

Motion till riksdagen 2018/19:2041

av Jan Björklund m.fl. (L)

Vård i tid och tid i vården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en ny portalparagraf i hälso- och sjukvårdslagen och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att valfriheten i hälso- och sjukvården bör omfatta även slutenvård och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att all vård som är lämplig för vårdval ska bedrivas enligt LOV, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att underlätta för idéburna verksamheter att erbjuda välfärdstjänster och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att begränsa möjligheterna till vinstuttag för välfärdsaktörer som fått kritik av tillsynsmyndigheter, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att nästa steg i att utveckla den nära vården bör vara en fastläkarreform och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en rätt till patientvald vårdkontakt och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att särskilt högspecialiserad vård bör koncentreras i europeiska specialistcentrum och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om principer för specialdestinerade statsbidrag till landsting och regioner och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka den nationella kunskapsstyrningen av vården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en undersköterskeexamen och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa regionala psykiatricentrum och tillkännager detta för regeringen.

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell plan för sällsynta diagnoser och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en skärpning av lagstiftningen om läkarlegitimation och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att psykiska sjukdomar bör läggas till den uppräknade av sjukdomar i 5 kap. patientsäkerhetslagen som begränsar rätten för andra än yrkesutövare inom sjukvårdens legitimationsyrken att ge vård och behandling och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om jämställdhetsperspektiv inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning om vårdens framtida prioriteringar och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjliggöra att metalldetektorer kan användas på sjukhus och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Liberal hälso- och sjukvård sätter människan i centrum – som patient, som medarbetare och som anhörig. Medicinska framsteg, ökad kunskap och ett aktivt folkhälsoarbete har lett till ett längre liv och fler friska år i befolkningen. Liberalerna är övertygade om att morgondagens sjukvård kan ges på nya sätt, på patientens villkor. Vi strävar efter att stärka patientens ställning och att säkerställa jämlik vård i hela landet.

Varje människa ska själv ha frihet att styra sitt liv, sin hälsa och sin framtid. Patienter stärks av makt och kunskap att välja, möjlighet att vara delaktiga och av ett bemötande som gör vården personlig och som ser enskilda behov. Vårdval inom väl avvägda områden ger kortare väntan och ökat patientinflytande. Anställda stärks av att själva kunna välja mellan flera arbetsgivare och få goda chanser att utvecklas. Hälso- och sjukvården måste moderniseras och den moderna tekniken nyttjas till fullo för att öka kvaliteten och patientsäkerheten samt effektivisera verksamheten och förbättra arbetsmiljön.

Kunskap vägleder liberal sjukvårdspolitik, på alla områden. Hälso- och sjukvård ska ges enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi vet exempelvis att förebyggande vård är humant och resurssmart. Patienterna har rätt att vara delaktiga i hela vård- och behandlingsprocessen. Liberalerna vill också att anhöriga synliggörs och stöttas för att orka hjälpa både patienten och sig själva.

Stärk patienterna

Det behövs ett nytt perspektiv inom hälso- och sjukvården som helt utgår från patientens behov. Därför föreslår vi att hälso- och sjukvårdslagen, HSL, förändras. Perspektivet i sjukvården behöver förflyttas från ett befolkningsperspektiv till den enskilda patienten. Varje patient ska ha rätt att få vård efter behov och att fritt välja vårdgivare i hela landet. Vården ska vara evidensbaserad och kostnadseffektiv.

Den så kallade portalparagrafen lyder:

§ 2 Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och

för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).

Portalparagrafen lyfter inte fram individens rätt till sjukvård och ger intryck av ransoneringstänkande. Vi menar att den som bedöms behöva vård ska ha rätt att få tillgång till vård och dessutom ha rätt att själv välja vårdgivare.

Vi föreslår därför en ny portalparagraf, som bör innehålla följande:

Den enskilda människans hälsa och tillgång till vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Alla som bedöms ha behov ska ha rätt till vård. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Individerna ska själv ha rätt att välja vårdgivare inom ramen för ett vårdssystem som finansieras gemensamt. Hälso- och sjukvård ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Värna valfriheten

Liberalers utgångspunkt är att människor har olika önsknings och behov. En av liberalers viktigaste uppgifter är därför att värna och utveckla valfriheten. På hälso- och sjukvårdens område har makten de senaste decennierna förflyttats från politiker och byråkrater till patienterna.

Patientlagen som tillkom under alliansregeringen gav patienter möjlighet att välja öppenvård i annat landsting än det egna. Det har inneburit en viktig förutsättning för ökad valfrihet. Samtidigt är inte lagens intentioner tillräckligt väl kända bland allmänheten eller i vården. Vi föreslår att patientlagen förstärks så att landsting och regioner blir skyldiga att ge patienter valfrihet och egenmakt genom att patienten får rätt att välja vård hos olika vårdgivare såväl inom det egna landstinget som i annat landsting. Denna valfrihet ska gälla såväl öppen- som slutenvård. Landstingen ska om patienter så önskar informera om, hänvisa till och boka besök hos verksamheter i andra landsting.

Det privata utbudet av vårdverksamheter har potential att utvecklas. Vi ser gärna en utveckling där både större företag och småskaliga verksamheter, idéburna organisationer och stiftelser kan verka på samma villkor som den verksamhet som landstingen själva driver.

Lagen om valfrihet, LOV, infördes under alliansregeringen. Den har på kort tid ökat utbudet av vårdgivare, framförallt inom primärvården, och skapat möjligheter till aktiva val av vård för patienterna. I delar av landet, framförallt i Stockholm, finns ett brett utbud av öppen specialistvård som erbjuds genom LOV. Det har inneburit en avgörande maktförskjutning från landstingen till de enskilda patienterna. Detta är en utveckling som gynnar enskilda patienter genom att stärka deras egenmakt och kontinuiteten i vården. För att skapa jämlik vård i landet måste alla patienter få större makt över sin vård. Privata vårdgivare bidrar till ett brett vårdutbud och ska uppmuntras att erbjuda vård i hela landet. LOV ska breddas så att fler områden än primärvårdens vårdcentraler omfattas av kravet på patientens eget val. Principen ska vara att all vård som är lämplig för vårdval också erbjuds i den formen. Avvikelse från detta måste motiveras särskilt.

Det är särskilt angeläget att öka förutsättningarna för non-profitverksamhet för att mångfalden ska bli komplett. Till skillnad från i andra länder är de idéburna vårdgivarna relativt få i Sverige, men de erbjuder ett mervärde som kompletterar den övriga vården och bidrar till utvecklingen av sjukvården. Idag är det uppenbart att upphandlingslagarna är för snäva för att till fullo möjliggöra för organisationer på ideell grund att

verka i välfärden. Idéburna verksamheter bidrar med ett mervärde genom sitt ideella engagemang. De idéburna organisationerna är grundade på andra principer än näringslivets företag och bör ges en särställning när det gäller möjligheter att erbjuda välfärdstjänster. Lagstiftningen måste ändras så att sådana verksamheter kan undantas från LOU. Möjligheten till ideell-offentlig samverkan behöver stärkas.

Ökad valfrihet ställer stora krav på att det finns relevant information lätt tillgänglig via nätet så att var och en kan jämföra olika vårdgivare och därmed ges möjlighet att göra väl grundade val.

Den rödgröna regeringens kamp mot valfriheten under den gångna mandatperioden har varit skadlig för vården. Sammantaget skulle de olika förslag som lagts fram av regeringen under den gångna mandatperioden om vinstbegränsningar, stopplagar och allt krångligare regelverk i praktiken ha omöjliggjort företagande i välfärden. Även de förslag som inte blev verklighet bidrog till att nyföretagande stoppades och investeringar i välfärden gick förlorade. Drivkraften att förbättra verksamheterna minskade.

Oseriösa aktörer ska inte ha vinstbegränsningar, de ska inte finnas i välfärden alls. Kraven ska vara höga och tillsynen skarp. Det viktiga är kvaliteten, inte driftsformen. Vårdgivare som inte lever upp till kvalitetskraven och inte åtgärdar brister ska bli av med tillstånd och avtal om att bedriva vård, oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi. Lagstiftning inom såväl skatteområdet som möjlighet för vårdpersonal att larma om kvalitetsbrister, nationella riktlinjer, ersättningssystem och avtal ska samfällt styra mot högre kvalitet och effektivitet inom all offentligt finansierad vård. Det är inte rimligt att ett företag i skattefinansierad välfärdsverksamhet ska kunna göra vinstuttag till sina ägare om verksamheten fått kritik av tillsynsmyndigheten för bristande kvalitet. Möjligheten till vinstuttag från en organisation eller ett företag som fått kritik av tillsynsmyndigheten ska begränsas.

Bygg ut den nära vården

Svensk hälso- och sjukvård håller en god kvalitet i internationella jämförelser och ligger i topp när det gäller medicinska resultat. Vi har fyra gånger fler läkare än på 1970-talet och fler sjuksköterskor med hög kompetens än någonsin tidigare. De åstadkommer goda resultat: vårdkvalitet och patientsäkerhet är bland de högsta i världen.

Men resultaten är inte alls lika imponerande när det gäller tillgänglighet och bemötande; där är vi i bästa fall medelmåttiga. Vårdköerna hör till de längsta i OECD.

Många sjukhus brottas med stora problem med överbeläggningar. Sjuksköterskor tvingas lägga ned mycket kraft och tid på att hitta vårdplatser. Logistiken går i baklås där patienter blir kvar på akuten i väntan på en vårdplats.

En orsak är att Sverige jämfört med många andra länder lägger en låg andel av sjukvårdens resurser på primärvården. I dag läggs endast 17 procent av sjukvårdens totala resurser där, vilket ska jämföras med 25 procent i våra nordiska grannländer. När den nära vården inte lever upp till människors förväntningar söker de sig till sjukhusvården i stället. Det skapar en ond cirkel med långa köer och patienter som hamnar på akuten i onödan. Även om antalet specialister i allmänmedicin ökar i takt med att det utbildas fler läkare ökar antalet övriga specialister, traditionellt mer sjukhusbundna, ännu snabbare. I den statliga utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) skriver man: ”Överhuvudtaget finns det skäl att anta att anställning av läkare inte skett

på rationella grunder. Det ligger nära till hands att dra slutsatsen att anställning av läkare bestäms av tillgången och inte per automatik det faktiska behovet.”

Det finns i teorin en bred politisk enighet om att den nära vården behöver byggas ut, och det har tagits några steg i den riktningen under de senaste mandatperioderna. Men takten behöver öka. Det kommer att behövas ett tydligt ledarskap för den här omställningen, först och främst från sjukvårdshuvudmännen men också på nationell nivå. Även om alla är överens om att det i längden blir mer resurseffektivt att en större andel av vårdens resurser går till primärvården är själva omställningen svår. När människor väl litar på att de får snabb och bra hjälp på vårdcentralen kommer färre människor som egentligen inte behöver akutsjukvård söka sig till akuten. Men det kommer inte att ske förrän den nära vården hunnit bygga upp såväl kapacitet som förtroende.

Det är regioner och landsting som har huvudansvaret för att utforma och finansiera hälso- och sjukvården. Men för att underlätta omställningen föreslår Liberalerna därför i budgetmotionen för 2019 en stor flerårig satsning på nära och tillgänglig vård, med ett prestationsbaserat omställningsstöd och utbildning för att få fler allmänläkare.

Alla patienter ska få möjlighet att lista sig hos namngiven läkare på vårdcentral. Vården ska flyttas närmare människorna. Varje läkare ska ansvara för sina patienter och samordna den övriga vård som de kan behöva. Det förbättrar kontinuiteten för patienterna och gör vården mer effektiv. Förebilden är inte minst de norska och danska fastläkarmodellerna, där varje läkare har omkring 1 200 patienter – ungefär hälften jämfört med en svensk läkare. Hälso- och sjukvårdslagen bör förtydligas så att detta gäller även i Sverige. I ett första skede prioriteras äldre med stora vårdbehov för egen fast läkarkontakt. På sikt ska detta omfatta alla.

För att detta ska vara möjligt krävs fler specialistläkare inom allmänmedicin. Även om alliansregeringen 2006–2014 byggde ut antalet utbildningsplatser på läkarlinjen kraftigt, och nuvarande regering har fortsatt denna utbyggnad, kommer det dröja lång tid innan läkarbristen i primärvården kan lösas med nyutbildade läkare. Liberalerna föreslår därför en statlig engångssatsning för att få fler allmänläkare, genom en modell där yrkesverksamma läkare går en påbyggnadsutbildning. I vårt budgetalternativ avsätter vi medel för att under en femårsperiod årligen utbilda 100 befintliga specialister till specialister i allmänmedicin. Dessa dubbelspecialister kan också spela en viktig roll på vårdcentralerna genom sina specialistkunskaper i till exempel psykiatri, pediatrik eller geriatrik.

Nära vård är inte bara geografi

Termen nära vård är sympatisk och intuitivt begriplig också för andra än beslutsfattare och medarbetare i hälso- och sjukvården – vilket är mer än vad som kan sägas om begreppen primärvård, öppenvård och första linjens sjukvård. En begriplig och sympatisk terminologi bidrar troligen också till att öka legitimiteten i en omställning till mer av nära vård. Men nära kan inte bara förstås som geografiskt nära.

Den nära vården måste utgå från de enskilda patienterna. De ska få större möjlighet att välja formerna för sina vårdmöten, utifrån sina behov. Det betyder att moderna digitala tjänster behöver utvecklas, det behövs mer möjligheter till hembesök och det behövs specialisering inom och mellan den nära vårdens mottagningar, genom t.ex. äldrevårdcentraler.

Liberalerna menar att den nära vården därutöver måste präglas av kontinuitet. Svensk sjukvårdsdebatt kretsar ofta kring byggnader som sjukhus och vårdcentraler, och det finns en risk att nära vård förstås som att man ska ha nära till en vårdcentral. Men det centrala i vården är människorna – patienter och vårdens medarbetare. Det är de som ska vara nära. Liberaler har verkat för husläkare sedan 1970-talet. Erfarenheterna från de norska och danska fastläkarreformerna visar att det vore en klok politik. Nästa steg i att utveckla den nära vården bör vara en fastläkarreform där alla patienter har rätt till en fast husläkare som ansvarar för sina listade patienter och samordnar den vård som behövs.

Fast vårdkontakt – en patienträttighet

För kroniskt sjuka och äldre är behovet av en fast vårdkontakt stort. Utifrån individens behov kan det vara såväl läkare som sköterska som är den mest lämpade kontakten. Kronikern är kanske i första hand intresserad av att ha kontakt med sin specialistmottagning. Denna valda kontakt fungerar som ett nav i det nätverk som finns kring den kroniskt sjuka vid ett lågaktivt normalt sjukdomstillstånd. Om patienten blir sämre kan nätverket snabbt aktiveras och omfattande insatser sättas in.

Alla patienter ska ha rätt till en patientvald vårdkontakt, PVV, till exempel en patientansvarig läkare. Läkarförbundet har länge propagerat för införande av en patientansvarig läkare, PAL. Meningen är att patienten ska ha rätt till en namngiven läkare som ska säkerställa patientens behov av kontinuitet och samordning. Förslaget tar sin utgångspunkt i tre olika perspektiv: patienter efterfrågar kontinuitet i läkarkontakten, kontinuitet är viktigt även för läkaren och kontinuitet leder till effektivitet.

Men en sådan patienträttighet bör omfatta all hälso- och sjukvårdspersonal. PVV kan vara en läkare men också sköterskor, fysioterapeuter, omsorgspersonal, psykologer och säkert många andra som utifrån den enskilda individens situation och behov utgör den ultimata kontakten för den egna vården

Hälso- och sjukvården ska därför ha en generös och behjälplig hantering av den typen av önskemål om en patientvald vårdkontakt, PVV, som kan vara navet i den enskildes vård och hälsoutveckling i den för individen specifika vårdsituationen.

I Närvård västra Skaraborg och i Tiohundra Norrtälje har kommunerna, primärvården och sjukhusen en gemensam organisation och finansiering av äldresjukvården. Det har visat sig vara bättre för vårdtagare och personal, samtidigt som det kostar mindre. Det är också den organisation som föreslås i utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2), och det bör vara en av utgångspunkterna för framtida sjukvårdsreformer.

Nationell samordning och styrning

Även om svensk sjukvård i huvudsak håller mycket hög kvalitet, finns det betydande utmaningar i att klara likvärdigheten och den långsiktiga finansieringen. En åldrande befolkning, nya effektiva och kostsamma behandlingar och behovet av stora satsningar på medicinteknisk utveckling betyder att det kan vara problematiskt för regioner och landsting att fullt ut finansiera denna vård. Svårigheterna blir särskilt tydliga i de mindre landsting och regioner där befolkning och skatteunderlag minskar.

Frågan om en större omställning av Sveriges regionala indelning har nyligen prövats, men förslaget saknade förankring i de berörda regionerna och kommer inte att

genomföras. Vi ser gärna att mindre regioner skapar fördjupade samarbeten och kan bilda nya, större regioner under förutsättning att initiativen växer fram lokalt. Staten ska inte rita om kartan uppifrån. Huvudmannaskapet över sjukvården ska fortsatt ligga hos regioner och landsting.

Den högspecialiserade vården behöver dock koncentreras till ett fåtal platser i landet. Ur patienternas perspektiv är det viktigare att få högspecialiserad vård av yppersta kvalitet än att vården finns nära. Det är angeläget att regeringen noga följer att den nya beslutsprocessen för den högspecialiserade vården lever upp till förväntningarna.

Inom områden där patientunderlaget är litet, exempelvis vid sällsynta diagnoser eller där dyrbar teknisk utrustning krävs, bör den högspecialiserade vården struktureras i europeiska specialistcentrum.

Ibland beror bristande likvärdighet mindre på olika förutsättningar och resurser och mer på att olika landsting och regioner gör olika prioriteringar. Icke desto mindre kan vissa skillnader i likvärdighet vara svåra att försvara. Vilken sida en länsgräns man bor på bör inte innebära att man får olika god vård.

Regeringen har på senare år, oavsett politisk färg, försökt öka likvärdigheten och jämlikheten i vården genom att steg för steg stärka den nationella styrningen och samordningen. Liberalerna är och har varit pådrivande för detta, både i regering och i opposition. Samtidigt driver vi på i de enskilda landstingen för den politik vi anser vara viktig.

Nationell styrning har dock inte alltid den genomslagskraft som regering och riksdag vill ge sken av. Sett från landstingens håll går den statliga styrningen ibland på tvärs med lokala prioriteringar, och innebär ett oönskat dubbelkommando. Det skapar också i längden ett demokratiproblem – vem ska väljarna rösta bort om de är missnöjda med den sjukvård de får, regeringen eller den lokala landstingsmajoriteten?

De senaste åren har den rödgröna regeringen förstatligat ansvaret för bidrag till glasögon för 8–19-åringar, medan ansvaret för bidrag till glasögon för yngre barn samt för alla andra hjälpmedel fortfarande ligger på landstingen. Ansvaret för mammografi och screening för livmoderhalscancer har förstatligats, medan andra medicinskt lika välmotiverade screeningprogram är valfria för landstingen. Den enda övergripande tanke som kan anas i detta är att det är tämligen publikfriande förslag. I längden underminerar det både effektivitet och legitimitet, och risken är att det är direkt skadligt för möjligheterna att styra sjukvården.

Öronmärkta statsbidrag kan vara motiverade om de handlar om sådant som kan vara svårt för särskilt mindre landsting och regioner att klara på egen hand – till exempel sådant som handlar om samordning över organisatoriska och geografiska gränser eller om kompetenslyft, metodutveckling och erfarenhetsutbyte. Däremot säger Liberalerna nej till specialdestinerade statsbidrag som enbart handlar om att förstatliga en uppgift där vissa landsting inte prioriterat som den regeringen tycker att de ska. Vilka öronmärkta statsbidrag vi säger nej till framgår av vår budgetmotion.

För att åstadkomma en likvärdig och evidensbaserad hälso- och sjukvård krävs en ökad nationell kunskapsstyrning som säkerställer att nationella riktlinjer följs. Kunskapsstyrningen säkrar att våra begränsade resurser används så att de gör störst nytta. Skarpare krav ska ställas på landsting/regioner och enskilda vårdgivare att implementera nationella riktlinjer och nya evidensbaserade behandlingsmetoder samt att ständigt utveckla sin kunskap.

Med tanke på vårdens utvecklingsbehov behöver kopplingen mellan forskningen och den kliniska verksamheten stärkas, liksom möjligheterna att snabbare omsätta nya forskningsrön till innovationer som skapar nytta för patienter och personal. Kraven på landsting och regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation ska därför skärpas. Lagstiftningen ska revideras så att alla sjukvårdshuvudmän får i uppdrag att aktivt bedriva sådan verksamhet.

Vård i tid och tid i vården

En förnyad kömiljard

Väntetiderna i vården kortades väsentligt under alliansregeringens tid. Den nationella vårdgarantin och den prestationsbaserade kömiljarden var starkt bidragande till den positiva utvecklingen. Sedan den rödgröna regeringen avskaffat kömiljarden har väntetiderna åter blivit långa. Kömiljarden hade samtidigt brister – baksidan av att den var ett effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen var att andra angelägna uppgifter som inte mättes kom på undantag.

Det finns angelägna strukturreformer, inte minst en del av det som föreslås i Effektiv vård (SOU 2016:2), som troligen kraftigt skulle minska hälso- och sjukvårdens problem med tillgänglighet och samordning. Men den som har en utsliten höftled idag kan inte vänta på att strukturreformer i vården ska få effekt. Väntetiderna måste hållas korta också med de medel som står till buds i dagens system, samtidigt som vi arbetar med de strukturförändringar som är nödvändiga för hållbara förbättringar på sikt.

Därför avsätter vi i vår budgetmotion medel till en reformerad kömiljard, där fokus är dels på kortade väntetider i hela vårdkedjan inklusive diagnostik och återbesök, dels på samordning och kontinuitet. Ett särskilt fokus ska läggas på primärvården.

Ta vara på människors kompetens

En viktig förklaring till den upplevda tidsbristen i vården är att många vårdanställda får lägga mycket tid på annat än det som de är utbildade till. En tydlig trend är att samtidigt som antalet läkare och sjuksköterskor har ökat så har antalet undersköterskor minskat i den landstingsdrivna vården. Det är en kraftig minskning sett i relation till sjuksköterskor och läkare och till den befolkningsökning som skett. Men de enkla jobben, till exempel i form av vårdbiträden, för personer som saknar formell vårdutbildning men som kan göra viktiga insatser inom den vårdnära servicen, har nästan helt försvunnit inom sjukvården.

Orsaken till utvecklingen att vårdbiträden har rationaliserats bort får sökas i några olika faktorer. I en strävan efter jämlikhet har enklare arbetsuppgifter lagts över på mer kvalificerad personal. Ingen skulle vara för fin för att göra de enkla arbetsuppgifterna. Samtidigt har löneskillnader mellan olika yrkeskategorier minimerats – och när alla kostar ungefär lika mycket har arbetsgivarna hellre anställt mer välutbildad personal. Den så kallade akademiseringen av svensk sjukvård har i praktiken inneburit att akademikerna gör mer av de okvalificerade arbetsuppgifterna; sjuksköterskor utför enkla städuppgifter, delar ut lunchbrickor och ägnar en allt större del av sin tid åt basala omvårdnadsuppgifter. Att fler gör annat än det som de är utbildade till leder till en ineffektiv vård och till samhällsekonomiska förluster.

För ett liberalt parti är det självklart att ta vara på människors kompetens på bästa sätt; det är så individer når sin fulla potential. Offentliga arbetsgivare har en viktig uppgift i att skapa arbetsplatser där människor kommer till sin rätt och där deras kompetens tas tillvara.

De enkla jobben, till exempel vårdbiträden, behöver komma tillbaka i vården. Att renodla yrkesrollerna inom vård och omsorg och att använda rätt kompetens på rätt plats är ett sätt att höja sjuksköterskornas och undersköterskornas yrkesstatus. Karriärstegen ska vara tydliga. Den sammanpressade lönestrukturen är ett problem inom den offentliga sektorn. Men löneskillnader är inte av ondo, tvärtom – de är en förutsättning för att utbildning ska löna sig.

När fler vårdbiträden anställs och den vårdnära servicen byggs ut är det samtidigt viktigt att ytterligare tydliggöra undersköterskornas särskilda kompetens och utbildning, genom att införa en undersköterskeexamen. Yrkesidentiteten är viktig och en examen är en kvalitetsstämpel på utbildningen.

Fler enkla jobb i vården ger en bättre användning av vårdens resurser, men det innebär också att fler människor får en bättre möjlighet att komma in på svensk arbetsmarknad. I vår budgetmotion lägger vi därför 2 000 miljoner kronor per år 2019–2022 på ett stimulansbidrag till de landsting och regioner som låter vårdbiträdena komma tillbaka, arbetar med att renodla yrkesroller och använder rätt kompetens på rätt plats.

Utbildning, ansvar och erfarenhet ska löna sig, också i vården. Sjuksköterskor ska ha större möjligheter att göra karriär och få högre lön. Liberalerna vill därför, på samma sätt som vi gjorde för lärare under alliansregeringen, genomföra en karriärreform för specialistsjuksköterskor.

En specialistsjuksköterska har minst en fyraårig högskoleutbildning. Enligt Socialstyrelsen är det få landsting som i dag premierar vid lönesättningen att sjuksköterskor vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor. Det gör att det i genomsnitt tar 20 år för en specialistsjuksköterska att tjäna ihop bara till kostnaden för sin utbildning. Så borde det inte vara. I vår budgetmotion föreslår vi ett statsbidrag på 85 miljoner kronor per år 2019–2022 som möjliggör ca 1 000 tjänster som första specialistsjuksköterskor, som får 5 000 kr mer i månadslön.

Digitala tjänster för bättre vård

För att använda vårdens resurser effektivt är det också helt nödvändigt att lätta den administrativa bördan. Rätt information är livsviktigt i vården. Att dokumentera vad som görs kommer alltid att vara en viktig uppgift för läkare och sjuksköterskor. Men administration och it måste göras enklare för alla – inte minst genom att byta ut otidsenliga och krångliga it-system. De stjäl massor av tid, samtidigt som risken för att det blir fel någonstans är stor.

Pappersbaserade rutiner behöver ersättas med mobila digitala verktyg som ger enkel och säker tillgång till exempelvis journal och läkemedelslista, oavsett om man är i ett mottagningsrum, på hembesök eller i en ambulanshelikopter.

Den teknik vi tar för självklar i andra delar av vår vardag måste också bli självklar i vården. Patienter behöver få tillgång till smarta e-hälsotjänster för att exempelvis nå den egna journalen, boka tid på webben och träffa läkaren via videolänk. Kroniska sjukdomar kan behandlas säkrare och bättre genom att patient och läkare kan följa vården kontinuerligt med en hälsoapp. Lättanvända e-tjänster ger ökad tillgänglighet,

ökar jämlikheten – och stärker patientmakten. E-tjänster kan och bör också vara grunden för en digital valfrihetsrevolution. Patienter bör inte bara kunna välja vilken läkare de träffar utan också hur de träffar sin läkare. Vårdgivare bör erbjuda lika bra digital tillgänglighet som fysisk. Patienten ska kunna välja mellan e-tjänst, telefon, video eller fysiskt besök. Självfallet ska patienterna också erbjudas digitala behandlingsformer, exempelvis internetpsykiatri.

Att införa framtidens it-system kommer att kräva en ekonomisk kraftsamling, men beräknas också kunna spara enorma belopp: upp till 180 miljarder kronor, enligt en rapport från konsultbolaget McKinsey.

Det behövs ett samlat, nationellt grepp kring it i vården. I vår budgetmotion föreslår vi en investeringsfond för vårdens digitala infrastruktur om sammanlagt 1 miljard kronor över en fyraårsperiod, för att hjälpa landsting och regioner med investeringarna.

En bättre psykisk hälsa

Den psykiska ohälsan ökar i samhället. Det skapar ett stort mänskligt lidande, men också stora kostnader för samhället. För att komma till rätta med den ökande psykiska ohälsan behövs det att vi arbetar från flera håll samtidigt. Vi behöver fokusera på ”det enkla”, det vill säga utveckling och utbyggnad av skolhälsovården och vardags-sjukvården. Vi behöver samtidigt arbeta med ”det svåra”, det vill säga koncentrera och satsa på den högspecialiserade forskningen, kunskapsstyrningen, på att implementera nya metoder och behandlingar samtidigt som vi fasar ut gamla som är sämre och i värsta fall verkningslösa eller skadliga.

Det behövs större fokus på tidig upptäckt. Skolhälsovården bör ha ett tydligt uppdrag som inkluderar även psykisk ohälsa. Idag ser skolhälsovården väldigt olika ut mellan olika skolor, olika kommuner och i olika län. Primärvården behöver en kunskapsutveckling och allmän kompetenshöjning inom det psykiatriska området, för att på riktigt kunna fullgöra sitt första-linjen-uppdrag.

Den specialiserade psykiatrin behöver samtidigt utvecklas. Öppenvården behöver kompetenshöjas med teambaserade arbetssätt, både akuta och planerade insatser skall rymmas inom uppdraget, och öppettider och tillgänglighet prioriteras efter patienternas behandlingsslapp. En högspecialiserad del måste utvecklas som tar hand om det allra svåraste. Dessa insatser behöver koncentreras till några universitetskliniker i landet.

Brukarmedverkan behöver utvecklas. För att klara av en utveckling och ett förändringsarbete i mycket högre takt än idag som dessutom behöver ske på bred front i hela landet krävs ett betydligt större inslag av brukarmedverkan än idag. Brukarrevisioner behöver samlat införas och införlivas i verksamhetsredovisningarna. Patient- och anhörigutbildningar som är professionsledda behöver standardiseras och införas brett. Självhjälpsgrupper med beprövade och evidensbaserade metoder i primärvårdens regi behöver utvecklas.

Regionala psykiatricentrum

De regionala cancercentrumen, RCC, är ett bra exempel på hur staten samt landsting och regioner kan samverka för att lösa uppgifter där de enskilda landstingen och regionerna är för små. RCC är landstingens och regionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet. Med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin, och inom tio

gemensamma insatsområden, arbetar RCC tillsammans med landsting och regioner för en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård.

Denna modell bör kunna vara förebild också för hur andra områden i hälso- och sjukvården kan stärkas. Det gäller inte minst psykiatrin där liknande arbetssätt har utvecklats inom ett begränsat område inom den specialiserade psykiatrin, nämligen utveckling av vården för personer med självskadebeteenden.

Vi föreslår att en nationell psykiatristrategi tas fram där regionala psykiatricentrum förs samman i en nationell samordning. Centraliserad vårdutveckling vid psykiatriska centrum förbättrar förutsättningarna för jämlik vård för personer med psykiatriska diagnoser, för rättssäkerheten, patientsäkerheten samt en god och samlad utveckling av vården.

Syftet med centrumbildningar är bland annat att stimulera forskning, implementering av nya metoder och metodstöd, utrangering av föråldrade metoder och behandlingar samt att stimulera patientsäkerhetsarbetet.

Den nationella cancerstrategin visar därtill på möjligheterna att åtgärda brister som ojämlig vård och fragmentiserade vårdkedjor, vilket även drabbar personer som har psykiatriska diagnoser.

Stärkt suicidprevention

Omkring 1 500 personer tar sitt liv i Sverige varje år, vilket är mer än fem gånger så många som dör i trafiken. Riksdagen har beslutat om nollvisioner för döda både i trafiken och genom suicid. Nollvisionen mot dödsfall i trafiken har varit synlig och framgångsrik, men på suicidområdet behöver betydligt mer göras. Suicidprevention är inte en fråga enbart för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Det behövs samordning mellan många intressenter för att upptäcka och stödja människor på väg in i psykisk ohälsa och suicidtankar och för att begränsa tillgången till medel och metoder. På uppdrag av alliansregeringen lämnade Folkhälsomyndigheten i mars 2015 förslag på hur en struktur för att stödja det suicidförebyggande arbetet kan utformas. Folkhälsomyndigheten har utifrån detta förslag fått ansvar för samordningen på nationell nivå, men det finns också ett behov av förstärkt samordning på lokal och regional nivå.

Det nationella handlingsprogrammet för att förebygga suicid togs fram av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut 2006 och antogs av riksdagen 2008. Det är en bra grund, men mycket har hänt vad gäller både kunskap om suicid och i samhället i stort. Det var till exempel innan de sociala mediernas stora genomslag. En ny handlingsplan bör också lyfta fram att orsakerna till suicid är olika i olika riskgrupper och behöver olika åtgärder. Det finns till exempel en kraftig överrepresentation av äldre män, samtidigt som kunskaperna om psykisk ohälsa bland årsrika är små.

En befolkningsutbildning i ”psykisk livräddning” behöver genomföras så att den allmänna kunskapsnivån och beredskapen höjs i hela Sverige. Detta bör genomföras inom ramen för statens satsningar inom psykiatri och psykisk hälsa.

Samlat arbete för personer med sällsynta diagnoser

Den svenska definitionen av en sällsynt diagnos är att det gäller en ovanlig sjukdom eller skada som leder till omfattande funktionsnedsättning och som finns hos högst 1 av 10 000 innevånare. Många av dem är syndrom, där flera symtom ingår. En sällsynt

diagnos kan leda till omfattande och komplexa funktionsnedsättningar där den enskilde nödgas ha kontakter med flera olika medicinska specialiteter.

Trots att det endast ingår ett fåtal personer i varje enskild diagnosgrupp är det ändå sammantaget många människor som berörs.

Sedan en tid tillbaka pågår ett arbete med att inrätta Centrum för sällsynta diagnoser (CSD) vid Sveriges sju universitetssjukhus. Det är angeläget och välkommet, men det behövs en tydligare nationell styrning för att människor ska få den diagnostik, behandling och habilitering de behöver. Eftersom diagnoserna är så många skulle olika CSD behöva vara inriktade på olika sjukdomar så att diagnoser med likartade vårdbehov samlas på samma ställe. Det behövs en nationell plan för sällsynta diagnoser. Nationella Funktionen Sällsynta Diagnoser (NFSD) har i uppdrag att möjliggöra samordning av insatserna inom detta område men har inte mandat att avgöra vilket centrum som ska inriktas på vilka diagnoser.

Vård ska utgå från vetenskap

Det är en grundprincip för sjukvården att bara använda metoder vars effekter har bevisats vetenskapligt och som bygger på beprövad erfarenhet. Tyvärr är denna princip inte så självklar som man skulle kunna tro.

När läkare i dag tillåts rekommendera homeopatisk behandling eller ägna sig åt healing är vi ute på ett sluttande plan. Healing, homeopati och oklara formuleringar om komplementärmedicin hör inte hemma i svensk hälso- och sjukvård. Liberalerna välkomnar nya läkemedel och behandlingsmetoder – om de klarar samma hårda krav på effekt och säkerhet som all annan medicin! Läkarelegitimation måste säkras och fyllas med innehåll när det gäller kraven på vetenskaplighet. Lagen måste skärpas så att innehav av en läkarelegitimation tydligt förknippas med ansvar för den behandling och de råd man ger.

Samtidigt bör den s.k. kvacksalverilagen utvidgas. Sedan 1960 har vi en lagstiftning mot att den som utan legitimation mot ersättning undersöker någon annans hälso-tillstånd eller behandlar sjukdomar. Denna bestämmelse finns numera i patientsäkerhetslagens 5 kap. och innehåller en lista över tillstånd som det är förbjudet att behandla: bland annat sjukdomar enligt smittskyddslagen, cancer och andra elakartade tumörer, diabetes, epilepsi och sjukdomar och komplikationer i samband med graviditet.

Kvacksalverilagen täcker däremot inte psykiska tillstånd. Vem som helst kan efter några dagars utbildning kalla sig för certifierad, auktoriserad eller licensierad terapeut, ibland med speciell inriktning mot psykisk ohälsa eller sorgeterapi. Det är en allvarlig brist. Psykisk sjukdom kan vara lika allvarlig som cancer och de övriga uppräknade sjukdomarna.

Människor med psykisk sjukdom eller ohälsa är ofta sköra och i en utsatt situation. De får inte fortsätta att svikas av vården och lagstiftarna. Därför är det hög tid att kvacksalverilagen utvidgas till att också omfatta psykiska sjukdomar. 2017 beslöt regeringen att tillsätta den s.k. KAM-utredningen med uppgift att bland annat se över detta. Detta är en patientsäkerhetsfråga och vi anser att den s.k. kvacksalverilagen bör skärpas och att det måste finnas strikta regler för vem som får ge råd och behandling för psykisk sjukdom.

Jämställdhet i vården

Jämställdhetsperspektivet behöver utvecklas i hälso- och sjukvården. Fortfarande får kvinnor färre provtagningar och undersökningar och fler biverkningar.

I en studie publicerad i Läkartidningen 2015 beskrivs att vårdinsatserna vid en mans hjärtinfarkt kostar 40 procent mer än en kvinnas vårdinsatser. Fler män får intensiv utredning och behandling på hjärtavdelning. Fler kvinnor dör på sjukhus vid akut hjärtinfarkt.

Den bristande jämställdheten slår åt båda håll. Mäns blindtarmar opereras med öppna bukoperationer, men kvinnor opereras med titthålskirurgi, som är betydligt enklare för patienten.

All vårdrelaterad statistik ska analyseras ur ett genusperspektiv. Skillnader i behandling kan vara medicinskt motiverade, men det vet vi inte förrän vi analyserat dem. Även kunskapen om skillnader mellan kvinnors och mäns sjukdomsbilder måste förbättras.

Prioriteringar i vården

Såväl den medicinska utvecklingen som ett allt längre liv för allt fler av oss människor är fantastiska framgångar att vara tacksam för. De innebär dock även att vi kan ha ekonomiska utmaningar framför oss, som kommer att kräva tydliga prioriteringar i sjukvården.

Idag styrs vårdens prioriteringar av den prioriteringsplattform som togs fram av Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) och som antogs av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den vilar på tre grundläggande och rangordnade etiska principer, nämligen

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs–solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov,
- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Att principerna är rangordnade är viktigt och tydligt uttalat i den etiska plattformen.

På senare tid har det skett en glidning av tolkningen av plattformen så att kostnadseffektiviteten kommit att rangordnas högre, vilket har medfört att patientgrupper ställts mot varandra. Vi menar att kostnadseffektivitet är relevant när det gäller vårdens organisation och som prioriteringsprincip vid val mellan olika behandlingsmetoder, men inte för att ställa patientgrupper mot varandra. Små patientgrupper som behöver kostnadskrävande insatser för behandling av sina sjukdomar ska inte riskera att få stå tillbaka till förmån för behandling av stora patientgrupper med lindrigare sjukdomar.

I dag bekostas viss vård bara av gemensamma resurser om det finns speciella medicinska skäl, bland annat närsynthetsoperationer, kosmetiska operationer och resevaccinationer. Framtida prioriteringar kan innebära att åderbräck och behandling av ärr, rosacea och andra åkommor tydligare får stå tillbaka för cancer och diabetesvård. Vi kan även behöva ställa tuffare krav på patienten, till exempel på rökstopp eller viktnedgång inför vissa operationer för bättre resultat.

Detta är svåra frågor, som bör diskuteras brett och förankras väl, i en block-överskridande överenskommelse i nära samråd med vårdens och omsorgens professioner. Vi vill se en bred utredning av sjukvårdens framtida prioriteringar, finansiering och behovet av justeringar av patientavgifter.

Prioriteringarna bör regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt i socialtjänstlagen. De formella kraven på samverkan mellan hälso- och sjukvården och omsorgerna har skärpts, till exempel genom lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Denna samverkan bör utgå från en gemensam värdegrund när det behövs prioriteringar.

En tryggare vård

Ingen människa ska utsättas för rädsla, hot och trakasserier, allra minst den som ägnar sina dagar åt att lindra, bota och rädda liv. Ändå händer detta i sjukvården – där behöver vi ju alla någon gång hjälp, vare sig vi är välanpassade medelstenssons eller har hamnat snett i livet.

Sjukhus har aldrig varit helt fria från våld och hot. När människor blir svårt psykiskt sjuka kan paranoia, våldsamhet och aggression bli en del av en mycket svår sjukdomsbild. Inom alla delar av sjukvården kan berusade eller uppjagade patienter och anhöriga ha svårt att hantera sina känslor. När kriminellt belastade människor drabbar samman och blir patienter följer våldet med in i vården, med patientens anhöriga och vänner – och fiender.

Enligt Arbetsmiljöverket har nära hälften av alla sjuksköterskor utsatts för våld eller hot. Det finns ingen enkel lösning för att öka respekten för de människor som skyddar oss andra inom räddningstjänst, ambulans och sjukvård, men det finns uppenbara åtgärder att börja med. Det handlar bland annat om att skärpa påföljderna för hot och våld mot blåljuspersonal, vilket vi utvecklar i andra motioner. En ytterligare viktig detalj är att göra det enklare för sjukhus att få tillstånd att montera metalldetektorer för att hitta vapen och därmed skydda patienter och anställda. Idag nekas sjukhus detta. Visserligen är säkerhetskontrollerna ett ingrepp i patienters integritet, men detta måste vägas mot medarbetares och andra patienters säkerhet.

Sjukvården ska vara välkomnande och säker, och det kräver i sin tur trygga lokaler där både patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal känner sig säkra. Som förtroendevalda behöver vi vända på varje sten för att uppnå detta.

Jan Björklund (L)

Tina Acketoft (L)

Gulan Avcı (L)

Emma Carlsson Löfdahl (L)

Joar Forssell (L)

Roger Haddad (L)

Maria Arnholm (L)

Juno Blom (L)

Bengt Eliasson (L)

Helena Gellerman (L)

Robert Hannah (L)

Fredrik Malm (L)

Lina Nordquist (L)

Johan Pehrson (L)

Arman Teimouri (L)

Allan Widman (L)

Maria Nilsson (L)

Christer Nylander (L)

Mats Persson (L)

Barbro Westerholm (L)