

## Motion till riksdagen 2017/18:2898

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 att valfriheten i hälso- och sjukvården bör öka och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om principer för specialdestinerade statsbidrag till landsting och regioner och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en undersköterskeexamen och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa karriärtjänster för specialistsjuksköterskor och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en förnyad kömiljard och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en investeringsfond för vårdens digitala infrastruktur och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa regionala psykiatricentrum och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt suicidprevention och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell plan för sällsynta diagnoser och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om skärpning av lagstiftningen om läkarlegitimation och tillkännager detta för regeringen.
11. 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 sjukvårdens legitimationsyrken att ge vård och behandling, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta bort undantaget i läkemedelslagen som möjliggör försäljningstillstånd för vissa antroposofiska preparat och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om jämställdhetsperspektiv inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.

14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att reglera den prioriteringsplattform som antogs av riksdagen 1997 i hälso- och sjukvårdslagen och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att genomföra en utredning om vårdspansring och tillkännager detta för regeringen.

## 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. Alliansregeringen införde en skyldighet för landsting och regioner att införa valfrihet i primärvården, och strävan bör vara att öka valfriheten också i den specialiserade vården.

Denna valfrihet hotas nu på punkt efter punkt. Sammantaget skulle de olika förslag som regeringen lagt fram och aviserat om vinstbegränsningar, stopplagar och allt krångligare regelverk i praktiken omöjliggöra företagande i välfärden. Redan innan förslagen blivit verklighet innebär de att nyföretagande stoppas och investeringar i välfärden går förlorade. Drivkraften att förbättra verksamheterna försvinner.

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.

Vården mår bra av att det finns flera olika aktörer och olika lösningar för hur man kan organisera och driva sjukvård. Det gäller även på sjukhusnivå.

Riksdagen sade i våras nej till prop. 2016/17:167 Driftsformer för universitetssjukhus samt prop. 2016/17:166 Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Men de båda produkterna avslöjade en oroväckande stelbent syn hos regeringen på vad hälso- och sjukvård är och bör vara, som sträcker sig långt bortom frågan om vem som bör få driva offentligfinansierad vård.

Enskilda aktörer bidrar med nytänkande, effektivitet och höjd vårdkvalitet, och ökar patienternas egenmakt. Men regeringens politik vore skadlig även om det bara funnes offentliga vårdgivare. Hälso- och sjukvården utvecklas ständigt. Ingrepp som var avancerad vård för några år sedan är numera standard. Slutenvård kan bli öppenvård, och vård som tidigare krävde ett universitetssjukhus alla resurser kan göras närmare patienterna. Vad som görs på olika vårdnivåer både kan och bör ständigt förändras. Det handlar om att använda resurser effektivt – men framför allt om vårdens kvalitet.

Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) har tydligt visat hur viktigt det är att primärvården och öppenvården får en större roll, om vi ska klara en växande, åldrande befolkning samtidigt med fortsatta medicinska framsteg. Som t.ex. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, konstaterar torde den utredningen innebära att en del av den vård som i dag bedrivs vid universitetssjukhusen kan och bör överföras till primärvården.

## Nationell samordning och styrning

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 välutbildade sjuksköterskor än någonsin tidigare. De åstadkommer goda resultat: vårdkvalitet och patientsäkerhet är bland de högsta i världen. Medicinska och tekniska landvinningar gör att många kan gå hem samma dag som de opererats istället för att stanna flera dagar på sjukhus.

Det finns dock betydande utmaningar för dagens sjukvård 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.

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 regeringen förstatligat ansvaret för bidrag till glasögon för 8–19-åringar, medan bidrag till glasögon till yngre barn samt ansvaret för alla andra hjälpmedel fortfarande är landstingens ansvar. Ansvaret för mammografi har förstatligats och i årets budget tillkommer screening för livmoderhalscancer, 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 (en del av dem med rödgrönt styre) inte prioriterat som den rödgröna regeringen tycker att de ska. Vilka öronmärkta statsbidrag vi säger nej till framgår av vår budgetmotion.

## Vård i tid och tid i vården

Sjukvården i Sverige har goda resultat men måste bli bättre på tillgänglighet och bemötande. Vi har fler läkare och sjuksköterskor per capita än genomsnittet i OECD-länderna, men vi ligger i botten för antalet besök per läkare. Samtidigt upplever patienter, läkare och sjuksköterskor tidsbrist och trängsel. Det finns helt enkelt för lite tid i vården till just vård och patienter.

### Stärk den nära vården

Många sjukhus brottas med stora problem med överbeläggningar. Sjuksköterskor tvingas lägga ner mycket kraft och tid på att hitta vårdplatser. Logistiken går i baklås där patienter blir kvar på akuten i väntan på en vårdplats. Ett annat stort problem är den bristande tillgängligheten; det är svårt att få tid hos läkare och vi ser kraftigt växande värdköer för den som behöver operation.

En orsak är att Sverige jämfört med många andra länder lägger en låg andel av sjukvårdens resurser på primärvården. Idag läggs endast 17 procent av sjukvårdens totala resurser där, vilket ska jämföras med 25 procent i våra nordiska grannländer. Detta rimmar illa med vårdcentralernas funktion som första linjens sjukvård och gör att många patienter istället söker sig till sjukhusvården. 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 första linjens sjukvård behöver byggas ut. Arbetet pågår, men det går långsamt. Även om alla är överens om att det i längden blir mer resurseffektivt att en större andel av vårdens resurser ska gå 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 vårdcentralerna 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 vi i vår budgetmotion en stor satsning på en kraftigt förstärkt primärvård. Den innehåller medel för att underlätta en kraftig utbyggnad av primärvården. Liberalerna föreslår ett omställningsstöd, ett primärvårdslyft, med krav på landstingen att bygga ut primärvården, och avsätter i vår budgetmotion drygt fem miljarder de närmaste tre åren för detta.

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.

## 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 primärvårdens uppdrag breddas. 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 är att mycket tid används till annat än till 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. Vårdbiträden, 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.

Vårdbiträdena 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 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.

Att återinföra vårdbiträden 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 1 000 miljoner kronor per år 2017–2020 på ett stimulansbidrag till de landsting och regioner som låter vårdbiträden 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 specialistjuksköterskor.

En specialistjuksköterska har minst en fyraårig högskoleutbildning. Enligt Socialstyrelsen är det få landsting som i dag premierar vid lönesättningen att sjuksköterskor vidareutbildar sig till specialistjuksköterskor. Det gör att det i genomsnitt tar 20 år för en specialistjuksköterska 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 2018–2020 som möjliggör ca 1 000 tjänster som första specialistjuksköterskor, 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 någonsin blir fel 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 värden 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.

Stockholms läns landsting och Västra Götaland, där Liberalerna har huvudansvar för hälso- och sjukvården, har avsatt 2,2 miljarder var för ett nytt så kallat kärnsystem. Men modern it måste finnas i hela landet. Därför 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 femårsperiod, 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 av och utbyggnad av skolhälsovården och vardagssjukvården. 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.

Brugarrevisioner 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 stimulera patientsäkerhetsarbetet.

Den nationella cancerstrategin visar därtill på möjligheterna att åtgärda brister som ojämlik 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, 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.

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 rehabilitering 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! Läkaregitation måste säkras och fyllas med innehåll när det gäller kraven på vetenskaplighet. Lagen måste skärpas så att innehav av en läkaregitation tydligt förknippas med ansvar för den behandling och de råd man ger. Det undantag i läkemedelslagen som gör det möjligt för regeringen att lämna tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska preparat bör tas bort.

Samtidigt bör den s.k. kvacksalverilagen utvidgas. Sedan 1960 har vi en lagstiftning mot att den som utan legitimation mot ersättning undersöker någon annans hälsotillstånd 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.

## 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 med tithålskirurgi, 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

Den prioriteringsplattform som togs fram av Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) och som antogs av riksdagen (prop. 1996/97:60) är det regelverk för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som gäller.

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 medför att patientgrupper ställts mot varandra.

I den nyligen antagna hälso- och sjukvårdslagen skrivs i 3 kap. 1 § att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det instämmer vi i men texten borde kompletteras med formuleringarna i den nuvarande etiska plattformen.

I lagens 4 kap. 1 § står ”offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet”.

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. Därför menar vi att den prioriteringsplattform som riksdagen antog 1997 bör regleras även i hälso- och sjukvårdslagen.

Vi vill här också ta upp frågan om vårdsporsring som har koppling både till ovanstående paragrafer och till den föreslagna lagens 17 kap. Prioriteringscentrum har på initiativ av Statens medicinsk-etiska råd (Smer) analyserat frågan om sporsring av offentligt finansierad vård och presenterat rapporten Är vårdsporsring förenligt med den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvård? Av rapporten framgår att sporsring av läkemedel och annan vård och behandling inom hälso- och sjukvården är etiskt problematiskt. Den riskerar att sätta prioriteringsplattformen ur spel. Smer har därför gjort en framställning till regeringen om att utreda frågan närmare och föreslå åtgärder. Vi anser att en sådan utredning bör komma till stånd utan dröjsmål.

*Jan Björklund (L)*

*Said Abdu (L)*

*Maria Arnholm (L)*

*Bengt Eliasson (L)*

*Robert Hannah (L)*

*Fredrik Malm (L)*

*Birgitta Ohlsson (L)*

*Mathias Sundin (L)*

*Maria Weimer (L)*

*Allan Widman (L)*

*Tina Acketoft (L)*

*Emma Carlsson Löfdahl (L)*

*Roger Haddad (L)*

*Nina Lundström (L)*

*Christer Nylander (L)*

*Mats Persson (L)*

*Lars Tysklind (L)*

*Barbro Westerholm (L)*

*Christina Örnebjär (L)*