

Motion till riksdagen 2005/06:So432

av Lars Leijonborg m.fl. (fp)

Sjukvård för hälsa och utveckling

Motionen delad mellan flera utskott

1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	3
3	Motivering.....	5
4	Vårdregioner	5
5	Nationellt husläkarsystem	6
5.1	De flesta vill ha en "egen" doktor	6
5.2	Vård för "hela människan".....	7
5.3	Internationell erfarenhet talar för husläkare	7
5.3.1	Norge visar vägen.....	7
5.4	Ersättning för effektivitet	8
5.5	Primärvården mer än husläkare.....	8
5.6	Fortsatt statligt stöd till primärvården	8
6	Patientens rättigheter ska utvecklas.....	9
7	Vårdgaranti.....	10
8	Informationsteknik för säker vård	10
9	Mångfald och frihet att välja	10
9.1	Valfrihet förutsätter kunskap.....	11
9.2	Fri etablering för vissa vårdgivare.....	11
9.3	Psykiatri i privat regi	12
10	Vård i tillväxt	12
11	Patienten "utanför ramarna".....	13
11.1	Fler utredningar för att fastställa demenssjukdom.....	13
11.2	Den äldre multisjuka människan	14
11.2.1	Mer äldreforskning	14
11.2.2	Trygg och god vård för de multisjuka	14
11.2.3	Bättre läkemedel för äldre	14
11.3	Cancerpatienten.....	15
12	Bättre vård av psykiskt sjuka	17
12.1	Allvarliga brister, inte minst i barn- och ungdomspsykiatri	17
12.2	Nya reformer av psykiatri behövs	17
12.3	Statsbidrag till kvalitetssatsningar i psykiatriska vården.....	18
12.4	Förbättrade vård- och boendeformer	19

Fel! Okänt namn på

12.5 Samordnat stöd för en känslig grupp	19
12.5.1 Gemensamma politiska nämnder.....	19
12.5.2 Trygghetskvitto.....	19
12.6 Personliga ombud – stärker den enskilde.....	20
12.7 Husläkare – också för de psykiskt sjuka.....	20
12.8 Bekämpa självmord – ta hand om depressioner.....	20
12.9 Tidiga insatser	21
12.10 Tvångsvård och rättssäkerhet	22
12.11 Öppen vård med särskilda villkor.....	22
12.12 Ungdomar med psykiska problem – besöksgaranti till BUP	23
12.13 Dubbeldiagnos med både missbruk och psykiatrisk sjukdom	23
12.13.1 Riskbedömningar inom psykiatri.....	24
12.14 Människor med missbruk	24
12.15 Äldre med psykisk ohälsa.....	24
12.16 Förstärkt uppdraget till psykiatrisamordnaren	25
12.17 Patient- och anhöriginflytande.....	25
12.18 Ätstörningar.....	26
12.19 Flyktingar och psykiska problem.....	26

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om sammanläggning av försäkringskassor och landsting i vårdregioner.¹
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om ett nationellt husläkarsystem.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om fortsatt statligt stöd till primärvårdens utveckling.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om en särskild patienträttighetslag.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om en utvecklad vårdgaranti.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om en samordnad IT-baserad patientjournal.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om mångfald och valfrihet.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om fri etableringsrätt för gynekologer, geriatriker, barnläkare och barnmorskor.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om öppna kvalitetsredovisningar och en organisation för ranking av vårdens prestationer.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om de privata vårdföretagens möjligheter att växa och ett avskaffande av den s.k. stopplagen.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om fler demensutredningar.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om insatser för multisjuka äldre samt att Läkemedelsverket ges i uppdrag att utreda frågan om äldres läkemedel i enlighet med vad som redovisas i motionen.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om en bättre cancervård.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om depressioner och självmord samt att Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) bör utarbeta underlaget för handlingsprogrammet för självmordsprevention.
15. Riksdagen begär att regeringen återkommer med lagförslag rörande öppen vård med särskilda villkor enligt vad som anføres i denna motion.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om en särskild besöksgaranti till de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om insatser för äldre med psykisk sjukdom och tilläggsuppdrag till den nationella psykiatrisamordnaren.

Fel! Okänt namn på

18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om insatser för människor med missbruk, samt missbruk och samtidig psykiatrisk diagnos.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om riskbedömningar av patienter inom psykiatrin.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i övrigt i motionen anføres om bättre vård för psykiskt sjuka.

¹Yrkande 1 hänvisat till SfU.

3 Motivering

Folkpartiets förslag i denna motion utgår ifrån en stark tro på att det finns liberala lösningar på sjukvårdens problem med dålig tillgänglighet, vårdköer, dålig service och bristande kontinuitet. Orsaken till dessa brister är framför allt den nuvarande vårdpolitiken. Den socialdemokratiska regeringen har haft 11 år på sig att åstadkomma förbättringar men misslyckande läggs till misslyckande. Inte ens hälften av befolkningen har en fast läkarkontakt – en husläkare. Och detta efter trettio års debatt och en lagfäst rätt till en fast läkarkontakt. Köerna är på många håll långa även till angelägna operationer och behandlingar. I södra Sverige måste exempelvis den som har grå starr och inte har förtur vänta minst ett halvår på operation – en operation som tar mindre än en halvtimme och kostar 5 000–6 000 kr. Det finns de som får vänta i två år. Detta samtidigt som kostnaderna för sjukskrivningar och förtidspensioner tillåtit skjuta i höjden, och vården kämpar med stora ekonomiska problem. Patienter i Sverige har på pappret rätt att välja vårdgivare, men i verkligheten har den inskränkts och privata vårdgivare motarbetas.

Det är trots regeringens misslyckanden mycket som är bra i svensk sjukvård i dag. Det görs varje dag stora insatser av vårdpersonalen. Modern medicinsk teknologi görs relativt snabbt tillgänglig för alla oavsett samhällsställning och ekonomiska förhållanden och många botas. Insjuknandet i den vanligaste dödsorsaken, hjärt- och kärlsjukdomar, har minskat kraftigt och av dem som insjuknar överlever fler. Spädbarnsdödligheten är en av de lägsta i hela världen. Medellivslängden är bland de tre–fyra högsta i världen. På en tioårsperiod har den ökat med så mycket som två år. Och det är i huvudsak friska år som läggs till livet.

4 Vårdregioner

Landstingen och försäkringskassorna ska läggas samman och ersättas med vårdregioner. Sjukvården ges därmed medansvar för sjukförsäkringens kostnader. Det övergripande ansvaret för sjukvård och sjukförsäkring ska, inom av riksdagen fastlagda ramar, samlas i de nya vårdregionerna som – förutom den nationella ersättningen till husläkarna – får tillgång till alla de resurser som nu används för sjukvård, rehabilitering och sjukförsäkring. Sjukförsäkringen förblir en socialförsäkring med av riksdagen i lag fastställda villkor och ersättningsnivåer.

Sammanläggningen av hälso- och sjukvården med sjukförsäkringen inom vårdregionerna ska öka möjligheterna att förebygga och minska sjukskrivningar, öka hälsan i arbetslivet samt stärka satsningarna på att förebygga de allvarligaste folkhälsoproblemen. Det som tidigare varit passiva sjukskrivningspengar skall mycket mer användas till förebyggande insatser, behandling och aktiv rehabilitering.

Vårdregionerna bör i framtiden vara färre till antalet än dagens landsting, och det bör bli i storleksordningen 6–10 sådana regioner. De geografiska

Fel! Okänt namn på

gränserna ska vara förankrade regionalt och inte genomdrivas uppifrån mot medborgarnas önskemål.

Vårdregionerna ska ha betydande frihet att organisera vården som de själva önskar, inom de ramar som sätts av hälso- och sjukvårdslagen och andra aktuella lagar – däribland bestämmelserna för husläkarsystemet. Vårdregionerna och inte staten ska ha det ekonomiska ansvaret för läkemedelskostnaderna.

Vårdregionerna motiveras också av att landsting med mindre befolkningsunderlag har sämre förmåga att hantera finansiering och beställningar av högspecialiserad sjukvård. Framtidens sjukvård kräver större regioner. En del av den högspecialiserade sjukvården – s.k. rikssjukvård som är mindre vanligt förekommande och omfattar små patientgrupper – måste samordnas på nationell nivå.

5 Nationellt husläkarsystem

Det krävs enligt Folkpartiets uppfattning åter en husläkarlag och ett nationellt husläkarsystem för att uppnå riksdagens mål om en läkartäthet på 1/1 500 invånare år 2008 och patienternas krav på kontinuitet och valfrihet. Alla invånare ska äntligen få rätt att välja sin egen doktor. Husläkarlagen ska innehålla fri etableringsrätt, nationella regler och ett gemensamt nationellt ersättningsystem.

Det är vår övertygelse att ett nationellt husläkarsystem i Sverige dramatiskt skulle förbättra tillgängligheten till vården samt skapa trygghet och kontinuitet. I denna fråga är vi i princip eniga med Sveriges Läkarförbund som lanserat ett förslag till nationellt familjeläkarssystem – Protos.

Husläkarreformen kommer att förbättra den förebyggande hälsovården, ge sjukförsäkringen långt bättre stöd från primärvården än i dag, upphäva dagens väldiga regionala orättvisor i tillgänglighet och ge bättre och tryggare vård för ”multisjuka”, äldre och andra särskilt utsatta patientgrupper.

5.1 De flesta vill ha en ”egen” doktor

Svenskarna är inte annorlunda än andra länders medborgare, de vill ha en långvarig och personlig relation till en doktor. En mycket stor majoritet av det svenska folket – 80 % – anser att det är viktigt att ha en ”egen” doktor att vända sig till vid sjukdom. I exempelvis Storbritannien och Danmark ser invånarna det sedan lång tid som något helt naturligt med en egen fast läkarkontakt. Men fortfarande – efter 30 års debatt – förnekas många den rätten i Sverige.

Det är bara drygt 40 % som i dag har en fast läkarkontakt enligt slutrapporten från Socialstyrelsen om den nationella handlingsplanen. På flera håll i landet är det i dag färre som har en husläkare än 2002.

5.2 Vård för ”hela människan”

I takt med landvinningar inom medicinsk vetenskap har det skett en ökad specialisering och subspecialisering av medicinsk personal. En utveckling som lett till nya behandlingsmöjligheter, men också ett alltmer komplext sjukvårdssystem som det kan vara svårt för en patient att orientera sig i. De medicinska framstegen har således gjort det än mer motiverat med en personlig och långvarig relation mellan en familjeläkare med kompetens att se till ”hela människan” som patient. Sjukvården i Sverige är över huvud taget påfallande ”opersonlig” genom den bristande kontinuiteten för patienterna, men också t.ex. genom att remisser från en läkare till en annan går till kliniker och vårdenheter i stället för till en namngiven doktor.

Husläkarna ska vara specialister i allmänmedicin. Allmänmedicin är en egen specialitet, men skiljer sig från andra specialiteter genom att den erbjuder patienten en generalist som har kompetens att ta hand om ”hela människan”. Husläkaren med medarbetare utgör navet i det nätverk av olika specialister och funktioner i öppenvård som brukar benämnas närsjukvård/närvård. Folkpartiet anser att remisstväng inte behövs och människor ska kunna söka en annan specialistläkare utan omvägar, men närsjukvården blir abstrakt och förvirrande utan den fasta länken i form av husläkaren som kan fungera som sin patients rådgivare och slussa vidare till andra specialister.

5.3 Internationell erfarenhet talar för husläkare

I årets OECD-rapport om Sveriges ekonomi påtalas bristerna i primärvården som ett av svensk sjukvårds största problem. Antalet läkare totalt i Sverige är i nivå med OECD:s standard men fortfarande är antalet organspecialister för många i förhållande till antalet specialister i allmänmedicin. I rapporten konstateras att detta blir både mindre effektivt och dyrt. En nyckelfaktor för bättre vård i Sverige är enligt OECD att förbättra tillgängligheten till primärvård. Internationell erfarenhet och forskning visar på nöjda patienter och lägre sjukvårdskostnader i länder med familje/husläkarsystem.

5.3.1 Norge visar vägen

Ett nationellt husläkarsystem som omfattar hela befolkningen går att bygga upp snabbt och kan vara fullt genomfört inom två år efter riksdagens principbeslut.

Det visar erfarenheter från Norge. På några få år har man där skapat ett enhetligt nationellt system med s.k. fastläkare. Lagen infördes 2001. Den stora läkarbristen avskaffades, antalet verksamma allmänläkare ökade kraftigt. I dag har 98 % av normmännen en fast läkarkontakt.

Fel! Okänt namn på

5.4 Ersättning för effektivitet

Ersättningen till vårdgivarna i primärvården, ska ha kraftig styrverkan till förmån för svaga patientgrupper och en effektiv resursanvändning i vården som helhet. Ersättningen till husläkarna ska ha såväl fasta delar som rörliga delar med tillägg i förhållande till prestation. Till största delen ska läkaren få betalt med fasta årliga belopp per listad patient, och dessa belopp skall variera främst med åldern, så att de är avsevärt högre för små barn och för de äldsta och därmed mycket vårdbehövande åldersgrupperna. Vårdregionerna ska kunna skriva avtal om ytterligare uppdrag och ersättning till husläkare, framför allt som del i samverkan med den övriga primärvården.

5.5 Primärvården mer än husläkare

Primärvården ska vara basen i svensk sjukvård, kapabel att ta hand om i princip all vardagssjukvård och förebyggande verksamhet. Inte minst mödra- och barnhälsovården har haft en mycket stor betydelse för folkhälsan och minskningen av mödra- och spädbarnsdödligheten i Sverige. Distriktssköterskorna har gedigna kunskaper i preventionsarbete och har ofta en mycket stor betydelse för tryggheten hos kroniskt sjuka och framför allt de äldre som bor kvar hemma. Kuratorer och psykologer har viktiga uppgifter för att fler människor med psykisk ohälsa och psykosomatiska besvär ska kunna tas om hand på ett bra sätt. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har en avgörande roll för att rehabiliteringen ska fungera effektivt. Barnmorskorna har en unikt självständig roll när det gäller graviditetsövervakning och preventivmedelsrådgivning.

5.6 Fortsatt statligt stöd till primärvården

Det är nödvändigt med ett fortsatt och utökat statligt stöd till primärvårdens utveckling. Socialstyrelsens utvärdering av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvårdens utveckling visar att de målsättningar som riksdagen satt upp för primärvårdens utveckling inte har infriats. Trots miljardstöd till landstingen har utvecklingen t.o.m. gått bakåt i vissa delar av landet. Regeringen träffade under våren 2005 en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL) om det fortsatta statliga stödet till primärvården under åren 2006 och 2007 och med samma målsättningar som handlingsplanen. Finansieringen sker inom ramen för det nya utjämningsstödet.

Familjemedicinska institutet (Fammi) inrättades som ett stöd för genomförandet av handlingsplanen och detta stöd måste få fortsätta och utvecklas. Fammi bedriver en bra och nödvändig verksamhet. Statskontorets utvärdering visade att Fammi fått till stånd en rad verksamheter som inte skulle ha kommit till om institutet inte funnits och som ingen annan organisation har ansvaret för att genomföra. Framför allt gäller detta fortbildning och annan kunskapsutveckling som riktar sig till flera yrkesgrupper.

Besluten om Fammi i dess nuvarande form sträcker sig fram t.o.m. den sista december 2006. Kunskapsutveckling är en långsiktig verksamhet och långsiktighet är en av förutsättningarna för att det ska vara möjligt att bedriva ett sådant arbete. Det är därför viktigt att det i god tid fattas beslut om hur verksamheten ska föras vidare fr.o.m. år 2007. Av budgetpropositionen framgår att det inte finns några konkreta förslag till hur arbetet kan föras vidare.

Ett genomförande av förslaget om ett nationellt husläkarsystem innebär att det behövs stöd, uppföljning m.m. på nationell nivå. Hur detta bör vara utformat har ännu inte närmare diskuterats och de uppgifter som Fammi svarar för kan utgöra en av byggstenarna i detta.

Om det utvecklingsarbete som sker på nationell nivå ska kunna omsättas i den praktiska verksamheten i primärvården är det viktigt att det finns regionala funktioner som kan arbeta med dessa frågor. Det är angeläget att det sker en snabb utveckling av sådana enheter och det bör fr.o.m. år 2007 inrättas ett statligt stöd för att påskynda utvecklingen av regionala funktioner för vardagsnära kunskapsutveckling och fortbildning inom primärvården. Liksom i Stockholm bör dessa vara anknutna till de allmänmedicinska institutionerna för grundutbildning av läkare samt till de högskolor m.m. som svarar för utbildning av andra grupper av vårdpersonal inom primärvården. Landstingen bör svara för huvuddelen av kostnaderna för dessa centrum och det statliga stödet bör i första hand utgöra ett etableringsstöd. För att verksamheten ska få en fast form bör stödet utgå i minst fem år.

Folkpartiets uppfattning är att det nationella uppdrag som Fammi i dag har ska föras vidare fr.o.m. år 2007. Men om så inte sker bör regionala kunskapscentrum ges uppdraget att svara för vissa nationella frågor.

6 Patientens rättigheter ska utvecklas

Patienten måste få mer makt. Patientmakt innebär bl.a. att det finns en reell valfrihet, vårdgaranti och ett erbjudande om en egen fast läkarkontakt i vården som hjälper patienten att finna alternativ, tolka kvalitetsdata och förklara medicinsk fackkunskap. Många människor är i dag väl informerade om sin sjukdom och olika behandlingsmöjligheter men har svårigheter att hitta rätt i vårdsystemet. Det innebär att kraven på vården, dess innehåll och samordning ökar.

Det är många lagar som inverkar på patienträttigheterna i Sverige. Det finns också utöver lagarna ett stort antal regler i sjukvården. 1999 fanns 34 lagar, 24 förordningar och 185 myndighetsregler som berörde sjukvården (HSU 2000). Folkpartiet föreslår att all lagstiftning som rör patienträttigheter samlas i en lag.

Fel! Okänt namn på

7 Vårdgaranti

Vårdgaranti ska gälla för alla invånare och vara en rättighet till vård i hela landet liksom inom Norden och i EU. Folkpartiets ambition är att vården ska organiseras så att vårdgarantin kan omfatta en rätt till vård efter maximalt en månads väntan mot nuvarande tre i den vårdgaranti som kommer att gälla fr.o.m. den 1 november i år. Detta kommer att bli möjligt med de effektivitetsvinster som uppstår när vårdregionerna införs. Ett första steg på vägen är att fastställa att vårdgarantin ska gälla för behandling inom två månader. En sådan ambitionshöjning blir, i avvaktan på vårdregionernas införande, möjlig med stöd av att sjukförsäkringens och sjukvårdens resurser samordnas finansiellt – s.k. Finsam – som tidigare under liberal ledning i den borgerliga regeringen 1991–1994 var mycket framgångsrikt. En fungerande vårdgaranti förutsätter vidare att vård upphandlas i konkurrens.

Vårdgarantin bör successivt byggas ut, inledningsvis ska den innebära kortare väntan för behandling av de allvarligaste sjukdomstillstånden. Vårdgarantin ska utvecklas till sitt innehåll så att framför allt psykisk sjukdom och missbruk omfattas av garantin. En särskild besöksgaranti ska införas till barn- och ungdomspsykiatri, med högst en månads väntan för första besök och kortare tid i allvarligare fall. Vårdgarantin ska också omfatta förebyggande insatser när det finns effektiv hjälp och behandling att erbjuda, såsom rökavvänjning och behandling av barnfetma.

8 Informationsteknik för säker vård

Informationstekniken inom vården är underutvecklad. Det är den äldre människan och andra patienter med sammansatta hälsoproblem som har störst nytta av en IT-baserad samlad patientjournal. Sjukvårdens journalsystem och liknande system ska tekniskt kunna klara att på ett för patientens personliga integritet säkert sätt förmedla information mellan olika vårdgivare och till patientens samlade journal. Ansvaret för denna ska ligga hos patientens husläkare. Patienten ska – med vissa undantag – alltid och även i elektronisk form ha tillgång till uppgifterna i sin journal.

9 Mångfald och frihet att välja

Det är Folkpartiets uppfattning att vården i huvudsak ska vara offentligt finansierad, men mångfald ska präglade vården. Det är viktigt att hålla isär finansiering och uppföljning av vilka resultat som skattefinansierad verksamhet uppnår – som är en politisk uppgift – från den direkta ledningen av vården.

Mångfald främjar kvaliteten, vårdutvecklingen och patientens valfrihet. Personer inom vården ska precis som inom vilken annan bransch som helst ha möjlighet att välja arbetsgivare inom privat eller offentlig sektor. Det stimulerar

löneutvecklingen och skapar bättre arbetsförhållanden. Inte minst kvinnorna måste ha möjlighet att komma ur den ohälsosamma "inlåsnings" som begränsningen av urvalet arbetsgivare åstadkommer. Valfrihet och konkurrens ska stimuleras med hjälp av kundvalssystem och upphandling. Ersättningen för vårdinsatserna ska följa med patienten till den vård hon väljer. Det innebär att patienten fritt kan välja husläkare, mödravård och barnhälsovård inom ramen för ett pengsystem. I princip ska all annan vård upphandlas i konkurrens och en mångfald vårdgivare på det sättet erbjudas patienterna. Erfarenhet visar att kostnaderna för i synnerhet kirurgiska ingrepp sjunkit dramatiskt när upphandling skett. Vården bör ske på lika villkor för privata och offentliga vårdgivare.

Husläkarna med medarbetare kommer i framtiden i normalfallet att vara privata företagare. Det är vår övertygelse, även om det sist och slutligen är patienten som väljer med sin "husläkarpeng". Erfarenheter från svensk primärvård visar att privata vårdcentraler och husläkarmottagningar uppskattas mer av både patienter och personal. Tillgängligheten och servicen är bättre och personalen känner att de trivs och har större inflytande än på landstingets vårdcentraler.

9.1 Valfrihet förutsätter kunskap

En god och jämlik vård upprätthålls och utvecklas bäst med att det finns nationella system för jämförelser av vårdresultat och att människor kan välja fritt – även över regiongränser och mellan sjukhus i landet. Utveckling av medicinsk kvalitet och service är beroende av att det finns möjligheter att jämföra vårdkvalitet hos olika vårdgivare, liksom det är en förutsättning för att individen ska kunna välja god vård med stöd av egen kunskap. Denna information ska vara lätt tillgänglig via exempelvis Internet. Kvalitetsinformation är också nödvändig kunskap för vårdregionen som finansiär och avtalspart. Sjukvårdens kvalitetsregister ska bli fler och öppna för allmänheten, liksom att olika modeller för "ranking" av vård och behandling utvecklas. Patientens rätt till information ska lagfästas, och en oberoende enhet inrättas vid Socialstyrelsen med den nya uppgiften att bl.a. jämföra och ranka vårdens prestationer i enlighet med förslag från Allians för Sverige.

9.2 Fri etablering för vissa vårdgivare

Det ska inom ramen för det nationella husläkarsystemet råda etableringsfrihet för allmänläkare. Folkpartiet anser att även geriatriker, gynekologer och barnläkare ska ha rätt att med ersättning från det nationella taxesytemet etablera sig som fria yrkesutövare i vården. Barnmorskor ska med motsvarande ersättning också ha rätt till fri etablering. Dessa specialister vänder sig till specifika målgrupper och det råder brist på deras kompetens i stora delar av landet. Det finns t.ex. bara drygt 600 geriatriker (specialister i åldrandets sjukdomar) i Sverige och dessa finns i huvudsak på universitetsorterna. Det kommer att bli

Fel! Okänt namn på

en mycket stor brist på gynekologer inom en snar framtid då många av dessa specialister kommer att gå i pension.

9.3 Psykiatri i privat regi

Det är dags att släppa fram privata vårdgivare även inom psykiatri och beroendevård. Den psykiatriska vården är i mycket stort behov av förnyelse. Det finns goda erfarenheter av beroendevård, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar och ätstörningsvård i privat regi i Sverige. Nu måste det bli möjligt för privata vårdgivare att driva såväl allmänpsykiatri som psykosvård. Det skulle främja nya lösningar med mer integrerad vård och mellanvårdsformer som utgår från patientens behov. I England har premiärminister Tony Blair vågat ta detta steg. Ett antal psykiatriska sjukhus har lagts ut på privata vårdgivare. Det har ofta handlat om de tyngsta patienterna med t.ex. personlighetsstörningar och missbruk.

10 Vård i tillväxt

De nya jobben kommer att uppstå framför allt i den privata tjänstebranschen. Vården är – och borde än mer vara – en del av denna bransch. Export av vårdkonsulttjänster ökar i Sverige och svenska vårdföretag expanderar utomlands. De privata vårdföretagen exporterar sitt vårdkunnande och etablerar sig utomlands. Det visar Capiro AB:s verksamheter i Spanien, England och Frankrike. Vårdsektorn har alltså en stor potential till tillväxt, som skulle skapa arbetstillfällen, vinster och investeringar. I stället för att bejaka detta hindrar regeringen och stödpartierna en sådan positiv utveckling med den s.k. stopplagen som hindrar expansion för privata sjukhusbolag i Sverige. Stopplagen kommer omedelbart att upphävas av en borgerlig regering. Vi hänvisar till den gemensamma borgerliga motionen (2004/05:So33) med anledning av regeringens proposition om *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2004/05:145).

Folkpartiet vill tillåta privata utförare av offentligfinansierad vård att med den överkapacitet som kan finnas ta emot svenska försäkringspatienter, men också låta privata vårdgivare ta emot utländska försäkringspatienter, som exempelvis det landstingsägda Stockholm Care AB tillåts göra. Man rekryterar och förmedlar patienter till såväl landstingets egna sjukhus som till privata vårdgivare. Bolaget gör bedömningen att Sverige står sig väl i konkurrensen när det gäller t.ex. neurokirurgi, onkologi och benmärgstransplantationer. Inom dessa områden finns en unik svensk kompetens som bör utvecklas så att fler utländska patienter kan tas emot. Men dessa rekryteringsuppgifter skulle alltså kunna skötas direkt av de privata vårdgivarna. Det skulle öppna helt nya möjligheter för en framtidsmarknad, med allt vad det innebär av jobb och tillväxt.

Folkpartiet anser att EU:s tjänstedirektiv ska tillämpas också inom hälso- och sjukvårdens område.

11 Patienten ”utanför ramarna”

Den svenska sjukvården erbjuder i internationell jämförelse vård av hög medicinsk kvalitet. Men trots den medicinsk-tekniska utvecklingen samt nya och effektiva behandlingar är vården generellt sett dålig på att ta hand om äldre med flera sjukdomar samtidigt eller andra patientgrupper som har komplexa vårdbehov, befinner sig i utanförskap, missbruk och/eller lider av psykisk sjukdom. Det är en paradox i dagens kunskapsintensiva sjukvård. Sjukvårdens organisation är – lite tillspetsat – uppbyggd för att ta hand om enstaka somatiska sjukdomar hos relativt unga människor.

Det är naturligtvis mycket glädjande att t.ex. andelen barn som överlever avancerade hjärtoperationer har ökat från 88 till 98 % det senaste decenniet, men jämsides med sådana dramatiska förbättringar sker det blygsamma förändringar för många människor i ”Det glömda Sverige”. Psykiatrins andel är t.ex. fortfarande bara 10 % av de totala sjukvårdsresurserna. Det är mot bakgrund av denna utveckling som Folkpartiet föreslår reformer som främjar helhet, sammanhang, trygghet och kontinuitet. De nya resurser som Folkpartiet vill tillföra vården ska hamna där det annars kommer att bli brister, lidande och misär – och det betyder att det framför allt är i äldreomsorgen men även inom psykiatri och missbrukarvården som kommande årtiondens resurstillskott kommer att behövas.

11.1 Fler utredningar för att fastställa demenssjukdom

Det är viktigt att den som misstänks ha diagnosen demens får genomgå en särskild utredning för att rätt diagnos ska kunna ställas och rätt behandlings- och omvårdnadsinsatser sättas in. Det gäller medicinering, anhörigstöd, hemtjänst, dagvård och särskilt boende. För anhöriga är det också en trygghet att veta vilken sjukdom den anhörige har. Mediciner kan fördröja sjukdomsförloppet, vilket leder till senarelagd behov av stöttande insatser och särskilt boende. Det är vår bedömning att antalet demensutredningar i Sverige bör fördubblas för att fylla det eftersatta behov som finns. Husläkaren ska utgöra första länken i utredningsprocessen, men med stöd av särskilda demensteam i öppenvård kopplade till geriatriska kliniker kan fler demensutredningar också slutföras i primärvården.

Fel! Okänt namn på

11.2 Den äldre multisjuka människan

11.2.1 Mer äldreforskning

Kvaliteten i äldrevård är som annan vård beroende av att resultaten från forskning och medicinska framsteg tas till vara i det vardagliga vårdarbetet. Klinisk forskning beträffande äldres sjukdomar riskerar att minska i omfattning när andelen forskare som ägnar sig åt klinisk forskning över huvud taget sjunkit på ett oroande sätt. Det finns få vetenskapliga behandlingsstudier av människor över 65 års ålder, och för åldersgruppen över 75 år i stort sett inga sådana. Det är en angelägen forskningspolitisk uppgift att medverka till att vården av människor med de största vårdbehoven kommer att vila på en starkare vetenskaplig grund.

11.2.2 Trygg och god vård för de multisjuka

Den främsta riskfaktorn för sjukdom är ålder. Alla människor drabbas förr eller senare av sjukdom, men ca 5 % av alla över 75 års ålder kan betraktas som multisjuka. Dessa personer lider av flera sjukdomar, hälsoproblem och funktionsnedsättningar samtidigt och kan antas behöva kontinuerligt stöd och samverkan mellan olika vård- och omsorgsaktörer. Det är bara den diagnos som patienten vårdas för som registreras – dvs. det skapas aldrig någon samlad sjukdomsbild av den äldre människan.

Det saknas både kunskap och forskning om effektiva metoder för att hjälpa multisjuka äldre på ett för dem bra sätt. Och samverkan inom sjukvården och mellan sjukvård, äldreomsorg och socialtjänst brister. Det är orimligt, men likväl verklighet, att en äldre kvinna med 23 olika symtom, som behandlas med elva olika behandlingsmetoder och som äter nio olika läkemedel dagligen och ytterligare två vid behov har kontakt med sju olika yrkesgrupper och sammanlagt 55 olika vårdgivare under ett år. De läkemedel hon äter har dessutom ordinerats av fem olika läkare. Inte minst de äldre skulle ha glädje av en samlad IT-baserad patientjournal.

På större mottagningar med flera husläkare ska en del av dem kunna specialisera sig på patienter med vissa kroniska sjukdomar i äldrevårdscentraler, som kompletterar och samordnar hemtjänst, hemsjukvård, primärvård och sjukhus för att tillgodose de åldriga multisjukas vårdbehov. Äldre med en komplicerad sjukdomsbild ska ha tillgång till geriatrisk kompetens.

11.2.3 Bättre läkemedel för äldre

Bristen på dokumentation av läkemedels effekt och säkerhet på barn har uppmärksamats av bl.a. EU-kommissionen på senare tid och glädjande nog resulterat i ny lagstiftning som ger läkemedelsindustrin incitament för att ta fram den saknade dokumentationen om de läkemedel som är aktuella att användas på barn. Majoriteten av läkemedelsanvändare och i synnerhet storkonsumenterna tillhör emellertid kategorin äldre (>70 år). Eftersom det stora flertalet läkemedelsprövningar har en övre åldersgräns vid 60 eller 70 år dokumenteras mycket sällan effekt och säkerhet för nya läkemedel på denna den

största gruppen patienter. Dessutom utesluts ofta patienter med försämrad lever-, hjärt- eller njurfunktion samt patienter med försämrad minnesfunktion.

Även dessa kriterier för uteslutning drabbar oftare äldre patienter varför åldersfördelningen blir ytterligare skev. Det är en rimlig säkerhetsåtgärd att inte initialt testa nya läkemedel med okända egenskaper på sköra patienter. Det är emellertid inte acceptabelt att nya läkemedel som är avsedda att användas på vuxna och därmed sannolikt i första hand på äldre personer släpps ut på marknaden utan att det finns dokumentation på effekt och säkerhet även för denna åldersgrupp.

Läkemedelsgodkännande är i dag till största delen en europeisk angelägenhet och problemet måste därför angripas på denna nivå. Regeringen bör föra upp frågan i ministerrådet och där driva frågan via EU-kommissionen för att åstadkomma en skärpt lagstiftning på området. Det finns emellertid olika vägar för att påverka. Regeringen (Socialdepartementet) bör uppdraga åt Läke-medelsverket att utreda problemet och presentera fakta som underlättar fortsatt handläggning av frågan.

11.3 Cancerpatienten

Det är helt avgörande för människors förtroende och legitimiteten för sjukvårdens insatser att vården av de svårast sjuka fungerar väl. I ett land som tar ut världens högsta skatter är det ett anständighetskrav att alla som drabbas av en allvarlig sjukdom får en bra medicinsk vård men också ett mycket gott omhändertagande. Den svenska cancer vården håller i huvudsak, tack vare en kunnig och engagerad personal, hög kvalitet och når goda resultat. Men det finns brister, vilket uppmärksammats av såväl patienter som medicinsk expertis. De förtroendevalda har dock varit alldeles för tysta. Cancerpatienten har helt enkelt inte fått den uppmärksamhet som hon eller han förtjänar.

Väntetiderna är för långa. Behandlingsteknikens kapacitet är otillräcklig. Patienter känner sig ofta vilse i systemet utan en trygg och fast läkar- eller annan sjukvårdspersonalskontakt. Bemötandet av patienten är inte alltid respektfullt och brist på personal samt organisationsbrister försämrar patientsäkerheten. Dessutom varierar behandlingens kvalitet beroende på var i landet en cancerpatient bor. Cancer vården bedrivs av många olika aktörer och patienten möter en mängd olika vårdgivare – hon eller han får ofta vård på flera nivåer i sjukvården samtidigt, och behandling vid olika kliniker när tillståndet kräver detta. Provtagningar och undersökningar för diagnostik ingår också i denna komplicerade vårdkedja. Folkpartiet har i en rapport om cancer vården presenterat ett antal förslag som skulle kunna förbättra den svenska cancer vården.

Fel! Okänt namn på

Högre kvalitet och likvärdig vård i hela landet

- Utarbeta i samråd med professionen en nationell cancerplan för att bl.a. garantera likvärdig vård över hela landet.
- Regionala potter för särskilt dyra läkemedel.
- Öppna redovisningar av cancervårdens kvalitet och resultat.
- Satsa på forskning – mer pengar och större koncentration av resurserna.
- Öka antalet utbildningsplatser på läkarlinjen.
- Öka utbildningskapaciteten för bl.a. sjuksköterskor inom medicinsk radiologi.
- En protonanläggning startas i Sverige med statligt stöd.
- Använd metodiskt patienternas erfarenhet för en bättre cancervård.
- Nolltolerans mot köer för cancerpatienter.
- Särskilda besöks- och behandlingsgarantier. Korta tidsgränser ska sättas upp för tid från misstanke om cancer till diagnos samt från diagnos till behandlingsplan och vård.
- Öka kapaciteten att använda befintliga strålkärlar.
- En privat driven strålbehandlingsklinik startas i Stockholms län och blir en resurs för hela landet.

Förebyggande insatser och tidig upptäckt

- Satsning på rökavvänjning genom ytterliggare ekonomiska resurser – rökavvänjning ska ingå i vårdgarantin.
- Kostnadsfria gynekologiska hälsokontroller (livmoderhalscancer).
- Mammografiscreening för alla kvinnor mellan 40 och 74 år i hela landet.
- Screening för tjocktarmscancer prövas i något landsting.
- Stöd till patienten och anhöriga.
- Rätt för cancerpatienten till en samordningsansvarig person genom hela vårdprocessen.
- Särskilda bröstmottagningar för personer med bröstcancersymtom och rätt till bröstsjuksköterskor för patienter i eftervård.
- Förbättra det sociala stödet till bl.a. prostatapatienter under eftervården.
- Alla har rätt till ett värdigt slut – bygg ut den palliativa vården.
- Bygg ut den avancerade hemsjukvården och erbjud den till alla i livets slutskede.
- Öka antalet dagar med närståendepenning och bygg ut det psykosociala stödet till anhöriga.

12 Bättre vård av psykiskt sjuka

12.1 Allvarliga brister, inte minst i barn- och ungdomspsykiatri

Vården av människor med psykisk ohälsa och sjukdom är eftersatt. Även om en stor del av patienterna med psykiatriska diagnoser får bra och adekvat hjälp, är det vår uppfattning att bristerna inom svensk psykiatrisk vård nu är mycket stora:

- Köerna till barn- och ungdomspsykiatri är långa.
- Tusentals utskrivna patienter får inte den hjälp och det omhändertagande de har rätt till.
- Dödligheten är hög.
- Andelen psykiskt sjuka bland hemlösa i storstäderna har ökat påtagligt.
- Alltför få människor som lider av depressioner kommer under någon vård över huvud taget. Depressionssjukdomarna anses starkt ”underdiagnostiserade”, och eftersom bra hjälp i de flesta fall finns att få är det tragiskt att många som lider av denna sjukdom inte får, och i många fall på grund av fördomar inte ens efterfrågar, någon vård.
- Trycket på de få slutenvårdsplatser som finns kvar är ofta mycket hårt – patienter som vädjar om att få bli inlagda blir avvisade för att en ännu sjukare patient ska tas om hand eller för att polisen kommer med ett akutfall.

De brister vi beskrivit här har lett till att många människor far illa. De har också medfört att samhällsskyddet brutit.

12.2 Nya reformer av psykiatri behövs

Tillgängligheten till psykiatrisk vård och dess kvalitet måste bli bättre. Psykiatri ska förstärkas – i den förebyggande delen, genom samverkan med husläkarna och utveckling av psykosocial kompetens inom primärvården, en särskild behandlingsgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri samt med bl.a. förbättrad lagstiftning och tillräckligt antal vårdplatser. Det är också av stor vikt för utvecklingen att privata vårdgivare blir verksamma inom psykiatri. Psykiatrisk vård, med undantag för myndighetsutövning, ska upphandlas under samma förutsättningar som annan vård.

Vårdregioner och kommuner ska samverka effektivt om människor som har både psykiatrisk sjukdom och alkohol- eller narkotikamissbruk. Staten ska bära finansieringen av den rättspsykiatriska vården, så att den inte tillåts fortsätta att tränga ut annan psykiatrisk vård. Staten ska också bidra till kommunerna med en del av deras kostnader för kvalificerad slutenvård barn- och ungdomsvård och missbrukarvård, för att hindra att missbruk, psykiatrisk ohälsa och kriminalitet får fortsätta att förvärras därför att kostnaden för adekvat vård uppfattas som för tung för kommunen att bära.

Fel! Okänt namn på

12.3 Statsbidrag till kvalitetssatsningar i psykiatriska vården

Psykiatrireformen från 1995 syftade till att framför allt lösa de stora problem som redan då uppstått vad gäller omhändertagandet av patienter utanför sjukhusen på grund av den stora omstrukturering av psykiatrin som redan ägt rum. De stora mentalsjukhusen hade lagts ned och skulle ersättas av öppen vård och småskaligt boende.

Reformen ökade kommunernas ansvar för denna grupp. Enligt Socialstyrelsens utvärdering nåddes syftet i så måtto att situationen för majoriteten av patienterna förbättrades. Samtidigt vet vi att en stor del av det ursprungliga problemet kvarstår. Psykiskt sjuka som ska leva och bo ute i samhället får inte alls den stöd och den hjälp de borde ha. Flera av dem som vistats länge på institution blev inte hjälpta eftersom många kommuner inte förmådde ta hand om dem och erbjuda ett bra fungerande boende och sysselsättning. Socialstyrelsens och länsstyrelsernas senaste tillsynsrapport (2005) om psykiatrireformen visar att hälften av kommunerna inte har kartlagt behoven hos personer med psykiska funktionshinder, och att hälften av målgruppen saknar sysselsättning.

Det återstår fortfarande många förbättringar att göra. Den enskildes makt över vardagen när det gäller boende, sysselsättning osv. måste stärkas. Det finns också klara brister i samarbetet mellan landstingen och kommunerna.

De öppna vårdformerna har den fördelen att de möjliggör för den enskilde att parallellt med behandling också kunna fungera i vardagslivet. Detta är inte minst betydelsefullt för att patienten ska verka i ett sammanhang där familj, vänner och kanske också arbete eller skola finns med och stöttar i den processen.

Det är dock viktigt att betona att inte all psykiatrisk vård kan bedrivas i öppna vårdformer. Såväl slutenvård som tvångsvård är nödvändiga komplement för vissa sjukdomstillstånd. Vår bedömning är att neddragningen av slutenvårdsplatser, tillsammans med en otillräcklig uppbyggnad av gruppboenden och små behandlingshem, kommit att innebära en resursminskning som gått för långt. Det råder nu, i varje fall i vissa landsting, platsbrist. Den leder till att människor som söker vård inte får adekvat vård.

Antalet slutenvårdsplatser ska anpassas efter utvecklingen av å ena sidan en förbättrad öppenvård och ny lagstiftning, och å andra sidan behovet inom rättspsykiatrin och följderna av den förvärrade alkohol- och narkotikasituationen.

Mot bakgrund av de kvarvarande bristerna inom psykiatrin och behovet av långsiktig kvalitetsutveckling föreslår vi större statliga bidrag till psykiatrin än regeringen under hela perioden 2006–2008. Det innebär också att vi underkänner regeringens sätt att hantera de statliga bidrag som hittills fördelats efter särskilda ansökningar. Beredningsprocessen för 2005 års medel påbörjades alldeles för sent, innebar en tung administrativ process och har motverkat långsiktighet.

12.4 Förbättrade vård- och boendeformer

Det är betydelsefullt att kontinuerligt utveckla nya öppna och samhällsnära vårdformer. Satsningen på mobila resursteam är en viktig väg att gå liksom utveckling av telefonrådgivning och integrerade sluten- och öppenvårdsformer (mellandvårdsformer). Det är angeläget att finna modeller för att snabbt kunna göra insatser på olika håll och för att kunna ge en mer individuell hjälp till dem som är i behov av att snabbt få stöd eller vård.

Bristen på platser i ordnade boendeformer, såsom gruppboenden, är stor. Det krävs en ambitiös utbyggnad för att alla som behöver ska kunna få plats. Boendestödjare, eller ambulerande team, är viktiga för att människor med psykiska problem ska klara av sitt boende och känna trygghet. Det innebär att ett team kan göra hembesök, och ge olika former av stöd och hjälp för den boende att klara sin ångest. Om det behövs ska de också kunna hjälpa till att kontakta den psykiatriska vården. Denna service måste finnas dygnet runt.

Socialstyrelsens utvärdering ”Boende för personer med psykiska funktionshinder” från 2003 visar att många psykiskt funktionshindrade fortfarande finns på vårdhem långt från hemorten, på grund av bristande planering hos kommunerna. Boendena är ofta institutionslika, helt i strid med psykiatireformens intentioner. Ansvar för tillsynen över vårdhemmen är delat mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. En översyn behövs av hur tillsynen över enskilda vårdhem kan samordnas och skärpas.

12.5 Samordnat stöd för en känslig grupp

12.5.1 Gemensamma politiska nämnder

Människor med psykisk sjukdom har högre frekvens av odiagnostiserade somatiska sjukdomar än andra. Den somatiska sjukdomen kan förvärra den psykiska och vice versa. En del av den ökade sjukligheten beror på att människor med psykisk sjukdom röker, dricker och missbrukar narkotika mer än den övriga befolkningen.

Det finns sedan några år tillbaka en möjlighet för kommuner och landsting att bilda gemensamma nämnder med gemensam finansiering. Detta kan vara till stor nytta just när det gäller psykiskt sjuka med både sociala, somatiska och fysiska problem.

12.5.2 Trygghetskvitto

När en psykiatrisk patient skrivs ut från slutenvård måste sjukvårdshuvudmannen ta kontakt med kommunen för att säkerställa att kommunen är redo att ta hand om de uppgifter som den ansvarar för. Det kan gälla boende, försörjning, sysselsättning m.m. Patienten ska sedan få ett trygghetskvitto, som fungerar som ett bevis på att kommunen har åtagit sig att övergången från slutenvård till öppen vård ska fungera så smidigt som möjligt.

Fel! Okänt namn på

12.6 Personliga ombud – stärker den enskilde

Socialstyrelsens utvärdering har visat att människor med psykiska funktionshinder har stor nytta av personliga ombud som kan hjälpa till att samordna de olika insatserna kring den enskilde och vara med när individuella vårdplaner utvecklas, fungera som ett stöd i kontakten med myndigheter och bevaka att den enskilde får del av de insatser som han eller hon har rätt till. I dag har runt 80 % av kommunerna infört personliga ombud. Där personliga ombud har prövats har detta visat sig att de också minskar utnyttjandet av slutenvård. Det kanske allra viktigaste ur liberal synvinkel är att individens möjligheter att själv bestämma över sitt liv har stärkts, och att brister inom stödet till psykiskt funktionshindrade har upptäckts som annars inte skulle ha blivit synliga. Det är riktigt och viktigt att verksamheten har permanentats.

12.7 Husläkare – också för de psykiskt sjuka

Det är även viktigt med en fast läkarkontakt, företrädesvis en husläkare, som samordnar de medicinska insatserna. Husläkaren är viktig för att ge den funktionshindrade en helhetsbild när flera olika vårdgivare är inblandade. Husläkaren kan också se till att den funktionshindrade är överens med vårdgivarna om vilka vårdinsatser som krävs. Om människor med psykisk sjukdom inte går till sin samtalsterapi eller inte tar sina läkemedel är insatserna helt meningslösa, hur genomtänkta och evidensbaserade de än må vara.

12.8 Bekämpa självmord – ta hand om depressioner

Enligt PART-studien i Stockholms läns landsting hade endast 40 % av personer med klinisk depression sökt vård. Endast hälften av dessa har fått adekvat behandling. Den främsta anledningen till att inte söka vård är känslor av skam och skuld.

Det finns ofta bra medicinsk hjälp att få vid depression. Det är därför en stor förlust att så många inte söker hjälp. Den viktigaste åtgärden är här att se till att vårdpersonal i öppenvården, inklusive mödra- och barnhälsovården, har den kunskap som krävs för att känna igen och behandla depression.

Depression är kopplad till överdödlighet i en rad sjukdomar. Den vanligaste dödsorsaken är självmord. Upp till ¼ av dem som tagit sina liv har uppvisat ett eller flera symtom på depression, och många av dem har lidit av en fullt utvecklad depressionssjukdom. Deprimerade personer har också en överdödlighet av andra orsaker, t.ex. infektioner och sjukdomar i andnings- och cirkulationsorganen.

År 2002 begick 1 494 personer självmord i Sverige och av dessa var 28 % kvinnor. I mer än 90 % av fallen finns någon psykisk sjukdom i bakgrunden, oftast depression. I åldersgruppen 15–44 år är självmord en av de vanligaste dödsorsakerna. Självmordstalen gick ned under 1990-talet. Det kan ha ett samband med en flitigare förskrivning av antidepressiva medel. Den förkla-

ringen har dock utmanats, och det har varit svårt att hitta något tydligt samband mellan förskrivning och självmordsfrekvens. I åldersgruppen 15–25 år har självmordsfrekvensen inte gått ned, och det finns en tendens till att självmorden bland framför allt unga män har ökat. Dödligheten i självmord är större bland människor som slutenvårdats för psykiatrisk sjukdom än i befolkningen i övrigt. Risken för att begå självmord är störst direkt efter en utskrivning. Landstingen måste utarbeta rutiner för en tät kontakt mellan sjukvård och patient tiden närmast efter utskrivning.

Genom en effektiv förebyggande verksamhet skulle självmordstalen kunna minskas ytterligare. I ett utbildningsförsök på Gotland på 1980-talet gavs information om självmordsprevention till distriktsläkare. Självmordsfrekvensen gick ned 60 % under försöket. Efter ett par år försämrades statistiken igen, så arbetet måste vara uthålligt och långsiktigt, det räcker inte med en engångsinsats. Informations- och fortbildningsarbetet på området måste förstärkas.

Sedan dess har en del gjorts. I dag finns nationella riktlinjer för självmordsprevention, och en enig riksdag har beslutat att ett handlingsprogram för självmordsprevention ska utarbetas. Uppdraget har gått till Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. Vi anser att Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) som landets främsta experter på området bör utarbeta underlaget för detta viktiga program.

12.9 Tidiga insatser

Rehabilitering ska sättas in tidigare och olika instanser samordnas. Folkpartiet förordar en rehabiliteringsgaranti som också innefattar psykiatrisk diagnos. Psykosocial kompetens i primärvården – i form av kuratorer och psykologer – bidrar till att psykosociala problem kan upptäckas bakom den medicinska diagnosen.

Mot bakgrund av de erfarenheter som hittills gjorts av att i primärvården inrymma också psykosocial kompetens anser vi att de husläkarmottagningar som ännu inte har denna kompetens ska ha tillgång till sådan.

Det preventiva arbetet ska utvecklas. Potentiella högriskgrupper inom psykiatrin måste identifieras. Sådana grupper är barn till psykiskt sjuka, personer som gjort självmordsförsök, nyinsjuknade i psykoser m.fl. Det är viktigt att det finns en god beredskap inom psykiatrin för att ta hand om dessa grupper av patienter. Uppföljning och utvärdering av psykiatrivården måste bli bättre.

Psykiatrins roll i den lokala samverkan måste stärkas. Primärvården behöver konsultation och utbildning från psykiatrin. Riksdagen bör tillkännage för regeringen vikten av att primärvården har god psykosocial kompetens och ett gott samarbete med psykiatrin.

Fel! Okänt namn på

12.10 Tvångsvård och rättssäkerhet

Psykiatrisk vård innehåller såväl frivillig vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som tvångsvård genom myndighetsutövning enligt särskild lagstiftning. Den senare sker enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Tvångsvården utgör en ansevärd del av den psykiatriska slutenvården. Till exempel svarade den i Västra Götalandsregionen vid en mätning år 2000 för genomsnittligt 30–40 %.

Att vårda en patient med tvång är den starkast integritetsingripande åtgärd som förekommer inom hälso- och sjukvården. Detta förhållande uppmärksammas också i olika internationella sammanhang och konventioner, t.ex. Hawaii-deklarationen.

Psykiatrisk tvångsvård regleras genom olika lagar och får endast ges av offentlig vårdgivare. Beslut om tvångsvård är underställt länsrättens prövning, och det prövas löpande under vårdtiden. Detta speglar hur samhället utifrån grundläggande etiska mål skyddar individen från rättsövergrepp.

I de fall tvångsvård måste användas anser Folkpartiet att det är ännu viktigare än annars att patienten snabbt får tillgång till en stödperson, som i samråd med anhöriga kan föra patientens talan. En tydlig tidsgräns måste sättas för hur lång tid det får ta från det att beslut om tvångsvård fattas till det att patient och anhöriga erbjuds en stödperson. I de fall där anhöriga saknas kan det finnas anledning att utse en stödperson även mot patientens vilja.

Psykiatrikers främsta uppdrag är förstås att ge bästa möjliga vård åt sina patienter. Samtidigt får man inte blunda för att psykiatriker som arbetar med potentiellt farliga patienter har ett dubbelt uppdrag. De ska både vårda patienten och se till tryggheten i samhället. I den situationen får en psykiatriker inte se sig som i första hand patientens ombud, utan måste balansera sina båda uppdrag.

Det är tveksamt om lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) används så som var avsett. Anhöriga till psykiskt sjuka upprörs ofta över att tvångsvård i många fall inte sätts in när det, enligt de anhöriga, helt uppenbart föreligger fara för den sjukes liv.

12.11 Öppen vård med särskilda villkor

I betänkandet ”Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård” (SOU 1998:32) föreslogs möjligheter till öppen vård med särskilda villkor. Det innebär att en tvångsvårdad patient som bedöms lida av en allvarlig psykisk störning, men som ändå kan få sitt vårdbehov tillgodosett utan att vara inlagd på vårdinrättning, kan vårdas i öppen vård med vissa förhållningsorder. Dessa kan gälla vård och behandling, boende, sysselsättning, förbud mot att använda berusningsmedel med mera. Beslut om öppen vård med särskilda villkor ska fattas av domstol. Om domstolen bedömer att den öppna vården inte fyller sin funktion, antingen för att villkoren inte upp-

fylls eller för att sluten vård är nödvändig av andra skäl, ska patienten tas över till sluten tvångsvård.

12.12 Ungdomar med psykiska problem – besöksgaranti till BUP

Snabb hjälp behövs till unga med psykiska problem. Unga människor som drabbas av psykoser behöver mycket snabb hjälp för att bromsa psykosförloppet. En förutsättning för att detta ska kunna ske är att vården är lättillgänglig för såväl patienter som anhöriga. Det är viktigt att kommuner i samarbete med landstingen utvecklar metoder för att snabbt diagnostisera och tillgodose denna patientgrupps behov.

Skolhälsovården måste få ökade resurser och intensifiera samarbetet med psykiatrin. En fungerande skolhälsovård innebär tidigare upptäckt av och åtgärder för barn med psykiska problem och därmed behöver färre barn och ungdomar söka sig till barn- och ungdomspsykiatrin.

Med långa väntetider till BUP riskerar barns och ungdomars hälsa att förvärras på ett sätt som kanske inte kan åtgärdas senare. Utvecklingen i tonåringars liv är ofta snabb och turbulent. Folkpartiet vill därför ha en särskild besöksgaranti till BUP, det ska aldrig ta mer än en månad att få komma till ett första besök.

Övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin måste förbättras. Den fixa åldersgränsen vid 18 år mellan de bägge verksamheterna är inte alltid adekvat med tanke på hur mognadsprocessen varierar mellan de olika individerna – och inte heller med tanke på hur debutåldern för olika psykiska sjukdomar ser ut. Det behövs insatser baserade på samverkan mellan psykiatrins verksamheter för åldersgruppen 15–25 år.

12.13 Dubbeldiagnos med både missbruk och psykiatrisk sjukdom

Av psykiatrins patienter har mellan 30 och 50 % någon form av missbruksproblem, och de psykiatriska problemen har ofta föregått missbruket.

Samtidig förekomst av psykiatrisk problematik hos alkoholmissbrukare är ca 40 %, hos narkotikamissbrukare ca 60 %. Bland tunga missbrukare finns också en hög förekomst av neuropsykiatrisk problematik som damp och adhd.

Psykiatrin har samma ansvar för behandling av psykiatrisk problematik hos personer med missbruk som utan missbruk. Det som komplicerar bilden är att missbruk ibland leder till psykiska symtom som är sekundära till missbruket, men också att psykiatriska problem leder till missbruk.

Här ser vi samarbete, bildandet av olika vårdteam m.fl. kompetenser och fortbildning av personalen som viktiga förbättringar. Utöver sjuksköterskor och läkare avses här t.ex. även psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Utbildning om beroende måste bli ett obligatoriskt kursmoment inom olika vårdyrkens grundutbildning.

Fel! Okänt namn på

Patienter med kombinerade problem med missbruk och psykisk störning faller mycket ofta mellan stolarna. De är svåra att behandla både för psykiatri och missbrukarvård. Därför bör varje sjukvårdshuvudman i samarbete med berörda kommuner se till att det finns specialiserad vård och omsorg för patienter med dessa kombinerade problem. Samarbetet kan med fördel organiseras med gemensamma nämnder.

12.13.1 Riskbedömningar inom psykiatri

Patienter inom psykiatri som kan misstänkas vara farliga för sig själva eller andra måste riskbedömas. Det gäller särskilt patienter med s.k. dubbeldiagnos (psykisk sjukdom/missbruk). Genom att riskbedöma patienten kan rätt åtgärder sättas in. Risken minskar då att patienten skadar sig själv eller andra. Det är mycket viktigt att det utvecklas bra metoder för att riskbedöma patienter inom psykiatri, och att dessa också tillämpas konsekvent i vården. Det är både humant mot den psykiskt sjuka människan och främjar rättssäkerheten.

12.14 Människor med missbruk

De förebyggande insatserna och den missbruksbehandling som erbjuds människor med missbruksproblem måste förbättras och framför allt måste den i högre grad vara evidensbaserad. Det innebär att det ska ingå i primärvårdens uppdrag att erbjuda stöd till framför allt människor med hög konsumtion av alkohol, och att kommuner och landsting ska samarbeta i särskilda beroendemottagningar i öppen vård där samordnat stöd kan ges av både socialtjänst och beroendevård.

Människor med missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel har lika mycket som människor med somatiska sjukdomar rätt till behandling vars effekter är vetenskapligt belagda. Dessa måste därför i mycket högre utsträckning erbjudas psykosociala behandlingsmetoder som t.ex. kognitiv beteendeterapi. Heroinmissbrukare ska kunna få underhållsbehandling med buprenorfin (Subutex) eller metadon under ordnade former och i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Folkpartiet kommer närmare att redogöra för partiets ståndpunkter rörande missbruksfrågor i samband med den proposition som väntas under hösten 2005.

12.15 Äldre med psykisk ohälsa

Äldre människor med psykiska problem får inte alls den uppmärksamhet av vården som de förtjänar. Detta trots att befolkningsundersökningar visar att förekomsten av psykisk ohälsa ökar med stigande ålder. Det avser både demenssjukdomar och depressioner. En fjärdedel av de äldre över 75 år behöver hjälp för psykiatriska problem. Man räknar med att av befolkningen över 65 år i Sverige har drygt 7 % demenssjukdom och antalet drabbade ökar med alltfler äldre i befolkningen. En äldre person som lider av psykisk ohälsa har

ofta en kombination av psykologiska, fysiska och sociala behov, vilket kräver särskilda insatser av vården och kommunernas äldreomsorg. Flera undersökningar visar att äldre sällan får adekvat behandling för sin depression och att självmord hos äldre oftast beror på en depression. Det är därför viktigt att tidigt upptäcka depressioner och begynnande demenser.

De allmänpsykiatriska klinikerna prioriterar ofta andra grupper. De geriatriska klinikerna prioriterar akuta somatiska tillstånd. Därför behövs en utbyggnad av specialiserade vårdenheter för psykogeriatrisk med tillgång till slutenvård för äldre med psykiatriska sjukdomar.

Det finns också en brist på platser i lämpliga boendeformer för äldre med psykiatriska diagnoser. Det ansvaret ligger på kommunerna, som inte har satsat tillräckligt mycket på denna grupp. Yngre som drabbas av svåra psykiska besvär remitteras till specialist, medan äldre ofta behandlas av allmänläkare med anknytning till boendet. Det krävs ett bredare samarbete mellan geriatrik, psykiatri och kommunal äldreomsorg för att de äldre ska få en värdig vård.

12.16 Förstärk uppdraget till psykiatrisamordnaren

Regeringen utsåg 2003 en nationell psykiatrisamordnare som till den 1 november 2006 ska se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder (dir. 2003:133). Syftet är att åstadkomma förbättringar för en eftersatt grupp. Uppdraget är också att, utifrån bl.a. Socialstyrelsens uppföljningar, redovisa eventuella effekter av de medel som riksdagen har ställt till förfogande för kommuner och landsting i enlighet med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

Men trots att Socialstyrelsen redovisat allvarlig kritik mot kommunernas insatser med anledning av psykiatrireformen från 1995, har den nationella samordnaren hittills varit mycket tyst med kritik mot regeringens förmåga att leva upp till målsättningarna med psykiatrireformen. Direktiven från regeringen har också brister, bl.a. omfattar inte uppdraget uttryckligen insatser för psykiskt sjuka äldre. Detta är anmärkningsvärt mot bakgrund av de eftersatta behoven och målgruppens storlek. Regeringen bör därför ge tilläggsdirektiv om att psykiatrisamordnaren särskilt ska beakta de psykiskt sjuka äldre och deras livsvillkor.

12.17 Patient- och anhöriginflytande

Patienters och anhörigas roll i psykiatrin måste stärkas. Det finns fortfarande på sina håll stora brister i bemötandet av patienter och anhöriga inom delar av psykiatrin. Bemötandet av patienter och anhöriga bör bli en integrerad och kontinuerlig del av personalens utbildningar. Erfarenheterna från brukarråd och liknande bör också tas till vara inom verksamheten. Informationen till

Fel! Okänt namn på

såväl patient som anhöriga om behandlingsmetoder och sjukdomsutveckling måste förbättras.

Folkpartiet var på flera punkter kritiskt till det bidragssystem för handikapporganisationer som regeringen lade fram våren 2000. Det är viktigt att stödet även kan gå till anhöriga till personer som har svårt att föra sin egen talan.

12.18 Ätstörningar

Ätstörningar som anorexi och bulimi är vanligare hos flickor än hos pojkar. Av alla unga kvinnor mellan 15 och 25 år lider ca 5 % av ätstörningar. Detta är en av de psykiatriska sjukdomar som har högst dödlighet.

Det finns i dag ingen enskild behandlingsform som passar alla personer som lider av ätstörningar, och olika behandlingshem och vårdenheter har varierande teorier för vård, omsatta i olika modeller. Det finns mycket få institutioner som särskilt behandlar ätstörningar.

Det som passar den ena patienten passar inte den andra. Det är därför viktigt med flexibilitet i vårdformerna och ett fritt vårdval över Sverige, för att ge en möjlighet till byte av behandling ifall det visar sig att vården inte avancerar.

Det är också av vikt med mer forskning om vilka bakomliggande faktorer som spelar in, men också om hur man på bästa sätt kan hjälpa de berörda.

12.19 Flyktingar och psykiska problem

Ett värdigt flyktingmottagande, effektiv integrationspolitik och möjligheten att få arbete är avgörande för möjligheten att bibehålla eller utveckla en god psykisk hälsa. Utanförskap, diskriminering och maktlöshet är riskfaktorer för psykisk ohälsa.

Flyktingar bär ofta med sig svåra upplevelser från sina hemländer. Det är viktigt att vårdpersonalen inom psykiatri och primärvården är väl förtrogen med de psykiska problem som kan vara särskilt förekommande i en del invandrargrupper mot bakgrund av vad människor som tvingats fly upplevt. Kunskap om följdverkningar av tortyr är särskilt viktig. För de apatiska flyktingbarnen, som lider av uppgivenhetssyndrom och vars livsfarliga hälsotillstånd uppmärksammas, är det inte i första hand psykiatrisk vård som kan göra dem friska. Dessa barn behöver trygghet och hade behövt ett beslut om flyktingamnesti.

Fel! Okänt namn på

Stockholm den 26 september 2005

Lars Leijonborg (fp)

Bo Könberg (fp)

Marita Aronson (fp)

Liselott Hagberg (fp)

Ulf Nilsson (fp)

Erik Ullenhag (fp)

Kerstin Heinemann (fp)

Mia Franzén (fp)

Anna Grönlund Krantz (fp)

Martin Andreasson (fp)

Tobias Krantz (fp)

Karin Pilsäter (fp)

Yvonne Ångström (fp)

Gabriel Romanus (fp)

Linnéa Darell (fp)