälplinjen	28
14.7	Personligt ombud	28
15	Palliativ vård	29
16	En tandvårdsreform värd namnet	30
16.1	För svagt stöd och dyr administration i dagens system	31
16.2	Vänsterpartiets tandvårdsreform	32
16.3	Förbättra innehållet och kvaliteten i tandvården	33
17	Läkemedel.....	33

Fel! Okänt namn på

17.1	Läkemedelsgenomgångar och rättvis förskrivning	34
17.2	Statligt företag för läkemedelstillverkning	35
17.3	Insatser mot ökad antibiotikaresistens	36
18	Högspecialiserad vård	37
19	Svensk hivpolitik både ineffektiv och omänsklig	39
20	Omskärelse av pojkar	42
21	Mödravård i glesbygd.....	42
22	Medicinska aborter	43
23	Vård av blodsmittade missbrukare	44
24	Organdonation	44

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en kommission för att beskriva hälsans sociala bestämningsfaktorer och hur hälsan kan göras jämlik.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning som ser över konsekvenserna av sjuknärvaron i arbetslivet.¹
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tobaksförsäljning och försäljning av nikotinläkemedel ska vara licenspliktigt.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om s.k. dold försäljning.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bildinformation kring risker med tobaksbruk på konsumentförpackningarna.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen bör utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att återinföra regleringen av vinst i sjukhusvården.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en ny reglering i hälso- och sjukvårdslagen bör införas så att större enheter inom primärvården skyddas från vinstintresse.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att lagen om valfrihetssystem bör avskaffas.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att arbetet med att ge patienter möjlighet att elektroniskt ta del av sin journal bör skyndas på.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att hälso- och sjukvården bör omfattas av minoritetsspråk-lagarna på samma sätt som barn- och äldreomsorgen.²
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att undersöka skillnader i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet för invandrare och för de nationella minoriteterna samt lämna förslag på åtgärder för att garantera en jämlik vård även för dessa grupper.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en strategi för hur tillämpningen av riksdagens prioriteringsordning kan genomföras på politisk, administrativ och klinisk nivå.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att prioriteringar av enskilda patienter aldrig ska ske enligt i förväg fastställda mallar och kriterier.

Fel! Okänt namn på

15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för jämställdhet i vård och omsorg.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa en jämställdhetsenhet på Socialstyrelsen.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att analysera tillämpning och tolkning av patienträttighetslagstiftningen ur ett genusperspektiv.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att se över vilka åtgärder som krävs för att höja hbt-kompetensen inom hälso- och sjukvårdsområdet.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag till hur hbt-perspektivet kan stärkas i folkhälsomålen.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ge Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur samhällets fördomar och heteronormativiteten påverkar självmordsfrekvensen för hbt-personer samt komma med förslag till verktyg som kan förebygga självmord inom denna grupp.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en analys av psykiatri ur ett hbt-perspektiv.
22. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ändring om att asylsökande, personer som undanhåller sig avvinningsbeslut samt papperslösa som befinner sig varaktigt i Sverige ska erhålla full hälso- och sjukvård inom ramen för befintligt hälso- och sjukvårdssystem och tandvårdssystem på samma villkor som övriga bosatta i Sverige.³
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan när det gäller patienter över 65 år.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att särskilt följa upp och analysera hur prioriteringsordningen efterlevs när det gäller äldre patienter och i de fall brister förekommer lägga fram förslag till åtgärder.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att varje landsting bör få utforma modeller för primärvården utifrån medborgarnas behov och de lokala förutsättningarna utan att obligatoriskt behöva använda fri etablering.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att målsättningen om en utvecklad och utvidgad vård nära medborgarna med teamet i centrum bör vara vägledande för primärvården.

Fel! Okänt namn på

27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utreda hur avgifter på besök hos distriktssköterskan påverkar besöksfrekvensen och efterfrågan på den förebyggande vården.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att införa gratis sjukvård för alla barn i hela landet.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Sverige inom ramen för samarbetet i Nordiska rådet bör ta initiativ till ett nordiskt telemedicinskt nätverk.
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kommunerna bör kunna anställa läkare.
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få ett samordnande ansvar för landstingens specialistutbildningar av läkare.
32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig nationell handlingsplan för psykiatrin.
33. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att initiera ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som gör insatser för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.
34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utvärdera konsekvenserna av privatiseringen inom den psykiatriska vården utifrån ett patienträttighetsperspektiv.
35. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utvärdera om lagen om tvång i öppen vård har gagnat personer som blivit föremål för tvånget.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att kartlägga behov och resurser av psykiatrisk hälso- och sjukvård för människor med annat modersmål än svenska och teckenspråkiga döva.
37. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa ett folkhälsomål avseende psykisk ohälsa.
38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en permanent finansiering av Nationella hjälplinjen.
39. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för den palliativa vården.
40. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en tandvårdsreform.
41. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att sträva efter att tandvården i högre utsträckning bör finnas i anslutning till primärvården.

Fel! Okänt namn på

42. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en obligatorisk garanti för utförda arbeten inom tandvården.
43. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tandvården bör utvärderas ur ett genusperspektiv.
44. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla äldre med många läkemedel bör få en personlig läkare med helhetsansvar och regelbundna läkemedelsgenomgångar.
45. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att orsaken till kvalitets- och mängdskillnader i läkemedel kopplade till utbildning bör utredas.
46. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda möjligheterna att etablera ett statligt företag för läkemedelstillverkning.
47. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram riktlinjer för systematisk uppföljning och skärpt kontroll av antibiotikaförskrivningen till personer över 75 år.
48. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att undersöka hur olika ersättningssystem för vårdval i primärvården påverkar antibiotikaförskrivningen.
49. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att de grundläggande bestämmelserna om en nämnd för rikssjukvården bör lagregleras.
50. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att staten bör ta ett kostnadsansvar för stora investeringar i avancerad teknologi som kommer hela landet till godo.
51. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att samarbetet med nordiska grannländer i framtiden bör fördjupas och även omfatta viss högspecialiserad vård.
52. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om vården av patienter med sällsynta diagnoser.
53. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Rett Center bör ha en långsiktig finansiering.
54. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att smittskyddslagens informationsplikt bör avskaffas.
55. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att den möjliga tidslängden för tvångsisolering enligt smittskyddslagen bör begränsas.
56. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att initiera en kompetenshöjning inom äldreomsorgen angående äldre hivpositiva.

Fel! Okänt namn på

57. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att tillsammans med ideella organisationer genomföra en tydlig och målgruppsinriktad informationskampanj om hiv och säkert sex.
58. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en åldersgräns på 18 år för ej medicinskt motiverad manlig omskärelse.
59. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inleda utvecklingsprojekt för förlossnings- och mödravård i glesbygd.
60. Riksdagen beslutar om ändring i abortlagstiftningen så att barnmorskor ges en uttrycklig rätt att utföra medicinska aborter.
61. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera vården av blodsmittade missbrukare.
62. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda ett nytt system för donationsregistret samt riktlinjer för intensivvård i samband med organdonation.

¹ Yrkande 2 hänvisat till AU.

² Yrkande 11 hänvisat till KU.

³ Yrkande 22 hänvisat till SfU.

Fel! Okänt namn på

3 Inledning

Sjukvårdens viktigaste uppgift är att bidra till att invånarna har en god hälsa. Men en god hälsa får vi inte bara genom sjukvårdens försorg utan också genom många andra faktorer, såsom den grundläggande sociala välfärden, en hälsosam yttre miljö, kontroll av hälsofarliga varor liksom genom den egna livsstilen. Ett jämlikt och jämställt samhälle med mindre klyftor ger en bättre hälsa.

Var står svensk sjukvård i dag? Man kan konstatera att det förekommer en hel del överdrifter. Det finns t.ex. inget som helst belägg för att mer konkurrens och privat ägande skulle utveckla sjukvården. Tvärtom visar all forskning att den offentligt drivna och styrda vården är effektiv. Svensk sjukvård låter sig inte tecknas i de svartvita termer som en del vill göra gällande, utan rymmer såväl stora fördelar som problem.

Vänsterpartiet presenterar i den här motionen förslag för en rättvis, jämställd och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård av högre kvalitet. Centralt är naturligtvis vilka resurser landstingen har. För att i dagens ekonomiska situation upprätthålla och förbättra kvaliteten inom hälso- och sjukvården krävs det stora satsningar på antalet anställda inom området. För Vänsterpartiet är detta en kärnfråga och vi anslår därför i form av generella statsbidrag drygt 3 miljarder kronor mer än vad regeringen gör till landstingen för 2010. För år 2011 och 2012 anslår vi 6 respektive 5 miljarder kronor utöver regeringen. I en personalintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården är personaltäteten mycket avgörande för kvaliteten. 3 miljarder kronor motsvarar hela 7 000 heltidsanställda inom hälso- och sjukvården. Våra satsningar innebär bättre vårdkvalitet och dessutom fler jobb. Det är en politik som möjliggör förändring.

4 Sjukvård, samhälle och folkhälsa

Sjukvården kan inte lösa alla hälsoproblem. Det krävs ett rättvisare och mer jämställt samhälle för att minska skillnaderna i hälsa och förbättra hälsan överlag. Grunden för en god hälsa är en ekonomisk politik som motverkar klyftor. Genomgångar av all befintlig forskning om ojämlikhet och hälsa visar tydligt att stora inkomstklyftor försämrar människors hälsa. I ett någorlunda rikt land är det inte i första hand den absoluta inkomstnivån som har betydelse, utan istället är det själva klyftorna och deras konsekvenser som ger negativa effekter på hälsan. Detta samband är starkast för dem som har de lägre inkomsterna i varje samhälle, men även i högre inkomstgrupper finns ett negativt samband mellan hälsa och ekonomisk ojämlikhet.

En persons livsvillkor och socioekonomiska position påverkar livsstilen och därigenom hälsa och livslängd. Men även när vi kontrollerar för skillnader i t.ex. rökning, alkohol och mat så kvarstår att socioekonomisk position är knutet till hälsa. Inom forskningen brukar detta förklaras med att status och

grad av kontroll över sitt eget liv påverkar människors grundnivå av stress. Stressnivån i sin tur har mycket stor betydelse för psykisk och fysisk hälsa och immunförsvar. Orättvisor är en fara för hälsan.

De elva folkhälsomålen som infördes 2002 och omformulerades 2008 har det övergripande målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Arbetet för att nå dessa mål är i behov av utvärdering och uppföljning. De viktigaste områdena för folkhälsa är inte alltid de som brukar benämnas folkhälsopolitik utan snarare de som rör trygghetssystemen och den gemensamma välfärden. Här har den borgerliga regeringens politik fört oss allt längre bort från målen.

Genom att individualisera hälsofrågorna så att det kommer att handla om enskilda människors livsstilar har regeringen frånsagt sig både det politiska ansvaret för folkhälsan och de verktyg som vetenskapen visar är de enda som i grunden kan förbättra den. Individer bär naturligtvis ett ansvar för sin livsstils hälsokonsekvenser, men politiken har ett ansvar för de samhälleliga villkor som individer har att leva utifrån.

För att få mer kunskap på dessa områden bör det tillsättas en kommission för att studera hälsans sociala bestämningsfaktorer. 2005 tillsattes en sådan av WHO för att studera den globala situationen och för att ge rekommendationer för hur ojämlikheten i hälsa skulle kunna utjämnas inom loppet av en generation. Det bör nu tillsättas en kommission motsvarande WHO:s Marmotkommission för att beskriva hälsans sociala bestämningsfaktorer i en svensk kontext och hur hälsan kan göras jämlik. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Förebyggande insatser riktade mot enskilda sjukdomar är viktiga, men det effektivaste sättet att främja folkhälsan är att förändra hälsans sociala bestämningsfaktorer. Hälsoskillnader är inget naturligt tillstånd. De handlar om hur vi ordnar våra samhällen och hur de är möjliga att påverka.

4.1 Gränsen för sjukvårdens område

I arbetet med att utveckla sjukvården måste vi vara försiktiga med att utvidga sjukvårdens sjukdomsbegrepp alltför mycket. Risker är att sjukvården medicaliserar samhällsproblem. Användandet av antidepressiva mediciner är ett exempel på det. De gör stor nytta vid depressioner men skrivs inte sällan ut för symptom som t.ex. beror på dålig arbetsmiljö. Framför allt finns det en ibland slentrianmässig överförskrivning av antidepressiv medicin till kvinnor, även då de söker för helt andra besvär och depressiva symptom inte kan konstateras.

Sjukvården och sjukvårdspersonalen ska inte behöva ta på sig ansvaret för att lösa problemet med sjukskrivningar. Vår politik på sjukförsäkringsområdet utvecklar vi i motionen 2009/10:Sf322 En sjukförsäkring för alla. Av vikt i ett hälso- och sjukvårdssammanhang är emellertid att läkarna inte kan förväntas klara de dubbla kraven att både företräda sina patienters intressen och tillfredsställa samhällets begäran om att minska antalet sjukskrivna.

Fel! Okänt namn på

Det är inte folkhälsoarbete att försvåra för sjuka människor att bli sjuk-skrivna. Förtroendet mellan patient och läkare kan vara avgörande för en god behandling men riskerar att urholkas när den relationen alltmer kommer att handla om sjukpenningsfrågor. Alltför hårda bedömningar riskerar även att leda till en stor sjuknärvaro i arbetslivet vilket ger allvarigare ohälsa på sikt. Regeringen bör därför tillsätta en utredning som ser över konsekvenserna av sjuknärvaron i arbetslivet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4.2 Skärpta krav runt försäljning av tobak

Tobaken är den vanligaste yttre orsaken till sjukdomar och för tidig död. Trots att de flesta känner till åtminstone en del av riskerna fortsätter människor att röka. Den främsta orsaken till det är förstås nikotinberoendet, men också att det dröjer så länge innan skadorna märks – mellan 10 och 30 år. Särskilt angeläget är det att få ned antalet unga som börjar röka. Vi anser att man bör överväga striktare reglering för att sälja tobak och nikotinläkemedel. I dagsläget gäller det att man ska göra en anmälan till kommunen. Både när det gäller tobak och nikotinläkemedel är man skyldig att utöva så kallad egenkontroll och upprätta egenkontrollprogram för verksamheten.

Läkemedelsverket har tillsyn över försäljningen av nikotinläkemedel, medan ett spretigt system med såväl kommun, länsstyrelse och Statens folkhälsoinstitut har det när det gäller tobak. Om man säljer tobak eller nikotinläkemedel till personer under 18 riskerar man böter eller fängelse upp till 6 månader. Det är bra att lagen är tydlig på den punkten, men vi vill skärpa regleringen runt försäljningen. Det är svårt att göra kontroller och det är alldeles säkert så att en hel del försäljning trots allt sker till minderåriga. Regeringen har tillsatt en utredning (dir. 2008:29) för att se över tobakslagen i syfte att skydda minderåriga, vilket är bra. Vi hoppas att utredningen kommer fram till konkreta förslag som förbättrar läget. Från Vänsterpartiets sida tror vi dock att om man i stället för att anmäla fick ansöka om en licens, och det ställdes vissa krav för att få en sådan, skulle det medverka såväl till minskad försäljning till minderåriga som till minskad rökning. För att få en sådan licens skulle vissa krav finnas – bland annat kunskap om tobakens skadeverkningar. Kriterier för när licensen kan återtas är också viktiga.

Det finns goda skäl att införa ett licensförfarande utformat för både tobaksförsäljning och försäljning av nikotinläkemedel och att det görs tydligt vilka regler som gäller, t.ex. vikten av att inte sälja till minderåriga, möjlig egenkontroll av rutiner för personalen men också kunskapskrav om nikotinets och tobakens skadeverkningar. Socialutskottet har inte tidigare ställt sig bakom denna tanke, men vi vidhåller behovet med tanke på tobaksbrukets stora skador på folkhälsan. Det bör därför införas ett licensförfarande för tobaksförsäljning och försäljning av nikotinläkemedel. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En annan åtgärd vi förordar när det gäller försäljning av tobaksprodukter är så kallad dold försäljning som innebär att produkterna inte får exponeras på

försäljningsstället. Det innebär att kunden aktivt måste efterfråga tobaksprodukter från personalen. Vi vet att några större affärskedjor är positivt inställda till en sådan lagstiftning och vi anser att det är något som bör bidra till att minska nyrekryteringen av tobaksbrukare. Det bör därför lagstiftas om dold försäljning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

När det gäller information på förpackningarna om produktens risker så menar vi att text inte räcker. Sverige bör verka för att EU inför krav på en bildinformation på varje enskild förpackning om riskerna. En bild säger mer än tusen ord är ett gammalt talesätt som vi anser att det ligger mycket sanning i, varför vi menar att ett genomarbetat bildbudskap kan ha stor betydelse. I en allt mer globaliserad värld där både konsumenter och varor rör sig tämligen fritt och produkter förpackas för stora språkområden är det svårt att informera begripligt med texter på små förpackningar. Regeringen borde därför ta upp denna fråga på EU-nivå liksom inom WHO. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

5 Behoven ska styra – inte vinsten

Vårdens resurser bör fördelas så att mest vård ges till dem som har de största vårdbehoven. Det kan tyckas självklart men är en princip som den svenska vården i dag flyttas allt längre bort ifrån. I stället för att behoven får styra blir det i allt högre grad vinstmöjligheterna som bestämmer vem som ska ges vilken vård. Vänsterpartiet vill begränsa vinsten som drivkraft inom vården och därigenom skapa en mer rättvis, demokratisk och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård av högre kvalitet.

Genom att släppa in vinsten som drivkraft i vården försvåras möjligheten att styra vården till de 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. Skälet består bl.a. i att 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. Om vården finansieras privat är det ju också personer med hög inkomst som är beredda att betala mest för vården – helt enkelt eftersom de har mest pengar. Grupperna med de största vårdbehoven är mindre lönsamma.

Vänsterpartiet anser att det är mycket viktigt att svensk sjukvård inte går i riktning mot en ökad privat finansiering. Men 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 de med de största vårdbehoven – och ibland finns knappt alls någon sådan ambition med ersättningssystemen. Så är t.ex. fallet i vårdvalssystemet i Stockholm.

Fel! Okänt namn på

När en vårdcentral får en stor del av sin ersättning beräknat på antalet läkarbesök försöker de naturligtvis få så många läkarbesök som möjligt. Patienter som tar lång tid, det vill säga de som har de största behoven men även patienter som behöver tolk, är inte lönsamma att satsa på. Vinstjakten driver i stället vårdcentralerna till att försöka få lättbehandlade patienter och på så sätt hinna med så många och billiga läkarbesök som möjligt.

Vårdcentraler väljer då att etablera sig i socioekonomiskt starka områden där vårdbehoven är som minst. Systemet skapar alltså en direkt drivkraft att behandla nästan friska personer istället för sjuka. Personal på sådana mottagningar har berättat om hur personer med enkla besvär när de ringer för rådgivning uppmanas att komma på ett besök trots att det egentliga behovet är mycket litet. Vinstintresset leder här till att vården inte lever upp till hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om att den som har det största behovet skall ges företräde till vården.

Med en sådan ersättningsmodell fördelas inte bara vården på ett felaktigt sätt, även varje enskild vårdinsats riskerar att få sämre kvalitet. Ett uppmärksammat sätt för företag att få maximalt antal besök är att införa bonussystem för personalen. Detta görs för att personalen ska lägga större vikt vid tempot och antalet patienter. Att ett system konstruerat för att sjuksköterskor och läkare oftare ska snegla på klockan riskerar att leda till sänkt vårdkvaliteten är ingenting märkligt.

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 vinstgivande sjukhus. USA:s sjukvård är mer än dubbelt så dyr som den svenska (se t.ex. WHO:s World Health Report 2005) samtidigt som kvalitén 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 mindre personal och stressigare arbetstempo.

En 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 ha gått 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.

Slutligen måste ett vinstdrivet vårdsystem naturligtvis även ge utdelning till ägarna. Den privat drivna vården och omsorgen i Sverige domineras nästan helt av fem stora koncerner varav fyra ägs av riskkapitalbolag. Dessa

Fel! Okänt namn på

gjorde 2008 en rörelsevinst på hela tre miljarder kronor. Det är en vinst som nästan uteslutande kommer från offentliga medel. Genom komplicerade bolagsstrukturer slussas en stor del av vinsten ut ur landet och hamnar i skatteparadis i Luxemburg och på Kanalöarna (Dagens Nyheter, 2009-09-11). Privatiseringarna av vården innebär ett ansvarslost slöseri med allmänna medel. 3 miljarder kronor räcker till upp mot 10 miljoner hemtjänsttimmar eller till att öka antalet vårdplatser inom svensk specialiserad psykiatrisk vård med 35 procent.

Fram till 1980-talet fanns det i Sverige en allmän uppslutning kring idén om en sjukvård i offentlig regi, styrd av patienternas behov. Vänsterpartiet anser att konkurrensutsättningen av vård och omsorg som följt sedan dess har varit problematisk ur ett ideologiskt hänseende, men även konsekvenserna för själva verksamheterna har varit bekymmersamma. Därför bör konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Den borgerliga regeringen har avskaffat regleringen av vinst i sjukhusvården, detta eftersom man säger sig eftersträva mångfald i vården. Det var emellertid redan med den tidigare regeringen fullt möjligt för ideella organisationer att driva sjukhus utan vinstintresse. Det som regeringen vurmar för är i stället rent och skårt vinstintresse i sjukvården. Den vill genom lagändringen släppa fram multinationella vårdbolag som inte driver sjukvård av omsorg av patienterna utan av omsorg om aktieägarnas plånböcker. Men sjukvård är 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.

Harriet Wallberg-Henriksson, rektor vid Karolinska Institutet och Hans Forssberg, prorektor vid Karolinska Institutet konstaterar i en debattartikel i Svenska Dagbladet att ”privata vårdgivare vare sig är intresserade av att ta emot studenter eller delta i forskningsprojekt genom att samla in data och prover från patienter”.

Regeringens agerande kan därför på sikt hota både forskning och utbildning inom hälso- och sjukvårdens område.

Lagen om offentlig upphandling innebär som bekant att den vård som lagts ut på entreprenad måste upphandlas med jämna mellanrum. Det är ingen självklarhet att en entreprenör får fortsätta att utföra vården. Kommersiella vårdbolag kan därmed hota de ideella vårdgivare vars drivkrafter ofta står i motsättning till ekonomisk vinning och marknadskrafter. Regleringen av vinst i vården är därför samtidigt ett försvar av de ideella vårdgivarna som riskerar att förlora budgivningarna och ätas upp av de stora vårdbolagen.

Högerregeringen har även möjliggjort för vårdgivare att erbjuda s.k. gräddfiler. Det innebär att vi nu går i en riktning mot att försäkringspatienter får stora fördelar både gällande kvalitet och väntetid, jämfört med patienter som inte har råd att skaffa sig privata försäkringar. Vänsterpartiet anser att vård ska fördelas efter behov och att gräddfiler som släpper förbi de med tjockare plånbok aldrig kan accepteras.

Fel! Okänt namn på

Mot bakgrund av detta bör lagen om driftsformer i sjukhusvården återinföras. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Vänsterpartiet vill även gå vidare med en mer omfattande lag mot vinst i sjukvården. De större enheterna inom primärvården, vårdcentraler och närsjukhus, bör kunna omfattas av en sådan reglering. En ny reglering i hälso- och sjukvårdslagen bör införas så att större enheter inom primärvården skyddas från vinstintresse. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Ett allt vanligare alternativ till att upphandla hela verksamheter är de kundvalsmodeller som regleras av lagen om valfrihetssystem (LOV). Regeringen har infört en obligatorisk kundvalsmodell för primärvården i hela landet som vi skriver mer om i kapitlet om primärvård. Kundvalsmodeller skapar incitament för de kommersiella vårdbolagen att specialisera sig på de åkommor som har bäst marginaler. Man plockar russinen ur kakan och resultatet blir att landstingsvården och de ideella vårdgivarna får ta hand om de patienter som kostar mest. I värsta fall tvingar konkurrensen från de kommersiella vårdbolagen även de ideella företagen och landstingen att börja agera på ett liknande sätt för att klara den egna ekonomin.

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 verksamheten 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. Mot bakgrund av detta bör lagen om valfrihetssystem avskaffas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

6 Demokratisk och jämlik sjukvård

Sjukvården ska vara demokratiskt styrd. De medicinska behoven är i princip oändliga, men resurserna är det inte. Därför är det viktigt att prioriteringar mellan olika slags sjukvård görs av demokratiskt valda företrädare. Frågor om vårdens övergripande organisation och finansiering ska liksom i dag beslutas på regional nivå. Det obligatoriska vårdvalssystem som regeringen har tvingat landstingen till bryter mot detta och är något Vänsterpartiet motsätter sig.

Det ska inte gå att smita förbi den demokratiska prioriteringen genom att köpa sig vård som andra av ekonomiska skäl blir utan. En demokratisk prioritering är vida överlägsen varje marknadsorienterat system där efterfrågan och plånbokens tjocklek tillåts styra. Samtidigt kan vi konstatera att många anställda, men också patienter, upplever att de saknar inflytande över vården och dess organisation. När vi talar om framtidens sjukvård måste vi därför diskutera hur vi ökar inflytandet för personalen och patienterna. Hur kan vi samverka över regioner och gränser samtidigt som vi säkrar demokrati och inflytande? För att kunna utveckla sjukvården utifrån befolkningens behov behövs det nya fora för fördjupat inflytande hos personal, patienter och befolkningen i övrigt.

Fel! Okänt namn på

Människorna i närområdet kring en primärvårdscentral bör kunna utöva ett aktivt inflytande över denna, så att vården kan anpassas till de lokala behoven. Det innebär att politiker på regional nivå har ett ansvar att organisera återkommande möten eller tillsätta rådgivande organ som består av patienter och andra medborgare i närområdet. Hur det lokala inflytandet ska organiseras kan variera från region till region. Ett viktigt inslag i det här arbetet är att vården strävar efter att vara transparent.

En av de viktigaste frågorna i hälso- och sjukvården är patientens rätt till delaktighet. Patienten ska alltid ha rätt till information och begripliga besked om sitt hälsotillstånd och om de undersökningar och behandlingar som står till buds. Patienten ska på ett enkelt sätt ha tillgång till sin egen patientjournal. Arbetet med att ge patienter möjlighet att elektroniskt ta del av sin journal bör därför skyndas på. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Informationen till patienten ska alltid vara individuellt anpassad också när det gäller information till människor med annat modersmål och till personer med funktionsnedsättning. Hälso- och sjukvården bör därför omfattas av minoritetsspråkslagarna på samma sätt som barn- och äldreomsorgen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Frågan om vilken bakgrund vi har handlar inte bara om vilka språk sjukvården finns tillgänglig på. Vi vet att samhällets orättvisor påverkar alla områden, även hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att undersöka skillnader i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet för invandrare och de nationella minoriteterna och lämna förslag på åtgärder för att garantera en jämlik vård även för dessa grupper.

7 Sjukvårdens svåra prioriteringar

Att vården ska styras demokratiskt innebär bl.a. att när svåra prioriteringar måste göras ska detta ske utifrån riksdagens prioriteringsordning för hälso- och sjukvården. Prioriteringsordningens behovs- och solidaritetsprincip innebär att när prioriteringar måste ske ska vårdens resurser ges till de med det största behovet av vård.

Prioriteringscentrum har emellertid på uppdrag från Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till reviderad prioriteringsordning. Denna lyfter upp principen om att kostnadseffektiva åtgärder och verksamheter bör prioriteras, till samma nivå som principen om att vård ska ges till de med störst behov av vård. Vidare ska enligt förslaget en ny ansvarsprincip införas på samma nivå, som stipulerar att vård av patienter som har tagit ”onödiga risker” ska ges lägre prioritet än vård åt andra.

Detta skulle innebära en värdeförskjutning som Vänsterpartiet avvisar. Även Statens medicinsk-etiska råd (Smer) ger en skarp kritik av Prioriteringscentrums förslag, bland annat eftersom det saknas en analys av vad en förändrad värdegrund skulle kunna få för konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Fel! Okänt namn på

Det är inte etiskt försvarbart att inom vården ställa människor mot varandra utifrån ytterst svåra gränsdragningar för vilket ansvar en människa bär för sitt hälsotillstånd. Vidare skulle en starkare kostnadseffektivitetsprincip i praktiken riskera leda till att behovs- och solidaritetsprincipen tonas ned. Kostnadseffektivitetsperspektivet riskerar ta överhanden eftersom kostnader är så pass mycket lättare att mäta än behov.

Vi anser att nuvarande värdegrund för prioriteringsbeslut bör fortsätta att gälla och att arbete bör läggas på att aktivera plattformen, inte förändra den. Det är viktigt att finna former för ökad medvetenhet om den etiska plattformen och att verka för öppna prioriteringar. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en strategi för hur tillämpningen av riksdagens prioriteringsordning kan implementeras på politisk, administrativ och klinisk nivå. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Varje patient ska ha rätt att få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Varje fall är unikt och ska bedömas utifrån den enskilde patientens behov. Prioriteringar av enskilda patienter ska därför aldrig ske enligt i förväg fastställda mallar och kriterier. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

8 Jämställd vård

Vi vet för lite om kvinnors hälsa eftersom mannen varit, och fortfarande är, den rådande normen inom läkarvetenskapen. För inte så länge sedan sågs t.ex. fibromyalgi som en trivial åkomma eller till och med en kvinnlig egenskap, snarare än ett symptom på ohälsa. 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 hur man behandlas 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 enligt en kartläggning av ambulanssjukvården i Göteborg, Mölndal och Skaraborg.

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, 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. Kvinnor gör fler besök i öppen psykiatrisk vård än män. Självmod är däremot betydligt vanligare bland män än kvinnor medan självmordsförsök är

vanligare bland kvinnor. Enligt Socialstyrelsen saknas det klinisk forskning och kunskap om könsspecifika faktorer inom psykiatrin.

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 handlingsplan för jämställdhet i vård och omsorg bör därför tas fram där dessa frågor behandlas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Behovet av kunskap och statistik är stort, men samtidigt finns också ett behov av att verkställa de förslag som ändå kommit på området. Socialstyrelsen har t.ex. tagit fram ett antal rapporter med förslag som skulle kunna leda jämställdhetsarbetet vidare. Därför föreslår vi att det införs en jämställdhetsenhet på Socialstyrelsen. Enheten ska arbeta med uppföljning av tillgänglighetsfrågor och prioriteringsfrågor och särskilt se till att dessa områden har könsuppdelad statistik. Enheten ska också analysera statistiken och lämna förslag på åtgärder. För detta ändamål bör Socialstyrelsen tillföras 2 miljoner kronor vilket vi föreslår i Vänsterpartiets motion 2009/10:So511 för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Vi vet genom bl.a. Socialstyrelsens genusanalys av hälso- och sjukvården att kvinnor inte får samma vård och behandling som män trots likartade medicinska faktorer. I ett flertal fall missgynnar detta kvinnorna. Det finns all anledning att tro att motsvarande struktur återfinns när det gäller tillämpningen och utformningen av patienträttigheterna. Vi menar därför att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att analysera tillämpning och tolkning av patienträttighetslagstiftningen ur ett genusperspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9 Hbt-personer i vården

Hälso- och sjukvården ska säkerställa rätten till likabehandling utan åtskillnad på grund av sexuell läggning eller könsidentitet. Därför behövs en medveten strategi för att kvalitetssäkra vården för homosexuella, bisexuella och transpersoner. Undersökningar av unga hbt-personers livssituation har visat att det inom dessa grupper finns en överrepresentation av psykosocial ohälsa. Många har någon gång övervägt att begå självmord. Det finns en stor risk att unga människor inte söker hjälp om de upplever att hälso- och sjukvården inte respekterar dem. Motsvarande situation torde även gälla för vuxna. Transpersoners situation har knappt synliggjorts över huvud taget.

Det finns en brist på kunskap om hbt-personers situation inom psykiatrin, bland psykoterapeuter och inom den övriga hälso- och sjukvården, vilket är en stor brist ur ett likabehandlingsperspektiv. Det finns enligt vår mening stor risk att homosexuella, bisexuella och transpersoner får en sämre hälso- och sjukvård på grund av brister i bemötandet och brist på hbt-kompetens.

Fel! Okänt namn på

Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att se över vilka åtgärder som krävs för att höja hbt-kompetensen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Av en rapport från Folkhälsoinstitutet (2005:19) framgår att hbt-personer har en betydligt sämre psykisk hälsa än den övriga befolkningen. Den största skillnaden när det gäller hälsotillståndet finns bland homo- eller bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor. Transpersoner mår generellt psykiskt sämre än gruppen homo- eller bisexuella. Vi menar att Folkhälsoinstitutet i högre grad borde uppmärksamma hbt-personers livsvillkor. Regeringen bör därför återkomma med förslag på hur hbt-perspektivet kan stärkas i folkhälsomålen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Folkhälsoinstitutets rapport från 2005 visar att självmordsförsök är dubbelt så vanliga bland homo- och bisexuella personer jämfört med den övriga befolkningen. Särskilt vanligt är detta bland hbt-ungdomar. Så många som hälften av de tillfrågade transpersonerna uppgav att de någon gång övervägt att ta sina liv. I Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstitutets förslag till ett nationellt program för att förebygga självmord som presenterades 2006 uppmärksammades trots detta inte hbt-personers speciella utsatthet. I regeringens proposition En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) nämns inte heller gruppen hbt-personer särskilt. I tre nya regeringsuppdrag för att förhindra självmord till bland annat Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen lyser också hbt-perspektivet med sin frånvaro.

Regeringen bör därför ge Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur samhällets fördomar och heteronormativiteten påverkar självmordfrekvensen för hbt-personer samt komma med förslag på verktyg för att förebygga självmord inom denna grupp. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Det finns kvarlevor inom den psykiatriska och psykologiska kunskapssynen som innebär att avvikelser från heteronormativiteten är ett symptom på ohälsa eller en avvikelse från det normala. Internationellt finns det exempelvis psykoanalytiska föreningar som inte tillåter homosexuella att bli analytiker. Det är en allvarlig situation utifrån den kunskap vi har om unga homo-, bi- och transsexuellas behov av psykologiskt stöd på grund av det omgivande samhällets fördomar och förtryck.

Dessa uppgifter och påpekanden har gjorts gång efter annan, men även här kan vi konstatera att lite har skett i konkret mening. Det behövs en analys av psykiatrin ur ett hbt-perspektiv som innefattar både konkreta insatser och värdegrund. Därför anser Vänsterpartiet att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utvärdera den psykiatriska vården utifrån hbt-perspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

10 Rätt till vård för alla

Sedan 2008 regleras landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till asylsökande m.fl. i en särskild lagstiftning. Denna lag innebär att endast asylsökande barn har rätt till full sjukvård. Sjukvård för asylsökande vuxna ges endast för så kallat akuta sjukdomstillstånd. Papperslösa vuxna och barn omfattas inte alls utan enbart av bestämmelserna om akutvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Den medicinska etikens mest grundläggande princip är alla människors rätt till vård efter behov. Ekonomisk, social eller juridisk ställning, politisk eller religiös tillhörighet, etnisk bakgrund, kön och liknande faktorer får inte påverka den medicinska professionens handlande. Trots det utesluter svensk lagstiftning alltså i dag asylsökande och papperslösa – grupper som ofta har särskilt stora behov av exempelvis primärvård och psykiatrisk vård – från rätten till vård på lika villkor i Sverige.

Detta innebär en särbehandling av vissa patientgrupper och har befast Sveriges ställning som ett av de mest restriktiva länderna i EU vad gäller tillgång till vård för papperslösa personer. FN:s särskilda rapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, har riktat allvarlig kritik mot Sverige gällande framför allt detta faktum att asylsökande och papperslösa inte har samma tillgång till vård som alla andra som är bosatta i Sverige. Enligt den kartläggning som organisationen Läkare i världen presenterat i en rapport nyligen hamnar Sverige längst ner av alla Europas länder när det gäller situationen för papperslösa.

Hos flera landsting har man mer eller mindre uttryckligt antagit riktlinjer om att papperslösa ska erbjudas samma subventionerade vård som gäller för asylsökande. Detta för att inte personalen ska bryta mot lagen när de ger vård efter behov.

För att Sverige ska leva upp till sina internationella åtaganden och för att respektera den medicinska etikens grundläggande principer måste asylsökande och papperslösa ges rätt till full sjukvård på samma villkor som alla andra i Sverige, det vill säga rätt till behandling även för icke akuta sjukdomstillstånd. Vi avsätter särskilda medel för genomförandet av denna reform i vårt budgetalternativ för 2010 och utvecklar ytterligare förslag för att stärka situationen för asylsökande och papperslösa i Sverige i andra motioner.

Mot bakgrund av ovanstående bör regeringen återkomma med förslag om att asylsökande, personer som undanhåller sig avvisningsbeslut samt papperslösa som befinner sig varaktigt i Sverige ska erhålla full hälso- och sjukvård och tandvård inom ramen för befintligt hälso- och sjukvårdssystem och tandvårdssystem och på samma villkor som övriga bosatta i Sverige. Detta bör riksdagen begära.

11 Äldre i hälso- och sjukvården

Dagens utveckling med allt fler privatiseringar innebär en fragmentarisering av den svenska hälso- och sjukvården. Äldre personer drabbas särskilt av detta eftersom de ofta har en komplex sjukdomsbild. För att multisjuka äldre ska få den vård de behöver krävs ett nära samarbete mellan olika specialiteter och mellan olika delar av vårdorganisationen. Att själv hitta rätt mellan alla olika aktörer på vårdmarknaden är inte rimligt för äldre multisjuka.

Äldre kvinnor och män som vårdas inom akutsjukvården har sedan ädelreformens genomförande allt kortare vårdtider, trots att behoven av vård ofta är fortsatt stora. De äldre bedöms allt snabbare vara s.k. utskrivningsklara, varefter kommun och primärvård övertar ansvaret. Som en direkt följd av detta har kommunala korttidsboenden många gånger utvecklats till avdelningar med avancerad sjukvård. För många äldre blir den snabba utskrivningen orsak till ett nytt akutbesök. I proposition 2002/03:20 om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet beslutades det bl.a. om att ersätta begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” samt stärka ansvarsfördelningen när det gäller äldre med behov av insatser från båda huvudmännen.

Trots att syftet med propositionen var att förbättra kvaliteten i omhändertagandet och vårdplaneringen för äldre tycks det fortfarande råda stora brister i omhändertagandet av de äldre i akutsjukvården. Studier visar att många äldre avlider kort tid efter att de har skrivits ut från sjukhuset, och inte sällan har den äldre varit i behov av ytterligare inläggning på sjukhuset i den ändå så korta mellanperioden mellan utskrivning och livets slut. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan när det gäller patienter över 65 år. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Rehabiliteringen för äldre är mycket viktig. Den bidrar till ökad självständighet för den enskilda samtidigt som den, rätt använd, kan minska behovet av fortsatta omvårdnadsinsatser. Relativt små förbättringar kan medföra mycket stora hälsovinster. Vi kan dock konstatera att när det gäller äldre så brister hälso- och sjukvården som helhet och rehabiliteringen i synnerhet vad gäller att efterleva riksdagens prioriteringsordning.

Vänsterpartiet anser att det är viktigt att riksdagens prioriteringsordning blir ett verksamt instrument i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att särskilt följa upp och analysera hur prioriteringsordningen efterlevs när det gäller äldre patienter. Socialstyrelsen bör också i de fall brister förekommer ge förslag på åtgärder. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

12 Primärvården

En väl fungerande primärvård är en grundläggande hörnsten i en framgångsrik hälso- och sjukvård och behöver långsiktigt hållbara spelregler för att

kunna utvecklas. Patienternas krav på tillgänglighet, inflytande, flexibilitet och kvalitet måste vara utgångspunkten för utvecklingen av primärvården. I proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården inför regeringen ett vårdvalssystem som är obligatoriskt för alla landsting oavsett vad medborgarna där själva vill ha. Reformen hindrar landstingen från att utforma och utveckla modeller för en god primärvård som sätter medborgarnas behov och rätt till en god vård i centrum. Regeringens förslag om obligatorisk etableringsfrihet i primärvården innebär att landstingen blir tvungna att tillåta vårdföretag att etablera sig där de finner det mest lönsamt och få automatisk dragningsrätt på skattemedel. Detta gör att välfungerande hälsovalsmodeller och andra primärvårdsmodeller måste rivs upp.

Med regeringens förslag är risken stor att primärvårdens viktiga förebyggande arbete försvåras och att hälsoklyftorna kommer att öka. Hälso- och sjukvård av hög kvalitet är en rättighet för varje medborgare och inte en vara på en marknad. För att utveckla primärvården med bättre service och tillgänglighet anser vi att varje landsting bör få utforma modeller utifrån medborgarnas behov och de lokala förutsättningarna utan att obligatoriskt behöva använda fri etablering. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

12.1 En utvecklad primärvård

Dagens sjukvård organiseras i gamla, nedärvda former där vården alltför ofta utgår från huset i stället för patienternas behov. När vården behöver omorganiseras diskuteras ofta huset eller den geografiska platsen i stället för vårdens innehåll. Det innebär att ett stort antal patienter får åka till städer och tätorter för att träffa specialister i stället för att ett mindre antal specialister åker till primärvårdscentraler en eller flera dagar i månaden.

Framtidens hälso- och sjukvård ska tillgodose patientens behov av närhet och krav på kvalitet. Knivskarpa organisatoriska gränser bör suddas ut så att den enskilde patienten inte påverkas av uppdelningen mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal omvårdnad. Det handlar om att utveckla primärvården så att patienterna där kan möta olika specialiteter och olika kategorier av vårdpersonal. Det finns en viss begreppsförvirring när det kommer till definitionen av primärvård, närsjukvård och närvård. Dessa används ibland synonymt. Men i andra sammanhang används begreppen närsjukvård och närvård som vidare begrepp än primärvård och omfattar t.ex. närsjukhus. Vår poäng i det här sammanhanget är att primärvårdens verksamhet bör byggas ut, och i den här motionen använder vi därför primärvård som ett samlingsbegrepp för alla dessa verksamheter.

Viktigt är också ett välfungerande lagarbete och att anpassa primärvården till människornas behov i just den regionen, stadsdelen eller tätorten. Vid en utvecklad primärvårdscentral kan det t.ex. finnas en ögonläkare två dagar i månaden, en gynekolog en dag i veckan, en psykolog på halvtid, tre allmänläkare, en sjukgymnast, fyra distriktssköterskor osv. Samtidigt kan det på primärvårdscentralen i tätorten intill finnas geriatriker, kuratorer, diabetesskö-

Fel! Okänt namn på

terskor, kiropraktiker, naprapater osv. Varje primärvårdscentral ska byggas upp utifrån befolkningens behov.

De som behöver mest vård är de äldre, de med kroniska sjukdomar och de multisjuka. De har inte möjligheten att jaga runt på en svåröverblickbar vårdmarknad och byta mellan olika vårdcentraler.

Med en sammanhållen vård där primärvårdscentralen har ansvar för ett geografiskt område får personalen kunskap om närmiljön och bättre möjlighet att se patienten i en större social kontext. Samtidigt kan de flesta specialister i form av ögonläkare, gynekologer osv. tjänstgöra vid större sjukhus flera dagar i veckan för att också möta kollegor och vidareutveckla sin speciella kompetens. Målsättningen att ha en utvecklad och utvidgad vård nära medborgarna med teamet i centrum bör vara vägledande för primärvården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Distriktssköterskornas centrala roll i det förebyggande hälsoarbetet underskattas ofta. Vården blir därför ofta alltför läkar- och sjukdomsfokuserad. För att göra sjukvården tillgängligare för medborgarna ska besök hos distriktssköterskan vara avgiftsfria i hela landet. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utreda hur avgifter på besök hos distriktssköterskan påverkar besöksfrekvensen och efterfrågan på den förebyggande vården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Sjukvården ska också vara avgiftsfri för barn, i vilken form den än sker. I de flesta landsting är avgifterna för hälso- och sjukvården för barn inga alls eller kraftigt reducerade. Det finns dock vissa undantag, och möjligheten till gratis sjukvård för alla barn i hela landet bör därför utredas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En utbyggd primärvård kräver också en utbyggd telemedicin så att det alltid finns kontakt med röntgenavdelningar och annan teknik vid de större sjukhusen. Det finns stor erfarenhet av telemedicin i de övriga nordiska länderna, som tillsammans med de svenska erfarenheterna skulle kunna utgöra en grund för ett samnordiskt telemedicinskt nät. Sverige bör inom ramen för samarbetet i Nordiska rådet ta initiativ till ett nordiskt telemedicinskt nätverk. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Sjukvården genomgår en snabb teknisk utveckling som gör att både fler sjukdomar kan behandlas och att vårdtiderna blir betydligt kortare än förr. Samtidigt finns det problem när det gäller omvårdnaden. Bristen på omvårdnadsresurser är särskilt påtaglig bl.a. inom psykiatri och geriatriken. Den kommunala sjukvården finns ofta i eller i anslutning till människors hem och vardagsliv på t.ex. äldreboenden, gruppboenden och på besök i människors ordinarie bostad. Här är ett meningsfullt vardagsliv med stort inflytande hos den enskilda människan avgörande och sjukvårdsinsatserna måste anpassas till detta. I och med att hemsjukvården på många håll i dag överförs till kommunerna så bör kommunerna också kunna anställa läkare. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

13 Hyrläkare

Ett av de stora problemen i svensk sjukvård är bristen på läkare som har resulterat i den utbredda användningen av hyrläkare eller stafettläkare. När man inte lyckas rekrytera läkare till en fast tjänst, tvingas man anlita ett bemanningsföretag som erbjuder hyrläkare. Störst är behoven inom psykiatri och på vårdcentralerna – just de områden där behovet av kontinuitet är som störst. Hyrläkarsystemet innebär att patienten kan mötas av en ny läkare vid varje besök vilket allvarligt kan påverka patientsäkerheten. Man måste då i någon mening börja om från början varje gång. Möjligheten för läkaren att känna igen patienten från tidigare besök och på så sätt förstå när något har förändrats går om intet och långt färre följer upp provsvar beställda av tidigare läkare.

Situationen innebär att patienten inte får den fasta läkarkontakt som han eller hon enligt hälso- och sjukvårdslagen har rätt till. Vidare försämras möjligheterna för vårdgivaren att kontrollera läkarnas lämplighet när läkarna ständigt byts ut och är anställda av ett bemanningsföretag. Slutligen leder systemet till kraftigt ökade kostnader. Enligt beräkningar från landstingen är det dubbelt så dyrt per vecka att ha en hyrd läkare jämfört med en fast anställd, i vissa fall till och med tre till fyra gånger så dyrt. Hyrläkaren kan ta ut mer än vid fast anställning och dessutom ska pengarna räcka till bemanningsföretaget.

Dagens brist på läkare är till viss del ett resultat av Läkarförbundets strävan att begränsa antalet utbildningsplatser för att på så sätt hålla uppe läkarlönerna. Landstingen rekryterar i dag många läkare från framför allt Östeuropa, vilket innebär att de länderna får stå för utbildningskostnaden. Vidare väljer många svenskar som vill studera till läkare att göra det utomlands, främst i Danmark och Östeuropa. Det är bra att så kan ske och det är även viktigt att vi blir bättre på att ta till vara all den kompetens som finns i form av invandrade personer med läkarutbildning. Men det borde samtidigt vara en självklarhet att Sverige ska vara självförsörjande vad gäller utbildade läkare. För att så ska ske och för att vi ska kunna undvika den försämrade kvaliteten och höjda kostnader som hyrläkarna innebär, satsar Vänsterpartiet på att utöka antalet platser på läkarutbildningen. Medel för detta anslås i vår motion 2009/10:Ub350 Utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Särskilt finns det ett stort behov av läkare med specialistutbildning i allmänmedicin. Många gånger är det denna brist som ligger bakom behovet av hyrläkare på vårdcentraler runt om i landet. Specialistutbildningarna planeras och anordnas av de olika vårdgivarna, det vill säga huvudsakligen landstingen. För att tillgången på specialistläkare bättre ska kunna möta behovet bör Socialstyrelsen få ett samordnande ansvar för specialistutbildningarna. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Fel! Okänt namn

14 Psykiatrisk hälso- och sjukvård

Psykisk ohälsa kan drabba vem som helst. Unga och gamla, kvinnor och män, människor med olika etnisk bakgrund, människor med missbruksproblem eller funktionsnedsättning – alla kan drabbas av psykisk ohälsa eller sjukdom. Trots det är många insatser inom psykiatrin utformade så att den som har andra problem eller behov i kombination med psykisk ohälsa ofta faller mellan stolarna. Människor med psykisk ohälsa och missbruk i kombination är en särskilt utsatt grupp som har behov av samtidiga insatser. Äldre och personer med intellektuella funktionsnedsättningar är andra grupper som psykiatrin har få eller inga insatser att erbjuda. Vården av och stödet till människor med psykisk ohälsa behöver förbättras.

Socialstyrelsen har identifierat fyra områden som vi också anser särskilt viktiga:

1. En klar gränsdragning mellan statens, kommunens och landstingets ansvar.
2. En ökad användning av evidensbaserade och utvärderade metoder.
3. Ett ökat inflytande för patienter, brukare och anhöriga.
4. Bra metoder för uppföljning och utvärdering.

Vi anser att regeringen försummat psykiatrifrågan under denna mandatperiod. Trots att regeringen lovat stort när det gäller satsningar på psykiatris område har inte mycket i själva verket hänt. Riksrevisionen konstaterar i sin rapport RiR 2009:10 att den psykiatriska vårdens problem inte kan lösas med tillfälliga bidrag. I stället bör stödet till psykiatrin omfördelas så att det blir långsiktigt och strategiskt. Vänsterpartiet kräver därför en långsiktig nationell handlingsplan för psykiatrin. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Vår politik för barn inom psykiatrin redogör vi för i motion 2009/10:So512.

14.1 Personalrekrytering

Vård och omsorg om personer med psykiska sjukdomar är ett offentligt åtagande. Ansvaret för vården delas mellan flera aktörer, främst landstinget och kommuner, men staten har det övergripande ansvaret för regleringen av verksamheten.

Psykiska sjukdomar debuterar ofta i unga år. Obehandlad psykisk sjukdom och ohälsa leder till sänkt livskvalitet och försämrad arbetsförmåga såväl för den direkt drabbade som för den närstående. Psykisk ohälsa är också en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och till sjuk- och aktivitetsersättning och medför stora kostnader för såväl statsbudgeten som samhällsekonomin.

I den tidigare nämnda rapporten från Riksrevisionen konstateras att det nuvarande systemet för att förse landet med psykiatrer inte fyller sin uppgift. Fördelningen över landet är mycket ojämnt. Stockholms kommun och Norrbottens län ligger längst ifrån varandra om vi tittar på antal psykiatrer per 100 000 invånare. I Stockholm är siffran 37, i Norrbotten däremot finns det 8 psykiatrer per 100 000 invånare. Enligt NPS-rapporten (Nationella planeringsstödet) har antalet psykiatrer ökat de senaste åren, men behovet är fortfarande stort, speciellt utanför storstadsregionerna. Sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrin har en mycket viktig kompetens som behövs inom psykiatrin. NPS-rapporten visar på att antalet sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrin har minskat med 16 procent. Vi menar att en viktig orsak till detta är att sjuksköterskor som specialistutbildar sig inte får löneökningar eller mer befogenheter och att det därför inte känns meningsfullt att vidareutbilda sig. Det finns också behov av att kompetenshöja skötarutbildningen. Nationella psykiatrisamordningen (SOU 2006:100) hade ett förslag om en samlad strategi för personal till psykiatri. Vänsterpartiet är också av den bestämda uppfattningen att tillgång till kompetent personal är en så

Fel! Okänt namn på

viktig fråga att alla samhällsaktörer bör engageras. Därför bör regeringen ta initiativ till en överenskommelse med SKL om att initiera ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning i enighet med nationell psykiatrisamordnings förslag. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14.2 Patientsäkerheten inom psykiatrin

Risken är stor att patienten ”faller mellan stolarna” när också den psykiatriska vården nu privatiseras. Vad kommer att hända med patienter som behöver omfattande psykiatrisk vård, som framför allt tar mycket tid, då det nuvarande ersättningssystemet bygger på att läkaren ska träffa så många patienter på så kort tid? En god vård för personer med psykiska sjukdomar förutsätter kontinuitet och förutsägbarhet. Dessa förutsättningar riskerar att slås sönder när den psykiatriska vården upphandlas. Samarbetet mellan den slutna och den öppna vården riskerar också att försämrats om vårdenheterna drivs av olika bolag eller av offentlig kontra privat verksamhet. Samverkan mellan kommun och landsting är avgörande för att personer med svåra psykiska problem ska få relevant vård och socialt stöd i form av boende och sysselsättning. Samverkan försvåras med många olika aktörer och byten av utförare.

Vänsterpartiet är speciellt bekymrat över patientsäkerheten när det gäller personer med självmordstankar eller personer som drabbats av psykos. Dessa individer behöver korta men snabba inläggningar med mycket stöd från kompetent personal från både slutenvården och öppenvården. Alla patienter som befinner sig i den svåra situationen har extra stort behov av kontinuitet och kompetens från vårdgivarens sida. Vi känner till att det i samband med privatiseringen sker en rejäl minskning av personalstyrkan. Vänsterpartiet anser att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utvärdera konsekvenserna av privatiseringen inom den psykiatriska vården utifrån ett patienträttighetsperspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14.3 Tvång kontra frivillig vård

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. Vår mening är att tvångsvård då kan vara nödvändig, men eftersom ett tvångsingripande är ett stort ingrepp i den enskildes integritet bör alltid frivillig vård i första hand tillämpas. Det är utgångspunkten för all hälso- och sjukvård.

Tvångsvård är alltid att betrakta som ett avsteg från detta och innebär en inskränkning av den enskildes självbestämmande. Tvångsvård är ibland oundgänglig men ska utgöra ett undantag och vården har då ett stort ansvar

för att såväl innehåll som bemötandet av den enskilde är rättssäkert och värdigt.

Socialstyrelsen genomförde 2008 en nationell inventering för fortsatt diskussion om tvångsvårdens omfattning och innehåll samt för att få underlag för uppföljningen av den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen konstaterade att det fanns flera frågor som behövde en mer omfattande analys för att man bättre ska kunna belysa tvångsvårdens innehåll och utveckling. Socialstyrelsens rekommendationer på åtgärder är bland annat att minska belastningen inom slutenvården genom att utveckla alternativa vårdformer inom ramen för den egna verksamheten eller tillsammans med kommunerna.

Vänsterpartiet avlog regeringens förslag om tvångsvård i öppen vård. Vi står fast vid vår uppfattning att ett minimikrav när man inför en ny vårdform som innehåller tvång borde vara att man kan visa att denna metod ger resultat i form av bättre hälsa i gruppen som ska vara föremål för vården. Såväl SKL som regeringen kräver att behandlingssystem och behandlingsmetoder ska ha evidens för att de ska få lov att användas inom den offentliga vården.

Metoden med tvång i öppenvård har prövats i flera andra länder. I inget av dessa fall har man kunnat visa på ökad livskvalitet hos de människor som berörts av vården. Regeringen hade inte heller i sin proposition någon redovisning av vad sådan vetenskap eller erfarenhet skulle bestå av. Det finns däremot ett flertal rapporter som talar om motsatsen. Därför anser Vänsterpartiet att Socialstyrelsen bör få uppdraget att utvärdera om lagen om tvång i öppen vård har gagnat personer som blivit föremål för tvånget i öppen vård. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14.4 Psykiatrisk vård på modersmålet

Språket är mycket betydelsefullt för all kommunikation. Att i ord beskriva sina innersta tankar är alltid lättast att göra på sitt modersmål. Inom den psykiatriska hälso- och sjukvården har språket en betydelsefull roll i själva behandlingen. Det är därför viktigt att psykiatrin tar hänsyn och utvecklas så att de som inte har svenska som modersmål ges möjlighet till psykiatrisk hälso- och sjukvård på sitt modersmål, inte minst på de fem nationella minoritetsspråken.

I Socialstyrelsens rapport (2009-126-81), anges att antalet personer med annan etnisk bakgrund än svensk har ökat i den psykiatriska tvångsvården. De har också oftare barn än andra patienter. Det är huvudmännens ansvar att vården är jämlik och anpassad till alla individers behov. Uppgifter som tyder på att så inte är fallet måste följas upp. Det innebär också att alla barn ska behandlas lika oavsett deras familjers sammansättning eller bakgrund, och det bör finnas rutiner för hur information om förälders sjukdom ska lämnas till barn med andra modersmål än svenska.

I Sverige finns det också 8 000–10 000 teckenspråkiga döva personer som är födda döva eller har blivit döva som barn eller ungdomar. Sveriges Dövas Pensionärsförbunds statistik (SDP Hälsa & livsvillkor för äldre döva i Sverige

Fel! Okänt namn på

2008) visar att av ca 750 teckenspråkiga äldre döva har 53 procent kvinnor respektive 39 procent män psykiska medicinska funktionsnedsättningar. Personer med dövhet, hörselskada eller dövblindhet är beroende av en väl fungerande tolkservice i alla sammanhang och inom alla områden. Det är nödvändigt för kommunikationen och för att nå full tillgänglighet och delaktighet i samhället.

Regeringen bör därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga behov och resurser av psykiatrisk hälso- och sjukvård för människor med annat modersmål än svenska och för teckenspråkiga döva. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14.5 Prevention

Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport har det skett en ökning av den psykiska ohälsan i befolkningen och alltfler uppger att de har symtom som oro, sömnsvårigheter och nedstämdhet. Samtidigt ligger de allvarligare psykiska problemen på en i stort sett konstant nivå ända sedan 50-talet. Den ökande psykiska ohälsan avspeglas också i läkemedelskonsumtionen där vi kan se mer och mer utskrivningar av antidepressiva läkemedel, vilka ordinerar mot framför allt depressioner och ångesttillstånd. Enligt en pilotstudie från Statens folkhälsoinstitut angav männen att de upplevt 4,0 dagar i snitt med dålig psykisk hälsa under den senaste 30-dagarsperioden och kvinnorna 6,6 dagar i snitt med dålig psykisk hälsa. De som upplevde flest antal dagar med dålig psykisk hälsa var kvinnor i åldern 18–29 år. Vi vet också att försämrade levnadsvillkor och ökad arbetslöshet kan förväntas försämma den psykiska hälsan. Folkhälsoinstitutet har analyserat utvecklingen i 26 EU-länder under perioden 1970–2007 (Stuckler, 2009). Studien visar att om arbetslösheten ökar med en procent ökar antalet självmord i åldrarna under 65 år med 0,79 procent. Det innebär att ökad arbetslöshet i Sverige kan innebära ökat antal självmord i Sverige.

Den riktigt alarmerande ökningen av psykisk ohälsa återfinns bland barn och unga. Även användandet av antidepressiva läkemedel har ökat bland barn och unga, och köerna till BUP (barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar) är långa. Samtidig ser vi också att andelen självmordsförsök ökar kraftigt bland unga kvinnor och allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest (Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009).

Självmordsprevention har blivit ett förhållandevis känt begrepp, men preventionsarbete saknas ofta inom de övriga delarna i psykiatrin. Det råder även en viss oklarhet på myndighetsnivå om vem som har det övergripande ansvaret för det preventiva psykiatriska arbetet. Mot bakgrund av hur den psykiska ohälsan utvecklats bör det därför formuleras ett folkhälsomål avseende den psykiska hälsan. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14.6 Nationella hjälplinjen

Det är bra att regeringen fortsätter det arbete som Vänsterpartiet, Socialdemokraterna och Miljöpartiet inledde när det gäller förebyggande av suicid. Detta är ett mycket viktigt område, och det brådskar att ta fram åtgärder för att förstärka arbetet. Med tanke på att åtgärderna brådskar är det också ytterst märkligt att regeringen väljer att helt förbigå arbetet med Nationella hjälplinjen. Socialstyrelsens utvärdering av hjälplinjens arbete visar tydligt att dess insatser är mycket viktiga för personer i akut kris men att behoven överstiger föreningens kapacitet.

Föreningen Nationella hjälplinjen bildades 2001 på initiativ av fem patientorganisationer och är den enda rikstäckande professionella telefonjouren. Hjälplinjen bedriver en verksamhet som består i att anonymt ge stödsamtal och rådgivning till människor i akut psykisk kris eller i andra svåra livssituationer. 67 procent av dem som ringer till hjälplinjen är kvinnor. En viktig del av verksamheten är också att ge information om var man kan få ytterligare stöd och hjälp. Hjälplinjen beräknar att ta emot cirka 400 samtal om suicid år 2009, en ökning på 71 procent jämfört med år 2008. Enligt Räddningsverket kostar ett suicid samhället 18 miljoner kronor och ett suicidförsök 3 miljoner kronor.

Regeringen har gett ett årligt tillfälligt stöd åt verksamheten. Statsbidraget uppgår sedan 2007 till 5 miljoner kronor. En oförändrad summa i fyra år innebär en kraftig minskning av resurserna. Trots regeringens löften under valrörelsen när det gäller satsningar på Nationella hjälplinjens verksamhet med 10 miljoner per år har inte mycket i själva verket hänt under mandatperioden. Nationella hjälplinjen har stor betydelse för människor i kris och det behövs självfallet en kontinuitet i Hjälplinjens verksamhet.

Statskontoret ansåg i en utvärdering av verksamheten 2006 att en telefonjour för personer i psykisk kris och deras närstående utgör ett värdefullt komplement och alternativ till det offentliga ansvaret och de offentliga formerna för stöd.

Vänsterpartiets anser att det är naturligt att se Hjälplinjen som en del av det förebyggande arbetet inom psykiatrin framförallt inom suicidpreventionen och därför behövs en mer permanent finansiering. Vår bedömning av det framtida behovet av statligt stöd innebär ett fördubblat stöd till 10 miljoner kronor per år. Därför anslår vänsterpartiet 5 miljoner kronor utöver regeringens anslag till Nationella hjälplinjen, se motion 2009/10:So511 för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Vi anser också att regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag till en permanent finansiering av Nationella hjälplinjen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen tillkänna.

14.7 Personligt ombud

I samband med psykiatireformens genomförande 1994–1995 inleddes försöksverksamhet med personligt ombud. Verksamheten har organiserats på

Fel! Okänt namn på

olika sätt i landet. Vissa personliga ombud har organiserats som fristående till huvudmännen via brukarorganisationer, andra har organiserats av kommuner och av landsting.

Socialstyrelsen lämnade i juni 2004 rapporten ”Mångfaldens mekanismer” om reformen med personligt ombud i fyra verksamheter lokaliserade till Stockholm, Göteborg och Malmö. I rapporten skriver Socialstyrelsen att trots den begränsade verksamheten så har den gett stor effekt för de klienter som berörs. En orsak till detta tros vara det respektfulla förhållandet mellan klient och ombud. Ombuden har både en stark professionell roll och ett starkt personligt engagemang. Ett hot finns mot verksamheten trots de goda effekterna, nämligen bristen på lagstiftning som slår vakt om verksamheten. I vissa kommuner anses reformen vara underfinansierad och därmed en belastning. Socialstyrelsen tar i sin rapport upp vilka mänskliga och ekonomiska vinster verksamheten eventuellt har. Personligt ombud är en verksamhet som genom de positiva hälsoeffekterna för klienterna innebär minskat lidande och minskat behov av slutna vård, vilket samhällsekonomiskt bör vara eftersträvänsvärt.

Socialstyrelsen presenterade en annan uppföljning av verksamheterna 2005. Kvaliteten och stödet har varit mycket bra för den enskilda och underlättat kontakten med vårdgivare och myndigheter. I förlängningen har det lett till en ökad livskvalitet. Vi menar att detta var ett förväntat resultat då vi vet att psykiskt långtidssjuka har ett stort behov av kontinuitet och begränsat antal kontakter. Trots att verksamheten med personliga ombud har varit lyckosam för den enskilda och samhället finns det en reell risk att kommuner och landsting i en ekonomiskt trängd situation inte prioriterar verksamhet med personligt ombud.

15 Palliativ vård

Palliativ vård är vård i livets slutskede och syftar till att lindra och ge stöd snarare än att bota. Det är en vård som utgår från ett helhetsperspektiv på människan där smärtlindring är en viktig del men där även psykiska, sociala och andliga eller existentiella perspektiv spelar stor roll. Viktigt för vård i livets slutskede är ett gott anhörigstöd. Samma sak gäller för patienter som inte är i livets slutskede, men där man är svårt och långvarigt sjuk. Ett fungerande anhörigstöd är viktigt för de anhöriga som går igenom tunga och kanske traumatiska upplevelser, men även för att den som är sjuk ska kunna få en så bra tillvaro som möjligt. För att anhörigstödet ska fungera när vården ges i hemmet eller på ett äldreboende är det nödvändigt att samarbetet mellan kommun och landsting fungerar. Detta försvåras emellertid av den fragmentarisering som i dag pågår inom svensk vård. Ju mer vården styrs om till en marknad med en mängd olika aktörer, desto svårare blir det att hålla samman det team och den samverkan som krävs. I socialtjänstlagen gjordes nyligen ändringar angående kommunernas anhörigstöd från ”bör” till ”ska”. Kra-

ven på kommunerna har alltså höjts, vilket i förlängningen innebär att frågan även för hälso- och sjukvården blir än mer angelägen.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) lyfter i en skrivelse fram viktiga frågor angående palliativ vård. Det finns brister i det svenska regelverket när det gäller ställföreträdarskap för vuxna med bristande beslutsförmåga. Sedan fyra år tillbaka finns ett utredningsförslag om införande av s.k. livsslutsdirektiv (även kallat framtidsfullmakt eller vårddirektiv). Sådana bestämmelser har införts i flera länder, men i Sverige har frågan lågprioriterats av både den föregående och den nuvarande regeringen.

Vänsterpartiet instämmer i att frågan om livsslutsdirektiv bör lyftas. Exempel vi ser på vad sådana skulle kunna gälla är de tillfällen då insatserna mot smärta, ångest och kramper inte ger avsedd effekt. En möjlighet är att man då med läkemedel sänker medvetandegraden till en nivå där patienten inte längre besväras av sina symptom. Detta görs efter samråd med patienten om denne är beslutskompetent. Även anhöriga ska vara informerade. Är patienten inte beslutskompetent sker samråd med anhöriga för att utröna vad patienten skulle ha önskat. Proceduren får anses väl etablerad och har stöd i allmänna råd från Socialstyrelsen och riktlinjer från Svenska Läkaresällskapet. Men praxis varierar och det råder en viss osäkerhet om vad som egentligen gäller. Vänsterpartiet anser att patienten bör få ett ökat inflytande över den palliativa vården. Här skulle livsslutsdirektiv kunna fylla en viktig funktion.

Smer tar även upp de obotliga sjukdomar som ofta upptäcks en längre tid innan de leder till döden och sedan utvecklas med allt svårare fysiska och ibland mentala symptom till dess att patienten avlider. En möjlighet är då att den patientansvariga läkaren på patientens begäran och efter noggrann prövning och kontroll av annan läkare, får rätt att skriva ut läkemedel i sådan dos att patienten ges möjlighet att själv avsluta sitt liv. Vänsterpartiet anser att här ryms svåra etiska avvägningar, men att det är en möjlighet vi bör diskutera. En förutsättning är i vart fall att det finns ett väl utbyggt psykiatriskt krisstöd till den sjuke och närstående.

I Socialstyrelsens rapport från 2006 framkommer att det fortfarande på många håll saknas strategier, kompetens och organisation för ett bra omhändertagande i livets slutskede. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för den palliativa vården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

16 En tandvårdsreform värd namnet

Det är dags för en tandvård som alla har råd med. Tanderna är en del av kroppen och tandvården borde på sikt ingå i samma högkostnadsskydd som resten av sjukvården.

De höga kostnaderna för tandvård påverkar vilka som har råd att gå till tandläkaren. Till exempel går personer som är arbetslösa till tandläkaren mer sällan än andra grupper och LO-medlemmar mer sällan än tjänstemän. Klassskillnaderna i tandhälsa finns också bland barn och unga. Trots att tandvården

Fel! Okänt namn på

är gratis för barn och unga besöker de barn som kommer från familjer med låg inkomst tandvården i lägre grad. Tillgång till vård, oavsett om det är tänderna eller övriga kroppen, får aldrig bli en fråga om ekonomiska resurser.

16.1 För svagt stöd och dyr administration i dagens system

Det nya tandvårdsstöd som regeringen har infört föregicks av storslagna löften men sköts upp gång på gång och blev i slutändan till någonting mycket svagt. Framför allt gör systemet mycket lite för dem som är i störst behov av ett tandvårdsstöd. Det så kallade högkostnadsskyddet inträder först när egenkostnaden uppgått till 3 000 kronor. För många ensamstående, sjuka, arbetslösa, äldre, studerande och låginkomsttagare är redan en sådan summa en alltför hög kostnad.

Regeringen skrev i propositionen att 80 procent av dem som nyttjar tandvården inte kommer upp i en kostnad av 3 000 kronor, det vill säga att majoriteten inte kommer att ha någon nytta av tandvårdnadsersättningen. Men konstruktionen är inte speciellt generös ens mot dem med riktigt höga tandvårds-kostnader. För att stödet ska nå upp till hälften av kostnaden krävs tandvårds-kostnader på över 19 000 kronor. Det innebär att patienten betalar 9 500 kronor ur egen ficka – en dyr inträdesbiljett för att få någon ordentlig hjälp av stödet. Med ett sådant system tvingas många människor avstå tandvård.

När det gäller förebyggande tandvård finns en subvention som varierar i storlek beroende på ålder. Incitament för regelbunden tandhälsokontroll är bra, men vad är vitsen med att gå på en kontroll om man ändå inte har råd med behandling? Att regeringen är medveten om bristerna visas tydligt då de i frågan om kreditgarantisystem är hänvisade till att behoven får täckas av försörjningsstöd. Förutom att det är en mycket cynisk inställning till människor med litet ekonomiskt svängrum, visar det också på regeringens bristande kunskap om möjligheterna att få stöd via socialtjänsten när det gäller tandvård.

Inte nog med att regeringens system ger ett för svagt stöd till de grupper som behöver det mest, det har även inneburit en enorm administration med kraftigt ökade kostnader. De årliga nödvändiga administrativa kostnaderna för privata tandläkare har enligt en rapport från Tillväxtverket ökat från 80 till hela 380 miljoner kronor! Även Försäkringskassan har fått ökade administrativa kostnader för tandvården med uppskattningsvis 70 miljoner kronor om året (Slutrapport avseende införande av ett nytt tandvårdsstöd, Försäkringskassan 2008). Till detta kommer hela Folktandvårdens ökade administrativa kostnader. Sammantaget är det enorma summor pengar som borde ha gått till tandvård i stället.

16.2 Vänsterpartiets tandvårdsreform

Att direkt införa tandvården under sjukvårdens högkostnadsskydd skulle bli mycket dyrt och ryms inte inom ramen för ett års budget, men Vänsterpartiet menar att det är helt nödvändigt att sträva åt det hållet.

I stället för dagens tandvårdscheckar vill Vänsterpartiet ha subventionerade tandhälsobesök var 18:e månad så att de vanliga undersökningarna kostar maximalt 200 kronor för patienten. Vårdgivarens ersättning för besöket ska följa ett reglerat pris. Detta grundstöd kostar statskassan ca 1 900 miljoner kronor per år, enligt utredningen Förbättrat tandvårdsstöd åt vuxna.

Vänsterpartiet föreslår att ett rejält högkostnadsskydd införs i tandvården. Även om vi inte når ända fram till en tandvård under sjukvårdens högkostnadsskydd tar vi i den här motionen ett stort kliv mot en tandvård som alla kan ha råd med. Vi föreslår följande konstruktion på högkostnadsskyddet:

Tandvårdskostnad	Subvention
0–900 kr	Patienten betalar själv
900–2 700 kr	50 % ersättningsgrad
2 700–15 000 kr	70 % ersättningsgrad
Över 15 000 kr	90 % ersättningsgrad

Poängen med en sådan lösning med ett högkostnadsskydd i flera steg är att man sänker kostnaden för behandling även för dem som i dag avstår behandling på de lägre prisnivåerna. Ett högkostnadsskydd som skyddar mot kostnader över 15 000 kronor motiverar ju inte den som avstår från att söka tandvård av ekonomiska skäl och förväntar sig en kostnad på 2 000–3 000 kronor.

Valet av brytpunkter följer också den logik som finns i högkostnadsskyddet i sjukvården. I dag är högkostnadsskyddet för sjukvård 900 kronor och högkostnadsskyddet för läkemedel 1 800 kronor, totalt 2 700 kronor. Det gör att det är möjligt att successivt förbättra systemet med sikte på det ordinarie högkostnadsskyddet i sjukvården, utan att förändringarna uppfattas som krångliga av patienterna.

Vänsterpartiet har låtit riksdagens utredningstjänst (RUT) beräkna vad en sådan här lösning skulle kosta. Eftersom det saknas statistik och det kan vara svårt att bedöma dynamiska effekter i form av ökande efterfrågan på tandvård är beräkningarna ganska osäkra, men de ger ändå en kvalificerad skattning av kostnadsbildningen. RUT utgick från den mest generösa modellen av högkostnadsskydd som Tandvårdsutredningen föreslog, vilken är snarlik Vänsterpartiets, och kom fram till en totalkostnad på 10,8–12,1 miljarder kronor för både högkostnadsskydd och grundstöd. Eftersom Vänsterpartiets föreslagna högkostnadsskydd är något mer generöst ändå uppskattar vi totalkostnaden till 13 miljarder kronor. Från de angivna kostnaderna kan dagens tandvårdsstöd dras ifrån.

Genomförandet av en så pass stor reform bör, särskilt i dagens ekonomiska läge, ske stegvis. Vänsterpartiet föreslår att en tandvårdsreform i den riktning som angivits ovan påbörjas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. För detta ändamål anslås 1 300 miljoner kronor år 2010 och

Fel! Okänt namn på

2 000 miljoner kronor årligen 2011 och 2012, se motion 2009/10:So511 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

16.3 Förbättra innehållet och kvaliteten i tandvården

Vi vet att tandhälsan har betydelse för både kroppens och själens hälsa. Det handlar inte bara om utseendet och tuggförmågan. Det finns också ett samband mellan tandhälsan och andra sjukdomar. Sjukdomar som diabetes och stroke innebär ökad risk för sjukdomar i tänderna. Därför behövs ett mer utvecklat samarbete mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården.

Den förebyggande tandvården är viktig. Förebyggande tandvård handlar om allt ifrån basala åtgärder som tandborstning, fluorsköljning och goda matvanor till mer avancerad hjälp av tandhygienist och tandläkare. Kunskap är som i allt folkhälsoarbete a och o, varför viktiga aktörer är skolhälsovård, barnvårdscentraler, primärvård, apotek m.fl. Mot den bakgrunden finns det goda skäl att sträva efter att tandvården i högre utsträckning bör finnas i anslutning till primärvården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Många tandläkare har frivilligt infört en garanti vid behandling, men den är inte obligatorisk. När ett generellt högkostnadsskydd för tandvården är infört kan de ekonomiska motiven för patienten bli mindre viktiga. Men det är fortfarande viktigt för samhället med garantier och för att patienten ska känna trygghet och få kvaliteten på behandlingen säkrad. Därför bör det införas en obligatorisk garanti för utförda arbeten inom tandvården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Uppföljning av tandvården, tandhälsan och tandvårdsutnyttjandet har inte granskats ur ett genusperspektiv. Den statliga utredningen Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) konstaterade dock att det var få delar utifrån deras undersökning som pekade på några större skillnader mellan kvinnor och män, med ett undantag. Det gäller ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Sjukdomar som berördes var bl.a. reumatiska sjukdomar och ätstörningar som oftare drabbar kvinnor. Tandvården bör därför utvärderas ur ett genusperspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

17 Läkemedel

Regeringen satsar för närvarande stora summor och mycket energi på omregleringen av Apoteket samtidigt som receptfria läkemedel ska börja säljas i dagligvaruhandeln. Genomförandet av omregleringen är ett stort misslyckande från regeringens sida. Konsultarvodena rusar i höjden när den hafsigt styrda processen drar ut på tiden och skattebetalarna står för notan. Vänsterpartiet sa nej till omregleringen av Apoteket och vill riva upp den. Detta eftersom den har inneburit att man av marknadsideologiska skäl har slagit sön-

der ett välfungerade system med internationellt sett hög kostnadseffektivitet, säkerhet och kundnöjdhet.

Det är i detta sammanhang mycket viktigt att neutral forskning och information när det gäller läkemedel bibehålls och utvecklas. Den trängda ekonomiska situationen för Nätverket för läkemedelsepidemiologi, NEPI, måste få en långsiktig och stabil lösning. NEPI är en av riksdagen och Socialdepartementet initierad stiftelse som verkar för en bättre användning av läkemedel. Syfte är att främja en medicinskt och ekonomiskt effektiv användning av läkemedel, genom en kombination av forskning, studier, analyser, utbildning och information.

En annan viktig aktör är Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa (Kilens). De ger råd, stöd och behandling för människor drabbade av läkemedelsberoende och andra biverkningar samt sprider kunskaper om läkemedel och läkemedelsbiverkningar. Dessvärre har den borgerliga regeringen valt att dra in Kilens anslag vilket drabbat verksamheten negativt. Det behövs oberoende röster så att inte enbart kommersiella intressen styr läkemedelsanvändningen. Mer information finns i vår motion 2009/10:v470 Konsumentpolitik och överskuldssattas situation.

För många människor är även mat en form av medicin och i vissa fall är mat det som framkallar sjukdom. Så är det bl.a. för dem som är laktos- och glutenintoleranta. Svenska Celiakiförbundet, som framför allt organiserar personer med glutenintolerans, har 21 000 medlemmar runtom i landet. Det är en av många grupper som behöver speciallivsmedel för att inte bli sjuka. Det är en situation som för många inte bara innebär en ständig vaksamhet på vad olika produkter innehåller och sökande efter alternativ, utan också en förhöjd kostnad för det som måste anses vara grunden för mänskligt liv. Enligt Konsumentverkets beräkningar har en kvinna med glutenintolerans en merkostnad på ca 3 770 kronor per år. Det system för ekonomiskt stöd som finns i dag skiljer sig kraftigt mellan olika län för dem som är över 16 år. Vänsterpartiet anser att systemen för speciallivsmedel bör göras likvärdiga och att subventionerna bör gälla för ungdomar upp till 19 år, se vår motion 2009/10:So512 En politik för barnets bästa.

17.1 Läkemedelsgenomgångar och rättvis förskrivning

Övermedicinering drabbar många äldre. Dålig koordinering mellan olika delar av vårdapparaten och täta byten av behandlande läkare gör att många äldre får för många eller farliga kombinationer av läkemedel. En förutsättning för säker läkemedelshandling är att det finns tillräckligt mycket personal och personal med specialistkompetens i den patientnära vården. Även personalbemanningen inom äldreomsorgen har stor betydelse eftersom en för låg bemanning ökar risken för överanvändning av t.ex. lugnande medel och laxermedel. Vidare är läkemedelsgenomgångar en nödvändighet.

Fel! Okänt namn på

Vänsterpartiet föreslår att alla äldre med många läkemedel bör få en personlig läkare med helhetsansvar och regelbundna läkemedelsgenomgångar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Det är också viktigt att forskningen på dessa områden utvecklas. Det gäller såväl forskning på hur olika läkemedel fungerar tillsammans som hur dessa fungerar för äldre respektive yngre och på kvinnor respektive män.

En annan fråga som uppmärksammas nyligen är att personer med högre utbildning generellt får dyrare och färre läkemedel än personer med lägre utbildning. Med tanke på de risker många läkemedel kan innebära måste orsakerna till denna skillnad utredas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

17.2 Statligt företag för läkemedelstillverkning

I dag finns inga helt svenskägda läkemedelsföretag kvar. Detta trots att Sverige har en stor kapacitet för att ha en konkurrenskraftig industri inom området. En statlig produktion av läkemedel skulle kunna lösa flera problem för hälso- och sjukvården.

En reform genomfördes under förra mandatperioden som innebar ett obligatoriskt utbyte av originalläkemedel till generika om inte särskilda skäl finns. Det har inneburit sänkta kostnader och ökad konkurrens till fördel för såväl samhället som den enskilda patienten. Detta tillsammans med parallellimporten har bidragit till att resursutnyttjandet effektiviserats på läkemedelsområdet.

En fortsatt utveckling vore enligt vår mening att utforska möjligheterna för staten att etablera en egen generikatillverkning. Det skulle vara en liten del av en fortsatt satsning på att öka sysselsättningen, men också en garant för nationell kompetens inom läkemedelsområdet. Ett statligt generikaföretag skulle också kunna bidra till en ytterligare prispress på läkemedel.

På lång sikt skulle ett sådant företag också kunna utgöra grunden i en inhemsk produktionskapacitet för framtagning av vaccin mot influensapandemier. Om det vid en allvarlig pandemi inte skulle finnas vaccin i tillräcklig mängd är det högst osäkert hur mycket de avtal skulle vara värda som Sverige i dag har med privata multinationella läkemedelsföretag. Så länge det inte finns någon allvarlig kris finns det inget som talar emot att sådana avtal skulle hållas.

Men pandemiberedskap bör handla just om förberedelser för mycket allvarliga globala kriser då stater ser till sin egen befolkning först och respekten för avtal är långt ifrån lika stor. En nationell vaccintillverkning skulle ge en säkrare vaccintillgång i sådana situationer och även kunna spela en viktig roll i biståndet till de länder som inte själva har råd att vaccinera sin befolkning. Det kan även finnas kostnadsmässiga skäl för en egen vaccinproduktion.

Marknaden för influensavaccin domineras av några få giganter vilket i samband med den s.k. svininfluensan bidrar till att de har kunnat sätta priset för en dos vaccin dubbelt så högt som vid en vanlig säsongsinfluensa. Ytterligare ett område där statlig produktion av läkemedel skulle kunna bli aktuell är

antibiotikaläkemedel. En rapport från de europeiska smittskydds- och läkemedelsmyndigheterna visar att det finns en dålig beredskap för att möta hotet från resistenta bakterier.

Alltför få nya mediciner är under utveckling. Förklaringen är att det är mer lönsamt för läkemedelsföretagen att utveckla andra typer av mediciner. Även regeringen har pekat på behovet och beklagat det. Vänsterpartiet anser dock att problemet med bristande tillverkning av läkemedel som har små vinstmarginaler men som är nödvändiga, skulle kunna lösas av en statlig läkemedelstillverkare. Mot bakgrund av det ovan anförda bör möjligheterna att etablera ett statligt företag för läkemedelstillverkning utredas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

17.3 Insatser mot ökad antibiotikaresistens

Resistenta bakterier är en av världens allra största utmaningar och ett problem som ökar i Sverige. Felaktig och överdriven användning av antibiotika leder till att allt fler bakterier blir resistenta mot läkemedlet och inte kan behandlas. Utan effektiv antibiotika kommer sjukvården att stå handfallen inför en rad bakteriella infektionssjukdomar som lunginflammation, blodförgiftning och tuberkulos. Många skulle dö av sjukdomar som man i dag relativt enkelt kan behandla. Det blir också riskabelt att genomföra operationer som t.ex. byte av höftleder eller hjärtklaffar och organtransplantationer.

Det är ett mardrömsscenario som hotar hela den moderna vården. Läkemedelsindustrin prioriterar inte utveckling av nya antibiotika som klarar resistenta bakterier eftersom det inte är tillräckligt lönsamt. Frågan om hur antibiotikaresistens skall motverkas måste ges politisk prioritet.

Den äldre befolkningen är utsatt för det högsta antibiotiketrycket. Hela 36 procent av alla personer över 80 år fick minst en antibiotikakur under 2008. Förmodligen är antibiotikaanvändningen bland de äldre ännu högre eftersom en stor del av användningen på sjukhus och äldreboenden inte registreras per åldersgrupp.

Mycket tyder på att förskrivningen många gånger är dåligt underbyggd och inte följer gällande rekommendationer. På äldreboenden ställer läkare ofta diagnos och ordinerar antibiotika per telefon. De äldre riskerar att få fel antibiotika eller behandlas helt i onödan. Äldre är nämligen extra känsliga för antibiotikas biverkningar. De tillhör också dem som drabbas mest av antibiotikaresistens.

Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att ta fram riktlinjer för systematisk uppföljning och skärpt kontroll av antibiotikaförskrivningen till personer över 75 år. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Vårt förslag om att alla äldre med många läkemedel ska få en personlig läkare med helhetsansvar och få regelbundna läkemedelsgenomgångar är även det en viktig del i arbetet mot antibiotikaresistens.

Socialstyrelsen genomförde 2008 en inventering som visade att hälften av landets vårdcentraler saknar infektionsläkarkompetens och att riktlinjer ofta saknas i primärvård och på sjukhus. Socialstyrelsens kritik var hård och man

Fel! Okänt namn på

menade att ingen skulle acceptera att andra behandlingsmetoder sattes in på samma svaga underlag som man i dag ger antibiotika. Extra oroande är utvecklingen med allt fler vinstdrivna vårdinrättningar. Företagen strävar efter största möjliga vinst och när ersättningssystemen är konstruerade så att en stor del av ersättningen fås per läkarbesök, blir konsekvensen att man strävar efter att få många och snabba läkarbesök.

Detta uppmuntrar till felaktig förskrivning där en patient utan egentliga behov ges ett recept på antibiotika för att på så sätt snabbt göras nöjd. Varje gång det sker ökar risken för att resistenta bakterier uppstår och sprids.

Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att undersöka hur olika ersättningssystem för vårdval i primärvården påverkar antibiotikaförskrivningen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Ytterligare en del i arbetet mot antibiotikaresistens vore statlig tillverkning av antibiotikaläkemedel, se kapitlet om statlig läkemedelstillverkning.

18 Högspecialiserad vård

Samtidigt som delar av sjukvården bör decentraliseras så behöver en annan del centraliseras. Vi talar då om den högspecialiserade vården där både tekniken och kompetensen bör koncentreras till ett fåtal platser. Det handlar dels om att kunna investera i den senaste och ofta mycket dyra tekniken, dels om att kunna erbjuda säkerhet och kvalitet. Det innebär att avancerade behandlingar inte alltid kan erbjudas i varje landsting eller region, utan utgör en del av rikssjukvården.

Ibland kan dock samarbete över gränserna behövas om t.ex. patientunderlaget i ett enskilt land är för litet. Vi vet att när vi koncentrerar den högspecialiserade vården så ökar kvaliteten. I framtiden när vi behöver en högspecialiserad vård kan vi bli tvungna att åka en bit, men samtidigt vara säkra på att vi får den mest högkvalitativa vården.

Vissa delar av sjukvården blir alltmer tekniskt avancerade och kräver stora investeringar. Det är allt svårare för varje landsting att själv erbjuda alla behandlingsmöjligheter. I en framtid kommer det också att vara svårt för Sverige som ensam nation att kunna erbjuda alla former av hälso- och sjukvård. Detta beror på att stora investeringar krävs samt att patientunderlaget kommer att vara för litet. Det är bra att det har införts en reglering av rikssjukvården.

Vänsterpartiet vill däremot påpeka att den nuvarande ordningen, att en rikssjukvårdsnämnd regleras i förordning med instruktion för Socialstyrelsen, är otillräcklig ur ett demokratiskt hänseende. Denna ordning innebär att regeringen kan avveckla rikssjukvårdsnämnden utan att återkomma till riksdagen. Beslutet att samordna den högspecialiserade vården är en bra och nödvändig strukturförändring. Man kan också anta att denna form av vård kommer att få allt större betydelse i framtiden. Hur den ska styras är därmed en viktig demokratifråga.

Vi menar att riksdagen borde få ta ställning till eventuella framtida förändringar av rikssjukvårdens styrning. Vänsterpartiet menar därför att de grund-

läggande bestämmelserna om en nämnd för rikssjukvården bör lagregleras. Detta bör riksdagen besluta. Den närmare utformningen av nämndens organisering och uppgifter bör beslutas av regeringen genom förordning.

Utvecklingen av den högteknologiska rikssjukvården kräver ofta stora investeringar. Det är investeringar som ett enskilt landsting eller region kan ha svårt att finansiera, i synnerhet om den patientgrupp som kan ha nytta av den högteknologiska investeringen finns utspridd över hela landet. I dag saknas det ett system och riktlinjer för hur man skulle kunna finansiera stora investeringar i ett landsting eller region som sedan alla sjukvårdshuvudmän kan ha nytta av.

Det finns enbart ett regelverk för hur vårdkostnader ska regleras. Tyvärr löser inte regeringens förslag till reglering av rikssjukvården denna brist. Det innebär att nödvändiga och önskvärda investeringar för avancerad behandling, som t.ex. protonbehandling av cancer, inte etableras så snabbt som annars vore möjligt. Vi menar därför att staten bör ta ett kostnadsansvar för stora investeringar i avancerad teknologi som kommer hela landet tillgodo. Frågan om hur ett sådant kostnadsansvar ska utformas bör utredas, och regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

Sedan länge har vi haft ett nordiskt samarbete med gemensamma läkarjourer i gränsområden mellan Sverige, Norge och Finland. En del annat utbyte av vårdtjänster som hänger samman med gränsöverskridande boende och arbete förekommer också. Vissa kliniker vid Malmö och Lunds universitetssjukhus har ett samarbete med sjukhusen i Köpenhamn när det gäller den högspecialiserade vården. Vid platsbrist ska sjukhusen på ömse sidor om sundet hjälpa varandra. Liknande samarbete finns mellan sjukhusen i Mälardalen och Finland. Längst har det gränsöverskridande vårdssamarbetet utvecklats i Tornedalen. Vi menar att samarbetet med nordiska grannländer i framtiden bör fördjupas och även omfatta viss högspecialiserad vård. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En grupp som är beroende av en välfungerande högspecialiserad vård är patienter med sällsynta diagnoser. Att ha en sällsynt diagnos innebär särskilda problem eftersom så få andra människor har den och vårdens kunskaper och resurser därför ofta brister. Varje enskild diagnos är sällsynt, men att ha någon av alla de ca 250 diagnoser som Socialstyrelsen klassar som ovanliga är däremot långt ifrån sällsynt. De är ofta ärftliga, livslånga och svåra att diagnostisera. Vården för dessa patienter är i ett stort behov av översyn och samordning. Regeringen bör därför tillsätta en utredning om vården av patienter med sällsynta diagnoser. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En av de sällsynta diagnoserna är Retts syndrom. Syndromet förekommer i stort sett enbart hos flickor och kvinnor och medför rörelsehinder, svår skolios, oförmåga till viljemässigt agerande, epilepsi samt brist på kontroll och samverkan mellan bl.a. andning, blodtryck och puls. För detta finns i dag ett speciellt center som utvecklat en stor nationell kunskap – Rett Center på Frösön i Östersund. Rett Center är ett nationellt center för medicinsk specialistvård, forskning och information om Retts syndrom på tvärprofessionell grund.

Fel! Okänt namn på

Det är det enda av sitt slag i landet och ett av de få i världen. Centret har dock länge haft en osäker ekonomisk situation där man varit beroende av olika tillfälliga anslag och verksamheten är i stor utsträckning beroende av några få engagerade eldsjälar. Rett Center bör ha en långsiktig finansiering. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

19 Svensk hivpolitik både ineffektiv och omänsklig

Svensk hivlagstiftning är exceptionellt repressiv med hårda straff och mycket långtgående möjligheter till tvångsisolering. När man dessutom ser hur domstolarnas bedömningar i hivrättegångar sker mycket godtyckligt och att den åtalade – tvärtemot i alla andra brottsmål – i praktiken anses skyldig till dess den bevisar motsatsen, blir det tydligt att svenska hivpositiva lever i en oerhört utsatt situation. Är det priset vi måste betala för att begränsa hiv-virusets spridning? Man skulle kunna tro att hivlagstiftning innebär en sådan konflikt mellan å ena sidan individens fri- och rättigheter, å andra sidan samhällets strävan att begränsa sjukdomens spridning. Men den bilden är falsk. Hiv-epidemins kärna är stigma och tabu. Det är endast genom att arbeta mot dessa vi kan minska spridningen.

Vänsterpartiet motsatte sig inte dagens smittskyddslag när den kom 2003 eftersom vi trodde att den faktiskt krävdes för att begränsa smittspridningen. Idag blir det allt tydligare att vi hade fel.

I en rapport från juni 2009 för Socialstyrelsen har professor Madeleine Leijonhufvud granskat domar i svenska hivbrottmål. Hon fann att både brottsrubricering och tiden i fängelse man har dömts till skiljer sig mycket kraftigt åt mellan de olika fallen och att skillnaderna framstår som helt godtyckliga. Behovet av att se över lagstiftningen är alltså stort, men att skapa juridisk tydlighet är ändå inte det främsta skälet. Det krävs en helt ny linje mot hiv som på ett humant sätt effektivt begränsar sjukdomens spridning.

Att vara sjuk är inget brott, men när man ser hur hivpositiva behandlas i Sverige kan man lätt få intrycket att så är fallet. Ingen annan sjukdom är kringgärdad av så aggressiva tvångsåtgärder och långa fängelsestraff. Förutom att den svenska praxisen kan innebära stora problem för individen är den ineffektiv ur ett smittskyddsperspektiv när det gäller hiv.

Både FN:s kommission för mänskliga rättigheter och Europarådet avråder från tvångsisolering av hivpositiva eftersom det innebär kraftiga begränsningar av individens rättigheter utan att spridningen för den skall nämnvärt begränsas. Sådana åtgärder hjälper enligt forskningen vid mycket smittsamma sjukdomar som sprids vid sociala kontakter, men inte när det gäller hiv.

Internationellt är synen att tvångsisolering och hårda straff skulle hjälpa mot hivspridning mycket sällsynt. Att uppsåtligen sprida hiv bör fortsätta vara olagligt, men i andra fall är straff alltför kontraproduktivt.

Fel! Okänt namn på

Den hårda, straffinriktade linjen skapar fördomar mot hivpositiva och spär på bilden av att sjukdomen har med kriminalitet och ondska att göra. På så sätt har man i Sverige skapat ett läge där väldigt få hivpositiva väljer att leva öppet. Detta försvårar smittskyddet av flera skäl. Den som känner sig tvungen att hålla sin sjukdom hemlig utsätts för stora påfrestningar och får sämre förutsättningar att anpassa sig efter sjukdomen och ta ansvar gentemot andra. Ju fler fördomar mot hiv det finns desto större är skälen att inte informera en sexpartner om att man är positiv. Att en del personer då också kommer att sprida viruset är sorgligt men inte oväntat.

Det är också större risk att den som inte accepterar sin hivstatus drar sig för kontakterna med vården vilket försvårar smittskyddsarbetet. Naturligtvis är det även så att ju fler hivpositiva som känner att de inte kan leva öppet, desto mindre syns de i samhället. Det gör att allmänheten invaggas i den falska tron att hiv är något som finns långt borta hos andra sorters människor, inte här mitt ibland oss. Det skapas en bild av att säkert sex nog inte är så viktigt ändå.

Som hivpositiv har man i Sverige en skyldighet enligt lag att informera eventuella sexpartners om sin hivstatus. Vänsterpartiet vill avskaffa denna informationsplikt. Den kan för många verka rimlig men gör att hela ansvaret för hiv läggs hos de hivpositiva, vilket inte är en framkomlig väg att hindra smittospridningen i samhället. De allra flesta hivpositiva tar naturligtvis ett stort ansvar för att hindra spridning. Det finns några få personer som inte självmant gör det, men att tro att hot om fängelsestraff ska få dessa att upplysa sexualpartner om sin sjukdom framstår som absurt.

Samhället måste i stället satsa på stöd och minskade fördomar. Det som krävs är en förståelse för att hiv finns här mitt ibland oss och att säkert sex är både hivpositivas och hivnegativas ansvar. Hiv är en mycket allvarlig sjukdom men inte längre den dödsdom det var tidigare. Tack vare bromsmedicinerna är det en kronisk sjukdom människor lever länge med, vilket kräver ett nytt synsätt för att hindra spridning.

Informationsplikten skapar även stor rättsosäkerhet när en hivpositiv åtalas för att ha haft oskyddat sex, vilket drabbar såväl den enskilde som hela arbetet för att begränsa smittospridningen. Till skillnad från i andra brottsmål där den åtalade anses oskyldig till dess motsatsen har bevisats, måste den åtalade i hivmål själv kunna bevisa att han eller hon har informerat sin partner vilket naturligtvis är svårt i efterhand. Konflikter när ett förhållande tar slut kan leda till en anmälan som sätter den hivpositive i en mycket utsatt situation med orimliga krav att bevisa sin oskuld. De som fällt har dömts till fängelsestraff på upp till tretton år.

Denna situation gör att många som är rädda för att ha smittats i dag väljer att åka utomlands för att testa sig eller till och med väljer att inte testa sig alls. Detta eftersom man vid ett hivtest i Sverige alltid registreras om man visar sig vara positiv, något som på grund av den rättsosäkra och straffinriktade hivlagstiftningen kan leda till mycket stora problem för den enskilde. Att människor drar sig för att testa sig i Sverige drabbar smittskyddsarbetet hårt. Ju senare den hivpositive får en läkarkontakt desto sämre blir chanserna att hålla tillbaka sjukdomen med bromsmediciner och desto större är risken för vidare

Fel! Okänt namn på

spridning. Vidare drabbas naturligtvis smittspårningen när personer testar sig utomlands och vi förlorar även värdefull statistik över hur sjukdomen sprider sig i landet.

Den svenska hivpolitiken måste helt byta spår. Det är spridningen av hiv som ska bekämpas, inte de hivpositiva. Att Sverige än så länge har haft en förhållandevis begränsad spridning är inte tack vare den hårda och straffinriktade linjen, utan snarare trots den. Vår styrka har i stället varit hivpositiva som har tagit sitt ansvar och möjligheten att öppet och positivt diskutera sex. Detta bör främjas, inte motarbetas. Smittskyddslagens informationsplikt bör därför avskaffas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Vidare får tvångsisolering aldrig tillåtas ersätta god psykiatrisk vård och missbruksvård. Den möjliga tidslängden för tvångsisolering enligt smittskyddslagen bör därför begränsas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Gruppen hivpositiva äldre ökar, vilket ställer krav på ökad kunskap inom äldreomsorgen, och fördomar och diskriminering måste motarbetas. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att initiera en kompetenshöjning inom äldreomsorgen angående äldre hivpositiva. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Regeringen och det kristdemokratiskt styrda Socialdepartementet förhåller sig märkligt passiva inför ökningen av antalet hivsmittade i Sverige. Det behövs mer medvetenhet om hiv och förändrade attityder.

Vi föreslår därför att Socialstyrelsen ges i uppdrag att tillsammans med ideella organisationer genomföra en tydlig och målgruppsinriktad informationskampanj om hiv och säkert sex. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. 10 miljoner för detta ändamål anslås i Vänsterpartiets motion 2009/10:So511 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Ungdomsmottagningarna utgör en viktig del i arbetet mot hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar genom att de ger ungdomar möjlighet att ställa frågor och få svar kring sexualitet, identitet och säkert sex. Ungdomsmottagningarna och den nystartade sajten UMO (ungdomsmottagning på nätet) bör därför hålla öppna hela sommaren och ha hbt-kompetens.

Vidare vill Vänsterpartiet förstärka sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. Lärarna bör få stöd och utbildning för att på ett fördomsfritt och kunskapsbaserat sätt informera om sex och uppmuntra till säkert sex. Förstärkt sex- och samlevnadsundervisning skriver vi mer om i motion 2009/10:Ju265 Mäns våld mot kvinnor, samkönat partnervåld, hedersrelaterat våld och förtryck. Ytterligare en viktig del i arbetet mot spridning av hiv är införandet av sprututbytesprogram. Riksdagen har tidigare fattat beslut om åtgärder för att minska smittan av hiv i kretsar av intravenösa missbrukare. Det är nu hög tid att frågan om sprutbyte får sin lösning, inte minst i våra storstäder, så att inte fler personer drabbas. Detta är en fråga för landstingspolitiker runt om i landet och det är mycket angeläget att denna får sin lösning. Samtidigt måste behandlingsmetoder och så kallade lotsprojekt utvecklas och missbrukare ska ha rätt till vårdgaranti. Mer om detta finns i vår motion 2009/10:So312 Narkotikapolitik.

20 Omskärelse av pojkar

I Sverige är rituell omskärelse av pojkar tillåten. Vänsterpartiet anser att sådan omskärelse enbart bör göras på personer som själva har gett sitt samtycke och att en person måste ha nått vuxen ålder för att ett sådant samtycke ska vara tillräckligt.

Socialstyrelsen räknar med att ungefär 3 000 pojkar omskärs varje år i Sverige. För Vänsterpartiet var det naturligt att aktivt samverka med regeringen om ett lagförslag som innebär att man i lag reglerar verksamheten. På det viset kan man definiera ut de värsta avarterna och överträdelser mot regleringen straffbeläggas. En central punkt i detta beslut var att regeringen ålades att aktivt följa lagens tillämpning under fyra år och därefter återkomma till riksdagen med en bred redovisning av erfarenheterna. I diskussionerna från Vänsterpartiet har vi understrukit att vi ser detta beslut och denna lagreglering som ett första steg i en process som ska innebära att sedvänjan diskuteras öppet i samhället och så småningom mönstras ut och så småningom förbjuds.

Barnens rätt har i ett modernt upplyst samhälle klart företräde framför kulturella och religiösa traditioner. FN:s konvention om barnets rättigheter stadgar i artikel 19 att alla lagstiftningsåtgärder ska vidtas för att skydda barn mot alla former av fysiskt och psykiskt våld, skada eller övergrepp. I artikel 24 står det att konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Sverige bör fortsätta att vara ett land som tar barns rättigheter på stort allvar och skyddar barn mot övergrepp.

Man ska komma ihåg att omskärelse av pojkar görs på någon som inte har tillfrågats. Avlägsnandet av andra kroppsdelar, med religiösa eller andra ej medicinska motiv skulle inte tillåtas på någon som inte har tillfrågats. Vi föreslår att man väntar med omskärelsen till vuxen ålder, så att personen själv kan ta initiativ till ingreppet utifrån full insikt om innebörden. Enligt uppgift förekommer alternativa omskärelseceremonier i USA, England och Israel, där något kirurgiskt ingrepp inte görs.

Vi slår vakt om individens självklara rätt att slippa omotiverade medicinska ingrepp. Spädbarn har ingen möjlighet att själva samtycka till ett ingrepp som omskärelse. Äldre pojkars möjligheter att säga nej får ses som ytterst begränsade, då trycket från familj och traditioner kan vara hårt. En åldersgräns bör därför införas så att omskärelse som inte är medicinskt motiverad endast får utföras på personer över 18 år. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

21 Mödravård i glesbygd

Vänsterpartiet har vid flera tillfällen i riksdagen lyft fram frågan om att säkerställa en jämlik förlossningsvård i hela landet. Den oro som funnits över tillgången till förlossningsvård har funnits i såväl glesbygd som storstad. Orsa-

Fel! Okänt namn på

kerna har dock varit skiftande. En av de mest långdragna processerna har varit Kiruna BB som är ett bra exempel på faran med att inte se hela vårdkedjan.

När BB i Kiruna lades ned och verksamheten koncentrerades till Gällivare startade en intensiv debatt om förlossningsverksamhet i glesbygd. Vänsterpartiet har i den diskussionen med kraft verkat för att frågan om BB i Kiruna måste lösas men att det inte uteslutande kan handla om att öppna eller stänga en förlossningsverksamhet.

Vi menar därför att förlossningsverksamheten och mödravården måste utgå ifrån principer som tillgänglighet, närhet och trygghet. I Norge har förlossningsvården i stor utsträckning utformats utifrån möjligheten att nivåindela förlossningsvården samt möjligheten att göra riskbedömningar.

Det har inneburit en utbyggnad av s.k. födestueverksamheter, vilka är barmorskeledda. De vänder sig till kvinnor vars förlossning inte bedömts vara en riskförlossning och som har fött ett barn men inte fler än tre.

Enligt vår mening är den norska organisationen för förlossningsvård intressant då Norge har en stor andel glesbygd och med väl utbyggd transportmedicin kunnat kombinera tillgänglighet och säkerhet. Under det kommande året bör utvecklingsprojekt stimuleras för förlossnings- och mödravård i glesbygd. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

22 Medicinska aborter

När abortlagen trädde i kraft år 1975 var legal (inducerad) abort synonymt med kirurgisk abort. I 5 § andra stycket abortlagen står att ”endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §”. Sedan lagen trädde i kraft har såväl teknik, exempelvis med vaginala ultraljudsundersökningar, som läkemedel utvecklats. Teknikutvecklingen har inneburit att diagnoser kan ställas med större säkerhet. Nya läkemedel har bidragit till att en ny abortmetod har tillkommit, den medicinska. Med ny teknik och nya läkemedel utförs numera aborter i allt större utsträckning med den medicinska metoden. En förskjutning av arbetsuppgifter i abortverksamheten har skett.

Många arbetsuppgifter som tidigare hörde till gynekologer, hör nu till barmorskor och sjuksköterskor. Gynekologer såväl som barmorskor kan efter utbildning och erfarenhet utföra t.ex. vaginala ultraljud.

Vårdgivaren ansvarar för att abortverksamheten fungerar på bästa sätt och att god vård ska ges genom hög patientsäkerhet och tillgänglighet. Det är varje verksamhetschefs ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna med hänsyn till verksamhetens behov och personalens kompetens.

Förutom regelstyrda arbetsuppgifter som endast vissa yrkesgrupper får utföra eller som på annat sätt kräver särskild utbildningsbakgrund, erfarenhet eller befattning är verksamhetschefen fri att fördela arbetsuppgifterna mellan de olika personalkategorierna. Att utföra abort är en regelstyrd uppgift som är förbehållen läkare. I begreppet ”utföra” ryms, när det gäller medicinska abor-

ter, ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Läkaren har således, även enligt generella direktiv, det övergripande ansvaret för utförandet av medicinska aborter.

Med ordinationer enligt generella direktiv ges verksamhetschefer i abortverksamheten möjlighet att ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.

När Vänsterpartiet senast reste kravet på att i lagstiftningen uttryckligen ge barnmorskor rätt att utföra medicinska aborter, ansågs det av socialutskottet vara delvis tillgodosett eftersom möjligheten finns. Det missar dock helt syftet med förslaget. Trots att det är fullt möjligt har bara ett fåtal verksamhetschefer utnyttjat möjligheten att använda barnmorskors kompetens fullt ut, vilket annars skulle ha kunnat minska de oacceptabelt långa väntetiderna för abort och därmed risker och lidande.

Vänsterpartiet anser att lagstiftningen nu måste ändras så att barnmorskor ges uttrycklig rätt att utföra medicinska aborter. Detta ska riksdagen besluta.

23 Vård av blodsmittade missbrukare

Bara i Stockholm finns det ca 9 000 injektionsmissbrukare. Av dessa uppskattas hela 83 procent vara smittade av hepatit C. En del i arbetet mot spridningen måste bestå i ett införande av sprututbytesprogram vilket tyvärr inte har skett i Stockholm. Vi vet från Malmö och Lund, där sådana program finns, att smittspridningen har begränsats. Ett annat problem är att narkomaner som är hepatit C-smittade idag inte får någon adekvat vård eftersom det ställs orimliga krav som de måste uppfylla innan vården påbörjas. Det innebär lidande för den enskilde och bidrar till sjukdomens spridning. Vi anser att vård och behandling av missbrukare som smittats av hepatit C bör underlättas och prioriteras. Detta är landstingens och kommunernas ansvar, men eftersom det finns brister i deras arbete på området menar vi att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att följa upp och utvärdera vården av blodsmittade missbrukare. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

24 Organdonation

Varje år avlider cirka 100 000 personer i Sverige, varav uppskattningsvis 200–250 personer avlider under sådana omständigheter att organdonation vore möjlig. År 2007 transplanterades organ från 133 avlidna donatorer. På väntelistan finns nära 600 personer som väntar på nya organ. Donerade organ är för många svårt sjuka patienter den enda möjligheten att överleva, men tillgången till organ är i dag alltså så pass låg att människor avlider i väntan

Fel! Okänt namn på

på transplantation. Samtidigt har undersökningar visat att mellan 60 och 80 procent av svenskarna är positiva till att donera sina organ.

Såväl dessa som de som är negativa till att donera sina organ kan i dag anmäla detta till donationsregistret. De allra flesta svenskar gör emellertid inte det och vårdpersonalen måste då fråga de anhöriga om vad de tror att den avlidne önskade. Detta kan innebära att de anhöriga försätts i en svår situation, särskilt som det sker då en nära person just har avlidit. Inte heller för den vårdpersonal som ska ta upp frågan är situationen enkel.

Framför allt skapar systemet en organbrist eftersom många anhöriga till slut säger nej till donation trots att vi statistiskt vet att de flesta av de avlidna har varit positiva till donation. En möjlighet är att införa ett nytt system för donationsregistret där organdonation ses som standardalternativet. Den som är negativ till donation får då anmäla detta till donationsregistret medan man i övriga fall räknas som möjlig donator.

Vidare finns det skäl att överväga möjligheterna att förbättra förutsättningarna för donation genom att intensivvårdbehandla vissa patienter som idag inte får intensivvård. Det gäller patienter med svåra hjärnblödningar som inte bedöms kunna överleva. De får idag ofta vård på vanliga avdelningar och kan då inte bli donatorer. Om patienten är positiv till donation skulle en sådan patient i stället kunna ges intensivvård för att på så sätt kunna bli donator och liv räddas. Vi är vana vid att vård enbart ska ges för patientens egen skull, men samtidigt skulle intensivvård i dessa fall innebära att man följde och respekterade patientens vilja att bli donator och rädda en annan människas liv. Frågan rymmer alltså svåra etiska dilemman och måste belysas noggrant. Vi anser att det bör tillsättas en utredning om ett nytt system för donationsregistret enligt ovan samt riktlinjer för intensivvård i samband med organdonation. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Stockholm den 5 oktober 2009

Lars Ohly (v)

Marianne Berg (v)

Hans Linde (v)

Lena Olsson (v)

Jacob Johnson (v)

Alice Åström (v)

Elina Linna (v)