

## Motion till riksdagen 2018/19:406

av Jonas Sjöstedt m.fl. (V)

# En hälso- och sjukvård tillgänglig för alla

---

## 1 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör utreda de allt större hälsoklyftorna och de stora skillnaderna i tillgång till vård samt återkomma med en nationell plan och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur akutmottagningar och primärvård samt övrig sjukvård kan organiseras på ett patientsäkert sätt och med fokus på tillgänglighet och kvalitet i glesbygd samt i områden med utsatt hälsoläge och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning gällande vårdkonsumtionen i landstingen för att kunna skapa en mer träffsäker ekonomisk styrning och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur det fria vårdvalet och etableringsfriheten påverkar tillgänglighet och organisering av sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda näringslivets, försäkringsbolagens och vårdbolagens inflytande på hälso- och sjukvården samt hur hälso- och sjukvårdslagens intentioner kan garanteras och patientsäkerheten bibehållas och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur digitaliseringen inom hälso- och sjukvården bör utformas så att ledord som kvalitet och patientsäkerhet står i fokus och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en nationell utredning gällande hyrpersonal och hur landstingen kan få ned kostnaderna och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta fram en långsiktigt ekonomisk nationell plan där det tydligt framgår hur kostnader för hälso- och sjukvården på lång sikt kommer att utvecklas gällande personal och fortbildning för personal och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och utvärdera styrningen av sjukvården utifrån landstingen och komma med rekommendationer till ett styrsystem som

svarar mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner och tillkännager detta för regeringen.

10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör göra en översyn av hur rehabiliteringsinsatserna ser ut i dag i Sverige och vilka resultat som finns samt hur delaktig rehabilitering kan utformas och tillkännager detta för regeringen.

## 2 Inledning

Rätten till hälsa har en central plats i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och ytterst är det statens ansvar att tillgodose detta. Arbetet ska ske hälsofrämjande och förebyggande. Hälso- och sjukvården lutar sitt arbete mot tre principer som utgör den etiska plattformen, dessa ska ligga till grund för prioriteringar inom vården.

- Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Resurserna bör fördelas efter behov och solidariskt.
- Det bör finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt vid val mellan olika åtgärder och verksamheter.

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

För Vänsterpartiet är frågan om jämlikhet inom hälso- och sjukvården en viktig prioritering. Den ojämlikhet som finns i vården i dag är inte acceptabel, det finns skillnader som är helt omotiverade. Var man än bor i landet och oavsett sociala faktorer ska det finnas förutsättningar för en bra och likvärdig vård. Det är en av anledningarna till att vi under förra mandatperioden förhandlade fram tio miljarder kronor till kommuner och landsting och flera andra stora budgetförstärkningar inom hälso- och sjukvården med fokus på en jämlik vård.

Det måste vidare ses över hur vi ska få en jämlik hälso- och sjukvård, både gällande geografisk och social jämlikhet. I regeringens proposition ”Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti” anges en förändring i hälso- och sjukvårdslagarna. Intentionen med lagändringen är att vården ska ges närmare befolkningen och att primärvården ska utgöra basen i vårdkedjan. Det är en välkommen lagändring i stora drag men kräver även vissa ytterligare förändringar.

Det är tydligt att den struktur med 21 olika landsting som ger vård på olika villkor måste förändras. De omotiverade skillnaderna inom hälso- och sjukvården måste också analyseras. Målsättningen är att inom hälso- och sjukvården hitta verktyg som på lång sikt kan ta bort skillnader i vården. I dag ser vi ett annat Sverige växa fram, ett Sverige där just större skillnader framträder. De stora hälsoklyftorna tenderar att bli större. Medellivslängden i Sverige har aldrig varit så hög som nu enligt nya siffror från Statistiska centralbyrån, SCB. Det hade kunnat vara enbart glädjande siffror men det finns oroväckande mönster om statistiken läses mer grundligt. Klyftan i medellivslängden har ökat mellan de 10 procent av befolkningen som tjänar mest och de

10 procent som tjänar minst. Vi vet också att de som bor i kommuner med större andel människor med högre utbildningsnivå lever längre än personer i kommuner med en högre andel personer som har kortare utbildning. I nya siffror från SCB visar statistiken att medellivslängden både vid 30 och 65 års ålder ökat mest för dem med eftergymnasial utbildning och minst för dem med förgymnasial utbildning. Vidare är det endast en grupp som sänkt sin medellivslängd och det är kvinnor med förgymnasial utbildning. En viktig aspekt att ta i beaktande gällande medellivslängden är att klyftorna inte endast beror på att livslängden sjunkit för fattiga och de med kortare utbildning utan att rika och de med längre utbildning har dragit ifrån. Statistik visar att andelen personer som dör till följd av hjärt- och kärlsjukdomar har minskat i hela befolkningen men med en mer betydande minskning hos personer som är höginkomsttagare. Det är viktigt att ta dessa siffror på allvar och att skapa en politik som inte drar isär vårt samhälle mer. Det blir tydligt att vi håller på att bygga in en orättvisa i vårt grundläggande välfärdssystem – detta behöver förändras. Regeringen bör därför skyndsamt utreda de allt större hälsoklyftorna och de stora skillnaderna i tillgång till vård och återkomma med en nationell plan. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

En överanvändning respektive underanvändning av vården tenderar att skapa en ojämlikhet. Det är av största vikt att det förs en politik som främjar att den person vars behov av vård är störst också är den som ska hamna först i kön. Vården kommer alltid att vara mer kostnadskrävande i glesbygden p.g.a. den rådande demografin. Det behöver finnas viss specialistvård, så som ortopedi, kirurgi m.m. på plats i samtliga landsting. Regeringen bör utreda hur akutmottagningar och primärvård samt övrig sjukvård kan organiseras på ett patientsäkert sätt i glesbygd samt i områden med utsatt hälsoläge med fokus på tillgänglighet och kvalitet. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Vidare vet vi att det finns mycket stora hälsoskillnader mellan olika delar av Sverige. Människor i glesbygdskommuner och utsatta stadsdelar i storstäderna har långt sämre hälsa än genomsnittet medan boende i rika kommuner runt storstäderna har bättre hälsa. Trots mångdubbelt högre ohälsotal är vårdresurserna i utsatta områden ofta sämre. Vi vet även att friska människor i storstadsregionerna tenderar att vara de personer som använder vården och dess resurser mest. För att inte en än mer ojämlik hälso- och sjukvård ska växa fram i Sverige bör regeringen tillsätta en utredning gällande vårdkonsumtionen i landstingen för att kunna skapa en mer träffsäker ekonomisk styrning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 3 Trygga välfärden, begränsa vinstjakten

En klok hushållning av våra gemensamma resurser blir alltmer viktig. För den nuvarande lagstiftningen där valfrihet och etableringsfrihet i vården blivit ledord får patienter i utsatta och eftersatta områden betala ett högt pris. I dag upphandlas verksamheter nästan uteslutande genom lagen om valfrihetssystem (LOV). Dessutom har det införts en kundvalsmodell för primärvården i hela landet som innebär att alla landsting och regioner i Sverige är skyldiga att ha vårdvalssystem med full etableringsfrihet inom sin primärvård. Landstingen har inte längre möjlighet att fritt välja system – privatiseringen av den svenska primärvården har därigenom fått totalt lagstöd och blivit

norm. I och med den lagstiftningen är det inte heller möjligt att demokratiskt styra var vårdcentralerna ska etablera sig. Lönsamhetskriterier har överordnats befolkningens behov av jämlik vård.

LOV handlar inte om valfrihet för patienten utan om den totala etableringsfrihet som har tvingats fram inom primärvården. Det är inte vårdbehoven utan de ekonomiska incitamenten som styr. Ojämligheten i vården ökar kraftigt i vårt land p.g.a. reformer som öppnat upp för privatiseringar och marknadsanpassningar. Flera rapporter visar att vårdcentraler eller andra verksamheter etableras i områden där det är mest ekonomiskt lönsamt för ägaren. Detta innebär i praktiken att mer vård ges till rika och relativt friska, medan det är glest med verksamheter både på glesbygd och i fattiga utsatta stadsdelar. De äldre, multisjuka, arbetsskadade, alla de som skulle behöva vården bäst får i stället mindre av vårdens resurser. I och med etableringsfriheten har exempelvis Stockholms läns landsting fått en hög andel vårdcentraler och primärvårdsverksamheter i de centrala delarna medan andra stadsdelar långt från citykärnan inte alls har samma täckning. En jämlik vård bör utgå från principer om vård efter behov och inte från principer om lönsamhet och vinster.

I Riksrevisionens granskning från 2014 ”Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?” konstateras att tillgängligheten av primärvård har upprättats i högre utsträckning i områden där vårdbehoven är lägre. Det är även enligt rapporten vanligare att vårdcentraler har avvecklats i områden där det finns en högre andel socioekonomisk utsatthet och större vårdbehov bland invånarna. Vidare menar Riksrevisionen att vårdvalsreformen även lett till att personer med komplexa och svåra sjukdomar i mindre utsträckning söker vård än de med lätta åkommor.

Stora reformer som påverkar ett helt lands infrastruktur för hälso- och sjukvården ska aldrig genomföras utan att en utvärdering även beslutas för att kunna se konsekvenserna av reformerna. Vänsterpartiet anser att förfarandet är otillständigt och att regeringen nu måste göra en översyn kring vilka konsekvenser en sådan genomgripande och negativt systemförändrande reform som LOV innebär. Regeringen bör utreda hur det fria vårdvalet och etableringsfriheten påverkar tillgänglighet och organisering av sjukvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 3.1 Reglering av sjukvårdsförsäkringar

Prioriteringar i vården ska bygga på alla människors lika värde och resurserna bör fördelas efter behov. Privata försäkringar skapar ökade orättvisor och vården blir tillgänglig och adekvat för dem som kan teckna en försäkring. Det finns många privata utförare av vård som också har möjlighet att ta in försäkringspatienter. I kombination med det kraftigt ökade antalet sjukvårdsförsäkringar – en sexdubbling från 100 000 vid millennieskiftet till 600 000 år 2017 – finns en risk för att man kan köpa sig före i kön genom en vårdförsäkring. Det är inte acceptabelt. Den offentligt finansierade vården måste bli så bra att ingen ser behov av att teckna en sjukvårdsförsäkring. I en granskning av 108 vårdgivare med avtal hos försäkringsbolaget Länsförsäkringar visade det sig att 62 även tar emot patienter från landstingets kö. Det blir då en fråga om prioriteringar för behandlande personal. En läkare kan inte behandla två patienter vid samma tidpunkt och därmed behöver en prioritering göras av vem som ska få ta del av vården. Det riskerar att leda till en urholkning av principerna för vården. En rapport från OECD menar att privata vårdförsäkringar snarare genererar ökad total vårdkonsumtion än en avlastning på den offentliga vården. Vården blir mer tillgänglig för de försäkrade

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

För att säkerställa att det är vårdbehov och inte plånbok som avgör vem som får vård först lade regeringen fram en proposition 2017 för att ytterligare stärka upp att den offentligt finansierade vården inte ska stå tillbaka p.g.a. privata sjukvårdsförsäkringar. Förslaget till lagändring avslogs av de borgerliga partierna och SD i riksdagen med motiveringen att den här typen av lagändring inte behövs utan att detta redan är nog reglerat. Det var ett anmärkningsvärt men inte så förvånande resultat från de borgerliga partierna och SD. Vården behöver regleras för att inte två parallella vårdssystem ska växa fram. Det handlar inte om att förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar, utan det handlar om att vården inom våra landsting ska fördelas enligt de styrande etiska principerna. När hälso- och sjukvården mer handlar om vinster och kostnadseffektivitet finns en risk att den styrande principen gällande fördelning efter störst behov av vård hamnar i skymundan. Regeringen bör därför utreda näringslivets, försäkringsbolagens och vårdbolagens inflytande på hälso- och sjukvården samt hur hälso- och sjukvårdslagens intentioner kan garanteras och patientsäkerheten bibehållas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 3.2 Digital vård – möjligheter men också risker

På kort tid har de digitala vårdappsjättarna vuxit i storlek, och framför allt i våra storstadsområden är det många som konsulterar läkare online i stället för att ta sig till en vårdcentral eller akutmottagning. Att även vården intar nya plattformar i ett alltmer digitaliserat samhälle är vi i Vänsterpartiet positiva till. I Västerbotten har t.ex. Storumans vårdcentral visat hur glesbygden kan bygga upp digitala vårdssystem som gynnar befolkningen. Där har man öppnat ett obemannat hälsorum, där läkarna finns med via videolänk och där invånarna själva kan mäta sitt blodtryck och ta prover. Allt detta i ett led att se till så att alla Sveriges invånare får tillgång till en likvärdig vård. Men som den digitala vården ser ut i dag kommer den inte alla till del. Det är inte landstingens digitala tjänster som dominerar marknaden och det är inte förorterna och landsbygden som tar del av utbudet. Det är i stället ett fåtal privata vårdappsjättar som har ett grepp om den digitala vårdsektorn och de som nyttjar den typen av vård är lindrigt sjuka bosatta i storstadsområden.

Detta är en del av en större trend, där ojämlikheten i tillgång till vård gör att vissa grupper missgynnas och i slutändan får sämre hälsa än andra. Ojämlikheten i tillgång till vård skiljer sig inte enbart mellan olika samhällsklasser utan klyftan går också mellan kön och geografisk hemvist, där tillgången till vårdcentraler och sjukhus är betydligt bättre i tätbefolkade delar av landet.

Den ojämlika tillgången till vård är en konkret manifestation av klassamhället, där effekten i slutändan blir att vissa lever sjukare och kortare liv än andra. De senaste 25 åren har den rika delen av befolkningen dragit ifrån resten av samhället när det kommer till hälsa – gruppen blir allt friskare och lever allt längre. Detta samtidigt som ojämlikheten i stort ökar snabbt i samhället. För tre decennier sedan var Sverige världsmästare i jämlikhet. Så ser det inte ut längre.

Marknadsutsättningen av vården är en anledning till varför hälsoskillnaderna ökar. Privatiseringarna har skapat en överblickbar marknad, där det är upp till den som behöver vård att försöka navigera i en uppsjö av vårdgivare. Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf stipulerar att vård ska ges efter behov. Så blir det inte när vårdcentraler prioriterar resursstarka grupper med lindriga sjukdomar i stället för mer vårdtunga patienter. Därför är det väsentligt att de digitala tjänsterna regleras så det inte riskerar att skapa mer ojämlikhet i samhället.

Den nya teknologin är bra och ska användas, men dagens system behöver ses över. Vi vill att samhället ska ta ansvar för att även den digitalt baserade hälso- och sjukvården är jämlik. Därför vill vi att landstingen ska ansvara för utvecklingen av och infrastrukturen för de digitala vårdkontaktorna. Primärvården bör kunna erbjuda digitala besök, inte minst för att öka tillgängligheten i glesbygd där det kan vara långt till närmsta vårdcentral. Detta ska kombineras med tillgång till en fysisk mottagning som patienten kan hänvisas till för personlig konsultation. I dag är det frivilligt för landstingen att erbjuda möjlighet att boka besök via webbsidor. Det råder även begränsad möjlighet för patienter att ta del av sin journal på internet. Detta menar vi ska vara obligatoriskt. När ansvaret för den digitala vården läggs över på landstingen skapar det också utrymme för att på olika sätt reglera appläkarnas verksamhet. Regeringen bör utreda hur digitaliseringen inom hälso- och sjukvården bör utformas så att ledord som kvalitet och patientsäkerhet står i fokus. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 3.3 Stafett- och hyrpersonal

Idag har den kraftiga överanvändningen av s.k. hyrpersonal gjort att systemet med fasta läkarkontakter i princip helt urholkats. Vi behöver ta ett långsiktigt grepp om kompetensförsörjningen och återväxten av personal på Sveriges olika vårdverksamheter för att inte vara fortsatt beroende av s.k. stafettpersonal som är dyr och dränerar vården på resurser.

En fast läkarkontakt i primärvården är ett effektivt sätt att göra hälso- och sjukvården mer patientcentrerad och bör kunna erbjudas de patienter som önskar det. När hälso- och sjukvården har en fast personalstyrka med bra täckning på de arbetspass som behöver fyllas ökar både personalens välbefinnande och vi skapar en tryggare och bättre miljö för patienter.

För ca två år sedan initierades ett projekt mellan Sveriges samtliga landsting, regioner och SKL där målet och syftet är att sjukvården ska bli oberoende av hyrpersonal till 1 januari 2019. Med endast ett par månader kvar tyder siffror och statistik på att väldigt få landsting kommer att ha nått målet. Projektet kommer enligt uppgifter att avslutas och därmed behöver nästa steg tas för att sjukvården ska bli oberoende av den kostnadstunga hyrpersonalen.

Regeringen bör tillsätta en nationell utredning gällande hyrpersonal och hur landstingen kan få ned kostnaderna. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4 Övriga viktiga frågor

### 4.1 En långsiktig personalförsörjningsplan

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

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

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

Det krävs ett helhetsgrepp för att trygga sjukvårdens personalförsörjning i hela landet både i närtid och i framtiden i form av en långsiktig kompetensförsörjningsplan som analyserar situationen och kommer med konkreta förslag på kort och lång sikt samt tydligt anger kostnaden för hur landstingen ska kunna rekrytera personal. Denna bör tas fram i samarbete med landets främsta experter på området. Man bör ta lärdom av andra länder och ha en kontinuerlig dialog med berörda intresseorganisationer och fackföreningar. Regeringen bör ta fram en långsiktigt ekonomisk nationell plan där det tydligt framgår hur kostnader för hälso- och sjukvården på lång sikt kommer att utvecklas gällande personal och fortbildning för personal. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 4.2 Styrning och ledning

I dag finns inte någon policy för hur sjukhusstyrelser på olika nivåer i Sverige ska byggas upp och inte heller vilka professioner de ska bestå av. Runt om i landet finns olika modeller där det inte går att ta del av vare sig någon analys eller utvärdering. Vissa landsting anser att styrelser ska bestå av representanter från näringslivet, andra politiker. Professionen och patientrepresentanter är inte alltid representerade utifrån sina organisationer. Det är dags för en genomlysning samt utvärdering av hur sjukvården styrs samt utifrån det rekommendationer om hur styrelser på olika nivåer kan byggas upp för att kunna bevaka hälso- och sjukvårdens intressen. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och utvärdera styrningen av sjukvården utifrån

landstingen och komma med rekommendationer till ett styrsystem som svarar mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 4.3 Rehabilitering efter behandling

Efter att ha drabbats av och genomgått behandling för cancer, stroke, psykisk sjukdom eller andra allvarliga tillstånd ska livet så sakteliga försöka återgå till ett nytt men annorlunda liv. För att kunna göra detta behöver patienter få möjlighet till rehabilitering. Rehabilitering kännetecknas av olika insatser som kan behövas för att den som varit sjuk eller skadad ska få tillbaka så mycket som möjligt av sin fysiska och psykiska förmåga. I rehabilitering ingår även olika hjälpmedel för att kompensera förmågor som påverkats av sjukdom eller skada. Insatserna ska självklart vara individuella efter behov. Rehabilitering innefattas av både psykisk, fysisk och social rehabilitering.

Psykisk rehabilitering bör innehålla kontakt med kurator, psykolog, psykiatriker eller sjuksköterska med vidareutbildning. Den fysiska rehabiliteringen innebär vanligen att kroppen stärks genom olika träningsaktiviteter, som kan innefatta allt från promenader till hård träning beroende på de egna förutsättningarna. Men fysisk rehabilitering berör även hjälp vid olika typer av fysiska funktions- och aktivitetsnedsättningar. Här behövs t.ex. dietist, logoped, fysioterapeut eller tandläkare. Att återgå till livet efter en svår sjukdom med efterföljande behandling kan vara traumatiskt.

Dagens hälso- och sjukvård är mer fokuserad på att bota och lindra än att rehabilitera. Genom rehabiliteringsinsatser kan patienter närma sig ett socialt välfungerande liv igen. Vänsterpartiet får signaler om att rehabiliteringen i dag efter sjukdomar med svåra tillstånd haltar nationellt. Rätten till individuell vårdplan och individuell plan för rehabilitering måste kunna garanteras. Behoven av rehabilitering ska utgå från patienten och personens egna resurser och situation. Målen och åtgärderna ska följas upp regelbundet med patienten. Eftersom behovet av rehabilitering kan ändras över tid är det viktigt att det med jämna mellanrum görs nya bedömningar.

Hur rehabiliteringen genomförs i de 21 landstingen/regionerna är svårt att få en överblick av. Samma sak gäller rehabiliteringens resultat i fråga om skador och problem relaterat till sjukdom/tillstånd, det sociala livet, möjligheterna till arbete samt samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Regeringen bör göra en översyn av hur rehabiliteringsinsatserna ser ut i dag i Sverige och vilka resultat som finns samt hur en delaktig rehabilitering kan utformas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

*Jonas Sjöstedt (V)*

*Jens Holm (V)*

*Birger Lahti (V)*

*Linda Westerlund Snecker (V)*

*Maj Karlsson (V)*

*Mia Sydow Mölleby (V)*

*Karin Rågsjö (V)*