

Motion till riksdagen 2005/06:So702

av Maud Olofsson m.fl. (c)

Hälso- och sjukvårdens framtid

Motionen delad mellan flera utskott

1 Sammanfattning

I denna motion lägger Centerpartiet sina förslag för förebyggande hälsoarbete samt hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdspolitiken måste i högre grad inriktas på att främja hälsa och förebygga ohälsa, i stället för att enbart behandla redan uppkomna hälsoproblem. Den viktigaste resursen i detta arbete är att ta till vara individens eget engagemang och egna hälsoresurser. Kvinnor och män ska behandlas lika i vården. Tillgängligheten ska förbättras genom fritt val av fast vårdkontakt, fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Centerpartiet ser positivt på fler privata och ideella utförare i vården – något som både bidrar till att utveckla verksamheten och öka effektiviteten. Det är dessutom av stor betydelse för vårdens personal – i stor utsträckning kvinnor – som på så vis kan få utlopp för sina idéer, välja bland fler arbetsgivare och se nya karriär- och lönemöjligheter öppnas.

Bland förslagen i motionen kan nämnas:

- Ett individuellt elektroniskt hälsopass åt alla som ett kraftfullt verktyg för individen att förstå sin hälsa och bli delaktig i eventuella vårdinsatser.
- Bygg upp ett nationellt Hälsönät – dvs. ett gemensamt informationssystem för all hälso- och sjukvård i Sverige. Nätet inkluderar elektroniska journaler och hälsopass, öppna kvalitetsregister och statistiska databaser m.m. Nätet förverkligas genom en PPP-lösning (public-private partnership).
- Fritt val av fast vårdkontakt som kan vara läkare eller sjuksköterska.
- Fritt vårdval.
- Nationell vårdgaranti.
- Radikalt förbättrade villkor för entreprenörskapet i vården.

Fel! Okänt namn på

2 Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	1
2	Innehållsförteckning	2
3	Förslag till riksdagsbeslut.....	3
4	Inledning.....	5
5	Investera i hälsa	6
5.1	Elektroniskt hälsopass åt alla.....	7
5.2	Inför ett nationellt hälsönät med PPP-lösning (public-private partnership).....	7
5.3	Förstärk det hälsofrämjande inslaget i vårdutbildningarna	9
5.4	Förebygg äldres ohälsa	9
6	En jämställd hälso- och sjukvård.....	9
6.1	Bekämpa de regionala hälsoklyftorna.....	10
6.2	Stöd, kompetensutveckling och avlastning för anhöriga	11
6.3	Gör det lönsamt att investera i hälsa	11
6.4	Utred orsakerna bakom den snabbt ökande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar	12
7	Vård med patienten i centrum	12
7.1	Samlad patienträttighetslag.....	12
7.2	En utbyggd nära vård.....	13
7.3	Avlasta akutsjukvården.....	13
7.4	Slut vårdkedjorna.....	13
7.5	Minska byråkratin i vården.....	14
7.6	Fritt val av vårdkontakt.....	14
7.7	Gör verklighet av det fria vårdvalet	15
7.8	Tillgänglighet och nationell vårdgaranti.....	15
8	Personal	16
9	Släpp loss entreprenörskapet i vården	17
9.1	Stopplagen	18
9.2	Lättare att få F-skattsedel	18
9.3	Uppdelad upphandling och utmaningsrätt	19
9.4	Revidera lagen om offentlig upphandling.....	19
9.5	Avskaffa åldersgränsen för privata vårdgivare	19
10	Komplementär medicin	20
10.1	Utredning av alternativmedicinska behandlingsmetoder	20
10.2	Kompetenscentrum.....	20
10.3	Förbättrade möjligheter för medicinsk personal att använda alternativa behandlingsmetoder	21

3 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om att Sveriges hälso- och sjukvård bör ha en tydlig hälsoorientering och mobilisera individens eget engagemang och egna hälsoresurser.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om utvecklande av ett individuellt elektroniskt hälsopass.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om införandet av ett nationellt hälsönät med PPP-lösning (public-private partnership) och skydd för den personliga integriteten.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om stärkande av det hälsofrämjande inslaget i vårdutbildningarna.¹
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om särskilda hälsofrämjande insatser för äldre.
6. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till åtgärder för att säkerställa en jämlik behandling av kvinnor och män i hälso- och sjukvården i enlighet med vad som i motionen anføres.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om de regionala hälsoklyftorna.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om att hälso- och sjukvårdens ekonomiska drivkrafter att investera i hälsa behöver utredas ytterligare.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om behovet av fördjupad analys av barn och för att förebygga psykisk ohälsa bland barn och ungdomar.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om en samlad patienträttighetslag.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om betydelsen av en bättre personalförsörjning för att närsjukvården skall kunna fungera som första linjen i vårdkedjan, särskilt när det gäller allmänläkare och sjuksköterskor, men även andra specialister.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om betydelsen av en väl fungerande närsjukvård och uppsökande vård för att avlasta akutsjukvården.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om kommunernas och landstingens ansvar för att sluta vårdkedjan mellan slutenvården och äldrevården.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att regeringen skall förenkla regelverk och byråkrati i vården och redovisa resultatet inför riksdagen.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om behovet av resurspersoner för att läkaren skall kunna använda sin kompetens på bästa sätt i arbetet med patienter.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om fritt val av fast vårdkontakt.

Fel! Okänt namn på

17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om behovet av att noggrant följa effekterna av en friare etablering för vårdlotsar på den geografiska fördelningen av läkarresurser.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om att det fria vårdvalet måste förtydligas och vidgas.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om införande av en nationell vårdgaranti med tydliga drivkrafter, och om en på sikt kortad garantitid till en månad.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om en nationell strategi för personalförsörjningen inom vård och omsorg.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om att statsmakten bör se positivt på och stimulera en utveckling mot ökad mångfald och konkurrens inom vård- och omsorgssektorn, samt respektera landstingens rätt att avgöra vilka system för konkurrens och vilken fördelning av privat respektive offentlig drift av hälso- och sjukvård som lämpar sig i respektive landsting.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om utmaningsrätt.²
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om att reglerna för upphandling av vård- och omsorgstjänster bör omarbetas och föras in under hälso- och sjukvårdslagen.²
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om avskaffande av åldersgränserna för viss vård- och tandvårdspersonal.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförts om vetenskaplig utvärdering av alternativa behandlingsmetoder, uppbyggnaden av ett kompetenscentrum och förändrad lagstiftning för alternativmedicinska behandlingar.

¹ Yrkande 4 hänvisat till UbU.

² Yrkanterna 22 och 23 hänvisade till FiU.

4 Inledning

Svensk sjukvård håller i många avseenden en hög kvalitet vid internationell jämförelse. Den tekniska nivån är hög och personalen kunnig och välutbildad. När personer väl får tillgång till vården blir resultatet ofta gott. Men det finns också allvarliga brister. Det är svårt att få tillgång till vård och väntetiderna är långa och många. Mest uppmärksammade är köerna till sjukhusbehandling, men innan dess har patienten ofta stått i telefonkö till vårdcentralen, i väntetid för besök på vårdcentralen och i kö till specialist. Den sammanlagda ”kökedjan” leder till fysiskt lidande och stor oro och ängslan hos många sjuka. I värsta fall försämras behandlingsresultatet.

Vårdens organisering är inte tillräckligt orienterad mot patientens behov. Många patienter känner sig fortfarande, trots stora förbättringar, maktlösa när de bollas fram och tillbaka i vårdkedjan mellan allmänläkare, specialister och sjukhusvård.

Den största outnyttjade resursen i svensk hälso- och sjukvård är människornas egen delaktighet i hälsoarbetet. Centerpartiet vill utveckla den svenska hälso- och sjukvården så att medborgarna får maximala möjligheter att påverka sin egen hälsa och vård.

En stor del av vårdinsatserna riktar sig till multisjuka äldre som ofta är dementa. Dessa personer kan ha svårt att själva ta till vara sina intressen och att personligen vara delaktiga i vården, exempelvis vid val av behandling och medicinering. Därför är det viktigt att också göra anhöriga delaktiga.

Kvinnor och män bemöts på olika sätt i vården. Män får ofta bättre behandling medan kvinnor ibland behandlas sämre. Det är oacceptabelt. Läke-medel är ofta utformade efter forskning på män, vilket drabbar kvinnor genom oförutsedda effekter, biverkningar m.m. Även om medvetenheten om bristande jämställdhet i vården har ökat och åtgärder – inte minst inom läke-medelsforskningen – har skett, måste arbetet för en jämställd vård drivas intensivt.

Entreprenörens kreativitet och strävan efter utveckling av verksamheter och metoder måste också få komma vården till del. Den ofta kvinnliga personalen måste få samma möjligheter att utvecklas, göra karriär, byta jobb och starta företag som finns på de privata arbetsmarknader där de flesta män är verksamma.

Hälso- och sjukvården bör utvecklas och moderniseras enligt följande principer:

- Vården ska ha en tydlig hälsoorientering och mobilisera individens eget engagemang och egna hälsoresurser. Förebyggande och hälsofrämjande insatser ska utgöra grunden. Huvuddelen av vårdarbetet handlar om att möta människor med kroniska sjukdomstillstånd. Genom att vården bättre tillvaratar individens egen hälsopotential förbättras behandlingsresultaten. Patienten stärker därmed kontrollen över sitt eget liv.
- Vården ska vara nära. Tillgängligheten till den första vårdkontakten är oerhört betydelsefull för den fortsatta behandlingen och för tillfrisknandet.

Fel! Okänt namn på

Därför är det angeläget att utveckla vårdens organisation och öka inslaget av alternativa driftsformer som underlättar en vård nära människor.

- Vården ska vara tillgänglig. För att klara det vill Centerpartiet införa en verklig nationell vårdgaranti med starka drivkrafter för vårdgivarna att satsa på att korta köerna och förbättra logistiken.
- Vården ska ske med stor delaktighet, där patienten känner att han eller hon förstår vad det är som händer och behandling/medicinering beslutas i dialog.
- Vården ska hålla hög kvalitet. För att underlätta för människor att göra medvetna val i samband med behandling ska kvalitetsregistren göras öppna och tillgängliga och utgöra grund för människors val av vårdgivare.
- Vården ska vara jämlik och behandla kvinnor och män likvärdigt, både som patienter och som personal.
- Vården ska utvecklas inifrån och underifrån – genom att släppa fram personalens entreprenörskap och vara möjlig att påverka genom patienternas val.

5 Investera i hälsa

Det förebyggande hälsoarbetet behöver lyftas fram som en strategisk politisk utvecklingsfråga, en förutsättning för tillväxt i samhället – inte en liten del av sjukvårdspolitiken. För att motverka att hälsorisker utvecklas till framtida sjukdom, är det nödvändigt att hälso- och sjukvården kan prioritera en del av sina resurser för investeringar i förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är också viktigt att göra individer och grupper engagerade i sin egen hälsa och ta till vara deras engagemang.

Förebyggande insatser får ofta låg prioritet eftersom akuta insatser alltid måste ges företräde i beslutsögonblicket. Detta även om krämpan egentligen beror på försummade förebyggande insatser. Genom att se hälsoutveckling ur ett investeringsperspektiv, har man en plattform som skapar utrymme för preventiva investeringar som återbetalar sig i framtiden i form av lägre vårdkostnader, samtidigt som dessa investeringar inte direkt hamnar i konkurrens med akuta insatser. För att avlasta vården måste tänkandet kring investeringar i hälsa prägla andra samhällssektorer: utbildningen, familjepolitiken, rehabiliteringsinsatserna för att ta några exempel.

En modern hälsovård måste ge förutsättningar för människor att vårda sin hälsa – att ge verktyg, kunskaper och motivation. Genom att inrikta vårdens arbete på att stärka individens självkänsla och kunskap om sin egen hälsa, underlättas en bra egenvård. Synergieffekter kan uppnås genom nya metoder för att föra ut saklig hälsoinformation, förbättra sjukvårdsupplysningen och receptfria läkemedel i dagligvaruhandeln.

En politik som ser hälsa som ett investeringsområde måste innehålla ekonomiska incitament som gör att hälso- och sjukvårdssektorn kan tillgodogöra sig delar av den samhällsekonomiska vinsten från förebyggande folkhälsoinsatser.

Sveriges hälso- och sjukvård bör ha en tydlig hälsoorientering och mobilisera individens eget engagemang och egna hälsoresurser. Detta bör ges regeringen till känna.

5.1 Elektroniskt hälsopass åt alla

Det är viktigt att individen får bättre verktyg för att kunna förstå och ta ansvar för hälsan och egenvården. Ett individuellt elektroniskt "hälsopass" bör utvecklas och införas. Passet är en utveckling av idén om elektroniska journaler och kan fyllas med information från hälsokontroller, läkarbesök, men även uppgifter om vikt, livsstil (tobaks- och alkoholkonsumtion m.m.), lokala miljöfaktorer etc. Passet ska kunna kopplas till hemdator eller datorer på apotek och vårdinrättningar och kombineras med informationsverktyg som innebär att innehavaren kan få lättillgänglig information om den egna hälsan, såväl som annan hälsoinformation som kan vara relevant i den aktuella livssituationen. Hälsopasset kan hjälpa människor att förstå sin hälsosituation och bli en stark motivationskraft för att förändra beteenden som motverkar en god hälsa.

Hälsopasset fyller också funktionen som elektronisk journal när individen behöver vårdinsatser. Som sådan bidrar det till att radikalt förbättra hanteringen av vårdinformation och samordningen av vårdinsatser. Genom att hälsopasset ägs av individen och är utformat med ett användarvänligt gränssnitt underlättar det att individen blir delaktig i och kan förstå sin vård och medicinering. Självklart behöver hälsopasset/journalen utformas så att det på ett tillförlitligt sätt skyddar den personliga integriteten. Hälsopasset ska också – med ägarens godkännande – kunna användas av anhöriga. För personer som har svårt att själva använda sitt hälsopass bör vård- eller apotekspersonal kunna bistå. Möjlighet att "skriva ut" delar av hälsopasset ska finnas på vårdcentraler och i apotek.

Hälsopasset ska vara en del av det nationella hälsonet, varom förslag följer nedan.

Riksdagen bör av regeringen begära förslag om utvecklande av ett individuellt elektroniskt hälsopass i enlighet med vad som ovan anförts.

5.2 Inför ett nationellt hälsonet med PPP-lösning (public-private partnership)

En bättre användning av informationsteknik har stor betydelse för att uppnå en modern hälso- och sjukvård med delaktiga och välinformerade patienter, bättre samordning av olika vårdgivares insatser, kortare väntetider och ökad valfrihet. Ett arbete för att länka samman de data- och informationssystem som redan finns i vården pågår, men målet måste sättas högre än att enbart förbättra kommunikationen mellan läkare.

Centerpartiet vill bygga ett nationellt hälsonet med bl.a. följande funktioner:

Fel! Okänt namn på

- Individuella hälsopass/elektroniska journaler som möjliggör en snabb, smidig och integritetssäker överföring av information om behandling och medicinering mellan patient, läkare, farmaceut och annan vårdpersonal.
- Tillförlitliga och tydliga kvalitetsregister som ger patienter och vårdpersonal goda möjligheter till jämförelser av olika vårdgivares resultat, väntetider, kostnader m.m.
- En nationell hälsportal med möjlighet för allmänhet, patienter, läkare och administratörer att hämta aktuella uppgifter om allt från väntetider vid olika vårdinrättningar, effektiviteten av olika behandlingar, kostnader vid olika sjukhus m.m.

Det finns stor potential i en effektivare informationshantering inom hälso- och sjukvården. Möjligheterna att stärka individens egenmakt och delaktighet har redan berörts. De elektroniska journalerna möjliggör automatiserad insamling av information om i stort sett allt vårdarbete som utförs i Sverige. Denna information kan ge ett mycket gott underlag för analys och jämförelser av kvalitet och resultat på olika vårdinrättningar, behandlingsmetoders och läkemedels effektivitet, kostnader, statistik om hur kvinnor, män eller andra grupper behandlas i vården osv. Denna information kan stärka kvalitetsutveckling, utvärdering av läkemedel och behandlingsmetoder och ersättnings- och styrsystem. Också för den medicinska forskningen och läkemedelsindustrin bör ett sådant register kunna vara av stort värde. I förlängningen kommer en bättre kunskap om det svenska vårdarbetet alla medborgare till del också på detta sätt, genom en bättre hälso- och sjukvård.

Ett nationellt hälsonät av detta slag kan förväntas vara mycket kostsamt att bygga upp, även om man använder sig av de olika data- och informationssystem som redan används i landstingen. Å andra sidan skulle nyttan – även räknat i pengar – kunna vara betydande. För att finansiera färdigställandet av det nationella hälsonätet bör möjligheten till en så kallad PPP-lösning (public-private partnership) användas. Landstingen, nationella myndigheter som Försäkringskassan, Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen, universitet och högskolor, liksom läkemedelsföretag borde ha ett intresse av att gemensamt finansiera hälsonätet för att sedan kunna köpa statistik och information.

Självfallet måste ett sådant hälsonät utformas med mycket stränga sekretessföreskrifter så att individerna kan känna sig trygga med att personlig information inte kommer andra till del än de som är behöriga. Det bör dock vara möjligt att gruppera informationen på flera olika nivåer samt säkerställa att vårdpersonal enbart får ta del av sådan information som patienten själv medger och som är av relevans för den aktuella behandlingen. Omvandlingen av individuella data som rör patienten kan och ska avidentifieras automatiskt innan den övergår i de databaser som kan ligga till grund för kvalitetsregister och forskningsmaterial.

Vad som ovan anförts om införandet av ett nationellt hälsonät genom PPP-lösning, och med skydd för den personliga integriteten, bör ges regeringen till känna.

5.3 Förstärk det hälsofrämjande inslaget i vårdutbildningarna

En modern hälso- och sjukvård som arbetar förebyggande ställer krav på vårdpersonalens kunskaper om hur livsstilen påverkar hälsan, om förebyggande insatser, effekterna av livsstilsfaktorer, fysisk aktivitet. Personalen måste också ha förmåga att informera om hälsa och hälsorisker och motivera sina patienter. Det är därför rimligt att alla sjuksköterskor och läkare som har patientkontakt ges utbildning i förebyggande hälsovård, bemötande och motiverande samtalsteknik. Det hälsofrämjande inslaget i vårdutbildningarna behöver stärkas. Detta bör ges regeringen till känna.

5.4 Förebygg äldres ohälsa

Särskilda hälsofrämjande insatser behövs för äldre. Såväl i Danmark som i Västerbotten har förebyggande hembesök hos äldre bidragit till en bättre hälsa. Tidiga vårdbehov har identifierats och ohälsa av olika slag, liksom fallskador, har kunnat förebyggas. På flera håll i landet har man satsat på att förebygga fallskador eller inventera äldre personers läkemedelsförskrivningar med ett resultat som både förbättrat hälsan och minskat kostnaderna. Hembesök och väntjänst för äldre bidrar till att bryta social isolering samtidigt som vårdkostnaderna minskar. Samarbete mellan kommunernas och landstingens vård- och omsorgsinsatser för äldre måste förbättras. Stöd till anhöriga och samarbete med frivilligorganisationer kan också spela en viktig roll för att förebygga äldres ohälsa. Detta bör ges regeringen till känna.

6 En jämställd hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården avspeglar de ojämlika förhållandena i samhället mellan män och kvinnor. En undersökning från Socialstyrelsen visar att män genomsnittligt sett får bättre bemötande och tillgång till vissa behandlingar.

Samtidigt drabbas kvinnor hårdare av biverkningar och läkemedelsrelaterad sjuklighet eftersom läkemedel i huvudsak har testats på män. Sedan 1990-talet har tester av läkemedel på kvinnor blivit vanligare, men fortfarande kvarstår problem, bl.a. att specifika dosrekommendationer för kvinnor respektive män sällan förekommer. Det förefaller också som om läkemedel ibland skrivs ut till kvinnor på otillräckliga grunder.

Äldre kvinnor är oftare ensamma, eftersom maken har dött, och mer beroende av vårdinsatserna än äldre män som oftare kan falla tillbaka på ett stöd från anhöriga. Ohälsan i arbetslivet drabbar i högre grad kvinnor än män – paradoxalt nog ofta kvinnlig vårdpersonal.

Skillnaderna mellan könen går inte entydigt till kvinnornas nackdel, bl.a. är mäns livsstil fortfarande mer ohälsosam och män söker mindre vård. Kvinnor drabbas av överförskrivning av psykofarmaka, ofta utan att diagnos fast-

Fel! Okänt namn på

ställt, och drabbas av biverkningar, medan män tar livet av sig i brist på psykofarmaka som de inte vågar efterfråga. Sammantaget vittnar skillnaderna om ett stort behov av att skärpa medvetenheten om ett jämställdhetsperspektiv i vården samt att vårdpersonal utbildas och forskning utformas på ett sådant sätt att både kvinnor och män kan bemötas på ett sätt som gör rättvisa och rätt anpassade vårdinsatser till alla. Även om kvinnor är mest missgynnade så skulle även männens hälso- och sjukvårdinsatser kunna bli mer kvalitativa om medvetenheten om könstillhörighetens betydelse för bemötande och behandling ökade.

En rad åtgärder behöver vidtas för att säkerställa jämlika hälso- och sjukvårdinsatser och en ökad medvetenhet om könstillhörighetens betydelse. Det handlar om läkemedelstester på både kvinnor och män samt könsspecifika dosföreskrifter, ökad forskning på kvinnors sjukdomar, förbättrat stöd till anhörigvården, och en ökad uppmärksamhet på könstillhörigheten vid bemötande i vård och omsorg. Hälso- och sjukvårdslagen behöver skärpas med avseende på vårdpersonalens skyldighet att behandla män och kvinnor på ett likvärdigt sätt.

Riksdagen bör av regeringen begära förslag på åtgärder för att säkerställa en jämlik behandling av kvinnor och män i hälso- och sjukvården i enlighet med vad som i motionen anförts.

6.1 Bekämpa de regionala hälsoklyftorna

Det finns djupa geografiska och regionala hälsoklyftor i Sverige. Män i Norrbotten har i genomsnitt 2,4 år kortare livslängd än män i Uppsala, och skillnaden ökar. Sjukskrivningarna i de nordligaste länen är mer än 50 % högre än i Kronobergs län och Stockholm. De tio kommuner som har den högsta dödligheten bland män i akut hjärtinfarkt ligger samtliga i skogslänen, och risken att dö i denna sjukdomskategori är där ungefär fyra gånger högre än i de tio kommuner som har den lägsta dödligheten. Också självmordsfrekvensen varierar kraftigt mellan olika delar av landet.

Även om de undersökningar som gjorts beträffande de regionala variationerna i sjukfrånvaron tyder på att en förklaring är skillnader i ”sjukskrivningskultur”, inte minst från de lokala myndigheternas sida, belyser den samlade statistiken att det finns en djup regional klyfta i såväl fysisk som psykisk ohälsa. Det finns bakomliggande förklaringar som delvis förklarar dessa skillnader, t.ex. variationer i sysselsättningsgrad och livsstilsfaktorer. Men det minskar inte betydelsen av att uppmärksamma och analysera de regionala folkhälsoklyftorna. Det praktiska folkhälsoarbetet kommer till stor del att bedrivas i lokala och regionala sammanhang. Insatser för att minska de regionala hälsoskillnaderna kan också ha väl så god ”träffbild” som insatser som bestäms utifrån sociala faktorer. Det är viktigt att folkhälsopolitiken ges ett konkret uppdrag att arbeta för att tillsluta dessa hälsoklyftor. Den viktigaste förändringsfaktorn är dock de enskilda landstingen och regionerna. Tillskapandet av öppna kvalitetsregister och ett nationellt hälsönät underlättar jämförelser och kan ge kraftiga impulser till regionala initiativ för att förbättra folk-

hälsan samt den egna hälso- och sjukvården. Vad som ovan anförts om de regionala hälsoklyftorna bör ges regeringen till känna.

6.2 Stöd, kompetensutveckling och avlastning för anhöriga

Anhöriga till kroniskt sjuka multisjuka och psykiskt sjuka gör en ovärderlig och oersättlig insats i vården. I omsorgen om och vården av äldre har det beräknats att så mycket som 70 % av arbetet utförs av anhöriga. De anhörigas insatser präglas ofta av en mänsklig värme som professionella vårdgivare inte kan ersätta. Men det måste också erkännas att detta arbete ofta är ytterst slit-samt såväl psykiskt som fysiskt, särskilt som många av de anhörigvårdare som tar hand om sina makar själva är gamla och har nedsatt kraft, och de som är döttrar eller – i mindre utsträckning – söner ofta har eget förvärvsarbete och familjeansvar.

Det är en moralisk skyldighet för ansvariga politiker på olika nivåer att efter förmåga stödja de anhöriga i deras oersättliga arbete. Det handlar om insatser för att stärka de anhörigas kompetens och förståelse för den sjuke eller omsorgsbehövandes situation, men också om tillgång till avlastning och tillfälligt boende för den sjuke så att anhörigvårdaren kan få tillfälle till vila, socialt liv och reflektion. Centerpartiet har i sin motion om äldrepolitiken lagt förslag om nationella riktlinjer för stödet till de anhöriga. Dessa yrkanden är också tillämpbara på hälso- och sjukvården eftersom det i huvudsak rör samma patienter.

6.3 Gör det lönsamt att investera i hälsa

Den viktigaste vinsten med investeringar i hälsa är naturligtvis att man förebygger och minskar lidande. Åtskilliga insatser för att investera i hälsa eller förebygga ohälsa och olyckor kan redan på kort sikt bli lönsamma för landstingen eller för kommunerna. Det gäller exempelvis insatser för att förebygga fallskador för äldre. Men för att landstingen ska klara av att avsätta resurser för det förebyggande arbetet behövs ekonomiska drivkrafter och belönings-system som gör att hälso- och sjukvården kan tillgodogöra sig en del av de samhällsekonomiska vinsterna som blir följderna av kloka förebyggande insatser. Centerpartiet föreslår i en motion om sjukskrivningarna att regelverket för finansiell samordning ska vidgas. Även andra tekniska modeller kan övervägas, t.ex. att landstingen får ansvar för en del av sjukförsäkringen. Men frågan om hur hälso- och sjukvårdens ekonomiska drivkrafter att investera i hälsa mer generellt kan stärkas behöver utredas ytterligare. Detta bör ges regeringen till känna.

Fel! Okänt namn på

6.4 Utred orsakerna bakom den snabbt ökande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar

Uppgifterna om en försämrad psykisk hälsa bland barn och ungdomar måste tas på allvar. Om utvecklingen tillåts fortsätta riskerar vi en omfattande utslagning från arbetsliv och social gemenskap, samt kraftigt ökad belastning på psykiatri och vård.

Eftersom det sannolikt handlar om faktorer som ligger djupt inbäddade i den moderna livsföringen och som därför är svåra att komma åt med traditionella politiska åtgärder är det också viktigt med kunskap för att möjliggöra allmänna attitydförändringar samt åtgärder på individ- och familjenivå.

Riksdagen bör begära att regeringen omgående tillsätter en utredning för att analysera och förebygga psykisk ohälsa bland barn och ungdomar.

7 Vård med patienten i centrum

Svensk sjukvård är avancerad och inriktad på tekniskt goda resultat, men den saknar ofta det patientfokus som finns i många andra länder. En undersökning som Allians för Sverige låtit genomföra i åtta europeiska länder visade att svenskarna upplever en sämre tillgänglighet i vården. Även om kösituationen förbättrats något jämfört med läget i slutet på nittiotalet så är tillgängligheten på många håll otillfredsställande. Och det gäller både i primärvården, hos specialister och i slutenvården.

Sverige behöver utveckla vården så att individen tydligare kommer i centrum och "kökedjan" ersätts med en bra logistik där individen snabbt kan komma från undersökning till behandling och samtidigt vara delaktig i och förstå vad det är som händer. Patientens rättigheter och makt över sin vård måste stärkas.

7.1 Samlad patienträttighetslag

För att säkra patientens möjligheter att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården bör befintliga lagar som definierar patientens rättigheter samlas i en särskild patienträttighetslag. Sverige är det enda land i Norden som inte har en sådan lag. Lagen bör precisera medborgarens rätt till behandling, valfrihet, tillgänglighet, information (t.ex. vad avser rätt att ta del av nationella kvalitetsregister), bemötande samt hur ansvar för eventuella brott mot patientens rättigheter och säkerhet kan utkrävas. Lagen bör också klargöra gränserna för patientens i nationell lagstiftning fastställda rättigheter och inom vilka områden rättigheternas omfattning fastställs på landstings- och kommunal nivå. Vad som anförts om en samlad patienträttighetslag bör ges regeringen till känna.

7.2 En utbyggd nära vård

En väl fungerande närvård är av stor strategisk betydelse för att ge patienten trygghet och tillgänglighet, som stöd för äldrevården och för att få effektivare vårdkedjor. Den nära hälso- och sjukvården spelar också en stor roll i det förebyggande arbetet. Att stödja och hjälpa människor att förbättra det vardagliga livet minskar riskerna för sjukdom och ohälsa. God tillgång till allmänläkare och distriktssköterskor i närsjukvården är en förutsättning för att den ska kunna fungera som första linjen i vårdkedjan. Även läkare med andra specialiteter än allmänmedicin behöver bli fler. Endast 30 % av de svenska läkarna arbetar utanför sjukhusen. Den andelen måste öka. Detta bör ges regeringen till känna.

7.3 Avlasta akutsjukvården

En fungerande närvård är viktig också för att avlasta akutsjukvården och säkerställa att vårdens olika resurser används effektivt. En otrygg och dåligt fungerande närvård skapar en otrygghet bland patienter och allmänhet som ökar deras benägenhet att söka vård direkt på akutsjukhusen. I den mån de kan få hjälp där så är den ofta både dyrare och mindre lämpad för smärre problem.

Ett bra exempel på hur det kan och bör fungera är den ideellt drivna Brommageriatriken som också fungerar som nav i äldrevården i stadsdelen. Läkarteam bestående av sjuksköterska, specialistläkare och undersköterska bedriver akutsjukvård på plats i de äldres hem. Satsningen kostar inte landstinget något extra utan finansieras genom omfördelning av Brommageriatrikens resurser, något som visar att avancerad hemsjukvård kan vara en mycket god investering i hälsa och livskvalitet samtidigt som det är kostnadseffektivt.

Vad som i motionen anförts om betydelsen av en väl fungerande närsjukvård och uppsökande vård för att avlasta akutsjukvården bör ges regeringen till känna.

7.4 Slut vårdkedjorna

Alltsedan kommunerna övertog äldrevården genom Ädelreformen 1992 har det funnits problem att klara av en sammanhängande vårdkedja mellan slutenvården och kommunernas äldrevård och -omsorg. En del åtgärder har vidtagits, bl.a. regler för att landstinget har ansvaret till dess kommunen är redo att ta emot den äldre samt möjligheten att bilda gemensamma nämnder för att hantera exempelvis färdigbehandlade under tillfrisknandet. Fortfarande fungerar dock dessa insatser otillfredsställande på många håll i landet. Tillfrisknandet försvåras genom patientens och de anhörigas oro, och genom kommunens bristande kapacitet att kunna hantera de problem som kan tillstöta.

Kommuner och landsting måste i högre grad ta sitt ansvar för att vårdkedjorna länkas samman. Det kan ske genom exempelvis rehabiliteringshem eller

Fel! Okänt namn på

andra mellanvårdsformer. Om huvudmännen inte klarar detta ansvar måste ansvarsfördelningen på nytt ses över. Detta bör ges regeringen till känna.

7.5 Minska byråkratin i vården

Svenska läkare tillbringar en mindre del av sin arbetstid (omkring 40 %) än i de flesta andra länder till patientnära arbete. En viktig orsak är byråkratin som skapar frustration bland både personalen och patienterna. Många läkare och sjuksköterskor upplever att tiden går åt till att fylla i papper i stället för att sköta patienter. Självfallet finns det ett behov av att på ett systematiskt sätt dokumentera vårdinsatserna, bl.a. för att säkerställa patientsäkerheten, men uppenbarligen finns stort utrymme för förenklingar. Det gäller bl.a. genom att i ökad utsträckning använda elektroniska journaler och dokumentationssystem, att reducera dokumentationstvävet m.m. Regeringen bör ges i uppdrag att förenkla regelverk och byråkrati i vården och redovisa resultatet inför riksdagen. Detta bör ges regeringen till känna.

För att göra det möjligt att öka läkarnas arbete med patienter behöver det finnas tillräcklig personal för att avlasta läkaren arbete med rapportering, administration och informationsbehandling. Läkarsekreterare och datasupport/användarstöd är viktiga för att läkarkompetensen ska kunna användas på bästa sätt. Vad som ovan anförts om behovet av resurspersoner för att läkaren ska kunna använda sin kompetens på bästa sätt i arbete med patienter bör ges regeringen till känna.

7.6 Fritt val av vårdkontakt

För att förverkliga en vård med patienten i centrum behöver samordningen av olika vårdinsatser som individen kan behöva bli bättre. För t.ex. en multisjuk äldre som återkommande har behov av mer specialiserade vårdinsatser, och en sammansatt medicinering behövs det ett samlat ansvar. Patienten behöver i den sektoriserade vården en samordnare – en vårdlots – som är den första kontakten i primärvården och som sköter kontakterna med all vårdpersonal som individen har behov av. Det är viktigt att patienten själv får välja en fast vårdkontakt som han eller hon känner förtroende för. Valet markerar också vikten av ett gott och förtroendeingivande bemötande från dessa nyckelpersoner.

Formellt sett ger hälso- och sjukvårdslagen alla rätt att välja en fast läkarkontakt. I praktiken har dock denna möjlighet inskränkts på många håll, inte minst av brist på allmänläkare. För att förverkliga denna ambition behövs någon form av friare etableringsrätt och konkurrens för att stimulera intresset bland läkare och vårdpersonal. I samma syfte anser Centerpartiet att även en kvalificerad sjuksköterska bör kunna väljas som vårdkontakt om patienten föredrar det.

Valet av vårdkontakt är en möjlighet, inte en tvångsmässig inskrivning. Det ska också vara möjligt att välja vårdgivare i anslutning till själva vårdtill-

fället. För många personer som saknar vårdbehov kommer val av vårdlots kanske inte att vara aktuellt.

Utformningen av ersättningssystem och regler för etablering bör vara upp till respektive landsting/region, men hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om rätt till val av fast vårdkontakt bör förtydligas och utvecklas i enlighet med vad som anförs ovan. Detta bör ges regeringen till känna.

7.7 Gör verklighet av det fria vårdvalet

Formellt har patienten rätt till fritt val av offentligt bedriven vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. I praktiken är dock valfriheten ofta inskränkt. Informationen om olika vårdgivare är ofta bristfällig och existerande tankemönster gör att både personalen i primärvården och patienten ofta inte reflekterar över möjligheten att söka vård utanför det egna landstinget. Administrativ och politisk motvilja mot att bekosta vård i andra landsting spelar säkert också en roll.

Det fria vårdvalet måste förtydligas genom en lagstadgad skyldighet för vårdpersonalen att informera patienten om dennes rättigheter, samt god och överblickbar information. En av vårdlotsens arbetsuppgifter ska vara att hjälpa patienten att hitta information om och att ”boka” vidare vårdinsatser bland mångfalden av vårdgivare. Kvalitetsregister och informationsfunktionerna i det nationella hälsönätet blir ett viktigt stöd för att förverkliga det fria vårdvalet. Även privata vårdgivare som inte har avtal med något landsting ska kunna väljas. På sikt bör det fria vårdvalet utvidgas till att också gälla andra länder i Norden och EU.

Vad som ovan anförts om att det fria vårdvalet måste förtydligas och vidgas bör ges regeringen till känna.

7.8 Tillgänglighet och nationell vårdgaranti

Den som är i behov av sjukvård ska inte behöva stå i kö i månader och kanske år. Köerna till vården skapar oro och lidande. I värsta fall kan behandlingsresultatet försämrats. Att råda bot på ”kö-kedjan” måste vara en av de viktigaste uppgifterna för vårdpolitiken.

För att råda bot på den bristande tillgängligheten måste ledig vårdkapacitet användas på ett bättre sätt. En mångfald av konkurrerande offentliga, privata och ideella vårdgivare och välfungerande ersättningssystem skapar förutsättningar för ett bättre kapacitetsutnyttjande. Även framväxten av en europeisk vårdmarknad kan i viss utsträckning bidra. Resurser behöver i ett övergångsskede skjutas till för att beta av befintliga köer.

Den vårdgaranti som Centerpartiet utformade tillsammans med de övriga partierna i Alliansen inför valet 2002 innebar en utfästelse att landstingen skulle tillhandahålla behandling inom tre månader efter konstaterat behandlingsbehov. Centerpartiet verkar för att garantitiden på sikt ska kortas till en månad.

Fel! Okänt namn på

Den vårdgaranti som Centerpartiet vill införa innebär att patienten ska ha rätt till operation eller annan behandling inom en viss tid efter konstaterat behandlingsbehov. Utgångspunkten är patientens rätt till fritt vårdval. Om landstinget inte kan anvisa behandling inom denna tid ska patienten ha rätt att söka vård hos annan vårdgivare, privat eller offentlig, inom landet och inom EU med resor och omkostnader betalda av det ansvariga landstinget. På så vis skapas drivkrafter för landstingen att undvika brott mot vårdgarantin.

Den vårdgaranti som regeringen har föreslagit ska träda i kraft den 1 november. Det återstår att se om Socialdemokraterna den här gången klarar av att leva upp till sina löften att minska köerna. Men även om så blir fallet behöver vårdgarantin byggas under med en utvidgning av det fria vårdvalet och rätt till resekostnader efter garantitidens utgång.

Med en vårdgaranti av den typ som beskrivs ovan kan en spotmarknad skapas för behandlingar och operationer som det råder brist på. På så vis skapas också förutsättningar för ökad mångfald i vården.

Vad som ovan anförts om införande av en vårdgaranti med tydliga drivkrafter, och om en på sikt kortad garantitid till en månad, bör ges regeringen till känna.

8 Personal

Bristen på personal i vården är ett växande problem. Enligt Kommun- och Landstingsförbundets beräkningar kommer pensionsavgångarna bland speci- allläkare fr.o.m. år 2007 att överstiga antalet nyutbildade med mellan 200 och 500 per år fram till år 2020 samtidigt som behovet av läkare stiger. För att nå målet om 6 000 allmänläkare i primärvården tår 2008 skulle det behövas ett tillskott av 350 nyutbildade allmänläkare per år i stället för dagens 250 per år. Läget när det gäller sjuksköterskor är något ljusare och där kan antalet anpassas snabbare eftersom utbildningen inte är lika lång som för specialläkare men även här understiger antalet nyutbildade det långsiktiga behovet. Det är särskilt bekymmersamt mot bakgrund av att behovet av sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården kommer att bli större i takt med att närvårdens uppgifter blir större.

Personalbristen har i många fall medfört att insatser för kompetensutveckling och vidareutbildning blivit eftersatta. Det är av största betydelse att denna utveckling kan brytas för att säkerställa en hög kvalitet i svensk sjukvård.

Personalbristen har förvärrats genom kortsiktighet i regeringens utbildningspolitik, bl.a. ställdes den planerade ökningen av antalet utbildningsplatser på läkarprogrammet för 2003 in på grund av besparingar i statsbudgeten. Det finns också uppenbara tendenser till flykt från delar av vård- och omsorgssektorn. Orsaken står här att finna i frustration över dålig arbetsmiljö, bristfällig organisation m.m. Landstingen har ett stort ansvar för att se över möjligheterna att göra vården till en mer attraktiv arbetsmarknad samt för att förbättra möjligheterna till fortlöpande kompetensutveckling och vidareutbildning.

Fel! Okänt namn på

Det behövs en nationell strategi för den långsiktiga personalförsörjningen. En sådan bör inkludera kraftinsatser på följande områden:

- Ökat antal utbildningsplatser.
- Bättre möjligheter för entreprenörskap och privata alternativ i hälso- och sjukvården.
- Utveckling av ledarskap, medarbetarskap och arbetsmiljö.
- Insatser för att rekrytera nya svenskar som har utländsk vårdutbildning men som på grund av bristfälliga valideringssystem och fortbildningsinsatser inte arbetar inom hälso- och sjukvården.
- Arbetskraftsinvandring.

Vad som ovan anförts om behovet av en nationell strategi för personalförsörjningen inom vård och omsorg bör ges regeringen till känna.

9 Släpp loss entreprenörskapet i vården

God hälso- och sjukvård måste vara tillgänglig för alla medborgare på lika villkor och ska därför vara solidariskt finansierad över skattsedeln, med undantag för begränsade egenavgifter. Det finns emellertid goda skäl att öka utrymmet för konkurrens, valfrihet, entreprenörskap och mångfald av utförare. Dyrköpta erfarenheter och omfattande ekonomisk forskning – även inom vårdsektorn – visar att monopolverksamhet nästan alltid leder till lägre kvalitet, effektivitet och anpassning till ”kundernas” behov än vad som skulle vara möjligt. Kombinationen av mångfald och offentlig finansiering kräver dock en känslig avvägning för att inte snedvridande effekter ska uppkomma. För hälso- och sjukvårdens del behövs ett större inslag av mångfald och konkurrens av tre skäl:

- Bättre patientanpassning och valfrihet.
- Bättre arbetsförhållanden för personalen.
- Bästa tänkbara effektivitet och kvalitet för begränsade ekonomiska resurser.

Sett i ett större perspektiv är också en ökad mångfald i hälso- och sjukvården en central jämställdhetsfråga. Kvinnor dominerar bland de anställda inom sektorn, och större mångfald är viktigt för att de ska ha möjlighet att starta företag, välja arbetsgivare och få bättre möjligheter att utvecklas inom sitt yrke. På sikt har detta betydelse för löneutveckling, yrkesstatus, delaktighet i förmögenhetsbildningen m.m. Det finns ett fackligt stöd för att öka utrymmet för entreprenörskap i vården.

En vanlig invändning mot konkurrensutsättning i den offentliga vården är att det politiska inflytandet minskar. I praktiken innebär möjligheten att jämföra och att koncentrera sig på huvuduppgiften att styrbarheten i stället ökar. Om upphandling sker genom konkurrens ges de offentliga företrädarna nya effektiva instrument för att fastställa kvalitetskrav, följa upp och utvärdera

Fel! Okänt namn på

resultat och därmed kunna jämföra olika vårdgivares och andra aktörers verksamhet.

Statsmakten bör generellt se mycket positivt på och stimulera en utveckling mot ökad mångfald och konkurrens inom vård- och omsorgssektorn, samt respektera landstingens rätt att avgöra vilka system för konkurrens och vilken fördelning av privat respektive offentlig drift av hälso- och sjukvård som lämpar sig i respektive landsting. Detta bör ges regeringen till känna.

9.1 Stopplagen

Regeringens kampanj mot privata sjukhus vittnar om otillräcklig medvetenhet om hälso- och sjukvårdens verkliga problem, något som bekräftas av remissvaren på departementspromemorian om privata aktörer inom sjukvården, den s.k. stopplagen. De sjukhus som överförts i privat drift visar i huvudsak bättre resultat än de offentligt drivna, och kunder och personal är mer nöjda. Regeringens agerande strider mot intentionerna i den nationella planen för hälso- och sjukvården, där ökad mångfald lyfts fram som ett av målen. Risken är att mångfald och entreprenörskap även i primärvård, äldreomsorg och övriga offentliga sektorn misskrediteras. Om regeringen gör proposition av förslaget är det anmärkningsvärt och väcker frågan om remissförfarandets trovärdighet om ändå inget avseende fästs vid remissinstansernas uppfattningar. En stopplag kränker också landstingens rätt till självstyre.

9.2 Lättare att få F-skattsedel

Sjukvårdspersonal med entreprenörsambitioner möter flera svårigheter på vägen mot det egna företaget. De är bland annat beroende av att de blivande uppdragsgivarna är villiga att ingå ett samverkansavtal. Eftersom själva antalet uppdragsgivare inom vården och omsorgen är litet, blir det problem med att erhålla en F-skattsedel. Näringsverksamhet föreligger enligt 21 § komunalskattelagen när verksamhet bedrivs i vinstsyfte yrkesmässigt och självständigt. Självständighets- och vinstkriterierna avgör om inkomsterna ska hänföras till tjänst eller till näringsverksamhet. Antalet uppdragsgivare och självständigheten gentemot dessa är av betydelse vid bedömningen. Regelverket hindrar således sjuksköterskor att starta eget, eftersom det i stort sett endast finns två uppdragsgivare: landstingen och/eller kommunerna. Konsekvensen blir att den blivande företagaren har svårt att få F-skattsedel på grund av att självständighetskriteriet inte anses uppfyllt. Det behövs ett undantag för alternativa vård- och omsorgsproducenter så att självständighetskriteriet tillämpas på ett rimligt sätt vid ansökan om F-skattesedel. Centerpartiet framför detta krav i annan motion.

9.3 Uppdelad upphandling och utmaningsrätt

Centerpartiet förespråkar uppdelad upphandling som gör det möjligt för små entreprenörer att delta i konkurrensutsättning av offentlig verksamhet. Förbättrade möjligheter att ställa miljökrav i upphandlingen stärker också lokala entreprenörers möjligheter att konkurrera. Vidare vill Centerpartiet införa utmaningsrätt för anställda i offentlig sektor som vill ta över driften av den egna enheten. Om en sådan utmaning är mer effektiv än den nuvarande driften, bör den som regel beviljas. Vad som ovan anförts om utmaningsrätt bör ges regeringen till känna.

9.4 Revidera lagen om offentlig upphandling

Ett ökat inslag av privata och alternativa vårdgivare hämmas av Lagen om offentlig upphandling. Dess krav på återkommande upphandlingar kan medföra att önskad kontinuitet äventyras. Korta avtal på 2–3 år medför ett högt risktagande och att vårdgivaren tvingas till alltför snabba avskrivningar på investeringar. För ett stort vårdbolag kan denna osäkerhet måhända hanteras, men för en småföretagare inom vård- och omsorgssektorn ter sig hotet att plötsligt stå utan avtal mycket avskräckande. Även från landstingsidan önskas en större kontinuitet.

Dagens system för upphandling enligt lagen om offentlig upphandling är också alltför fokuserat på priset och det gynnar de stora vårdbolagen. Parametrar som kvalitet, kompetens, kontinuitet, flexibilitet, patient- och lokal-känning måste i större utsträckning vägas in vid upphandlingen. Vidare bör förutsättningarna för ”avknoppning” till nya företagsbildningar förbättras. För att stimulera anställda inom den offentliga hälso- och sjukvården att ta över verksamheter och driva dessa i egen regi bör direktupphandlingen underlättas eller att de på annat sätt kan få ett första kontrakt.

Lagen om offentlig upphandling bör revideras så att längre avtalsvillkor och något större utrymme för andra bedömningskriterier än priset kan uppnås. Den svenska upphandlingslagstiftningen är i vissa avseenden mer långtgående än vad EU:s direktiv kräver. I den mån EU-direktivet står i vägen för en tillräcklig anpassning måste regeringen väcka frågan i EU-sammanhang så att direktivet kan justeras. Vad som ovan anförts om en revidering av lagen om offentlig upphandling bör ges regeringen till känna.

9.5 Avskaffa åldersgränsen för privata vårdgivare

Riksdagen fattade under våren beslut om att höja åldersgränsen för rätt till offentlig ersättning för läkare och sjukgymnaster till 70 år med möjlighet till fortsatt förlängning efter särskild prövning. Ett liknande beslut för tandläkare och tandhygienister fattades under riksdagsåret 2002/03. Centerpartiet vill emellertid helt avskaffa åldersgränsen och utsträcka beslutet till att även omfatta läkare och sjukgymnaster. Prövning av lämplighet kan likväl ske indivi-

Fel! Okänt namn på

duellt inom ramen för Socialstyrelsens tillsynsansvar. Att förvägra de mest erfarna läkarna att, om de så önskar, få fortsätta att praktisera sitt yrke i ett läge där det råder brist på läkare är både resursslöseri och åldersdiskriminering. Åldersgränsen bör avskaffas, också vad gäller ersättning för privatpraktiserande läkare m.fl. Vad som ovan anförts om åldersgränsen bör ges regeringens till känna.

10 Komplementär medicin

Det finns ett stort intresse för alternativ och komplementär medicinsk verksamhet i Sverige. Samhället har ansvaret att tillgodose att berättigade medborgarintressen kring kvalitet och säkerhet också gäller det alternativmedicinska området. Jämfört med den etablerade medicinen har dock utvärderingsinsatserna beträffande de alternativa behandlingsformerna varit blygsamma. Härigenom minskas möjligheterna att ta till vara eventuella verk samma alternativmedicinska behandlingar samtidigt som konsumenterna kan utsättas för risker – något som nyligen uppmärksammats i samband med johannisörtpreparat.

10.1 Utredning av alternativmedicinska behandlingsmetoder

Sedan Alternativmedicinkommittén arbetade under senare hälften av 1980-talet har mycket hänt som motiverar att en ny utredning tillsätts. En ny utredning bör bland annat analysera de ekonomiska och sociala konsekvenserna av alternativa metoder och se över lagstiftningen på området. I detta sammanhang bör också en översyn göras beträffande regelverket kring alternativmedicinsk behandling av barn. Dessutom bör frågor kring behov av utbildning samt behörighetsfrågor belysas. Utredningen bör samarbeta med SBU i frågor kring vetenskaplig utvärdering av alternativa behandlingsmetoder.

10.2 Kompetenscentrum

Det finns en rad hinder förknippade med forskning och utveckling rörande alternativmedicinen. För att öka antalet forskare och forskarkompetensen krävs att särskilda resurser avsätts för att bygga upp ett kompetenscentrum och för att möjliggöra egna forskningsprojekt.

10.3 Förbättrade möjligheter för medicinsk personal att använda alternativa behandlingsmetoder

Enligt 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I annat fall kan disciplinpåföljd eller annan påföljd åläggas enligt bestämmelserna i 5 kap. samma lag. Lagstiftningen behöver förändras så att alternativmedicinsk behandling som uppfyller kvalitetskraven kan tillåtas inom hälso- och sjukvården som komplement till skolmedicinen.

Vad som ovan anförts om vetenskaplig utvärdering av alternativa behandlingsmetoder, uppbyggnaden av ett kompetenscentrum och förändrad lagstiftning för alternativmedicinska behandlingar bör ges regeringen till känna.

Stockholm den 5 oktober 2005

Maud Olofsson (c)

Åsa Torstensson (c)

Roger Tiefensee (c)

Eskil Erlandsson (c)

Kenneth Johansson (c)

Margareta Andersson (c)