

Motion till riksdagen
2006/07:So309

av Lars Ohly m.fl. (v)

En rättvis och jämställd hälso- och sjukvård

1 Innehållsförteckning

2	Förslag till riksdagsbeslut	2
3	Inledning	5
4	Sjukvården och samhället	6
5	Jämställd vård	6
6	Asylsökandes vård	7
7	Nationella minoriteter i vård och omsorg	7
8	Behoven går före vinsten	8
9	Sponsring i vården	10
10	En mer tillgänglig vård	11
11	En utvecklad primärvård	14
12	Patientens ställning inom hälso- och sjukvården	16
13	Rätten till förnyad medicinsk bedömning	16
14	Genusperspektiv på patienträttigheterna	17
15	Kunskap är makt	17
16	Högspecialiserad vård	18
17	Demokratisk sjukvård	19
18	Jämlik personal	20

Fel! Okänt namn på

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en utredning bör tillsättas som ser över konsekvenserna av sjuknärvaron i arbetslivet.¹
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en nationell handlingsplan för jämställdhet i vård och omsorg.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att asylsökandes rätt till hälsosamtal bättre ska efterlevas.¹
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att hälso- och sjukvården för asylsökande ej bör regleras i en separat lagstiftning utan i enlighet med HSL.¹
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att hälso- och sjukvården bör omfattas av minoritetsspråkslagarna på samma sätt som barn- och äldreomsorgen.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen nu utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om överföring av journaler mellan vårdgivare.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en ny reglering i hälso- och sjukvårdslagen bör införas så att större enheter inom primärvården i likhet med sjukhusen skyddas från vinstintresse.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att tillsätta en utredning för att fastställa nationella regler för sponsring i sjukvården.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att prioriteringar av enskilda patienter aldrig ska ske enligt i förväg fastställda mallar och kriterier.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan i relation till patienter över 65 år.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att undersöka skillnader i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet för invandrade och de nationella minoriteterna och lämna förslag på åtgärder för att garantera en jämlik vård även för dessa grupper.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att målsättningen om en utvecklad och utvidgad vård nära medborgarna med teamet i centrum bör vara vägledande för kommande planer för primärvården.

Fel! Okänt namn på

14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utreda hur avgifter på besök hos distriktssköterskan påverkar besöksfrekvensen och efterfrågan på den förebyggande vården.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att tillsätta en utredning om gratis sjukvård för alla barn i hela landet.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Sverige inom ramen för samarbetet i Nordiska rådet bör ta initiativ till ett nordiskt telemedicinskt nätverk.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att kommunerna bör kunna anställa läkare.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att skyndsamt följa upp och återrapportera vilken effekt riktlinjerna för vårdplanering och ansvarsfördelning vid överförandet av vårdinsatser mellan kommuner och landsting från proposition 2002/03:20 fått samt lägga fram förslag på åtgärder om problem kvarstår.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att särskilt följa upp och analysera hur prioriteringsordningen efterlevs när det gäller äldre patienter och i de fall brister förekommer lägga fram förslag på åtgärder.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att det är dags att se över lagstiftningen och tillämpningen av rätten till förnyad medicinsk bedömning.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att man i översynen av lagstiftningen om rätten till förnyad medicinsk bedömning också bör överväga att införa plikt för ansvarig läkare att upplysa patienten om rätten till en förnyad medicinsk bedömning.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att det vid en översyn av rätten till förnyad medicinsk bedömning bör övervägas att schizofreni ska omfattas av denna rättighet.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att analysera tillämpning och tolkning av patienträttighetslagstiftningen ur ett genusperspektiv.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utforma evidensbaserade program för patientutbildning explicit för våra stora folksjukdomar.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att det finns skäl att se över behovet och funktionen av patientföreträdare vid en översyn av patienträttigheterna.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att samarbetet med nordiska grannländer i framtiden bör fördjupas och även omfatta viss högspecialiserad vård.

Fel! Okänt namn på

27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om att arbetet med att ge patienter möjlighet att elektroniskt ta del av sin journal bör skyndas på.

¹ Yrkandena 1, 3 och 4 hänvisade till SfU.

3 Inledning

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

I en internationell jämförelse håller hälso- och sjukvården i Sverige hög klass och är kostnadseffektiv. I en OECD-rapport beskrivs den svenska hälso- och sjukvården som ett av de mest flexibla och innovativa systemen bland jämförbara länder. Trots dessa positiva redovisningar finns det allvarliga problem inom sjukvården som vi inte kan bortse från. Bemötande, bristande tillgänglighet och alltför stora regionala skillnader är några av problemen i den svenska vården.

Inom psykiatrin handlar det om för få mellanvårdsplatser och för dålig tillgång till akut vård. Samverkan mellan kommuner och landsting, vårdnivåer och vårdgivare behöver också vidareutvecklas för att i högre utsträckning undvika splittrade insatser. Den psykiska ohälsan och problemen inom psykiatrin har uppmärksamats mycket på senare år. Dessa frågor finns inte med i den här motionen, utan vår politik för den psykiatriska hälso- och sjukvården redovisas i en särskild motion.

De allt kortare vårdtiderna på sjukhusen är ett tecken på den medicinska utvecklingens fortskridande. Samtidigt har ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov överförts till kommunernas vård och omsorg. Resultatet har enligt utredningen *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) blivit att kommunerna prioriterat äldre med omfattande omsorgsbehov, samtidigt som insatserna till äldre med mindre behov minskat. I stället har närstående, i huvudsak kvinnor, fått ta ett allt större ansvar för den praktiska hjälpen inom äldreomsorgen. Serviceinsatser och insatser av social karaktär inom hemtjänsten har således fått stå tillbaka för stöd till personer med stora behov av omvårdnad och sjukvård och allt fler personer med omfattande fysiska funktionsnedsättningar får sina vård- och omsorgsbehov tillgodosedda i det ordinära boendet.

Inom sjukvården bedrivs ett viktigt arbete för att förbättra kvaliteten. De kvalitetsregister som gör att alla kan ta del av sjukvårdens resultat och som förbättrar möjligheterna till utvärdering och utveckling är en betydelsefull del i det arbetet. Ett öppnare förhållningssätt till de nationella kvalitetsregistren har inneburit att det skapats förutsättningar för att redovisa sjukvårdens kvalitet på ett bättre sätt. Parallellt med detta ser vi också tydliga indikationer på att kvaliteten faktiskt förbättrats.

Var står svensk sjukvård i dag? Man kan konstatera att det förekommer en hel del överdrifter. Det finns t.ex. inget som helst belägg för att mer konkurrens och privat ägande skulle utveckla sjukvården. Tvärtom visar all forskning att den offentligt drivna och styrda vården är effektiv. Svensk sjukvård

Fel! Okänt namn på

låter sig inte tecknas i de svartvita termer som en del vill göra gällande. Svensk sjukvård rymmer **såväl stora fördelar som problem**.

4 Sjukvården och samhället

Sjukvården kan inte lösa alla hälsoproblem. Det krävs ett rättvisare och mer jämställt samhälle för att minska skillnaderna i hälsa och förbättra hälsan överlag. Grunden för en god hälsa är en ekonomisk politik som motverkar klyftor.

I arbetet med att utveckla sjukvården måste vi vara försiktiga med att utvidga sjukvårdens sjukdomsbegrepp alltför mycket. Risken är att sjukvården medikaliserar samhällsproblem. Användandet av antidepressiva mediciner är ett exempel på det. De gör stor nytta vid depressioner men skrivs inte sällan ut för symptom som t.ex. beror på dålig arbetsmiljö.

Sjukvården och sjukvårdspersonalen ska inte behöva ta på sig ansvaret för att lösa problemet med sjukskrivningar. Läkarna kan inte klara de dubbla kraven att både företräda sina patienters intressen och tillfredsställa samhällets begäran om lägre sjukförsäkringsutgifter. Det är inte folkhälsoarbete att försvåra för sjuka människor att bli sjukskrivna. Risken med detta är att det leder till en alltför stor sjuknärvaro i arbetslivet vilket ger allvarligare ohälsa på sikt. Regeringen bör därför tillsätta en utredning som ser över konsekvenserna av sjuknärvaron i arbetslivet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

5 Jämställd vård

Vi vet för lite om kvinnors hälsa eftersom mannen varit, och fortfarande är, den rådande normen inom läkarvetenskapen. För inte så länge sedan sågs t.ex. fibromyalgi som en trivial åkomma eller kanske snarare som en kvinnlig egenskap än ett symptom på ohälsa. Först i början av 1990-talet började man diskutera avsaknaden av ett jämställdhetsperspektiv inom vård och behandling och började kräva könsuppdelad statistik. Fortfarande finns stora kunskapsluckor när det gäller kvinnors hälsa.

Förutom kunskapsskillnader finns det även skillnader i hur könen behandlas inom vården. Fler kvinnor än män upplever att de inte blir trodda, att de blir missförstådda och får vänta på utredningar för diagnos inom framför allt primärvården och psykiatrin.

Kvinnor och män bemöts också olika inom akutsjukvården. Det gäller såväl behandling som diagnostisering. Vid ambulansutryckningar får män oftare än kvinnor bedömningen högsta prioritet enligt en kartläggning av ambulanssjukvården i Göteborg, Mölndal och Skaraborg.

Det finns ett stort behov av en mer systematisk könsuppdelad statistik för att synliggöra könsrelaterade problem inom vården. Det behövs metodut-

veckling för att kartlägga könsskillnader vad gäller vårdresurser och resultat. Ett genusperspektiv borde integreras i all forskning, utbildning och utveckling och det borde forskas mer om kvinnors sjukdomar och villkor i vården. En nationell handlingsplan för jämställdhet i vård och omsorg bör därför tas fram där dessa frågor behandlas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Det behövs mer kunskap och statistik om kön i hälso- och sjukvården. Men samtidigt så finns det också ett behov av att verkställa de förslag som ändå kommit på området. Socialstyrelsen har t.ex. tagit fram ett antal rapporter som har förslag som skulle kunna leda jämställdhetsarbetet vidare. Därför föreslår vi att det införs en jämställdhetsenhet på Socialstyrelsen. Enheten ska arbeta med uppföljning av tillgänglighetsfrågor och prioriteringsfrågor och särskilt se till att dessa områden har könsuppdelad statistik. Enheten ska också analysera statistiken och lämna förslag på åtgärder. För detta ändamål bör Socialstyrelsen tillföras 1,5 miljoner kronor. Pengar för detta ändamål förslås i Vänsterpartiets motion för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg (2006/07:So439).

6 Asylsökandes vård

Inom hälso- och sjukvården förekommer fortfarande ett ”vi och de”-tänkande. Fördomar och förutfattade meningar påverkar personalens inställning. Det är alldeles för lätt att förklara att problemen ligger hos invandrare i stället för att söka förklaringar i ett otillräckligt svenskt system.

Asylsökande tvingas ofta leva i stor osäkerhet, vilket kan skapa en situation som leder till ohälsa. Men de kan inte få hjälp av hälso- och sjukvården då de endast har rätt till akutvård som inte kan anstå. Asylsökande ska ha rätt till hälsosamtal och hälsoundersökning, men det är långt ifrån alla som erbjuds eller genomgår hälsosamtal. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att se över och återkomma med förslag till regeringen på hur asylsökandes rätt till hälsosamtal bättre ska efterlevas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

I budgetpropositionen för 2006 avsattes pengar så att även gömda flyktingar ska ges möjlighet att få hälso- och sjukvård. Den hälso- och sjukvården ska enligt vår mening ges utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och innebära samma rättigheter som för alla andra i Sverige. Därför bör hälso- och sjukvården för asylsökande ej regleras i en separat lagstiftning utan i enlighet med HSL. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

7 Nationella minoriteter i vård och omsorg

Ända sedan nationen Sverige började formeras har en gränsdragningsprocess pågått: vilka som ska få ingå och vilka som inte tillhör den nationella gemen-

Fel! Okänt namn på

skapen. Det handlar om en uppdelning i ”vi” och ”de”. Den svenska rasismen mot ”de andra” som ställts utanför har genom åren varit betydande och inte bara riktat sig mot människor i andra länder. Den har även resulterat i ett starkt förtryck av de etniska grupper inom Sveriges gränser som i dag brukar kallas för nationella minoriteter (se t.ex. SOU 2005:56 *Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige*). Det är i ljuset av det svenska nationella projektets historiska skuld som diskussionen om de nationella minoriteterna måste föras.

På senare år har de nationella minoriteternas situation uppmärksammats, och Sverige ratificerade år 2000 Europarådets ramkonvention om skydd för nationella minoriteter och *Europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk* (minoritetsspråkskonventionen). I minoritetsspråkskonventionen framhålls bl.a. att skydd och främjande av minoritetsspråk är viktigt för att stärka demokratiska principer och kulturell mångfald inom ramen för nationell suveränitet och territoriell integritet.

Enligt artikel 7.2 i konventionen ska parterna vidta de åtgärder som är nödvändiga för att undanröja ”alla ooberättigade åtskillnader, undantag, restriktioner eller preferenser som gäller användning av ett landsdels- eller minoritetsspråk”. Stadgan ger ett relativt starkt skydd för användningen av minoritetsspråk i utbildning, rättsprocess, kontakter med det offentliga, media, vid kulturella evenemang och vid ekonomiska och sociala aktiviteter. De nationella minoritetsspråken i Sverige är romani chib, jiddisch, meänkieli, samiska och finska.

I vård och omsorg är språket en mycket viktig del då det ger information till den som ska vårda om vilka behov som finns och information till den vårdade om vilka insatser som ges. Att i vårdssituationen få kommunicera på sitt eget språk ger trygghet i en situation som i övrigt kan kännas otrygg på grund av ohälsa. Ett problem som uppmärksammats av konstitutionsutskottet i dess rapport *Nationella minoriteter och minoritetsspråk* (2005/05:RFR3) är att de svenska minoritetsspråkslagarna från 1999 gäller ”inom den kommunala barn- och äldreomsorgen, men inte inom landstingets hälso- och sjukvård”. Denna inkonsekvens behöver åtgärdas och därför bör även hälso- och sjukvården omfattas av minoritetsspråkslagarna på samma sätt som barn- och äldreomsorgen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

8 Behoven går före vinsten

Fram till 1980-talet fanns det i Sverige en allmän uppslutning kring idén om en sjukvård i offentlig regi, styrd av patienternas behov. Mot slutet av decenniet skedde emellertid ett trendbrott. Från borgerligt håll började man tala om att sjukvårdens produktivitet var för låg och att marknaden skulle kunna göra sjukvården mer flexibel och effektiv.

En modifierad marknadsmodell infördes på många håll under 1990-talet. Man skapade en konstgjord marknad, ett ”köp och sälj”-system genom en

uppdelning av sjukvården i beställare och utförare med prissättning på olika behandlingar.

Introduktionen av ett marknadstänkande inom sjukvården där utförare, sjukhusen, får betalt efter prestation ledde till en ökning av den utförda vården inom vissa områden, t.ex. operationer inom ortopedin. Men andra delar av vården, som psykiatri och behandlingen av kroniska sjukdomar, var inte lika enkla att prissätta. Medicinska verksamhetsområden där man behandlade många patienter med jämförelsevis väldefinierade diagnoser gynnades medan däremot andra vårdgrenar som psykiatri och geriatrik fick svårare att hävda sig i konkurrensen. Marknadstänkandet innebär också att det blir pengarna som styr, ofta till förmån för insatser som är efterfrågade och ekonomiskt lönsamma för utföraren. Det innebär inte detsamma som att de största vårdbehoven tillgodoses.

Den konstruerade ”marknaden” med entreprenader har också i vissa fall inneburit en försämrad valfrihet. Lagen om offentlig upphandling medför att den vård som lagts ut på entreprenad måste upphandlas med regelbundna mellanrum. Därigenom ändras vilka som utför vården och kontinuiteten mellan vårdgivare och patient bryts. Den kontinuiteten är mycket viktig, inte minst för att äldre inom primärvården ska känna förtroende för vårdgivaren.

Vänsterpartiet anser att konkurrensutsättningen av vård och omsorg har varit problematisk i ett ideologiskt hänseende. Det går inte att jämföra sjukvården med bilverkstäder på det sätt som vissa borgerliga politiker gör. Därför bör konsekvenserna av den genomförda konkurrensutsättningen nu utvärderas ur ett ekonomiskt och kvalitativt perspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Vid konkurrensutsättning av primärvård och äldreomsorg finns det även en praktisk fråga som alltför begränsat belysts och där klara regler saknas. Det gäller överföringen av journaler. Om lagen ska efterlevas måste den enskilda ge sitt tillstånd till att journalen övertas av den nya vårdgivaren. Det kan ordnas på ett enkelt och praktiskt sätt men praktiseras sällan. Även Socialstyrelsen anser att det inte är helt klarlagt hur detta ska ske. Vänsterpartiet anser därför att regeringen bör beakta detta vid beredningen av den nya patientjournalen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Det finns många olika former av privat ägande inom sjukvården: små företag, personalkooperativ av olika slag, stiftelser med eller utan vinstintresse, multinationella vårdbolag osv. Stora multinationella privata vårdbolag vill komma in på den svenska marknaden, och det är framför allt det som debatten om vinstgivande sjukhus handlar om. Vinstgivande sjukhus hotar också de ideella vårdgivare vars drivkrafter är en idé eller ett engagemang inom vårdområdet och som ofta står i motsats till ekonomisk vinning och marknadskrafter. Därför blir motståndet mot vinst i vården samtidigt ett försvar av de små ideella vårdgivarna som riskerar att ätas upp av de stora vårdbolagen.

Det är människors behov som ska styra vilken vård som ges, inte vinstintresset. Vinstintresset kan skapa en annan drivkraft som ofta står i motsättning till behovet. Det finns även en uppenbar risk för att ”kostnadseffektivitet” i ett kommersiellt vårdbolag innebär färre anställda och stressigare arbetstempo.

Fel! Okänt namn på

Vänsterpartiet vill gå vidare och bygga ut den så kallade stopplagen mot vinst i sjukhusvården. Inom primärvården finns det dock en del små aktörer, som sjukgymnaster m.fl. Det vore knappast rimligt att kräva att deras verksamhet enbart ska bedrivas i offentlig regi eller begränsas av lagstiftning om driftsformer. Men de större enheterna såsom vårdcentraler och närsjukhus bör kunna omfattas av en sådan reglering. För att det ska vara möjligt att genomföra en reglering av primärvården är det nödvändigt att göra en relevant gränsdragning för vilken verksamhet som kan tänkas ingå i en sådan reglering. En ny reglering i hälso- och sjukvårdslagen bör införas så att större enheter inom primärvården, i likhet med sjukhusen, skyddas från vinstintresset. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Trots den offentliga finansieringen av vården så finns det stora problem med en ökad konkurrens. Konkurrens i vården tenderar t.ex. att leda till mycket mer byråkrati. I utredningen *Vinst i vården* konstaterar man att de amerikanska sjukhusen kan ha avtal med upp till 200 beställarorganisationer som var och en har egna regler för vilka behandlingar som avtalen ska täcka. Fler aktörer i vården tvingar också staten att noggrannare reglera vården. I t.ex. **USA omfattar reglerna för vilken vård som omfattas av det offentliga Medicare 45 000 sidor.** Mer skattepengar används sålunda till annat än vård. Sammantaget innebär det mindre resurser till patienterna.

9 Sponsring i vården

Sjukvårdens svårigheter att få sina resurser att täcka behoven har öppnat upp för företagssponsring. Barnkliniker har utrustats med lekrum, leksaker och annan utrustning av företag, exempelvis McDonald's.

Vänsterpartiet anser att det finns risker förknippade med en renodlad företagssponsring. I synnerhet som det i dag saknas enhetliga regler och policy kring sponsring i vården.

”Vi anser att alla – såväl företag, ideella organisationer, offentliga sektorn, som den enskilda människan – måste bry sig om och ta ansvar för vad som händer i samhället. Det viktiga är inte orden utan handlingen.”

Det är inte Vänsterpartiet som har uttryckt sig så vackert, även om man skulle kunna tro det, utan det är svenska McDonald's som på sin webbplats förklarar varför de håller på med sjukvårdssponsring. Företag som vill ta ett samhällsansvar blir fler och fler. Sedan början av 90-talet har sponsringen ökat kraftigt. Utvecklingen går dessutom mot ökad sponsring av kultur och sociala områden, däribland sjukvård.

När sponsringen ökar så kraftigt på kort tid utan någon som helst reglering betyder det naturligtvis att en hel del exempel på sponsringens baksidor dyker upp. Man kan till exempel se ganska stora regionala skillnader. Stora, kända sjukhus i folktäta delar av landet drar till sig huvuddelen av sponsorpengarna.

Det finns även en problematisk koppling mellan sponsring och särskilt publika och hjärtnipande verksamheter. Det är inte många företag som har

velat bygga sitt varumärke med draghjälp av psykiatrin eller äldreomsorgen. Det är ingen slump att McDonald's är intresserat av just barnsjukvård.

Det här leder förstås till en fördelning av resurser mellan sektorer inom sjukvården som inte är demokratiskt politiskt beslutad och som inte utgår från människors behov.

En av de allvarligaste synpunkterna på den oreglerade sponsringen är att sjukvårdsverksamheter riskerar att göra sig ekonomiskt beroende av sponsorer trots att det finns en bred politisk enighet om vikten av en i allt väsentligt offentlig finansiering och en prioritering där resurser ges efter behov.

Landstingsförbundet och Läkemedelsindustriföreningen har kommit överens om riktlinjer för kontakter mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Överenskommelsen innebär att landstingen ska stå för en större del av kostnaderna för läkarnas fortbildning än tidigare. Det är ett område där sponsorsummorna tidigare varit ganska betydande. Vi tycker att bara det faktum att det här avtalet blev till visar att fler och fler delar Vänsterpartiets krav på en uppstramning på det här området.

Riksdagens åsikt har hittills varit att frågan om att skapa ett enhetligt regelsystem för sponsorer i vården är en fråga som i första hand ska lösas av sjukvårdshuvudmännen själva. Vi kan inte riktigt se hur det går ihop med hälso- och sjukvårdslagets skrivningar om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är också vår övertygelse att sjukvårdshuvudmännen själva i många fall skulle välkomna centrala riktlinjer.

I andra frågor som gäller sjukvården brukar strävan efter nationell enhetlighet vara stark. Vi anser därför att det vore naturligt för staten att även här garantera en minsta gemensamma nämnare när det gäller synen på sponsring. Man borde lägga fast en ram inom vilken sponsringen kan ske.

På andra verksamhetsområden inser man behovet. Ekonomistyrningsverket (ESV) har tagit fram ett centralt vägledningsdokument i frågor om sponsring riktat till de statliga myndigheterna. På utbildningsområdet har Konsumentverket i samarbete med Skolverket och Kommunförbundet tagit fram en liknande vägledning för sponsring i skolan. Det är bra exempel som borde få en efterföljare även på hälso- och sjukvårdens område. Riksdagen bör därför begära att regeringen tillsätter en utredning för att fastställa nationella regler för sponsring i sjukvården.

10 En mer tillgänglig vård

Vården ska vara tillgänglig för alla som behöver den, när de behöver den. Det måste vara lätt att komma fram per telefon eller e-post när man söker kontakt. Alla har inte samma förutsättningar att kontakta vården och därför krävs det särskilda åtgärder som underlättar för dem som har det svårast. Primärvården måste hitta former för dem som inte "passar in" på grund av sitt funktionshinder. En tillgänglig vård för dem ställer krav på att sjukvården hittar former som fungerar för denna grupp patienter och att de bemöts med respekt. Det måste finnas jourtider för dem som är i behov av en snabb behandling även

Fel! Okänt namn på

när det inte handlar om allvarliga eller livshotande tillstånd. Dessa tider ska anpassas efter medborgarnas behov. Det innebär att det ska finnas tider även efter kontorstid.

Landstingen har ett stort ansvar för att göra hälso- och sjukvården tillgänglig för alla. Information om sjukvården måste finnas på olika språk och göras tillgänglig för funktionshindrade. Särskilda lösningar krävs för dem som kan ha svårt att passa tider eller upplever det som obehagligt att bli uttittade i väntrummet etc. Det behövs särskilda vårdcentraler för "hemlösa" och psykiskt funktionshindrade som ofta har svårt med den ordinarie primärvården.

Sjukvården är inte vilken serviceorganisation som helst och resurserna inom vården är begränsade. Arbetet med att öka tillgängligheten får inte innebära att sjukvården prioriterar att åtgärda relativt lättbotade krämpor framför att behandla långvariga och komplicerade sjukdomar. **Det finns också en risk för att sjukvården i första hand tillgodoser resursstarka gruppers behov av behandling av enklare krämpor framför att tillgodose större sjukvårdsbehov hos människor som befinner sig i en utsatt situation och har svårt att själva ta initiativ till den vård de behöver.**

Det är viktigt att riksdagens prioriteringsordning i hälso- och sjukvården efterlevs. Prioriteringsordningen innebär att de med de största och allvarligaste medicinska behoven får gå före. Varje patient ska ha rätt att få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Varje fall är unikt och ska bedömas utifrån den enskilde patientens behov. Prioriteringar av enskilda patienter ska därför aldrig ske enligt i förväg fastställda mallar och kriterier. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Äldre kvinnor och män som vårdas inom akutsjukvården har sedan ädelreformens genomförande allt kortare vårdtider, trots att behoven av vård ofta är fortsatt stora. De äldre bedöms allt snabbare vara s.k. utskrivningsklara, varefter kommun och primärvård övertar ansvaret. Som en direkt följd av detta har kommunala korttidsboenden många gånger utvecklats till avdelningar med avancerad sjukvård. För många äldre blir den snabba utskrivningen orsaken till ett nytt akutbesök. I proposition 2002/03:20 om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet beslutades det bl.a. om att ersätta begreppet "medicinskt färdigbehandlad" samt stärka ansvarsfördelningen när det gäller äldre med behov av insatser från båda huvudmännen. Trots att syftet med propositionen var att förbättra kvaliteten i omhändertagandet och vårdplaneringen för äldre tycks det fortfarande råda stora brister i omhändertagandet av de äldre i akutsjukvården. Studier visar att många äldre avlider kort tid efter att de skrivits ut från sjukhuset, och inte sällan har den äldre varit i behov av ytterligare inläggning på sjukhuset i den ändå så korta mellanperioden mellan utskrivning och livets slut. Detta är inte värdigt för den äldre och dennas närmaste. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att särskilt analysera akutsjukvården och den nationella vårdgarantins påverkan i relation till patienter över 65 år. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Det finns också anledning att vara vaksam på skillnader i tillgången till vård mellan invandrare samt de nationella minoriteterna och personer som är födda i Sverige. Det finns en del rapporter som tyder på sådana skillnader.

Fel! Okänt namn på

SBU rapporterar t.ex. att bland dem som har fått hjärtinfarkt är det färre av de som är utlandsfödda som får rätt läkemedel än svenska medborgare.

Även Integrationsutredningen (SOU 2006:78) påpekar att personer med invandrarbakgrund diskrimineras på olika sätt inom den svenska sjukvården. Det finns internationell forskning som lyfter fram ojämlikhet i både tillgång och kvalitet i vården för olika medborgargrupper. Bristen på kritiska studier som identifierar ojämlik tillgång och diskriminerande behandling av andrafierade/rasifierade grupper (t.ex. invandrade och nationella minoriteter) inom den svenska sjukvården är dock påtaglig. Både Integrationsutredningen och SBU framhåller vikten av ytterligare studier för att se om svensk sjukvård lever upp till hälso- och sjukvårdslagets krav om jämlik vård. Därför bör Socialstyrelsen ges i uppdrag att undersöka skillnader i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet för invandrade och de nationella minoriteterna. Socialstyrelsen bör också komma med förslag på åtgärder för att garantera en jämlik vård även för dessa grupper. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Vänsterpartiet har vid flera tillfällen i riksdagen lyft frågan om att säkerställa en jämlik förlossningsvård i hela landet. Den oro som funnits över tillgången till förlossningsvård har funnits i såväl glesbygd som storstad. Orsakerna har dock varit divergerande. En av de mest långdragna processerna har varit Kiruna BB som är ett bra exempel på faran med att inte se hela vårdkedjan. När BB i Kiruna lades ned och verksamheten koncentrerades till Gällivare startade en intensiv debatt om förlossningsverksamhet i glesbygd. Vänsterpartiet har i den diskussionen med kraft verkat för att frågan om BB i Kiruna måste lösas men att det inte uteslutande kan handla om att öppna eller stänga en förlossningsverksamhet. Vi menar därför att förlossningsverksamheten och mödravården måste utgå ifrån principer som tillgänglighet, närhet och trygghet.

I Norge har förlossningsvården i stor utsträckning utformats utifrån möjligheten att nivåändela förlossningsvården samt möjligheten att göra riskbedömningar. Det har inneburit en utbyggnad av s.k. födestueverksamheter vilka är barnmorskeledda. De vänder sig till kvinnor vars förlossning inte bedömts vara en riskförlossning och som har fött ett barn men inte fler än tre. Enligt vår mening är den norska organisationen för förlossningsvård intressant då Norge har en stor andel glesbygd och med väl utbyggd transportmedicin kunnat kombinera tillgänglighet och säkerhet. Under kommande mandatperiod bör utvecklingsprojekt stimuleras för förlossnings- och mödravård i glesbygd. För detta ändamål bör Socialstyrelsen få 5 miljoner per år under 2007, 2008 och 2009. Pengar för detta ändamål förslås i Vänsterpartiets motion för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg (2006/07: So439).

Fel! Okänt namn

11 En utvecklad primärvård

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

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

Det handlar också om lagarbete och om att anpassa primärvården till människornas behov i just den regionen, stadsdelen eller tätorten. Vid en utvecklad primärvårdscentral kan det t.ex. finnas en ögonläkare två dagar i månaden, en gynekolog en dag i veckan, en psykolog på halvtid, tre allmänläkare, en sjukgymnast, två distriktssköterskor osv. Samtidigt kan det på primärvårdscentralen i tätorten intill finnas geriatriker, kuratorer, diabetessköterskor, kiropraktiker, naprapater osv. Varje primärvårdscentral ska byggas upp utifrån befolkningens behov. Vårdpersonalen ska komma till patienternas närområde istället för att vi ska bussa patienterna till specialisterna. Samtidigt kan de flesta specialister i form av ögonläkare, gynekologer osv. tjänstgöra vid större sjukhus flera dagar i veckan för att också möta kollegor och vidareutveckla sin speciella kompetens. Målsättningen om en utvecklad och utvidgad vård nära medborgarna med teamet i centrum bör vara vägledande för kommande planer för primärvården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

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

Sjukvården ska också vara avgiftsfri för barn, i vilken form den än sker. I de flesta landsting är avgifterna för hälso- och sjukvården för barn inga alls eller kraftigt reducerade. Det finns dock vissa undantag och möjligheten till

gratis sjukvård för alla barn i hela landet bör därför utredas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

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

Sjukvården genomgår en snabb teknisk utveckling som gör att både fler sjukdomar kan behandlas och att vårdtiderna blir betydligt kortare än förr. Samtidigt finns det problem när det gäller omvårdnaden. Bristen på omvårdnadsresurser är särskilt påtaglig bl.a. inom psykiatri och geriatriken.

Den kommunala sjukvården finns ofta i eller i anslutning till människors hem och vardagsliv på t.ex. äldreboenden, gruppboenden och på besök i människors ordinarie bostad. Här är ett meningsfullt vardagsliv med stort inflytande hos den enskilda människan avgörande och sjukvårdsinsatserna måste anpassas till detta. I och med att hemsjukvården överförs till kommunerna så bör kommunerna också kunna anställa läkare. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Akutvården har en stor andel äldre bland sina patienter. Femtio procent av sjukvården utgörs av vård för äldre. Det är trots detta väl omvittnat att den akuta vården inte är utformad eller har tillräckliga resurser för de särskilda behov som den äldre har. De äldre behöver oftast mer tid för återhämtning och noggrann planering för eftervård. En faktor som tidigare orsakat problem är begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” som vållat tvistemål mellan landsting och kommun om vem som har ansvaret och där ekonomiska överväganden fått dominera.

I *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet* (prop. 2002/03:20) finns riktlinjer för vårdplanering och ansvarsfördelning vid överförandet av vårdinsatser mellan kommuner och landsting, ett förslag som syftade till att förtydliga och öka kvaliteten så att de äldre inte ska ”falla mellan stolarna”. Vänsterpartiet anser att detta är en nyckelfråga vad gäller omhändertagandet av äldre med omfattande omvårdnadsbehov och anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att skyndsamt följa upp och återrapportera vilken effekt dessa förslag fått samt komma med förslag på åtgärder om problem kvarstår. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Rehabiliteringen för äldre är mycket viktig. Den bidrar till ökad självständighet för den enskilda samtidigt som den, rätt använd, kan minska behovet av fortsatta omvårdnadsinsatser. Relativt små förbättringar kan medföra mycket stora hälsovinster. Vi kan dock konstatera att när det gäller hälso- och sjukvården som helhet och rehabiliteringen så brister utförarna när det gäller att efterleva riksdagens prioriteringsordning, i synnerhet när det gäller de äldre. Vänsterpartiet anser att det är viktigt att riksdagens prioriteringsordning blir ett verksamt instrument i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör där-

Fel! Okänt namn på

för ges i uppdrag att särskilt följa upp och analysera hur prioriteringsordningen efterlevs när det gäller äldre patienter. Socialstyrelsen bör också i de fall brister förekommer ge förslag på åtgärder. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

12 Patientens ställning inom hälso- och sjukvården

Ett av de områden som behöver utvecklas inom hälso- och sjukvården är patientens möjligheter och rätt till inflytande över sin vård och behandling. I takt med en alltmer specialiserad och komplex vård ökar behovet av information och tid för ställningstagande. Sverige är i dag det enda nordiska land som saknar en särskild lag som reglerar patienternas rättighet. I stället har man valt att göra förstärkningar på olika ställen i befintlig lagstiftning, framför allt i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt Socialstyrelsen är kunskapen om lagstiftningen som rör patientens ställning dålig hos vårdgivare och patienter. Det gäller kännedom om lagstiftningen, tolkning och tillämpning. En orsak till detta är att patienträttigheterna är spridda på flera lagar, vilket gör det svårt att få ett helhetsgrepp.

Vänsterpartiet menar att det, mot bakgrund av de rapporter som Socialstyrelsen lagt fram som visar att lagstiftningen om patientens ställning är svår att tillämpa, finns skäl att sammanställa nuvarande lagstiftning till en produkt. Den förra riksdagen lämnade ett tillkännagivande till den förra regeringen med en liknande innebörd och därmed så avstår vi tills vidare från att motionera i frågan.

13 Rätten till förnyad medicinsk bedömning

I slutet av 90-talet infördes rätten för patienter inom hälso- och sjukvården att få en förnyad medicinsk bedömning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen anges att landstingen ska erbjuda.

... en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära risker för patienten eller har stor betydelse för dennas framtida livskvalitet. Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

Detta är en mycket bra lag som, enligt patientföreträdare i Socialstyrelsens rapport, emellertid inte erbjuds patienterna i så många fall som det vore befogat. Det finns även en uppfattning om att lagstiftningen är otydlig, speciellt begreppet ”särskilt allvarlig sjukdom”. Kunskapen om rätten till förnyad medicinsk bedömning är låg. Sedan lagen infördes har den sällan praktiserats.

Information saknas, bl.a. på andra språk än svenska. Det finns också behov av fler informationskanaler. I dag är den vanligaste kanalen Internet – en form som alla inte har tillgång till. Vänsterpartiet anser att det är dags att se över lagstiftningen och tillämpningen av rätten till förnyad medicinsk bedömning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

I översynen av lagstiftningen om rätten till förnyad medicinsk bedömning bör man också överväga att införa plikt för ansvarig läkare att upplysa patienten om rätten till en förnyad medicinsk bedömning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

En sjukdomsgrupp som inte har möjligheten till förnyad medicinsk bedömning är de som lider av schizofreni. Det är en allvarlig brist då just schizofreni ofta är förenad med livslångt lidande, kan vara dödlig samt är föremål för stora variationer vad gäller behandling. Därutöver är den sjukdomsdrabbade särskilt utsatt genom sin sjukdom, vilken kan yttra sig i svårigheter att hävda och tillvarata sina rättigheter. Därför anser Vänsterpartiet att det vid en översyn av rätten till förnyad medicinsk bedömning bör övervägas att schizofreni ska omfattas av denna rättighet. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14 Genusperspektiv på patienträttigheterna

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

15 Kunskap är makt

Vänsterpartiet har vid flera tillfällen lyft frågan om patientutbildning i våra stora folksjukdomar. Det är vanligt att en nyinsjuknad diabetiker i dag ges möjlighet att få utbildning om vad sjukdomen innebär och hur komplikationer kan förebyggas. Men det är dock ingen regel, och för många diagnosgrupper är detta inte en självklarhet. Vid tidigare motioner till riksdagen har Vänsterpartiets krav om att Socialstyrelsen ska utforma riktlinjer för patientutbildning hänvisats till de behandlingsriktlinjer som Socialstyrelsen utarbetar. Det är möjligt att patientutbildning ingår i dessa riktlinjer men vårt krav är att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utforma evidensbaserade program för patientutbildning explicit för våra stora folksjukdomar. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Fel! Okänt namn på

Det är av vikt att man som patient ges möjlighet att ta kontakt med en utomstående instans med klagomål, frågor och stöd. I dag finns den möjligheten genom patientnämnder och andra lokala variationer med ombudsmän av olika slag. Patientnämnderna fyller en viktig funktion och fungerar bra på de allra flesta ställen.

Men det finns patienter som uppfattar att patientnämnden inte är helt oberoende genom sin landstings- och kommuntillhörighet. Det finns därför skäl att se över behovet och funktionen av patientföreträdare vid en översyn av patienträttigheterna. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

16 Högspecialiserad vård

Samtidigt som delar av sjukvården bör decentraliseras så behöver en annan del centraliseras. Vi talar då om den högspecialiserade vården där både tekniken och kompetensen bör koncentreras till ett fåtal platser. Det handlar dels om att kunna investera i den senaste och ofta mycket dyra tekniken, dels om att kunna erbjuda säkerhet och kvalitet. Det innebär att avancerade behandlingar inte alltid kan erbjudas i varje landsting eller region, utan utgör en del av rikssjukvården. Ibland kan dock samarbete över gränserna behövas om t.ex. patientunderlaget i ett enskilt land är för litet. Vi vet att när vi koncentrerar den högspecialiserade vården så ökar kvaliteten. I framtiden när vi behöver en högspecialiserad vård kan vi bli tvungna att åka en bit, men samtidigt vara säkra på att vi får den mest högkvalitativa vården.

Vissa delar av sjukvården innebär också en utveckling mot en alltmer tekniskt avancerad utveckling som kräver stora investeringar. Det är allt svårare för varje landsting att självt erbjuda alla behandlingsmöjligheter. I en framtid kommer det också att vara svårt för Sverige som ensam nation att kunna erbjuda alla former av hälso- och sjukvård. Detta beroende på att stora investeringar krävs samt att patientunderlaget kommer att vara för litet. Det är bra att det införts en reglering av rikssjukvården. Vänsterpartiet vill däremot påpeka att den nuvarande ordningen, att en rikssjukvårdsnämnd bör regleras i förordning med instruktion för Socialstyrelsen, är otillräcklig ur ett demokratiskt hänseende. Vi menar i stället att inrättandet av en nämnd bör lagregleras. Regeringens förslag innebär att regeringen kan avveckla rikssjukvårdsnämnden utan att återkomma till riksdagen. Beslutet att samordna den högspecialiserade vården är en bra och nödvändig strukturförändring. Man kan också anta att denna form av vård kommer att få allt större betydelse i framtiden. Hur den ska styras är därmed en viktig demokratifråga. Vi menar att riksdagen borde få ta ställning till eventuella framtida förändringar av rikssjukvårdens styrning.

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

Utvecklingen av den högteknologiska rikssjukvården kräver ofta stora investeringar. Det är i investeringar som ett enskilt landsting eller region kan ha svårt att finansiera, i synnerhet om den patientgrupp som kan ha nytta av den högteknologiska investeringen finns utspridd över hela landet. I dag saknas det ett system och riktlinjer för hur man skulle kunna finansiera stora investeringar i ett landsting eller region som sedan alla sjukvårdshuvudmän kan ha nytta av. Det finns enbart ett regelverk för hur vårdkostnader ska regleras. Tyvärr löser inte regeringens förslag till reglering av rikssjukvården denna brist. Det innebär att nödvändiga och önskvärda investeringar för avancerad behandling, som t.ex. protonbehandling av cancer, inte etableras så snabbt som annars vore möjligt. Vi menar därför att staten bör ta ett kostnadsansvar för stora investeringar i avancerad teknologi som kommer hela landet tillgodo. Frågan om hur ett sådant kostnadsansvar ska utformas bör utredas, och regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag.

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

17 Demokratisk sjukvård

Sjukvården ska vara demokratiskt styrd. De medicinska behoven är i princip oändliga, men det är inte resurserna. Därför är det viktigt att prioriteringar mellan olika slags sjukvård görs av demokratiskt valda företrädare. Frågor om vårdens övergripande organisation och finansiering ska liksom i dag beslutas på regional nivå.

Det ska inte gå att smita förbi den demokratiska prioriteringen genom att köpa sig vård som andra av ekonomiska skäl blir utan. En demokratisk prioritering är vida överlägsen varje marknadsorienterat system där efterfrågan och plånbokens tjocklek tillåts styra. Samtidigt kan vi konstatera att många anställda, men också patienter, upplever att de saknar inflytande över vården och dess organisation.

När vi talar om framtidens sjukvård måste vi därför diskutera hur vi ökar inflytandet för personalen och patienterna. Hur kan vi samverka över regioner och gränser samtidigt som vi säkrar demokrati och inflytande? För att kunna utveckla sjukvården utifrån befolkningens behov behövs det nya fora för fördjupat inflytande hos personal, patienter och befolkningen i övrigt.

Människorna i närområdet kring en primärvårdscentral bör kunna utöva ett aktivt inflytande över denna, för att vården ska kunna anpassas till de lokala

Fel! Okänt namn på

behoven. Det innebär att politiker på regional nivå har ett ansvar att organisera återkommande möten eller tillsätta rådgivande organ som består av brukare (patienter) och andra medborgare i närområdet. Hur det lokala inflytandet ska organiseras kan variera från region till region. Ett viktigt inslag i det här arbetet är att vården strävar efter att vara transparent. En av de viktigaste frågorna i hälso- och sjukvården är patientens rättighet till delaktighet. Patienten ska alltid ha rätt till information och begripliga besked om sitt hälsotillstånd och om de undersökningar och behandlingar som står till buds. Informationen ska alltid vara individuellt anpassad också när det gäller information till människor med annat modersmål och till personer med olika funktionshinder.

Patienten ska på ett enkelt sätt ha tillgång till sin egen patientjournal. Arbetet med att ge patienter möjlighet att elektroniskt ta del av sin journal bör därför skyndas på. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

18 Jämlik personal

Vården ska styras demokratiskt. Den politiska makten ska besluta kring övergripande ekonomisk fördelning, prioritering och inriktning. Samtidigt måste det finnas en stor respekt för att den medicinska professionen besitter en kompetens som många politiker saknar. Politiker ska inte göra medicinska bedömningar.

I det förra avsnittet sa vi att det är dags att ge mer makt åt personalen i sjukvården. Men det är också dags att våga ifrågasätta maktfördelningen inom vården. Dagens sjukvård är i många avseenden bakbunden av förlegade hierarkier. En sådan ordning är djupt föråldrad och kräver rejäla förändringar. Vi vill se en modern vård där all personals förmåga tas till vara och där alla medarbetare känner att deras röst spelar roll. Förutsättningarna för en effektiv medicinsk behandling är god omvårdnad som stödjer patientens egen förmåga till hälsa. Omvårdnad är sjuksköterskornas och undersköterskornas egna ansvar och kompetens. Vi vill ha en vård där teamet står i centrum. Det är viktigt med kontinuitet och en etablerad kontakt med läkaren men det gäller även teamets övriga personal. För många patienter med omfattande behov är det ofta distriktssköterskan eller undersköterskan som är den primära och mest frekventa kontakten.

Den demokratiska sjukvården ska på lika villkor samarbeta med personal i skolan, socialtjänsten, äldreomsorgen och inom kommunens funktionshinderverksamhet. Utifrån en helhetssyn samarbetar personalen för att ge den enskilda patienten bästa möjliga vård och stöd. Man skaffar sig kunskap om varandras områden, planerar tillsammans och har gemensamma utbildningar.

Löneskillnaderna mellan kvinnor och män måste minska. SCB:s *På tal om kvinnor och män* konstaterar att landstingsanställda kvinnor endast tjänade 92 procent av vad männen tjänade för samma arbete. Om inte hänsyn tas till att män och kvinnor har olika arbeten, att kvinnor i högre utsträckning jobbar

Fel! Okänt namn på

deltid etc. så är skillnaden betydligt större. I en sådan jämförelse av de totala inkomstskillnaderna mellan könen så tjänar kvinnorna endast 71 procent av vad männen tjänar. Politikerna har makten i vår hand att göra något åt detta. Vi menar att det är politikernas ansvar som arbetsgivare att aktivt arbeta för att kvinnors löner kommer ikapp mäns, att heltid blir norm och att osäkra timanställningar ersätts av fasta tjänster. Den könssegregerade arbetsmarknaden där män är fler högre upp i hierarkin medan kvinnorna dominerar bland lägre avlönade måste brytas.

Vi vill se en samverkan mellan kommuner, landsting och stat som resulterar i en konkret handlingsplan för höjda kvinnolöner. En sådan plan ska innehålla reella åtgärder för att eliminera löneskillnaderna mellan kvinnor och män och för att lyfta offentlig sektor från att vara en låglönesektor till att bli en spjutspets för jämlika villkor. Denna fråga lyfts dock upp i en särskild motion.

Stockholm den 29 oktober 2006

Lars Ohly (v)

Marie Engström (v)

Peter Pedersen (v)

Alice Åström (v)

Wiwi-Anne Johansson (v)

Kent Persson (v)

Elina Linna (v)