

Motion till riksdagen 2005/06:So431

av Erik Ullenhag m.fl. (fp)

Liberala reformer för kvinnors hälsa

Motionen delad mellan flera utskott

1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	3
3	Motivering.....	4
3.1	Sluta diskriminera de kvinnliga patienterna!.....	4
4	Kvinnors hälsa och vård i Sverige i dag.....	5
4.1	Kvinnor får inte rätt behandling vid hjärtsjukdom.....	5
4.2	Ökad psykisk ohälsa bland unga kvinnor.....	6
4.3	Kvinnornas alkoholkonsumtion ökar.....	6
4.4	Rökning – ett kvinnohälsoproblem.....	7
4.5	Mångfalden i vården minskar.....	7
4.6	Otillräckliga hälsokontroller.....	7
4.7	Hemlösa kvinnor far illa.....	8
4.8	Kvinnor avstår från tandvård.....	8
5	Folkpartiet liberalernas förslag:.....	8
5.1	Se vården ur ett jämställdhetsperspektiv.....	8
5.2	Öppna kvalitetsregistren för analys av könsskillnader.....	9
5.3	Vårdetiska principer med genusperspektiv.....	9
5.4	Genusperspektiv i vårdutbildningarna.....	9
5.5	Förnyelse med fler privata vårdgivare gagnar kvinnor.....	9
5.6	Åtgärder för en jämställd hjärtsjukvård.....	10
5.7	Bekämpa den psykiska ohälsan.....	10
5.8	Uppmärksamma kvinnors ”tysta” problem.....	10
5.9	Mer forskning om äldre kvinnors sjukdomar.....	11
5.10	Psykosocial kompetens på husläkarmottagningarna.....	11
5.11	Förebygg och minska alkoholmissbruk.....	11
5.12	Rätt till hjälp för rökstopp.....	11
5.13	Öka antalet gynekologer.....	12
5.14	Inrätta fler kvinnohälsomottagningar.....	12
5.15	Inrätta fler bröstmottagningar.....	12
5.16	Förbättra rehabiliteringen efter bröstcancer.....	12
5.17	Gynekologiska hälsokontroller ska vara gratis.....	12
5.18	Mammografiundersökningar till fler.....	13

Fel! Okänt namn på

5.19	Vård för kropp och själ – också för hemlösa	13
5.20	Tandvårdsreform viktig för kvinnorna	13

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om könsuppdelad statistik inom sjukvården och öppna redovisningar av uppgifterna i kvalitetsregistren.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om vårdetiska principer hos varje sjukvårdshuvudman.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om genusperspektiv i vårdutbildningarna.¹
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om den betydelse som mångfald i vården har för kvinnors hälsa.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om åtgärder för en jämställd hjärtsjukvård.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att bekämpa den psykiska hälsan bland framför allt de unga kvinnorna.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att uppmärksamma kvinnor med ”tysta” sjukdomar i vården och öka forskningen om äldres sjukdomar.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om ökad psykosocial kompetens på husläkarmottagningarna och fler kvinnohälsomottagningar.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att förebygga och minska alkoholmissbruket bland kvinnor.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om vårdgaranti för rökavvänjning.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att öka antalet gynekologer genom fri etablering av specialister i gynekologi.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att förbättra bröstcancervården.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om kostnadsfria gynekologiska hälsokontroller och att samtliga landsting skall följa Socialstyrelsens rekommendationer om mammografi.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om bättre vård för hemlösa kvinnor.

¹Yrkande 3 hänvisat till UbU.

Fel! Okänt namn på

3 Motivering

Det mesta går i fel riktning i det socialdemokratiska Sverige. Detta gäller även för kvinnors hälsa. Det bekräftas nu senast i Socialstyrelsens Folkhälso-rapport 2005. Hälsoutvecklingen är i flera avseenden mycket oroande. Det går att identifiera framför allt två grupper av kvinnor och unga vuxna som är bärare av den ”nya” ohälsan – fler sjukskrivna, psykisk ohälsa, ökad alkohol-konsumtion och fetma. I gruppen unga vuxna utmärker sig dessutom i flera avseenden de unga kvinnorna.

Vi anser att den socialdemokratiska regeringen har ett stort ansvar för den försämrade och ojämlika hälsoutvecklingen. Den politik som förs duger inte. Det visar inte minst ökningen av långtidssjukskrivningarna där skillnaderna mellan kvinnor och män stadigt ökat, med undantag för perioden 1990–1995 – som huvudsakligen råkar sammanfalla med den borgerliga regeringstiden. Och särskilt de långtidssjukskrivna kvinnorna lämnar nu i allt högre grad arbetslivet för att i stället bli förtidspensionärer. Det är särskilt tragiskt att nybeviljade sjukersättningar (förtidspensioner) för psykiska besvär är procentuellt störst bland yngre människor. Och när det gäller psykisk ohälsa så mår de utlandsfödda kvinnorna – flyktingar med kortare tid än tio år i Sverige – sämst.

Den socialdemokratiska vårdpolitiken bidrar till att cementera ojämlikheten. Vårdköer och dålig tillgänglighet drabbar dem hårdast som inte kan teckna privata sjukförsäkringar. Starka, friska och medelålders kan alltid ta för sig. Förbud mot privat driven sjukvård och mångfald minskar vårdpersonalens möjligheter att välja arbetsgivare och ta sig ur en ohälsosam ”inlåsning”. Folkpartiet liberalerna föreslår i denna motion ett antal åtgärder inom hälso- och sjukvården som syftar till att förbättra förutsättningarna för en god hälsoutveckling bland kvinnorna.

3.1 Sluta diskriminera de kvinnliga patienterna!

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Och mot bakgrund av kvinnornas i flera avseenden alarmerande hälsoutveckling så borde givetvis den bästa möjliga vården erbjudas kvinnorna.

Men trots detta talar verkligheten ett annat språk:

- Kvinnor får vänta längre på ambulans.
- Kvinnor får vänta längre på operation för grå starr.
- Kvinnors hjärtinfarkter missas.
- Kvinnor får billigare och mer omoderna läkemedel.
- Läkemedel dras ofta bort från marknaden på grund av biverkningar hos kvinnor.
- 60 procent av alla klagomålsärenden som hamnar hos Hsán (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) patientförsäkringen, Socialstyrelsen och huvudmännens patientnämnder handlar i dag om kvinnor.
- Uppgifter, i form av t.ex. statistik, om vilka de områden är där kvinnor har störst sjuklighet saknas.

Slutsatsen är att kvinnor får sämre villkor och vård än män inom svensk sjukvård 2004, något som också uppmärksammas i Socialstyrelsens rapport Jämställd vård 2004. Det är oacceptabelt, och i strid med hälso- och sjukvårdslagen. I rapporten konstateras att könsskillnaderna när det gäller åtgärdbar dödlighet faktiskt går att minska och till och med eliminera. En rad konkreta åtgärder för att förbättra vården för kvinnor behöver vidtas.

4 Kvinnors hälsa och vård i Sverige i dag

4.1 Kvinnor får inte rätt behandling vid hjärtsjukdom

De biologiska skillnaderna mellan män och kvinnor gör att många sjukdomar ser olika ut beroende på vilket kön patienten har. Det gäller särskilt för hjärt-kärlsjukdomar. Det resulterar i allvarliga konsekvenser då dessa sjukdomar utgör den vanligaste dödsorsaken i Sverige även för kvinnor, samtidigt som vården och forskningen inom området hittills präglats av ett manligt perspektiv. Ett exempel på detta är den bristande kunskapen inom vården kring mäns och kvinnors olika symptom. Centrum för genusmedicin vid Karolinska Institutet bedriver studier och stöder forskning om bl.a. hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor. När kvinnor får en hjärtattack drabbas de oftare än män av trötthet, andnöd och kväljningar vilket gör att de inte passar in i skolexemplet för en hjärtattack och får därmed inte alltid den vård de behöver på en gång. På akutmottagningen särbehandlas kvinnor, de får vänta längre än män på undersökning och EKG-tagning. Kvinnor med infarkt vårdas också i större utsträckning än män på vanlig vårdavdelning i stället för på intensivvårdsavdelning.

Kvinnor under 50 år har identifierats som en speciell riskgrupp inom hjärt- och kärlsjukdomar med en mer än dubbelt så hög dödlighet som männen. Det finns studier som visar att den höga dödligheten bland dessa kvinnor beror direkt på den låga frekvensen av korrekt behandling.

Fel! Okänt namn på

4.2 Ökad psykisk ohälsa bland unga kvinnor

Den psykiska ohälsan bland våra unga ökar och framför allt gäller det flickorna. Såväl skolhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri och ideella organisationer som har kontakt med barn vittnar om ökat antal ungdomar som söker hjälp för självdestruktivt beteende, depression och självmordstankar. Under senare år har det blivit allt vanligare med unga flickor, och pojkar, som skadar sig själva som en flykt undan ångest. Ingen vet i dag hur många svenska ungdomar som skadar sig själva. Under förra året gjorde dock Socialstyrelsen en mindre kartläggning som visade på att minst en procent av flickor mellan 13 och 18 år någon gång har skadat sig själv. Internationella undersökningar visar på mellan 5–7 procent, bland både pojkar och flickor. Årets rapport från Bris (Barnens rätt i samhället) visar också på mycket alarmerande siffror när det gäller den psykiska ohälsan. Kontakterna till Bris om självdestruktivt beteende ökade under 2004 med hela 40 procent och var 1 600 totalt. Lika många kontakter till Bris handlade om tankar på självmord. Utvecklingen har under flera år varit dramatisk. 90 procent av alla som hör av sig är flickor. Flickorna beskriver oftast att de känner sig värdelösa och att de inte har någon livslust. Bristen på självförtroende är avgörande i de flesta fall. Flickor har i och för sig i allmänhet lättare att uttrycka att de mår dåligt vilket avspeglar sig i denna statistik. Men man ska inte glömma att det är bland de unga männen mellan 15 och 24 år som självmorden tenderar att öka, och att självmord över huvud taget är vanligare bland män.

Ungdomsårens ångest har alltid existerat och orsakerna till den här ökningen är sannolikt flera. Det kan handla om ett hårdnande samhällsklimat och medierna som når oss överallt, ständigt, vilket inte minst drabbar ungdomarna. I en värld där alla förväntas vara alltmer perfekta och kompletta är det ännu svårare än för tidigare generationer att växa upp och skapa sin egen identitet. Nedskränningar som har drabbat skolhälsovård samt barn- och ungdomspsykiatri innebär att stödet till ungdomarna har minskat. Det handlar slutligen också om dagens föräldrars – relativt sett – minskade delaktighet i sina tonåringars liv.

4.3 Kvinnornas alkoholkonsumtion ökar

Män dricker mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor, men även kvinnorna har ökat sin konsumtion, vilket märks tydligast i gruppen 50–75 år. Bland kvinnorna, liksom bland männen, har andelen konsumenter som dricker en gång i veckan eller oftare ökat. Kvinnorna ökade mest sin vinkonsumtion, där andelen veckokonsumenter ökade från 17 procent 1996 till 27 procent 2001.

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar ökade under 1970-talet – sedan har den minskat åren 1980–2002 bland män i åldrarna 15–74 år, men ökat med 16 procent bland kvinnor i samma åldersgrupp. Männens dödlighet är cirka fyra gånger högre än kvinnornas. Utvecklingen skiljer sig betydligt åt mellan åldersgrupperna. Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser bland

kvinnor under 45 år har minskat sedan 1980, men ökat bland 45–74-åriga kvinnor (Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005).

4.4 Rökning – ett kvinnohälsoproblem

Rökning är en av de vanligaste orsakerna till hjärt- och kärlsjukdomar. Före 50 års ålder beror fyra av fem hjärtinfarkter på rökning. Lungcancer minskar bland män men ökar bland kvinnor på grund av rökningen. Bland rökare är kvinnor och framför allt unga kvinnor överrepresenterade. Det är ofta samma kvinnor som redan eller senare i livet kommer att arbeta inom offentlig sektor med stress och liten möjlighet att påverka sitt arbete. Kvinnor som kanske också kommer att lida av övervikt. Rökningen i sig ökar risken att dö i hjärt- och kärlsjukdom tre gånger. Kombinerad med högt blodtryck eller hög kolesterollhalt ökar risken fyrfaldigt. De tre faktorerna tillsammans ökar risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom med åtta gånger. Nikotinberoende i form av snusning förefaller öka bland kvinnorna. Detta är oroande även om hälsoeffekterna inte är klarlagda i dag.

4.5 Mångfalden i vården minskar

Kvinnor – och män – med vårddyrken är i praktiken hänvisade till kommuner och landsting som arbetsgivare. Den socialistiska vårdpolitiken innebär att mångfald motarbetas och privat vård läggs ner – husläkarmottagningar, privata läkare i öppenvård och barn- och ungdomspsykiatri. Att det finns en mångfald av arbetsgivare påverkar både löneutveckling och arbetsmiljö och har en viktig frihetsdimension. I den offentliga sektorn är det vanligare med långa sjukskrivningar till följd av stress och utbrändhet. De privata vårdgivarna redovisar generellt en högre trivsel bland de anställda.

Bättre karriärmöjligheter i vårddyrket, fler arbetsgivare inom vårdsektorn och en arbetstidsreform som ger makt över arbetstiden till den enskilde arbetstagaren är några förslag till åtgärder som skulle bidra till att fler vårdanställda stannar kvar i yrket. De ska också ha möjlighet och uppmuntras till att ”knoppa av” för att starta egna företag inom vården. Det är först när personalen mår bra som vården också blir bra för patienterna.

4.6 Otillräckliga hälsokontroller

Sedan början av 1970-talet är Socialstyrelsens rekommendation att kalla alla kvinnor mellan 23 och 60 år vart tredje år till en gynekologisk undersökning med syftet att tidigt upptäcka livmoderhalscancer. Denna verksamhet har varit mycket framgångsrik när det gäller att förebygga lidande och död, och 80 procent av kvinnorna kommer till undersökningen när de blir kallade. Hälsoundersökningen är dock inte gratis i alla landsting vilket innebär att i synnerhet unga kvinnor avstår från att delta. En uppföljning från Stockholms läns landsting visar att avgiften på 140 kr innebar att 17 procent färre kvinnor kom

Fel! Okänt namn på

till provtagning. I åldersgruppen under 30 år var det 23 procent färre kvinnor som kom till provtagning. Detta ”bortfall” motsvarar drygt 9 000 kvinnor under ett år. Erfarenhetsmässigt är det mellan 2 och 3 procent av de som tar proven som har cellförändringar som måste behandlas för att förebygga cancer. Bland de 9 000 som alltså inte kom kan man då uppskatta att 180–270 kvinnor under ett år har cellförändringar som inte blev upptäckta då de valt att inte komma till provtagning på grund av avgiften.

En tidig upptäckt av cancer ger bättre behandlingsresultat, främst genom minskad dödlighet. Socialstyrelsen konstaterar att allmänna hälsoundersökningar med mammografi av kvinnor som är äldre än 40 och yngre än 75 år kan minska risken för kvinnor att avlida till följd av bröstcancer. De bästa resultaten uppnås i åldersgruppen 50–69 år. I dag varierar åldersintervallen för när hälsoundersökning erbjuds beroende på var i landet kvinnan bor.

4.7 Hemlösa kvinnor far illa

Alla människor skall kunna få en säng att sova i på natten. Kampen mot hemlöshet måste drivas med högsta prioritet och på flera fronter. Många hemlösa har flera olika problem samtidigt. En tredjedel eller fler är psykiskt sjuka. En stor andel har också missbruksproblem i kombination med psykiatriska problem. Hemlösa kvinnor är en särskilt utsatt grupp, de tvingas till prostitution och far särskilt illa i sina relationer med män. Deras utsatta situation gör att de är särskilt mottagliga för infektioner och skador. Men den vanliga hälso- och sjukvården är inte anpassad för den som saknar bostadsadress och kanske har svårt att passa tider.

4.8 Kvinnor avstår från tandvård

Tandvårdsförsäkringen har urholkats alltmer. Många avstår från tandvård på grund av ekonomiska skäl. Landsorganisationen (LO) har nyligen presenterat en rapport om tandvården. Slutsatsen är att det finns klass – men också könsskillnader – i utnyttjandet av tandvården. Fakta som presenteras (källa SCB) visar att nästan 35 procent av de ensamstående kvinnorna med barn under 2003 avstod från att gå till tandläkare eller tandhygienist trots att de ansett sig ha behov av tandvård, med motiveringen att de inte hade råd. De yngre kvinnorna inom arbetarkollektivet är de som i högst utsträckning avstår från tandvård av ekonomiska skäl.

5 Folkpartiet liberalernas förslag

5.1 Se vården ur ett jämställdhetsperspektiv

Hälso- och sjukvården måste följas upp ur ett jämställdhetsperspektiv, med exempelvis könsuppdelad statistik. Först när vi ser könsuppdelad statistik kan

vi se vilka könsskillnader som finns. Därefter kan vi granska om det är rimliga skillnader som faktiskt beror på att vi har könsspecifika skillnader i hälsan eller om det är attityder och traditioner utan medicinsk grund som styr behandlingar.

5.2 Öppna kvalitetsregistren för analys av könsskillnader

De nationella kvalitetsregistren innehåller viktiga uppgifter om patienternas sjukdom och behandling, och är en utmärkt utgångspunkt för fördjupade analyser av skillnader i vårdpraxis. Öppna redovisningar av uppgifterna i kvalitetsregistren är nödvändiga för att man skall kunna följa upp också könsspecifika skillnader i behandling och vårdens resultat.

5.3 Vårdetiska principer med genusperspektiv

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller krav på att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Men det behövs därtill tydliga ställningstaganden från politisk nivå, manifesterade i form av vårdetiska principer inom varje landsting eller region. En sådan vårdetisk plattform ska ha diskuterats och förankrats bland vårdpersonalen och ha ett tydligt genusperspektiv. Vårdpersonalen liksom alla andra bär på attityder och värderingar som kan påverka bemötande och behandling negativt. Det är därför viktigt att den etiska plattformen för sjukvården i ett län förankras och tillämpas i det praktiska vårdarbetet. Personalen behöver betydligt mer tid för reflektion över frågor som berör etik i vården.

5.4 Genusperspektiv i vårdutbildningarna

De ansvariga på landets vårdutbildningar måste se till att genusperspektivet får genomslag i utbildningarna till olika vårddyrken – framför allt i läkarutbildningen. Det viktigaste är utbildning om kvinnors och mäns olika symtom. Läkarutbildningen är under omdaning, och i den nya utbildningen måste en förstärkning av genusperspektivet finnas med.

5.5 Förnyelse med fler privata vårdgivare gagnar kvinnor

Kvinnor går oftare till läkare än män. Vi tror att en ökad mångfald med fler alternativ ökar kvaliteten. Det är bra också för att vi ska kunna välja bort vårdgivare med till exempel dåligt bemötande. Vården behöver förnyelse och utveckling. Endast om vi släpper loss kreativiteten hos vårdpersonal – vanligtvis kvinnor – kommer vi att få full valuta för våra skatter. Ska vårdköerna för kvinnor som väntar på framfallsoperation eller på strålbehandling klaras

Fel! Okänt namn på

av snabbt måste vi våga prova andra lösningar än gårdagens. Mödra- och barnhälsovården är omistliga tillgångar för barnens och kvinnornas hälsa. Det höga utnyttjandet måste säkras, genom nya arbetssätt och valfrihet till familjerna som garanteras genom att pengarna följer det val som de blivande mödrarna och familjerna gör.

5.6 Åtgärder för en jämställd hjärtsjukvård

För att råda bot på kunskapsbristerna och göra sjukvården inom hjärt- och kärlsjukdomar könsneutral måste kunskap om hur kvinnors symptom skiljer sig åt vid dessa sjukdomar spridas inom vården. För de kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt måste rehabiliteringen och stresshanteringsutbildningen ökas. Kvinnor med hjärtsvikt och högt blodtryck ska också ha samma rätt som män att få de dyrare, nya mediciner som visat så goda resultat när de behöver dem.

I dag skrivs ACE-hämmare och blodfettssänkande mediciner ut dubbelt så ofta till män som till kvinnor. Det pekar på att det är attityder snarare än medicinska grunder som styr förskrivning. Sannolikt finns utrymme för ändrade förskrivningar till såväl kvinnor som män för att få en rationell, säker och kostnadseffektiv förskrivning.

5.7 Bekämpa den psykiska ohälsan

Skolhälsovården och psykiatrien måste därför ges mer resurser för att möta den ökade psykiska ohälsan bland i synnerhet unga kvinnor. Framför allt gäller det psykologer men också resurser för helt nya grepp när det gäller skolhälsovårdens organisation. Långa väntetider kan göra stor skada. En särskild besöksgaranti skall införas till barn- och ungdomspsykiatrien, med högst en månads väntan för första besök och kortare tid i allvarligare fall.

Politik och samhällsresurser är viktiga stöd i individers utveckling och liv. Men det räcker inte. Än viktigare är att vi håller den här diskussionen vid liv och att alla vuxna i samhället från föräldrar, morföräldrar, vänner och grannar till hem och skola, lärare och politiker med flera tar sitt ansvar för våra unga.

5.8 Uppmärksamma kvinnors ”tysta” problem

Många kvinnor lider i tysthet av sjukdomar som fibromyalgi eller vestibulit (slidkramp). De ”tysta” problem dessa ger upphov till måste uppmärksammas mer. En del kvinnor blir beroende av blöjor på grund av inkontinens eller livmoderframfall trots att det finns effektiv bot mot att kissa på sig. Detta kan åtgärdas enkelt med operation. Men i avsaknad av en vårdgaranti har köerna växt. Vi anser att de som behöver operation ska erbjudas det och den som kan behandlas med annan träning ska erbjudas kontakt med uroterapeut eller sjukgymnast. Dessa operationer kan med fördel ordnas i dagkirurgiska enheter utanför akutsjukhusen så att det går att arbeta snabbt och effektivt.

5.9 Mer forskning om äldre kvinnors sjukdomar

SBU har konstaterat att det finns få vetenskapliga behandlingsstudier av människor över 65 års ålder och för åldersgruppen äldre än 75 år finns det i stort sett inga sådana. I stället bygger verksamheten på studier av yngre åldersgrupper, från vilka slutsatser sedan dras vad gäller äldres behandling. Det är oacceptabelt att vården av människor med de största vårdbehoven vilar på så svag vetenskaplig grund. Detta drabbar inte minst de äldre kvinnorna som har en högre medellivslängd än männen. En svensk kvinna lever nu i genomsnitt tills hon är drygt 82 år. Folkpartiets förslag om försöksverksamhet med äldre-vårdscentraler (ÄVC) innebär inte bara ett bättre stöd till patienten och de anhöriga utan också ett förstärkt forsknings- och utvecklingsarbete.

5.10 Psykosocial kompetens på husläkarmottagningarna

De som söker för psykosociala problem utgör runt 30 procent av primärvårdens patienter, och en majoritet av dessa är kvinnor. Kvinnorna står också för en allt högre andel av långtidssjukskrivningarna, och depressioner är vanligare bland kvinnor. Alla vårdcentraler och husläkarmottagningar måste kunna erbjuda stöd och behandling från psykologer och kuratorer, exempelvis i stresshantering. Det minskar såväl mänskligt lidande som samhällets kostnader.

5.11 Förebygg och minska alkoholmissbruk

Den ökade alkoholkonsumtionen är en stor utmaning för vården och behöver mötas med nytänkande. Kompetensen och de ekonomiska resurserna för förebyggande av missbruk liksom missbruksvården måste förstärkas. Motiverande samtalsmetodik är en enkel åtgärd som alltid borde kunna erbjudas av vårdpersonalen. Detta gäller generellt för stöd att ändra levnadsvanor.

Alla husläkarmottagningar ska således arbeta med att förebygga alkoholmissbruk. Alla patienter bör rutinmässigt få möjlighet att svara på frågor om livsstil och alkoholkonsumtion vid besök eller vård på sjukhus. Det har visat sig att särskilt kvinnornas alkoholproblem då kan upptäckas. De förebyggande insatserna liksom missbruksbehandling ska anpassas efter kvinnornas särskilda behov och förutsättningar. Det innebär t.ex. att det ska finnas särskilda öppenvårdsmottagningar för kvinnor.

5.12 Rätt till hjälp för rökstopp

En viktig förändring för att minska antalet kvinnor som drabbas av cancer, KOL och hjärt-kärlsjukdom är att införa en vårdgaranti för rökavvänjning. Det finns effektiva metoder, och de flesta rökare vill sluta, men i dag saknas tillräckligt med resurser till rökavvänjning. Studier visar att även kort rådgiv-

Fel! Okänt namn på

ning med patienter som röker kan fördubbla antalet som vill sluta. Stöd för att sluta snusa måste integreras i arbetet mot tobak.

5.13 Öka antalet gynekologer

I takt med att ett ökat antal gynekologer går i pension behövs det nyrekrytering för att behovet av vård ska kunna täckas. Bristen kommer att leda till orimliga köer och det drabbar framför allt kvinnor som har svårt att tala för sig. Landstingen måste, i samarbete med de lokala läkarföreningarna, ha en tydligare styrning och prioritering av ST-tjänsterna för att behovet av bl.a. gynekologer ska kunna tillgodoses. Folkpartiet vill ha fri etablering av gynekologer.

5.14 Inrätta fler kvinnohälsomottagningar

Om man samlar olika kvinnoinriktade hälso- och sjukvårdsinsatser med specialister som t.ex. gynekolog, allmänläkare, barnmorska, psykiater, kurator och sjukgymnast under samma tak ger det en ökad trygghet och tillgänglighet för patienten. Det möjliggör också en helhetssyn kring kvinnans hälsoproblem. Kvinnohälsomottagningarna bör ha ett starkt förebyggande fokus och erbjuda hjälp med tobaksavvänjning, förbättrad kosthållning och motion.

5.15 Inrätta fler bröstmottagningar

Bröstmottagningar där all diagnostik är samlad underlättar och effektiviserar diagnostisering och behandling av bröstcancer. Det innebär kortare väntetid för undersökningar, möjlighet att träffa flera olika specialister och att redan samma dag få undersökningsresultat.

5.16 Förbättra rehabiliteringen efter bröstcancer

I dag erbjuds långt ifrån alla kvinnor rehabilitering efter avslutad bröstcancerbehandling. Alla kvinnor som drabbats av bröstcancer ska erbjudas stöd och rehabilitering, t.ex. tillgång till en särskilt utbildad bröstsjuksköterska i öppen vård som kan följa upp patienten och skapa trygghet. Ingen ska heller behöva vänta på att få en rekonstruktion av bröstet. Vårdgarantin ska gälla.

5.17 Gynekologiska hälsokontroller ska vara gratis

Patientavgift för gynekologisk hälsokontroll ska inte tas ut. Hälsoundersökningen ska vara gratis och ytterligare fler kvinnor – i synnerhet kvinnor i socialt utanförskap – måste motiveras att delta genom information om värdet av undersökningen. Detta är särskilt viktigt då de som uteblir har högst risk att utveckla livmoderhalscancer.

5.18 Mammografiundersökningar till fler

Det är inte acceptabelt att kvinnors möjlighet att få bröstet undersökta med mammografi varierar beroende på var de bor. Socialstyrelsens rekommendationer ska följas av alla landsting och alla kvinnor mellan 40 och 75 år ska erbjudas undersökning.

5.19 Vård för kropp och själ – också för hemlösa

Det ska finnas sjuksköterskor och personal med psykiatrisk kompetens tillgängliga på härbärgena för hemlösa. Det behövs därtill särskilda mottagningsar för hemlösa – vårdcentraler med mottagning för somatiska sjukdomar, beroende/psykiatriska problem, provtagning för hiv/hepatit och medicinsk fotvård. Det ska även finnas möjlighet till tandvård efter remiss. I själva verket kan många hemlösa uppleva dåliga tänder och tandlöshet som ett av de största problem de har. Hållpunkt Maria på Södermalm i Stockholm bör kunna stå som modell för fler satsningar av detta slag.

5.20 Tandvårdsreform viktig för kvinnorna

Folkpartiet har redan för två år sedan föreslagit en tandvårdsreform med s.k. abonnemangstandvård – ”årskort” hos tandvården – och ett förstärkt högkostnadsskydd. En sådan förändring gynnar inte minst kvinnorna, som generellt har lägre inkomster och pensioner än männen.

Stockholm den 20 september 2005

Erik Ullenhag (fp)

Kerstin Heinemann (fp)

Gabriel Romanus (fp)

Linnéa Darell (fp)

Helena Bargholtz (fp)

Marita Aronson (fp)

Mia Franzén (fp)

Tina Acketoft (fp)