

Motion till riksdagen 2005/06:So703

av **Göran Hägglund m.fl. (kd)**

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Motionen delad mellan flera utskott

1 Sammanfattning

I denna motion presenteras Kristdemokraternas politik och partiets alternativa budgetförslag för 2006 på utgiftsområde 9. I särskilda motioner utvecklas partiets politik när det gäller äldrepolitiken (So710), psykiatri (So662), barn- och ungdomspsykiatri (So707), handikappolitiken (So706), anhörigvården (So705), socialtjänsten (So661), barnpolitiken (So695), folkhälsopolitiken (So709), alkoholpolitiken (So708), narkotikapolitiken (So704), tandvården (So713) och medicinsk-etisk politik (So712).

Kristdemokraterna anser att hälso- och sjukvården ska utgå från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården är välfärdens kärna och ska vara behovsstyrd. Den ska kännetecknas av värdighet, kvalitet och tillgänglighet. Vården och omsorgen måste ha en helhetssyn på människan som tar hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov. För att skapa och upprätthålla hälsa och livskvalitet måste alla dessa behov tillgodoses.

Denna motion fokuserar på de brister och problem som finns inom svensk hälso- och sjukvård och vad som ska göras åt dem. Kristdemokraterna anser att den svenska hälso- och sjukvården lider av ett systemfel som kan beskrivas ungefär så här: När patienten väl får vård fungerar den ofta bra, det stora problemet är att över huvud taget få kontakt med vården och därefter få behandling. Paradoxen är att ju rikare Sverige blivit, ju mer pengar som går till vården, desto längre har värdköerna blivit.

Det är dags att göra upp med den förmyndaraktiga inställning som präglar sjukvårdens syn på patienten. Det verkar som om vårdbyråkratin inte kan tänka sig människor som annat än värdkonsumenter med oändliga behov. Men denna utgångspunkt är felaktig och skapar större vårdbehov än vad som faktiskt är nödvändigt. Samtidigt måste hälso- och sjukvården bli bättre på att värna de med störst behov och de som inte kan tala för sig. Det är de gamla och multisjuka, de psykiskt sjuka och de med kroniska sjukdomar som far mest illa i vården.

Fel! Okänt namn på

Det behövs en genomgripande diskussion om prioriteringar inom välfärden när resurserna till sjukvården inte räcker till. Större valfrihet för patienterna, bättre utnyttjande av de ekonomiska resurserna, men också mer pengar krävs för att skapa en bättre vård och omsorg.

Kristdemokraterna föreslår i denna motion en kraftfull politik för en bättre hälso- och sjukvård. Huvudinslagen är följande:

- Patientens kontakt med och väg genom sjukvården måste bli enklare. Flera åtgärder föreslås som syftar till att förbättra tillgängligheten, patientens ställning och kvalitén i mötet mellan patient och läkare.
- Det behövs ett system med kvalitetsjämförelser av hälso- och sjukvårdens prestationer, där kvalitetsindikatorer fastställs och där jämförelser kan göras på vårdcentral-, klinik- och sjukhusnivå. Kvalitetsjämförelserna ska vara tillgängliga, inte bara för politiker och vårdpersonal utan också för allmänheten. På så sätt kan kvalitets- och effektivitetsutvecklingen förbättras. Det ger också möjlighet till jämförande studier mellan vård som drivs i offentlig, kooperativ, ideell och privat regi.
- En oberoende granskningsenhet bör inrättas för att granska och ranka sjukvårdens prestationer.
- Vårdpersonalen behöver få en ny framtidstro. Hälso- och sjukvården måste kunna locka till sig de mest begåvade och lämpliga personerna. Vårdpersonalen måste ges möjlighet till kompetensutveckling. Förutsättningarna för högre löner, inflytande och delaktighet måste stärkas.
- Det förebyggande folkhälsoarbetet behöver förbättras. Hälso- och sjukvården måste i större utsträckning använda sin auktoritet, sin kunskap och sin breda kontaktyta i samhället.
- Antalet vårdplatser måste utökas inom den somatiska slutenvården. Utbyggnaden av vårdplatser måste även gälla psykiatrin, missbrukarvården, akutvården och många av landets BB-avdelningar.
- En nationell vårdgaranti värd namnet måste införas. Den socialdemokratiska regeringens vårdgaranti håller inte måttet. Kristdemokraterna anser bland annat att hälso- och sjukvårdslagen ska slå fast kravet att hälso- och sjukvården ska ges i tid. Det bör också införas ett system för ekonomisk kompensation till patienter vars operationer ställs in av skäl som inte kan anses vara godtagbara
- En vård och omsorg som inte tvekar att utnyttja flera olika utförare har bäst förutsättningar att välkomna och underlätta förnyelse och förändring. Den stopplag som regeringen infört måste rivas upp. Inför i stället en startlag som välkomnar privata, kooperativa och ideella utförare av vård.
- Patientsäkerhetstänkandet inom svensk hälso- och sjukvård är underutvecklat. För att minska antalet misstag i vården föreslås förbättrade säkerhetssystem som kan underlätta systematiskt säkerhetsarbete på klinikerna. Det krävs ett säkerhetstänkande som inriktar sig på systembrister, i stället för individuella misstag.
- Den psykiatriska vården och inte minst barn- och ungdomspsykiatrin uppvisar mycket stora brister. Det behövs en tydlig politisk markering som lyfter fram gruppen psykiskt sjukas och funktionshindrades behov av god

Fel! Okänt namn på

vård och omsorg. Kristdemokraterna avsätter därför sammanlagt 900 miljoner kronor mer än regeringen för 2006–2008 till den psykiatriska vården och omsorgen.

Fel! Okänt namn på

2 Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	1
2	Innehållsförteckning	4
3	Förslag till riksdagsbeslut.....	6
4	Inledning.....	9
5	Sätt patienten i centrum.....	9
5.1	Inför en samlad patienträttighetslagstiftning	10
5.2	Underlätta patientens väg genom hälso- och sjukvården.....	10
5.3	Lagfäst skyldigheten att informera patienten om valmöjligheter.....	11
5.4	Patienten ska få veta var kvaliteten är bäst	11
5.5	Inrätta en oberoende granskning av sjukvårdens prestationer	12
5.6	Lots för den som behöver mycket sjukvård.....	13
5.7	Organisera runt patienten.....	13
6	Skapa en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	14
7	Vårdens resurser och framtidens välfärd	15
8	Prioritera i hälso- och sjukvården.....	16
8.1	Cancervården behöver en handlingsplan	16
9	Bygg ut antalet vårdplatser	17
10	Inför nationell vårdgaranti värd namnet	18
10.1	Kompensation vid utebliven behandling	21
10.2	Inför en vårdgaranti för missbrukarvården	21
10.3	Inför en BB-garanti.....	22
11	Öka mångfald och valfrihet – understöd förnyelse.....	22
11.1	Riv upp stopplagen	23
11.2	... och ersätt den med en startlag.....	23
12	Män och kvinnor olika inför läkaren?	24
13	Inför fritt vårdval för EU-medborgare.....	25
14	Utveckla effektivare ersättningsystem	26
15	Investera i personalen.....	27
15.1	Uppvärdera undersköterskeyrket	28
15.2	Förbättra specialistutbildningen.....	28
15.3	Bevara geriatriken som en egen specialistindelning	28
15.4	Ge mer tid för omvårdnad	29
15.5	Minska administrationen inom vården	29
16	Ett mer målmedvetet patientsäkerhetsarbete behövs	30
17	Garantera värdighet och trygghet för de äldre	32
17.1	Inför en värdighetsgaranti.....	33
17.2	God demenssjukvård	33
17.3	Stöd anhängigvårdarna.....	35
18	Vården i livets slutskede.....	36
19	Den psykiatriska vården	38
20	Läkemedel	39
21	Avskaffa apoteksmonopolet	41
22	Tänderna tillhör kroppen	42
23	Ett nytt högkostnadsskydd.....	43

Fel! Okänt namn på

24 Handikappolitik.....	43
25 Övriga anslagsförändringar	44

Fel! Okänt namn på

3 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av en samlad patienträttighetslagstiftning.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att nuvarande patienträttighetslagstiftning borde tillföras vissa inslag.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av ett kommunicerande nationellt journalsystem.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om lagfäst skyldighet att informera patienten om kösituationen.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ett IT-system med kvalitetsjämförelser av hälso- och sjukvårdens prestationer.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en fristående myndighet för utvärdering av vårdens prestationer bör inrättas.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om det s.k. Mångbesökarprojektet i Kalmar läns landsting.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att närsjukvården behöver tillföras ytterligare specialistkompetens.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en parlamentarisk utredning kring vårdbehoven.
10. Riksdagen begär att regeringen återkommer med åtgärder för att komma till rätta med bristerna inom cancervården.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att antalet vårdplatser måste utökas inom slutenvården.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av en nationell vårdgaranti värd namnet.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om rätt till second opinion.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att hälso- och sjukvårdslagen skall slå fast kravet att hälso- och sjukvården skall ges i tid.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ekonomisk kompensation till patienter vars operationer ställs in.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en vårdgaranti inom missbrukarvården.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en BB-garanti.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att riva upp stopplagen.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en parlamentarisk utredning kring jämställdhetsaspekter på hälso- och sjukvården.

Fel! Okänt namn på

20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om ett europeiskt sjukvårdskort.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om ersättningssystemens utformning.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att kompetenskrav för undersköterskor bör ses över.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om en differentierad utbildningssatsning på undersköterskor.¹
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att fler platser till läkar- och sjuksköterskeutbildningarna måste tillskapas.¹
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om behovet av en nationell uppföljning av geriatrikens utveckling.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om beslutet i fråga om den framtida indelningen av medicinska specialiteter.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om behovet av förslag som underlättar ett kostnadseffektivt administrativt arbete inom sjukvården.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att lex Sarah behöver en översyn.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om förbudet mot dubbelbestraffning i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om en utredning beträffande hur lagstiftningen kring tillsynen skall främja ett minimerande av antalet misstag inom vården.
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om en nationell målsättning att minska antalet vårdskador.
32. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag till ny lagstiftning om avvikelserapportering, i enlighet med vad som anförts i motionen.
33. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om läkarmedverkan på varje äldreboende och sjukhem.
34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om forskning i palliativ medicin.
35. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om arbetsplatskod som följer kompetensen.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om behovet av läkemedelsgenomgångar.
37. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om en utredning av ett högkostnadsskydd som verkligen inkluderar alla egna avgifter i vården och olika hjälpmedel.
38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om att utreda hur staten skall ta över kostnadsansvaret för LSS-insatser.

Fel! Okänt namn på

39. Riksdagen anvisar anslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg med följande ändringar i förhållande till regeringens förslag enligt uppställning:

Anslag, tusental kronor	Regeringens förslag	Anslagsförändringar
13:1 Tandvårdsförmåner	3 026 000	140 000
13:6 Socialstyrelsen	523 562	-26 000
13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	198 000	200 000
13:10 Nationell vårdgaranti (nytt anslag)		2 000 000
13:12 Forskning om palliativ vård (nytt anslag)		20 000
13:13 Barn- och ungdomspsykiatri (nytt anslag)		200 000
14:4 Statens folkhälsoinstitut	130 895	-7 000
14:5 Smittskyddsinstitutet	183 568	-9 000
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	112 985	50 000
14:10 Förebyggande hälso- och sjukvård (nytt anslag)		80 000
16:7 Bilstöd till handikappade	256 000	100 000
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	155 137	50 000
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete	365 076	-60 000
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap	295 396	-44 000
Summa för utgiftsområdet	41 614 573	2 694 000

¹Yrkandena 23 och 24 hänvisade till UbU.

4 Inledning

Inom hälso- och sjukvården pågår omvälvande förändringar. På sjukvårdssvenska heter det effektiviseringar, men det kan lika gärna kallas ransoneringsringar av sjukvård. Trots protester runt om i landet fortsätter den förmenta jakten på effektivitet: akutsjukhus läggs ner eller görs om till närsjukhus, vårdplatser blir allt färre och vårdcentraler försvinner.

Kristdemokraterna ifrågasätter inte att omorganisering och effektiviseringar inom vården behövs, tvärtom är det alldeles nödvändigt. Men med nuvarande utveckling inom vården finns starka skäl till kritik och eftertanke. Värst drabbade av vådransoneringsringen blir kroniskt sjuka och äldre.

Traditionell socialdemokratisk vårdpolitik, präglad av nedskärningar och sammanslagningar, byråkrati och monopol är inte lösningen på vårdens problem. Den stopplag som Socialdemokraterna infört tillsammans med Miljöpartiet och Vänsterpartiet är direkt riktad mot förnyelse och nytänkande inom vården. Om den socialdemokratiska regeringen får bestämma kommer det bli ännu svårare att få vård framöver.

Kristdemokraterna anser att vården måste ta spjörn i människovärdet och se till att det rör sig åt rätt håll, så att vården förbättras och inte försämras. Flera av dagens problem inom sjukvården är akuta och om ingenting görs kommer morgondagens brister att vara kroniska och strukturella.

5 Sätt patienten i centrum

Tillgängligheten till den svenska vården är under all kritik. Det visar en opinionsundersökning bland 8 000 personer i åtta europeiska länder, som Allians för Sverige låtit Demoskop utföra. Inte oväntat, men ändå oroande, har Sverige sämst tillgänglighet bland alla undersökta länder. Undersökningen visar också att svenskarna upplever att vården har sämre kvalitet än medborgarna i andra europeiska länder.

Svenska patienter får vänta längre på att träffa en läkare, upplever oftare att man inte fått något svar på orsaken till de symptom som man sökt för, och får enligt egen utsago i mindre utsträckning bot och lindring för dessa symptom. Detta är problem som måste tas på största allvar. Denna mätning bekräftar tidigare undersökningar om vårdtillgängligheten i Europa.

Kristdemokraterna anser att anledningen till Sveriges dåliga placering är att den svenska sjukvårdens organisation inte tar sin utgångspunkt i patientens behov. Det krävs två viktiga utgångspunkter i arbetet för att minska väntetiderna.

För det första – en människas vårdbehov är oftast inte obegränsade och omöjliga att tillgodose, de är individuella. De flesta vårdreformer är präglade av myten om det oändliga behovet av sjukvård. Vårdbehoven har antagits vara outtömliga och därför har olika begränsningsåtgärder utformats. Syftet har varit att förhindra att sjukvårdens resurser används till onödiga åtgärder. Patienten har inte själv betrots med ansvaret att bedöma vad som är en rimlig

Fel! Okänt namn på

vårdinsats. Remisstvång och vårdköer kan sägas fungera som ett slags ransoneringsmetoder i vårt nuvarande system. Den ordningen måste förändras.

För det andra – förändringar ska genomföras ”inifrån” systemet. Hälso- och sjukvården är för komplex för att styras med i huvudsak ekonomiska incitament och teoretiska styrmodeller. Okänsliga systemskiften har orsakat mycket oenighet och onödiga slitningar samtidigt som de har ryckt sönder kontinuiteten i den dagliga verksamheten. Och det är långt ifrån säkert att de bidragit till att stärka vårdens ekonomi. Till följd av oklara regler och dålig organisation har de som behöver vården ofta kommit i kläm. Förändringstempot och nedskärningarna har lett till svåra stressproblem hos personalen. Genom att i stället skapa naturliga drivkrafter inom hälso- och sjukvårdens organisation kan avgörande förbättringar åstadkommas. Kristdemokraterna påstår att lösningarna är att finna närmare patienterna.

5.1 Inför en samlad patienträttighetslagstiftning

Det behövs tydligare riktlinjer om patientens rättigheter som människa och vårdkonsument. Kristdemokraterna föreslår att alla lagstadgade patienträttigheter samlas i en patienträttighetslag. Syftet är att skapa en mer överskådlig, rättssäker och patientfokuserad lagstiftning. Lagstiftningen ska dock även framgent i huvudsak bygga på att landstingen, till viss del kommunerna samt hälso- och sjukvårdspersonalen, har vissa skyldigheter gentemot patienten.

Nuvarande patienträttighetslagstiftning saknar inlag som borde tillföras. Ett exempel är den alltmör omfattande EU-vården, vilken borde regleras i lagstiftning, liksom rätten till vård i tid och rätten till informationen i sin egen patientjournal. Även barns rätt att lämna informerat samtycke, med hänsyn till ålder och mognad, bör övervägas.

5.2 Underlätta patientens väg genom hälso- och sjukvården

Patienten måste kunna ta den första kontakten med sjukvården på ett enkelt och tryggt sätt. Om man vill boka ett läkarbesök i närsjukvården ska det, oavsett var man bor i landet, kunna göras på ett enkelt sätt, via telefon eller via Internet. På enstaka mottagningar i landet finns telefonsystem som lämnar ett meddelande om vilken tid vårdgivaren ringer tillbaka. Då slipper patienten sitta i timmar med en upptagetton i örat tills telefontiden är över. Det blir än enklare för de patienter som kan utnyttja Internet för att boka en passande tid. Detta system bör införas på alla vårdenheter.

En jämförelse kan göras med hur Bilprovningen fungerar, där bilägaren kan boka tider via telefon, talsvar och Internet. Det finns också målsättningar för hur lång tid en bekräftelse och ett svar till bilägaren får dröja.

När patienten träffar en ny läkare så ska han eller hon inte behöva berätta hela sin vårdhistoria. Den ska finnas tillgänglig via ett kommunicerande nationellt journalsystem som har ett fullgott skydd så att integritetskränkande

information inte kommer i orätta händer. Patienten ska bl.a. själv kunna begära ett skydd för viss integritetskränkande information.

En ökad användning av IT-stöd inom hälso- och sjukvården skapar helt nya möjligheter. Den tid och de resurser som hälso- och sjukvården lägger på administration och dokumentation är betydande. En bra och enkel journalföring kan bidra till att resurserna används mer effektivt, vilket leder till att dessa i stället kan användas till vård och omsorg för den enskilde.

Alltför många patienter kan vittna om hur bortslarvade anteckningar, ofullständiga journaler och administrativt krångel ställer till problem i mötet med vården. Om en ny datoriserad journalföring också leder till att uppföljning och utvärdering kan förbättras kan det i sin tur innebära att kvaliteten och patientsäkerheten i vården ökar.

5.3 Lagfäst skyldigheten att informera patienten om valmöjligheter

Det s.k. fria vårdvalet gäller i alla Sveriges landsting. Men bara på papperet – inte i praktiken. Principen är dock att det fria vårdvalet ger patienter rätt att söka både slutna och öppna vård i ett annat landsting, förutsatt att hon eller han har en remiss från sitt hemlandsting. Det landsting som skrivit ut remissen står också för kostnaden. Resekostnaden måste patienten själv stå för.

Kristdemokraterna vill bygga vidare på det fria vårdvalet, så att patienten ges reella valmöjligheter – inte bara av vårdgivare, utan också av tidpunkten för behandling.

När läkaren bedömer att patienten behöver en operation eller behandling ska denne eller annan person i vårdteamet ha en lagfäst skyldighet att informera om kösituationen, på det egna sjukhuset, på andra sjukhus i närheten men också var en operation med kortast väntetid kan fås på såväl offentligt som privat driven klinik. En ny tid för undersökning, operation eller annan behandling bokas direkt. Skyldigheten bör också gälla andra upplysningar som kan vara av värde för patienten.

För att ett vårdval ska fungera i praktiken och bli genomförbart utan onödiga förhinder måste pengarna följa patienten. Det ska vara den vårdgivare som patienten väljer som ersätts för operation eller annan behandling.

Ur ett patientperspektiv ska remisser inte behövas. Patienten ska inte skickas hem för att vänta via ett remissförfarande. Tiden ska vara egenvärd och passa in i patientens almanacka med största möjliga hänsynstagande till arbetsliv och privatliv. Därmed avskaffas remisserna, sett ur ett patientperspektiv. Självklart kommer remisser som informationsbärare att behövas mellan kliniker och vårdgivare även fortsättningsvis.

5.4 Patienten ska få veta var kvaliteten är bäst

En reell valfrihet för patienten och ett fungerande fritt vårdval kräver att vårdens prestationer kan jämföras. Kristdemokraterna vill ha en ordning där

Fel! Okänt namn på

kvalitetsindikatorer fastställs och där jämförelser kan göras på vårdcentrals-, klinik- och på sjukhusnivå. Den ska vara tillgänglig, inte bara för politiker och vårdpersonal utan också för allmänheten. I Sverige finns redan mycket värdefull information i de s.k. nationella kvalitetsregistren. De är dock inte öppna för allmänheten och möjligheten till jämförelser är begränsade. Problemet är inte bristen på data, det är bristen på vägledande information som måste förbättras.

Väntetider är en viktig kvalitetsfaktor i vården. Men andra faktorer kan naturligtvis också vara av värde för patienten. Andelen lyckade behandlingar vid ett visst sjukhus eller en viss klinik, antal återfall m.m. är information som patienten kan vilja ta del av.

Det ger också möjlighet till jämförande studier mellan vård som drivs i offentlig, kooperativ, ideell och privat regi.

IT-revolutionen har ännu inte revolutionerat vården. Detta trots att stora pengar plöjts ned i olika system i olika landsting som inte kan kommunicera med varandra. Det pågår visserligen ett utvecklingsarbete för att förbättra och samordna IT-stödet inom hälso- och sjukvården. Kommuner och landsting samarbetar i organisationen Carelink. Vidare är en utredning tillsatt av regeringen – Författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården (dir. 2003:42). En målsättning med dessa initiativ måste dock vara ett system inte bara med patientjournalssystem utan även användbara och tillgängliga kvalitetsjämförelser av hälso- och sjukvårdens prestationer, så att kvalitets- och effektivitetsutvecklingen kan förbättras. Det krävs långsiktiga investeringar för att bygga ut och samordna register och IT-system inom sjukvården. Kristdemokraterna avsätter 400 miljoner kronor per år med start år 2007 för detta ändamål. Avsikten är att få till stånd motsvarande satsning från landstingens och regionernas sida.

5.5 Inrätta en oberoende granskning av sjukvårdens prestationer

Jämförande analyser av kvaliteten vid olika enheter i sjukvården kräver att en fristående myndighet för utvärdering av vårdens prestationer inrättas. Myndigheten ska ha självständighet i sin utvärderingsroll, likt Riksrevisionen, och inte styras av regeringen. Målsättningen bör vara att göra besök vid varje enhet minst vart femte år där patientperspektivet också tillgodoses. Rapporterna görs offentliga. Denna typ av granskning och öppna kvalitetsredovisningar av vårdgivares prestationer finns i flera länder, bl.a. i Storbritannien och Norge och skapar drivkrafter till förbättringar inom sjukvården.

För det första kan en fristående utvärdering åstadkomma en kraftsamling inom områdena revision, uppföljning och rankning. För det andra behövs en auktoritativ organisation som står fri från departement och regering. Det krävs ett visst avstånd mellan granskaren och de granskade.

Kristdemokraterna avsätter 25 miljoner kronor per år 2007–2008 för uppbyggnaden av denna funktion.

5.6 Lots för den som behöver mycket sjukvård

Kristdemokraterna kräver inga systemskiften i hälso- och sjukvården, men väl en mindre revolution i synen på patientens behov. Ungefär 3,5 procent av befolkningen behöver 50 procent av vårdresurserna. Det handlar om personer med stora vårdbehov, ofta äldre och funktionshindrade. Det är Kristdemokraternas uppfattning att denna grupp även består av personer som inte blir lyssnade på, inte får rätt vård och som getts ett dåligt bemötande. En människas vårdbehov är oftast inte obegränsade och omöjliga att tillgodose, de är bara individuella.

Intill dess hälso- och sjukvården utvecklats till en lättorienterad organisation med hög tillgänglighet och avsevärt kortare väntetider behövs en "lots" att vända sig till för att hitta rätt i vården. Den som vill ska efter sitt behov kunna välja sin familjeläkare eller annan specialist i vårdteamet. Närsjukvården bör successivt byggas ut med ytterligare specialistläkarkompetens, framför allt inom geriatrik och folksjukdomar.

Ett exempel på nya vårdmetoder som sätter patienten i centrum är Mångbesökarprojektet i Kalmar läns landsting. I projektet har man lyckats förbättra vården för de s.k. mångbesökarna, dvs. de patienter som besökt akuten mer än fyra gånger under ett år, genom att mångprofessionella arbetsteam tar sig an dessa patienter och försöker förstå människan bakom symtomen. 557 patienter har klassats som mångbesökare. Under 2004 besökte dessa patienter vårdmottagningar 21 000 gånger. Resultaten visar att öppenvårdskontakterna bland patienterna i projektet har halverats på ett halvår. De har inte heller behövt läggas in på sjukhus lika ofta sedan projektet började. Inläggningarna sjönk från 40 under en tremånadersperiod till tio. Regeringen bör ta initiativ till att sprida denna framgångsrika modell till fler landsting och regioner.

5.7 Organisera runt patienten

Sjukvårdens organisation ska utgå från patienternas behov. De små länsdels-sjukhusen ska därför bevaras och utvecklas. Tillsammans med vårdcentraler, jourmottagningar och ambulanssjukvård utgör de viktiga delar i en decentraliserad närsjukvård. I dag finns det gränser mellan närsjukvård, sjukhusvård och socialtjänst som saknar förankring i patientens verklighet och som därför skapar bekymmer för den enskilde. Ett nära, naturligt samarbete med patienten i centrum måste därför byggas upp mellan vårdens olika nivåer och ansvariga huvudmän.

Närsjukvården ska karaktäriseras av lättillgänglighet, kvalitet, stor bredd i vårdutbudet och låga avgifter. Ett respektfullt förhållande till patienterna och hög yrkeskompetens hos de anställda ska finnas. Aktivt, förebyggande arbete med vården av hälsan – inte bara ohälsan, måste vara viktiga inslag. Bredden i vårdutbudet präglas av att flera olika yrkesgrupper har egen direkt kontakt med patienterna. Närsjukvården måste också i ökad utsträckning verka utanför mottagningarna. Hembesök, hemsjukvård och vård inom kommunernas

Fel! Okänt namn på

äldreboenden är viktiga inslag i närsjukvården. Även andra läkarspecialiteter än allmänmedicin bör vara representerade.

För att lyckas med prevention av sjukdom, hälsofostran och hälsobefrämjande åtgärder är det viktigt att upptäcka beteende- och livsstilsrelaterade problem. Vid vårdcentralerna behövs en utbyggnad av t.ex. alkoholmottagning, rökavvänjningsklinik och mottagning för andra livsstilsproblem, som erfordrar psykologisk kompetens utöver den som läkare och övrig medicinskt skolad personal kan förväntas besitta. Psykologisk kompetens och vård ska även finnas för behandling vid livskriser. Minst en ungdomsmottagning med god tillgänglighet bör finnas i varje kommun. Vidare behöver teamarbetet stärkas för att förbättra och effektivisera utbudet av vård till patienterna. Det är viktigt att låta personalen inom närsjukvården utforma sin egen verksamhet, sin arbetsmiljö och styra över sin arbetssituation. Jämfört med många andra länder är en stor andel av de svenska läkarna verksamma inom sjukhusen. Bara drygt 30 procent av läkarna finns utanför sjukhusen. Det är uppenbart att andelen läkare i närsjukvården behöver öka. För att närsjukvården ska göra skäl för namnet behöver den också tillföras annan specialistkompetens än allmänläkarens, t.ex. geriatriker, psykiatriker och specialister i hjärt-kärlsjukdomar. Även den unika kompetens som den svenska distriktssjuksköterskan har behöver utnyttjas i betydligt högre grad.

6 Skapa en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hälsa i vid mening handlar om ett fysiskt, psykiskt, socialt och andligt välbefinnande. Allt folkhälsoarbete ska utgå från denna helhetssyn på människan och på hälsobegreppet. Denna bredare hälsodefinition har bl.a. uppmärksamats av undersökningar som pekat på att människor som tillägnar sig kultur i olika former har bättre hälsa och tillfrisknar fortare efter sjukdom.

Även om hälsoläget i Sverige allmänt sett är bra så är hälsan ändå ojämnt fördelad bland befolkningen. Forskning visar att resurssvaga gruppers hälsa är sämre än hos de som är välutbildade och resursstarka. Detta kan inte accepteras.

Det förebyggande folkhälsoarbetet behöver förbättras. Väl fungerande, långsiktiga och hälsofrämjande insatser måste vara en självklar uppgift för hälso- och sjukvården och en självklar del i all behandling. Genom att ta till vara den outnyttjade potential som finns i en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård kan mycket mänskligt lidande undvikas. Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kan stora hälsovinster göras.

Hälso- och sjukvården måste i större utsträckning använda sin auktoritet, sin kunskap och sin breda kontaktyta för att främja kontakt med patienter, anhöriga och allmänheten.

Kristdemokraterna föreslår att en försöksverksamhet snarast möjligt inrättas i ett par landsting. Försöksverksamheten syftar till att undersöka förutsättningarna för att institutionalisera ett tydligare ansvar för hälso- och sjukvård.

den kring det upplysande och motiverande samtalet med den enskilde om hälsorisker. Ansvar för innefattar även uppföljning och långsiktigt stödjande åtgärder och kontroll av livsstilsrelaterad ohälsa.

I ett första steg avsätts sammanlagt 200 miljoner kronor de närmaste tre åren. Medlen ska användas för bygga vårdstrukturer som syftar till

- att erbjuda alla 40-åringar ett gratis läkarbesök
- att utveckla det mångprofessionella vårdteamets arbete kring förebyggande insatser
- att öka närsjukvårdens kontaktytor, när det gäller förebyggande folkhälsoarbete
- att föra ut kunskap om hälsorisker och hur de förebyggs mest effektivt
- att förbättra det sekundärpreventionella arbetet.

Kristdemokraterna utvecklar sin politik för en bättre folkhälsa i en särskild motion, Folkhälsopolitiken (2005/06:So709).

7 Vårdens resurser och framtidens välfärd

Bevarandet av en solidariskt finansierad sjukvård – som är behovsstyrd – kräver att Sveriges djupgående problem i form av dåligt fungerande lönebildning, dåligt fungerande arbetsmarknad och tillväxthämmande skatter på arbete, sparande och företagande åtgärdas. Men under de gångna tio åren har tillväxtpolitiken lyst med sin frånvaro. Regeringen har inte ens försökt åtgärda Sveriges under snart 30 år notoriskt låga tillväxt. Detta är en ödesfråga också för svensk hälso- och sjukvård.

Om Sverige från 1994 hade hängt med i tillväxttakten i Finland, skulle vår BNP i år vara ca 165 miljarder kronor högre, och skatteintäkterna över 80 miljarder kronor högre även med sänkta skattesatser. Om Sverige hängt med i Irlands tillväxt sedan 1994 skulle vår BNP i år vara över 50 procent, eller 1 462 miljarder kronor, högre. Ovanstående jämförelse tydliggör bl.a. att utökade statsbidrag inte är en långsiktig lösning på hälso- och sjukvårdens problem. Men på kort sikt behöver kommunsektorn mer resurser.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har presenterat statistik över de resurser som tillförts landsting och kommuner under de två senaste mandatperioderna. Under åren 1999–2002 fick kommunerna och landstingen statliga tillskott på 18 miljarder kronor. Men resurstillskotten kom inte landstingen och kommunerna till del så som det förespeglades när tillskotten presenterades.

Till att börja med minskade statsbidragen i värde i takt med inflationen. På så sätt tappade de 18 miljarderna närmare 7–8 miljarder kronor i värde. Dessutom höjde staten momsavgifterna för kommunsektorn med närmare 8 miljarder kronor – pengar som hamnade i statskassan. Till sist innebar de höjda sociala egenavgifterna som löntagarna tvingades betala ett skattebortfall för kommunsektorn på netto 2,5 miljarder kronor. Penningtransaktionerna mellan

Fel! Okänt namn på

den kommunala sektorn och staten hamnade under åren 1999–2002 i slutändan på noll.

Kristdemokraterna anser att de resurser som nu tillförs landsting och kommuner främst måste användas till att säkerställa en god vård och omsorg för multistjuka äldre, kroniskt och långvarigt sjuka.

8 Prioritera i hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf, ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”, håller på att förlora förankring i verkligheten. Ett flertal undersökningar och rapporter har visat att sjukvården inte utnyttjas på lika villkor. Dels skaffar sig rika och välutbildade mer specialistvård än de med sämre förutsättningar, dels får inte de svårt och kroniskt sjuka den vård de behöver. Om kroniskt och svårt sjuka inte får en god och värdig vård kommer trovärdigheten för svensk hälso- och sjukvård att skadas i grunden.

Kristdemokraterna anser att sjukvården även i framtiden ska finansieras solidariskt. En solidariskt finansierad sjukvård, byggd på människovärdes- och behovsprincipen, kräver prioriteringar. Med detta följer en avgränsning mot de åtaganden som inte omfattas av en solidarisk finansiering. Sådana insatser bör den enskilde själv välja, finansiera och prioritera genom exempelvis olika försäkringslösningar.

Den demografiska utvecklingen, de medicinska framstegen, personalsituationen och finansieringsdilemmat kräver handling och breda politiska överenskommelser. Kristdemokraterna hoppas att det går att finna en gemensam dialog om hälso- och sjukvårdens framtid.

De patienter som har de största behoven ska prioriteras. Denna etiska princip har väglett de politiska bedömningar som gjorts bl.a. genom riksdagens beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. I hälso- och sjukvårdslagen står det att vård ska ges på lika villkor till alla. Men hur avgörs vilka som har de största behoven? Vad betyder egentligen ”på lika villkor”? Vad gör mest ont – ofrivillig barnlöshet eller en värkande höftled?

Kristdemokraterna anser att en parlamentarisk kommitté bör tillsättas med uppdraget att se över vårdbehoven och vilka av dessa behov som ska tillgodoses i den gemensamt finansierade vården.

8.1 Cancervården behöver en handlingsplan

Det finns strax över 300 000 människor som lever med en cancersjukdom i Sverige. De som överlevt har många gånger gjort det tack vare framgångsrik behandling. Enligt beräkningar kommer 48 000 människor få en cancerdiagnos i år. Knappt hälften av dessa kommer att dö av sin cancersjukdom.

Riksdagens prioriteringsbeslut från 1997 innebär bl.a. att personer med cancersjukdomar tillhör prioriteringsgrupp 1. Men återkommande rapporter

visar att många personer med cancersjukdomar får vänta alltför länge på sin behandling. Det finns även stora regionala skillnader inom cancervården. Det gäller t.ex. behandling av spridd prostatacancer och återfall av bröstcancer. I vissa regioner får man inte ens behandling. Detta är allvarligt med tanke på att sjukvårdens grundstenar är att alla ska få en god vård och behandling oavsett var man bor.

Kristdemokraterna anser att vi inte enbart kan hänföra frågan till landsingen och regionerna då riksdagen beslutat om prioritering av vården. Regeringen bör återkomma till riksdagen med åtgärder för att komma till rätta med bristerna inom cancervården.

9 Bygg ut antalet vårdplatser

På förmiddagen tisdagen den 11 mars 2003 granskade Socialstyrelsen 36 större sjukhus i landet. Besöket var förannmält men det var inte tidsangivet. Det visade sig att 30 sjukhus hade överbeläggningar och att 18 sjukhus vårdade patienter vid andra avdelningar än där de vid tillfället var inskrivna. Överbeläggningar och patienter som var utlokaliserade till andra avdelningar förekom mest vid medicinklinikerna.

Sammantaget konstaterade Socialstyrelsen att patienter riskerade att få en sämre omvårdnad, medicinsk diagnostik, vård och behandling. Denna situation är en direkt följd av bristen på vårdplatser. Bristen på vårdplatser utgör samtidigt ett hot mot arbetsmiljön för all vårdpersonal.

Drygt 18 000 vårdplatser har försvunnit sedan 1994. Det motsvarar en minskning med hela 40 procent. Sedan 1990 har mer än en tredjedel av vårdplatserna inom korttidsvården försvunnit. Antalet intagningar och medelvårdtiden inom den somatiska korttidsvården har fortsatt att sjunka. Den kortare medelvårdtiden förklaras till viss del av bättre behandlingsmetoder och en mer behandlingsintensiv vård. Den mer behandlingsintensiva vården avspeglas i att antalet vårdplatser och vårdtillfällen i den slutna vården minskar, medan antalet behandlingar i den öppna vården ökar. En tydlig utveckling är att alltför ”äldreäldre”, dvs. personer över 85 år, opereras i högre utsträckning.

Även inom den psykiatriska slutenvården går utvecklingen mot allt färre vårdplatser och kortare vårdtider. Trots att antalet slutenvårdsplatser inom psykiatrin har minskat, har antalet öppenvårdsbesök inte ökat i motsvarande grad, utan fortsatt att minska. Antalet vårdplatser i långtidsvården och geriatriken har också minskat kraftigt, även efter Ädelreformens införande 1992.

Vad används en vårdplats till? Någon form av medicinsk bedömning ligger alltid till grund för att övervakning av hälsotillståndet krävs kontinuerligt. Olika former av kroniska tillstånd kan medföra behov av kontinuerlig vård. Och för att kunna ställa diagnos krävs ibland symtomkontroll där inläggning är en förutsättning under en viss tid. Operationer och andra kirurgiska eller medicinska behandlingar kräver självklart vårdplatser. Förlossningar kräver vårdplatser. Vidare krävs vårdplatser inom vissa discipliner för att behand-

Fel! Okänt namn på

lingar ska kunna ske – vid exempelvis intensivvård och viss cytostatikbehandling. För olika personer behövs sluten vård längre eller kortare tid. Frågan om vårdplatser handlar därför, i ett patientperspektiv, både om trygghet, flexibilitet och viss valfrihet.

Varför behövs fler vårdplatser? Även om den medicinska utvecklingen innebär att flera behandlingar och ingrepp kan göras i den öppna vården kvarstår ett behov av att återställa vårdplatser. Minskningen av antalet vårdplatser i slutenvården har heller inte blivit kompenserad genom en motsvarande utbyggnad av hemsjukvården eller särskilda boenden. Fler vårdplatser behövs, inte minst för att de orimliga väntetiderna till operation och behandling ska kunna kortas.

Kristdemokraternas slutsats är att antalet vårdplatser måste utökas inom slutenvården. Utbyggnaden av vårdplatser måste även gälla de särskilda boendeformerna, hemsjukvården, missbrukarvården, akutvården och många av landets BB-avdelningar. Inom den psykiatriska vården råder stor brist på vårdplatser – Kristdemokraternas politik för den psykiatriska vården tas upp i en särskild motion (2005/06:So662).

10 Inför nationell vårdgaranti värd namnet

I Socialdemokraternas Sverige är det inte en självklarhet att alla får vård i tid. För alla dem som väntar på operation eller behandling innebär det ökad oro, lidande och försämrad livskvalitet. Många ser sitt liv grusas i köerna till vård. Särskilt allvarligt är det för äldre människor där varje dag, månad och år betyder så mycket, liksom för barn som riskerar att hämmas i sin utveckling.

Att skjuta vårdinsatser på framtiden minskar möjligheterna till goda behandlingsresultat och ökar kostnaderna. Köernas största kostnader syns inte alls i landstingens ekonomi. Det handlar om det pris som enskilda människor tvingas betala i form av sänkt livskvalitet, sjukskrivning med försämrad privatekonomi och risk för att halka efter i utvecklingen på arbetet. Staten tvingas betala för sjukskrivningar, rehabilitering och förtidspensioneringar, kommunerna tvingas betala för hem- och färdtjänst och företagen tvingas betala för produktionsbortfall och dubbelanställningar.

Nödvändiga resurser, en utökad samverkan och organisationsförändringar måste till för att arbeta bort vårdköerna. Administrativa och budgetmässiga murar som är ett hinder för en effektivare vård ska undanröjas. Den finansiella samordning (Finsam) som nu är möjlig omgärdas av ett regelverk som inte medger ett optimalt utnyttjande av resurserna.

Det måste snabbt skapas ett helt nytt system för att hjälpa människor som har hamnat i en långtidssjukskrivning. Insatserna bör fokusera på individens specifika problem, förutsättningar och möjligheter med denne som en aktiv deltagare i sin egen rehabiliteringsprocess. Den omfattande satsningen på en ny och samordnad rehabiliteringsförsäkring som Kristdemokraterna vill genomföra är nödvändig.

Fel! Okänt namn på

Den socialdemokratiska regeringen har under lång tid varit emot en nationell vårdgaranti. I riksdagens socialutskott har vänstermajoriteten sedan 1994 avslagit förslag om en nationell vårdgaranti vid inte mindre än elva tillfällen. Men inför valet 2002 lovade man plötsligt en nationell vårdgaranti.

Regeringens vårdgaranti ska införas den 1 november 2005 och ska utlova noll dagars väntetid för kontakt med vården, sju dagars väntetid till läkarbesök, maximalt 90 dagars väntetid till specialist och därefter maximalt 90 dagars väntan på behandling eller operation. För alla de patienter som väntar på operation och behandling kan detta tyckas vara ett positivt besked. Men ett halvt års väntetid är fortsatt lång tid och risken är mycket stor att de blir besvikna.

Vård- och äldreomsorgsministern Ylva Johansson har sagt att "Garantin ska vara en garanti och inte en hälftengaranti". Men problemet är att regeringens vårdgaranti sannolikt har för högt ställda ambitioner. Faktorer som väntetidsläget, landstingens ekonomiska situation och stopplagen kan skaka om tidtabellen rejält. Men vård- och äldreomsorgsministern har redan pratat om nästa steg i den nationella vårdgarantin, nämligen att minska väntetiden för att få träffa en läkare inom primärvården.

Kristdemokraterna motsätter sig inte på något sätt en nationell vårdgaranti och ett riktat arbete för att korta de orimliga väntetiderna till hälso- och sjukvården. Men vi vill varna för löften som inte kan infrias, och en nationell vårdgaranti som inte håller vad den lovar.

De borgerliga partierna presenterade redan våren 2002 ett gemensamt förslag till nationell vårdgaranti som preciserar hur reformen ska införas och vilka krav som vårdtagarna kan ställa på vårdgarantin. Förslaget till nationell vårdgaranti slår fast att

- kontakt ska garanteras med vårdcentral/primärvården samma dag som kontakten tas
- besök hos distrikts- eller husläkare ska ske senast inom fem dagar efter att kontakten tagits, då vårdgarantin är fullt genomförd inom 48 timmar
- besök hos annan specialist ska ske inom två månader
- behandling ska ske inom tre månader efter det att beslut om sådan fattats.

När inte det "egna sjukhuset" kan ge vård i tid ska patienten aktivt erbjudas vård inom det egna landstinget, i ett annat landsting eller hos annan vårdgivare. Det åligger hemlandstinget att se till att patienträttigheten uppfylls. De allmänt omfattade slutsatserna från Prioriteringsutredningen är utgångspunkt, också för den nationella vårdgarantin. Det innebär att vårdbehoven och inte den för varje tillfälle aktuella kösituationen ska avgöra inriktning och prioritering.

Den vårdgaranti de borgerliga partierna föreslår ersätter inte eller står i motsats till valfrihet i vården. Patientens valfrihet ska inte vara bunden till "det egna" sjukhusets möjligheter att ge vård i tid. Valfriheten ska omfatta hela landet och får inte begränsas till ett geografiskt eller administrativt område.

Fel! Okänt namn på

Kristdemokraterna vill därför att patienten ska ha rätt till

- fritt val av distriktssköterska, läkare, sjukgymnast, barnmorska och arbetsterapeut
- fritt val av vårdcentral, sjukhus eller motsvarande
- ”second opinion” (få en förnyad oberoende medicinsk bedömning).

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2 § uttrycks de krav som särskilt ska ställas på hälso- och sjukvården, som att vården ska vara av god kvalitet, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Inget sägs uttryckligen om att vården ska ges i tid. Kristdemokraterna och övriga borgerliga partier anser att hälso- och sjukvårdslagen ska slå fast kravet att hälso- och sjukvården ska ges i tid. På så sätt får den nationella vårdgarantin det stöd i lag som gör att patienten kan ställa krav på sjukvårdshuvudmannen.

Den nationella vårdgarantin omfattande alla medicinskt motiverade diagnoser ska vara fullt genomförd inom två år. De långa köerna, bristen på personal på många håll och den tid det tar för att genomföra nödvändiga förändringar både vad avser organisation och arbetsformer gör att vårdgarantin byggs ut i två steg. I det första steget ingår de diagnoser och behandlingar som omfattades av den nationella vårdgaranti som den borgerliga regeringen införde 1991–1994, samt ytterligare ett 10-tal behandlingar främst för barn och äldre.

För att kunna förbättra vården och ge alla vård i tid är det viktigt att ta till vara alla goda krafter. Det handlar om sjukvårdspersonalen och nya entreprenörer, men också om att förbättra landstingens egen verksamhet. Det har i vetenskapliga studier också visats att det svenska sjukvårdssystemet borde kunna prestera betydligt bättre resultat men för detta är konkurrens och mångfald nödvändigt.

Vårdgarantins roll är därför inte bara att stärka patientens rätt och garantera vård i tid, utan också att stimulera till utveckling och reformer. Genom valfriheten styrs resurserna till de vårdgivare som patienterna själva väljer. Socialdemokraternas agerande visar att de saknar insikt om dessa förhållanden. De säger sig vara för mångfald i vården men i realiteten så motarbetar de den. Stopplagen, som förhindrar landstingen att själva bestämma över sin sjukvårdsorganisation, är ett dråpslag mot nytänkande och utveckling inom vården.

Kristdemokraterna avsätter 2 miljarder kronor för 2006 och 1,5 miljarder kronor för införandet av den nationella vårdgarantin.

Kristdemokraterna, Moderaterna, Folkpartiet och Centerpartiet har tidigare utvecklat förslaget till en nationell vårdgaranti i en flerpartimotion (2004/05:So642).

10.1 Kompensation vid utebliven behandling

Att mötas av ett besked att den operation man ska genomgå blir inställd är allt annat än positivt. Tyvärr händer det ibland. I en del fall är operationen inställd på grund av medicinska skäl men ibland finns ingen godtagbar förklaring. Har man fått en tid för operation bör det betraktas som ett löfte från sjukvården. Patienter som med kort varsel får veta att operationen är inställd bör rimligen kompenseras för detta. Detta är en viktig signal till sjukhusen om att patienten ska behandlas med respekt både för sin tid och sitt sjukvårdsbehov. För att bästa resultat ska uppnås bör kliniken själv ersätta den drabbade patienten.

Det kommer naturligtvis alltid att finnas godtagbara skäl till att en operation blir inställd. Men det finns alldeles för många som fått besked om att operationen blev inställd av skäl som kan upplevas orimliga av patienten. Hos patientnämnden finns många exempel på detta.

Tydliga förbättringar skulle säkert ske om en klinik fick betala förslagsvis 1 000 kronor till varje patient som fått en operation inställd – t.ex. på grund av trasiga instrument eller dålig personalplanering. Om ersättningen ges av kliniken kommer förmodligen verksamheten att göra sitt yttersta för att se över både rutiner och logistik för att minska de inställda operationerna. Det är bra för produktionen, för landstingens ekonomi, men framför allt bra för patienter och deras anhöriga.

Det bör införas ett system för ekonomisk kompensation till patienter vars operationer ställs in av skäl som inte beror på patientens status. Ett system bör etableras i enlighet med vad som anförts i motionen.

10.2 Inför en vårdgaranti för missbrukarvården

Bristerna inom missbrukarvården är akuta och har varit kända under lång tid. Problemet finns i samtliga delar som berör en tänkt vårdkedja, från uppsökande verksamhet över vård och behandling till eftervård och uppföljning. För de allra flesta vårdbehövande finns inga alternativ än att på egen hand försöka klara sin rehabilitering. Erfarenheten visar att chanserna att tillfriskna då är mycket små. Det handlar om en grupp mycket utsatta människor och deras anhöriga som samhället lämnat åt sitt öde. Så kan det inte fortsätta.

Regeringens insatser har varit långt ifrån tillräckliga. De resurser som tillförs missbrukarvården i budgetpropositionen är mycket välkomna och kan förhoppningsvis innebära förbättringar. Men mot bakgrund av de behov som finns och de besparingar som gjorts behövs mer kraftfulla och långsiktiga åtgärder.

Missbruk av alkohol och narkotika är klassat som en sjukdom, och bör därmed behandlas som en sådan. På sikt måste även missbrukarvården omfattas av en vårdgaranti. Detta bör ges regeringen till känna.

Fel! Okänt namn på

10.3 Inför en BB-garanti

Under de senaste åren har det skett en neddragning av antalet platser på landets förlossningskliniker. Bristen på barnmorskor har tidvis varit stor. I glesbefolkade områden i landet har små – men fullt fungerande – förlossningskliniker lagts ner.

Bristen på tid är ett genomgående problem inom mödra- och förlossningsvården. Även i eftervården behövs mer tid för den nyförlösta mamman och barnet. Kristdemokraterna vill därför införa en nationell BB-garanti som kompletterar den nationella vårdgaranti som de borgerliga partierna är överens om att införa. BB-garantin består av två delar – en platsgaranti och en förlossningspeng.

Platsgarantin innebär att kvinnan på mödravårdscentralen gör upp om plats på förlossningsklinik och BB. Vidare är kvinnan och barnet garanterade minst tre dagar på BB innan hemgång, om så önskas. Kvinnan ska dessutom vara garanterad ett kontinuerligt stöd av sin barnmorska under mödra-, förlossnings- och eftervården.

Förlossningspeng innebär att ersättningen går till den förlossningsavdelning som kvinnan väljer.

Från den första kontakten med mödravårdscentralen, under förlossningen och i eftervården ska den gravida kvinnan vara garanterad plats och stöd av sin barnmorska genom en uttrycklig platsgaranti. BB-garantin kommer att förbättra kontinuiteten mellan mödra- och förlossningsvård. Allt för att ge bättre stöd, delaktighet och trygghet för blivande föräldrar. Förlossningspengen innebär att ersättningen följer med kvinnans val av förlossningsklinik. Då ges förlossningsklinikerna betydligt större möjligheter att planera och utveckla sin verksamhet.

11 Öka mångfald och valfrihet – understöd förnyelse

Kristdemokraterna slår tydligt vakt om en gemensam finansiering av vården men är samtidigt öppna för alternativa utförare. En ökad mångfald av vårdgivare ger patienterna större valmöjligheter, och understödjer förnyelse, effektiviseringar och utveckling av hälso- och sjukvården. Privata, kooperativa och ideellt drivna alternativ bör därför ges förutsättningar att utvecklas.

En mångfald av vårdgivare ökar möjligheterna att säkra tillgången på kvalificerad personal. Det behövs kortare beslutsvägar, ökat reellt inflytande, större personligt ansvar och förbättrade utvecklings- och karriärmöjligheter. Vården behöver också ett tydligare ledarskap. Endast på detta sätt kan vårddyrken attrahera nya medarbetare. Dessa förändringar kan skapas dels inom den offentligt drivna hälso- och sjukvården, dels inom alternativa produktions- och organisationsformer.

11.1 Riv upp stopplagen

Den socialdemokratiska regeringens viktigaste fokus har varit att driva en ideologiskt präglad debatt kring hälso- och sjukvården i syfte att värna systemet framför patienternas behov. Man kan misstänka att det rigida motståndet mot förnyelse och utveckling inom sjukvården skapats för att avleda uppmärksamheten kring riktigt svåra frågor. Frågor som hur vården ska klara att utbilda, rekrytera och behålla kvalificerad personal. Den socialdemokratiska regeringen har heller inga klara besked till vårdens företrädare och personal och medborgarna kring hur den långsiktiga finansieringen av sjukvården ska gå till.

Den 1 januari 2006 träder stopplagen i kraft. Lagen innebär att ansvaret för driften av sjukhus endast ska kunna överlämnas till entreprenörer som inte driver verksamhet med syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent. Vidare ska landstingen inte få möjlighet att låta försäkringspatienter få vård och behandling på landstingens sjukhus.

Stopplagen har sågats av i stort sett samtliga remissinstanser, utom Folkhälsoinstitutet och Sveriges redovisningskonsulters förbund. Kritikerna konstaterar att lagen minskar konkurrensen (Konkurrensverket), bygger på en gammaldags syn på verksamheten i vården (LO), utgår från helt felaktiga premisser (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och hotar det kommunala självstyret (Stockholms läns landsting).

Kristdemokraterna vill riva upp stopplagen. Den praktiska betydelsen av en stopplag innebär inte minst att den politik medborgarna röstar fram på lokal nivå kan förhindras för att regeringen inte gillar densamma. Med stopplagen kommer regeringen att beröva landsting deras möjligheter att skapa nya, effektivare vårdalternativ och ge medborgare rätt att välja.

De regelverk och institutioner som vården styrs av måste vara öppna nog att släppa fram förnyelse och effektivitet. En vård och omsorg som inte tvekar att utnyttja flera olika utförare har bäst förutsättningar att välkomna och underlätta förnyelse och förändring.

11.2 ... och ersätt den med en startlag

Kristdemokraterna och övriga partier i Allians för Sverige vill i stället för en stopplag införa en startlag. Privata, kooperativa och ideellt drivna alternativ behövs i hälso- och sjukvården. Mångfald är bra, även för den offentligt producerade vården och den personal som arbetar där. Startlagens syfte är att

- skapa bättre kvalitet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården
- ge patienterna frihet att välja mellan vårdgivare
- understödja förnyelse och utveckling av hälso- och sjukvården med bibehållen kostnadskontroll
- säkra tillgången på kvalificerad personal, bl.a. genom förbättrade utvecklings- och karriärmöjligheter, kortare beslutsvägar och i övrigt bättre villkor
- ta vara på den ideella sektorns insatser

Fel! Okänt namn på

- låta en gryende tjänstenäring bidra till ekonomisk tillväxt och ”hälsotillväxt”.

Den svenska vårdsektorn gick under 1990-talet från en total dominans av offentliga vårdgivare till ökad mångfald. Privata, kooperativa och ideella vårdgivare har blivit vanligare på alla nivåer. Mångfalden bidrar till nya lösningar såväl i vårdens organisation som i det praktiska vårdarbetet. Denna gynnsamma utveckling vill regeringen och stödpartierna avbryta. Det är ett systemskifte som vrider klockan tillbaka. Kristdemokraterna vill ha en solidariskt finansierad vård som ges efter behov. Men inom ramarna för den offentligt finansierade vården ska det råda mångfald.

Startlagen syftar till att stimulera framväxten av alternativ. Så blir vården bättre och mer effektiv, samtidigt som patienterna får mer att säga till om. Startlagen inbegriper åtgärder på statlig, regional/landstings- och kommunal nivå som syftar till att öka mångfalden i offentlig sektor. Alliansens startlag omfattar följande:

- Ja till alternativa vårdgivare och entreprenörer.
- Ett lagstöd för ”avknoppning”. Vårdpersonal ska kunna ta över driften av en verksamhet. Inför ett ”avknoppningsstöd” som ger personalen förutsättningar att förbereda sig.
- Åtgärder för utveckling inom landstingens verksamhet så personalinflytandet kan öka. Landstingen bör redovisa omfattning av ”intraprenadverksamhet” med uppgift att utöka andelen årligen.
- Försöksverksamhet med utmaningsrätt i något landsting/region.
- En översyn av lagstiftning, regelverk och institutioner så att konkurrensneutralitet skapas mellan vårdens olika aktörer. Lagen om offentlig upphandling (LOU) bör ses över så att tjänstehandel inom vården kan underlättas.

Partierna i Allians för Sverige utvecklar förslaget till startlag i en särskild flerpartimotion.

12 Män och kvinnor olika inför läkaren?

I juni 2002 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp jämställdheten på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Socialstyrelsen konstaterade att kostnader för all sjuklighet 2002 beräknades till 550 miljarder kronor, varav 300 miljarder för kvinnors och 250 miljarder för mäns vård. Kvinnor går oftare till läkare, och kostnaderna för deras sjukvård är totalt sett ca 16 procent större. Kostnaderna för läkemedel är totalt sett högre för kvinnor än för män, men mäns kostnader per recept är högre. En fördjupad analys visade att män oftare får nyare och därmed dyrare läkemedel än kvinnor. Nya, dyra medicinska teknologier och läkemedel sprider sig först till medelålders män.

Kvinnor rapporterar oftare biverkningar och drabbas oftare av läkemedelsrelaterad sjuklighet än män. De ordineras i genomsnitt fler läkemedel än män, och löper därmed också risk att oftare få fler olämpliga kombinationer av läkemedel. En förklaring kan vara att vården de facto är sämre anpassad till kvinnors behov och förutsättningar och därmed fungerar sämre för kvinnor. I så fall kan det något större vårdutnyttjandet bland kvinnorna spegla en frustration över bristande omhändertagande och mindre effektiv vård. Ett exempel på detta kan vara kvinnor med kroniska smärttillstånd som gång på gång vänder sig till den öppna vården.

Kristdemokraterna anser att en parlamentarisk utredning bör tillsättas för att utreda alla jämställdhetsaspekter på den hälso- och sjukvård som ges. Utredningen bör bl.a. se över: Vårdpersonalens behov av kontinuerlig utbildning så att könsspecifika kunskaper kan integreras i vård och behandling. Det behövs att en ökad uppmärksamhet riktas mot samspelet mellan personalen och kvinnliga respektive manliga patienter. Även särskilda utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal om hur man bemöter våldsutsatta kvinnor är angelägna.

Vården måste uppmärksamma skillnader i bemötande mellan män och kvinnor så att skillnaderna upphör. Utprovning av läkemedel ska ske på både kvinnor och män. Doseringsanvisningar på förpackningar ska märkas så att eventuella könsskillnader blir tydliga. Nya behandlingsmetoder, läkemedel och diagnostik måste anpassas utifrån kvinnors villkor. Genusperspektivet ska genomsyra hela sjukvården, alltifrån vård och omsorg till forskning och medicinsk utveckling. Könskonsekvensanalyser bör göras vid reformer inom vården, liksom när landstingen arbetar fram prioriteringsriktlinjer.

13 Inför fritt vårdval för EU-medborgare

Regeringsrätten slog i januari 2004 fast att svenskar har rätt att söka vård i andra EU-länder och i efterhand få betalt av staten för kostnaden. Regeringsrätten ansåg, liksom EG-domstolen tidigare har gjort, att rätten till fri rörlighet inom unionen ska tillämpas även för medicinska tjänster som sjukvård och tandvård. Det är hög tid att förbereda det svenska sjukvårdssystemet för en mer gränsöverskridande vård.

För att förbättra sjukvården, sänka de totala sjukvårdskostnaderna och utnyttja tillgängliga sjukvårdsresurser mest effektivt inom unionen vill Kristdemokraterna införa ett sjukvårdskort för alla EU-medborgare. Det finns redan ett europeiskt sjukförsäkringskort som gäller för akutsjukvård. EU-medborgare kan i dag flytta och resa i hela EU utan att behöva bekymra sig för administrativt krångel om de skulle bli akut sjuka eller råka ut för en olycka.

Sjukvårdskortet skulle ge EU-medborgare rätt att söka vård i de andra EU-länderna om vårdköerna i det egna landet och i det egna landstinget är oacceptabelt långa, eller om den behövda sjukvården inte finns att tillgå i hemlandet. Förslaget innebär att om patienten fått en remiss och en behandling

Fel! Okänt namn på

eller en viss typ av vård inte kan ges inom 90 dagar, kan patienten söka vård i andra EU-länder. Hemlandstinget ska då stå för vårdkostnaden.

Kristdemokraterna vill bygga vidare på landstingens överenskommelse om det fria vårdvalet och på sikt införa det på en europeisk nivå. Principen bör vara att patienter i ett medlemsland ska kunna söka vård i ett annat medlemsland, förutsatt att patienten fått en remiss från hemlandstinget och att väntetiden överskrider tre månader. Hemlandstingen står då för vårdkostnaden i det land dit patienten väljer att åka. Regelverket kring sjukvårdskortet måste utformas så att de enskilda ländernas nationella vårdplanering inte hotas. Dessutom behövs ett regelverk för hur bl.a. sekretessfrågor, felbehandlingar och tillsyn ska hanteras. Kristdemokraternas förslag:

- I de fall vård inte kan erbjudas inom tre månader har patienten rätt att söka vård hos en vårdgivare i ett annat EU-land. Det gäller även privata vårdgivare. Förutsättningen är att någon form av förhandsbesked finns från hemlandstinget.
- Hemlandstinget ska stå för vårdkostnaden. Reskostnaden betalar patienten, om inte annat avtalats med hemlandstinget.

Genom sjukvårdskortet blir den administrativa proceduren enklare för vårdbehövande. Sjukvårdskortet kan sammantaget ge en bättre sjukvård, ett bättre utnyttjande av tillgängliga resurser och mindre administrativt krångel.

14 Utveckla effektivare ersättningssystem

Hälso- och sjukvården behöver drivkrafter som tar sikte på att tillgodose patienternas behov av vård och bättre hälsa, samtidigt som utbytet av de resurser som tillförs vården maximeras. Ur ett patientperspektiv är många brister inom sjukvården tydliga: osammanhängande vårdkedjor, dålig samordning mellan primärvård och specialistvård, bristande samverkan mellan den slutna och den öppna vården och få incitament för förebyggande vård.

Möjligheten att jämföra kvalitet och resultat skapar en effektiv hälso- och sjukvård. En mångfald av utförare där personalens kompetens tas till vara skapar en stor variation i utförandet som genererar goda exempel. Hälso- och sjukvården måste systemetiskt börja dra lärdomar av misslyckanden och framgångar. De olika ersättningssystem som i dag används av landstingen och regionerna behöver därför kunna jämföras för att utvecklas vidare.

Ersättningssystemen bör i större utsträckning än i dag utformas för att ge vårdgivare ersättning för faktiskt utförda åtgärder inom vården liksom uppnådda resultat, så att bättre kvalitet, högre effektivitet och mer sammanhållna vårdkedjor kan åstadkommas.

Ersättningssystem som ersätter den traditionella anslagsbudgeteringen används redan med viss framgång på en del håll i landet, främst i de större landstingen, som till skillnad från mindre landsting har mer resurser och större kapacitet att utveckla ersättningsmodeller.

15 Investera i personalen

Vårdens kompetens finns hos personalen, bland läkare, sjuksköterskor och övriga medicinskt utbildade och erfarna medarbetare. Hälso- och sjukvården måste därför kunna locka till sig de mest begåvade och lämpliga personerna. Förutsättningarna för högre löner, inflytande och delaktighet måste stärkas. Detta är avgörande för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Kristdemokraterna menar att en stor potential till förnyelse och effektivitet finns i att lyssna till vårdens personal. Inne i verksamheten finns vardagskunskap om hinder och möjligheter för utveckling. Därför måste denna kraft tas till vara på ett betydligt bättre sätt än i dag. Vårdpersonalens hängivenhet och arbetsvilja har utnyttjats maximalt, vilket bl.a. resulterat i att många förlorat gnistan. Detta är oroande tendenser som kan få irreparabla konsekvenser om de inte förändras snabbt.

Kristdemokraterna anser att vårdens personal måste få påverka organisationen och få använda sin kunskap till att påverka. Det gäller allt ifrån flexibla arbetsvillkor och inflytande över förläggningen av sin arbetstid till större frågor som skapandet av en ny personalroll.

För alla yrkesgrupper inom vården bör möjligheter till specialisering öka i syfte att göra vårdrkena mera attraktiva. Stimulanser i form av utbildningsmöjligheter och en mera generös lönesättning är viktiga delar av en ny personalpolitik inom vård- och omsorgsområdet. En större mångfald av vårdgivare kan skapa förutsättningar för bättre lönebildning och fler attraktiva karriärvägar för anställda inom vården.

Det mångprofessionella vårdteamet måste lyftas fram som en viktig beståndsdel i vården. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, specialister, läkarsekreterare m.fl. har alla viktiga funktioner. I stället för att odsla kraft på ett gammaldags hierarkiskt tänkande är det dags att släppa in teamkänslan och nätverksskulturen i vården. Som exempel på framgångsrikt teamarbete inom vården förtjänar bl.a. de palliativa resursteamerna som finns ute i landet att nämnas. Ingen enskild yrkesgrupp har kompetens att möta alla de krav som ställs på vården i livets slutskede. Ett mångprofessionellt team kan dock utgöra ett användbart stöd till den praktiskt arbetande personalen. Att fördjupa reflektionen och arbetet kring begreppet "teamarbete" måste vara en viktig uppgift för vårdens huvudmän.

Det finns utbredda symtom på ohälsa bland vårdpersonalen och sjukfrånvaron har ökat. Under 1990-talet har åldersstrukturen för de anställda förskjutits mot allt högre ålder. Genom att risken för längre sjukfrånvaro är större i de högre åldersgrupperna kommer sannolikt ökningen av andelen anställda över 50 år att medföra en fortsatt ökad sjukfrånvaro.

Det är nödvändigt att det på varje arbetsplats skapas ett "andrum". Vårdpersonalen måste få chans att utvecklas i arbetet. Tid och resurser måste avsättas för eftertanke och handledning. Alla medarbetare i vården borde ha en individuell plan för kompetensutveckling. Detta kostar naturligtvis pengar. Men alternativet kan vara att kvalificerad personal flyttar utomlands eller byter yrke.

Fel! Okänt namn på

15.1 Uppvärdera undersköterskeyrket

Undersköterskornas roll måste uppvärderas. Utbildning och kompetenskrav bör därför ses över och nya karriärvägar erbjudas för att göra ett av vårdens viktigaste yrken mera statusfyllt. Utarbetade kriterier och mätbar kvalitet ska systematiskt och fortlöpande kunna dokumenteras och utvärderas. Kristdemokraterna anser att den nyutbildade undersköterskan ska erhålla ett bevis på god utbildning som garanterar kompetens och lämplighet.

Det finns anledning att se över möjligheterna till en differentierad utbildningssatsning på undersköterskor som ger formell kompetens att hantera såväl läkemedel som demensvård. Arbetet som undersköterska ska vara förenat med yrkesstolthet och arbetsglädje. Även i fråga om sjuksköterskornas roll och ansvar behöver framtidens rekryteringsmöjligheter förbättras. Yrkesinnehåll, kompetenskrav och karriärvägar behöver förnyas och utvecklas.

15.2 Förbättra specialistutbildningen

Det råder brist på psykiatriker, barnläkare, onkologsjuksköterskor, reumatologer, neurologer, geriatriker, allmänläkare, intensivvårdssköterskor, röntgensköterskor m.fl. För att kunna erbjuda en god vård i framtiden krävs utökade utbildningsinsatser. Därför bör regeringen återkomma med förslag som stämmer överens med de långsiktiga behov som finns.

På många vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar saknas det läkare. Vid brist på läkare i denna ”första linjens sjukvård” drabbas patienterna och övrig personal hårt. För att avhjälpa bristen bör läkaryrkets utvecklingsmöjligheter förbättras. Det måste på nytt bli attraktivt att utbilda sig till specialist i allmänmedicin. Det handlar både om arbetsuppgifternas innehåll och arbetsmiljön samt möjligheterna att bedriva forskning.

Många äldre får ålderssymptom som kräver god vård. Det är uppenbart att behovet av fler läkare med specialistkompetens i åldrandets sjukdomar växer. Ett kompetenslyft för läkare och vårdpersonal i geriatrik behövs. För att säkra tillgången på geriatrisk läkarkompetens krävs en långsiktig planering. Det behövs en nationell uppföljning av geriatrikens utveckling som kan läggas till grund för landstingens långsiktiga planering för behovet av geriatrisk kompetens under de närmaste 10–15 åren.

15.3 Bevara geriatriken som en egen specialistindelning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en översyn av antalet medicinska specialiteter. I översynen föreslogs bl.a. att den geriatriska specialiteten ska vara s.k. grenspecialitet till den invärtesmedicinska specialiteten. Förslaget är inkonsekvent och tyder dessvärre på viss okunnighet om geriatrikens arbetssätt. Den invärtesmedicinska verksamheten är organfokuserad där läkarens specialkompetens efterfrågas, medan den geriatriska specialiteten

arbetar med ett helhetsperspektiv med multisjuka äldre, där teamarbetet är ett karaktäristikum, livskvalitet målet och läkaren ledaren. Det handlar om två olika vård- och behandlingskulturer.

Socialstyrelsens förslag har mött stark kritik från ett stort antal remissinstanser. Vissa patientgrupper är oroliga för vad Socialstyrelsens förslag kan komma att innebära för deras möjligheter att få en god vård. Deras oro är förståelig och värd att tas på allvar.

Mot bakgrund av beslutets betydelse och den oro som frågan väckt menar Kristdemokraterna att riksdagen ska besluta i frågan om den framtida indelningen av medicinska specialiteter. Vår uppfattning är att geriatriken även fortsättningsvis bör vara en egen specialitet. Kristdemokraterna skriver mer om äldres sjukvård och förslaget till ny specialistindelning i motionen Seniorpolitiken (2005/06:So710).

15.4 Ge mer tid för omvårdnad

Inom svensk hälso- och sjukvård finns en tendens att materiell standard prioriteras framför andra behov. God vårdkvalitet uppnås dock framför allt av kompetenta och medkännande människor som ger vård. När landsting och kommuner tvingas till prioriteringar i sjukvården är det ofta omvårdnaden som blir lidande. Och då drabbas bl.a. människor som har kroniska sjukdomar och patienter i livets slutskede. Det är de personer som inte själva kan protestera som får utstå försämringar. Detta kan inte accepteras.

Sjukvård och äldreomsorg handlar om medicinsk diagnos och behandling. Men det handlar också i hög grad om att ge omvårdnad. Det är fråga om att kunna erbjuda tid. Tid att lyssna och tid att ge tröst. Det är angeläget att personalen har tid för att diskutera patientens symptom, oro eller ångest. Kristdemokraterna anser att sjukvårdshuvudmännen måste avsätta mer resurser för att ge utbildning i medicinsk-etiska frågor till all personal inom vården.

15.5 Minska administrationen inom vården

Svenska läkare har lägst antal patienter inom OECD-länderna, med 903 patienter per år jämfört med OECD-snittet 2 167, Danmarks 2 069, Kanadas 3 176 eller Japans 8 421. Det låga antalet patientbesök beror emellertid inte på att svenska läkare ägnar mer direkt tid åt patienten – en stor del går i stället till administration kring patienten.

Allt fler administrativa uppgifter läggs på läkare och sjuksköterskor. Administrativa insatser i vardagssjukvården – journaler, epikriser, läkemedelslistor, remisser, omvårdnadsdokumentation, daganteckningar, intyg, register, anmälningar – tar erfaren vårdpersonals tid i anspråk. Administrativt arbete måste begränsas till det nödvändiga och kostnadseffektiva och i högre utsträckning utföras av särskilt avdelad personal. Läkarsekreterare och ekonomer m.fl. är en tillgång som måste användas.

Fel! Okänt namn på

Socialstyrelsens utredning, *Omfattningen av administration i vården* (2002) visar att en tioprocentig minskning av administrativ tid är möjlig. Socialstyrelsen har tillsatt en arbetsgrupp som verkar för att förenkla administrativa procedurer i vården. Att förbättra hälso- och sjukvårdens produktivitet utveckling är avgörande för vårdkvalitén och den långsiktiga finansieringen. Regeringen bör därför återkomma till riksdagen med förslag som underlättar ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt administrativt arbete inom sjukvården.

16 Ett mer målmedvetet patientsäkerhetsarbete behövs

Det behövs ett mer målmedvetet patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården. De fall som uppmärksammas i medierna, då patienter kommer till skada, fokuserar ofta på enskilda yrkesutövares tillkortakommanden och misstag när anledningen i själva verket oftast är organisatoriska systemfel eller bristande rutiner.

Omfattningen av misstag inom hälso- och sjukvården är inte helt kartlagd. Men undersökningar tyder på att vårdskadornas omfattning är mycket stor. Några tydliga riskområden är t.ex. läkemedelshantering, brister i kommunikation, underlåtelse att behandla och trötthet hos personalen.

För att minska antalet misstag i vården krävs förbättrade säkerhetssystem som kan underlätta systematiskt säkerhetsarbete på klinikerna. Det kan även behövas ledarskapsutveckling och ett säkerhetstänkande som inriktar sig på systembrister, i stället för individuella misstag. Inget misstag får passera utan att orsaken analyseras och åtgärdas. Stor vikt bör läggas vid att identifiera svagheter i verksamheten innan något har hänt. Lokala avvikelserregister bör kunna komma till användning på nationell nivå.

Anmälningsförfarandet enligt lex Maria kan bli bättre. Syftet är inte att straffa enskilda individer utan att åstadkomma förbättringar inom hälso- och sjukvården. Men en anmälan uppfattas inom sjukvården många gånger som ett straff och förknippas med skuld och skam. Det kan behövas någon form av personal- eller kamrattstöd om en person drabbas av skuldkänslor efter en anmälan.

Lex Sarah, bestämmelsen i socialtjänstlagen som innebär att den som arbetar med omvårdnad till äldre och funktionshindrade är skyldig att anmäla övergrepp och brister i omsorgen, fungerar inte alltid som det är tänkt. Det finns stora regionala och lokala skillnader i anmälningsfrekvens. Tillsynen inom äldreomsorgen bygger i hög utsträckning på att personalen slår larm. Kristdemokraterna anser därför att lex Sarah behöver en översyn för att förtydliga intentionerna med lagstiftningen så att alla berörda vet hur de ska tillämpa bestämmelsen om anmälningskyldighet.

Ett förhållandevis okänt problem i tillsyns- och patientsäkerhetsarbetet gäller en bestämmelse i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). I 5 kap. 4 § andra stycket anges att om en gär-

Fel! Okänt namn på

ning har prövats i straffrättslig ordning, får ett disciplinärt förfarande inledas eller fortsättas bara om gärningen, av någon annan orsak än bristande bevisning, inte har ansetts vara något brott. Bestämmelsen finns till för att samma gärning inte ska kunna bestraffas enligt två olika regelsystem.

Uttrycket ”bristande bevisning” är otydligt. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och domstolarna har gjort en tolkning som är problematisk ur patientsäkerhets- och rättssäkerhetssynpunkt.

När en behandling inom sjukvården polisanmäls är det oftast fråga om misstanke om vållande till kroppsskada, misshandel eller vållande till annans död. Om förundersökningen läggs ned eller åtalet ogillas motiveras detta i regel med att ”brott kan inte styrkas”. HSAN och domstolarna har då inte ansett att anmälan kan prövas i disciplinär ordning. Förbudet mot ”dubbelbestraffning” i LYHS kan därför medföra att ingen sakprövning av inträffade händelser kommer till stånd över huvud taget.

Patienter och anhöriga anmäler ibland felbehandlingar till såväl HSAN som åklagare med förhoppningen att den anmälda kommer att fällas antingen disciplinärt eller straffrättsligt. Ett felaktigt medicinskt handlande kan då förbli oprövat av skäl som för en patient eller anhörig förefaller vara orimliga. Nuvarande ordning kan fördröja eller hindra den medicinska utvecklingen. Det finns en uppenbar risk att tillsynen över sjukvården blir lidande. Dagens lagstiftning främjar inte tillsynens huvudsakliga syfte som är att minimera antalet misstag och felbehandlingar inom vården.

Det behöver vidtas åtgärder för att underlätta det förebyggande patientsäkerhetsarbetet inom vården. Kristdemokraterna anser att en översyn bör göras beträffande hur tillsynen i sjukvården fungerar ur ett personal- och patientperspektiv.

Kristdemokraterna anser att en ny målsättning bör etableras inom hälso- och sjukvården som innebär att antalet vårdskador ska halveras inom en tioårsperiod. Det är mycket onödigt lidande och stora kostnader som kan undvikas genom ett bättre patientsäkerhetsarbete. Undvikbara skador är sådana som kan förebyggas. Det handlar om feldiagnoser, bristfällig läkemedelsförskrivning, fel på medicinsk-teknisk utrustning, bristande rutiner osv. Enligt en rapport från Stockholms läns landsting åtgår 20–40 procent till konsekvenser av kvalitetsbrister.

I Danmark finns ett intressant sätt att hantera avvikelser. Sjukvårdspersonalen har en lagstadgad plikt att anmäla fel i vården, men rapportören får inte straffas. USA har infört en liknande lag och inom EU pågår ett arbete med att utveckla ett konfidentiellt rapportsystem för avvikelser. Den danska lagstiftningen ger en tydlig signal: Det är inte människan som ska ändras, det är systemet. Kristdemokraterna anser att en liknande lagstiftning bör utarbetas för svenska förhållanden.

Fel! Okänt namn på

17 Garantera värdighet och trygghet för de äldre

Allt fler tvivlar på offentliga sektorns förmåga att sörja för de äldres trygghet. En intensiv debatt har underblåsts av kommunernas brist på resurser och personal, liksom uppmärksammade fall av missförhållanden och vanvård. Samtidigt växer insikten om att den demografiska utvecklingen medför att dagens finansieringsformer och organisation av äldreomsorgen inte räcker till för att ge en trygg och värdig äldreomsorg i framtiden.

En sammanhållen politik med inriktning mot de äldre i samhället får inte endast handla om vård och omsorg. Det friska åldrandet, de äldre som en resurs att ta till vara och ett väl fungerande samspel mellan generationerna är viktiga beståndsdelar i äldrepolitiken. Men demografins utmaningar kan inte bagatelliseras eller skjutas på framtiden.

Efter 2010, när de stora barnkullarna från 1940-talet blir pensionärer, kommer befolkningen att åldras ytterligare. Omkring år 2020 kommer Sverige enligt SCB att ha fler äldre än yngre bland befolkningen. Befolkningen blir allt äldre och därmed alltmer vårdbehövande. Samtidigt minskar arbetskraftsutbudet. Med dagens genomsnittliga faktiska pensionsålder kommer de flesta att arbeta mindre än hälften av sina liv. När kvinnorna från 90-talets stora barnkullar börjar föda barn, står välfärden inför mycket stora påfrestningar.

Här och nu finns ett rådrum innan förändringarna slår igenom på allvar. Stat, landsting och kommuner gör klokt i att utnyttja denna tid till förberedelser och förnyelse av system, normer och politik. Kristdemokraterna vill vara en garant för en trygg äldreomsorg. En ansvarsfull politik för äldreomsorgen kräver långsiktiga och trovärdiga förslag på hur demografins utmaningar kan mötas.

Bristerna i systemet gör att de vård- och omsorgsbehövande flyttas runt i en "vårdkarusell" mellan olika typer av öppenvård och sjukhusvård. En viktig orsak till problemen är att ansvarsfördelningen inom systemet är otydlig och ibland förutsätter lokala avtal mellan kommuner och landsting. Detta gör det svårt för gamla och deras anhöriga att påtala kvalitetsbrister och utkräva ansvar. För den enskilde vårdtagaren är det särskilt allvarligt om det råder oklarhet kring ansvarsfördelningen mellan å ena sidan landstingets ansvar och å andra sidan kommunens. För äldre människor med tilltagande vård- och omsorgsbehov kan nuvarande situation ofta ge upphov till otrygghet.

Minskningen av slutenvårdsplatser och allt kortare vårdtider på sjukhusen leder till att kommunernas vårdansvar utsätts för orimliga påfrestningar. Resultatet blir överbeläggningar och att vårdbehövande människor hamnar i utrymmen som inte är avsedda för vård. Bättre samverkan mellan kommuner och landsting kan undanröja en del svagheter. Det bör därför i alla landsting och kommuner skapas gemensamma målsättningar och överenskommelser som reglerar hur samarbetet ska gå till. Det finns ett särskilt behov av ökat samarbete när det gäller läkarinsatser inom särskilda boendet. Varje äldrebo-

ende och sjukhem ska ha kontinuerlig läkarmedverkan i vården, helst en specialist på äldresjukdomar (geriatriker).

Ett värdigt bemötande av de äldre inom hälso- och sjukvården måste finnas. Utredningar har visat att det för patienternas vidkommande är en av de viktigaste faktorerna för hur vården upplevs. Bemötandet har i flera fall kritiserats och det måste vara en självklarhet att som vårdbehövande bemötas med respekt och empati och inte betraktas som en belastning. Kristdemokraterna utvecklar sin äldrepolitik i motion 2005/06:So710.

17.1 Inför en värdighetsgaranti

Ett regelverk om 400 lagar och förordningar styr vård och omsorg i vårt land. När patienter vanvårdats, har de ibland inte varit hjälpta av en enda paragraf. Kristdemokraterna vill därför etablera en värdighetsgaranti – i alla kommuner och landsting – för trygghet i vården och en stärkt ställning för patienten. Fördjupade kvalitetskrav kan inte enbart begränsas till att handla om väntetider, tillgänglighet och ökade valmöjligheter.

En värdighetsgaranti är särskilt viktig i vården av de äldre. Den ska omfatta såväl medicinsk kvalitet som omvårdnadskvalitet. Särskild uppmärksamhet och hänsyn ska visas personer med nedsatt autonomi som demenshandikappade och individer med utvecklingsstörning och talsvårigheter. Studier har visat att patienter med kommunikations- och förståndshandikapp inte sällan reagerar med oro och aggressivitet när de känner smärta. Tyvärr är det vanligt att sådant beteende tolkas som en normal utveckling av sjukdomen. Dessutom behandlas oron och aggressiviteten med lugnande mediciner som kan få motsatt effekt än den avsedda, dvs. de sjuka blir ännu oroligare.

En omsorgs- eller värdighetsgaranti ska vara så konkret utformad att det går att följa upp vad som utlovats. Behandlingen av patienter som inte själva kan föra sin talan ställer extra stora krav på vårdpersonalen vad gäller lyhördhet och förmåga att tolka signaler. En funktion som äldreombudsman ska finnas i varje kommun som stöd för de äldre och deras anhöriga. Värdighetsgarantin ska vara en försäkran om att god vård ges – även när man inte längre är kapabel att föra sin egen talan. Anser en vårdtagare eller anhörig att verksamheten inte infriar de krav som värdighetsgarantin anger, så ska man kunna vända sig till en instans för klagomål. Garantin blir också ett stöd för personalen och den bör följas upp genom öppna och kontinuerliga kvalitetsredovisningar.

Kristdemokraternas värdighetsgaranti beskrivs närmare i motionen Seniorpolitiken (2005/06:So710).

17.2 God demenssjukvård

Demenssjuka personer tillhör en av samhällets mest utsatta grupper med omfattande behov av vård och omsorg. Antalet demenssjuka i Sverige är omkring 139 000. Ungefär 24 000 personer insjuknar i demens varje år och näst-

Fel! Okänt namn på

an lika många avlider. Antalet demenssjuka kommer att öka, särskilt efter år 2020.

Kunskapen om denna patientgrupps behov är många gånger bristfällig. En demenssjuk patient är helt beroende av sina anhöriga och av vårdpersonalen. Att inte känna igen sina närmaste, eller sitt eget hem, att inte hitta ord för det man vill uttrycka och vara beroende av hjälp med det mest personliga innebär en stor utsatthet.

Demenssjuka patienter får inte alltid den vård de har rätt till på grund av bristande resurser och avsaknad av kompetens. Det kan gälla bemötande, diagnos och medicinering. Av de äldre inom kommunernas särskilda boende kan så många som 70 procent vara demenssjuka, och dessa saknar i alltför hög grad tillgång till medicinsk kompetens.

Demenssjuka ska ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder som står till buds för undersökning, vård och behandling. Bristande samordning av demensvården är tydlig liksom avsaknaden av fungerande och ansvarsfull vårdplanering och lyhördhet för patientens vård- och omsorgsbehov. Många äldre med demenssymtom får över huvud taget ingen utredning. Knappt två av tio behandlas för sin demens.

I dag är endast 4 procent av personalen i äldreomsorgen legitimerade sjuksköterskor. När det gäller övrig vårdpersonal saknar 40 procent av alla anställda utbildning. Många har knapphändig kunskap om demens trots att cirka 70 procent av patienterna lider av denna sjukdom. Socialtjänstlagen kräver att den enskilde ska få bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskild stöd. Men tillgången till särskilda vårdboenden för demenssjuka personer är bristfällig i många kommuner. Ofta blandas demenssjuka med andra boende och vårdtagare på ett sätt som är negativt för alla.

Många demenssjuka vårdas i dag i hemmet av närstående. En kartläggning visar att 80 kommuner saknar medel och anställningsformer för anhörigvårdare och 60 kommuner saknar verktyg för att anhörigvårdarna ska kunna få välbehövlig ledighet. Utbildningen av anhörigvårdare är oftast undermålig. Äldre och deras anhöriga ska kunna känna sig tryggt förvissade om att deras vård- och omsorgsbehov kan tillgodoses. Gällande lagstiftning och regelverk måste dock följas och tillräckliga resurser tillföras vården av de dementa. Tillskapandet av s.k. demensteam är en arbetsmetod som bör utvecklas.

Tillgång till demensutredning kräver nära samverkan mellan landsting och kommun. Förutsättningarna för riksdagens beslut om vård av kroniska sjukdomstillstånd och hälso- och sjukvårdslagens absoluta krav på rätt till diagnos har inte fått det genomslag generellt i landet som förväntats. Det behövs bl.a. fler utredningsplatser.

Den 15 oktober 2003 överlämnades departementspromemorian *På väg mot en god demensvård – Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga* till regeringen. I rapporten ges en mycket bra bild av tillståndet inom demensvården i landet och där föreslås även insatser för att förbättra och utveckla demensvården. Men konkreta åtgärder utifrån förslagen i departementspromemorian har ännu inte synts till. Regeringens åtgärder räcker inte. Slutna diskussioner utan insyn som drar ut på tiden, långdragen

beredning av betänkanden och nya utredningar är inte vad demenssjuka och deras anhöriga behöver.

Kristdemokraterna avsätter 100 miljoner kronor för 2006 och 2007 till demensvården. Resurstillskotten ska användas som utvecklingsmedel, i syfte att förbättra möjligheterna för demenssjuka att få tillgång till utredning, diagnos och behandling.

17.3 Stöd anhängvårdarna

För många personer är tillgången till en anhäng en förutsättning för att man ska kunna få den vård man behöver. Socialstyrelsen varnar för att om anhängas benägenhet att vårda skulle avta, skulle välfärdssystemet på detta område rämna. Det kan noteras att utvecklingen mot ett allt större ansvarstagande för anhäng har bekräftats i flera av Socialstyrelsens rapporter.

I det tysta görs insatser som, om de inte utfördes, skulle få hela Vårdsverige att kollapsa. År ut och år in. Oftast utan någon avlastning. Avlastningen får i stället staten, landstingen och kommunerna. Och det är inte sällan kvinnor över 65 år som består med denna möjlighet för politiker att slippa få ännu mer underbalanserade budgetar, ännu längre vårdköer.

I förlängningen riskerar den här utvecklingen att leda till ett ifrågasättande av den solidariska finansieringen av vård och omsorg. Konstigt nog är det här en fara som den socialdemokratiska regeringen verkar blunda för.

Den självklara utgångspunkten borde vara att se och erkänna familjens och de närståendes roll och funktion i vården av äldre, sjuka eller funktionshindrade.

Anhängvårdare har rätt till praktisk och ekonomisk hjälp, information och handledning för att frivilligt kunna ta sig an uppgifter som annars skulle utföras av vårdpersonal med flera års utbildning. Uppgiften som anhängvårdare får inte vara påtvingad.

Kristdemokraterna anser att det ska finnas rätt till tjänstledighet på helt eller deltid för vård av anhäng. Tryggheten för anhängvårdarna behöver ökas och någon form av garanti bör tillhandahållas om anhängvårdaren inte skulle orka – något som oroar många.

Socialtjänstlagen måste skärpas. Nuvarande bestämmelse säger att socialnämnden genom stöd och avlösning bör underlätta för dem som vårdar närstående. Stödet till anhängvårdare måste bli en särskilt reglerad skyldighet för socialtjänsten. Kristdemokraterna vill byta ut ordet bör mot ordet ska.

Det behöver bedrivas ett mer systematiskt uppföljningsarbete inom anhängvården. Det krävs också en fortsatt kvalitetsutveckling på området för att säkra den långsiktiga uppbyggnaden av stöd till anhäng i vård och omsorg. Kristdemokratisk politik för en bättre anhängvård utvecklas i motionen Anhängvården (2005/06:So705).

Fel! Okänt namn på

18 Vården i livets slutskede

Den palliativa vården, dvs. vården i livets slutskede, ska tillgodose patientens behov av fysisk, social, psykologisk och existentiell karaktär. Vårdens personal har utbildats och motiverats att möta döende patienters behov på ett allt bättre sätt. Men trots en välgrundad insikt om värdet av en god palliativ vård finns det i dag stora brister, vilket inverkar negativt på livskvaliteten för patienter som vårdas i livets slutskede. I dag får endast 10 procent av döende människor palliativ vård, mot ett antaget behov av 45–50 procent då döden kan förutses några månader i förväg.

I januari 2001 överlämnade Kommittén om vård i livets slutskede (SOU 2001:6) sitt slutbetänkande till regeringen. Utredningen presenterade flera konkreta förslag för att patienter i livets slutskede ska få en bättre vård. Kommittén kunde konstatera att den vård i livets slutskede som bedrivs i Sverige behöver förbättras. Forskning och utbildning i palliativ medicin är svagt utvecklade områden. Etik, kvalitetsmätning, ekonomiska analyser och kulturens och miljöns betydelse är viktiga områden som bör utforskas mer utförligt. Forskningen bör i synnerhet inriktas på att identifiera eftersatta behov, utveckla relevanta begrepp och teorier, genomföra empiriska studier och att verka för att resultaten omsätts i praktisk verksamhet.

Kristdemokraterna föreslår att sammanlagt 60 miljoner kronor avsätts till forskning kring palliativ medicin för åren 2006–2008.

Den socialdemokratiska regeringen har under lång tid sagt sig bereda utredningens betänkande. Inför innevarande riksmöte lämnade regeringen till slut en skrivelse till riksdagen. Kommitténs betänkande skulle dock mycket väl skulle kunna ligga till grund för en proposition med konkreta förslag till förbättringar av vården i livets slutskede.

Kristdemokraterna anser att det ska vara en grundläggande rättighet med valfrihet vid vård i livets slutskede. På många håll i landet respekteras patienternas val av vårdform men det sker långt ifrån alltid och det beror till stor del på var i landet man bor. I slutbetänkandet från Kommittén om vård i livets slutskede (SOU 2001:6) redovisades resultat från en enkätundersökning som visade att önskan är stark hos de enskilda att få välja var man ska vårdas och dö. Liksom övrig vård bör den palliativa erbjudas i många olika organisatoriska former. Den ska ges på sjukhus, i kommunens olika boendeformer och i hemmen. Vården kan vara knuten till sjukhus, till kommunen eller till annan vårdgivare. Det är inte en enhetlig organisatorisk modell som skall eftersträvas utan det är den palliativa vårdens innehåll och kvalitet som måste garanteras i hela landet. Genom en mångfald inom vården kan den enskildes egna önskemål bäst tillgodoses. Detta ökar möjligheterna för en god och värdig vård vid livets slut.

Rätten att få tillbringa sina sista dagar i det egna hemmet måste så långt som möjligt värnas. Det är absolut oacceptabelt att äldre patienter, som alltför ofta är fallet i dag, flyttas mellan olika vårdnivåer och vårdgrannar sina sista dagar eller veckor i livet. Den avancerade hemsjukvården måste byggas ut på de flesta håll i landet.

Fel! Okänt namn på

En förklaring till de brister i den palliativa vården som observerats är bristen på välutbildad personal. En värdig vård i livets slutskede omfattar flera aspekter på det lidande och den smärta som döendet kan föra med sig. Förutom rent fysiska behov finns även psykiska, sociala och existentiella behov. All behandling inom sjukvården bör ta hänsyn till dessa behov. Alla grundutbildningar för vårdyrken ska innehålla utbildning i palliativ vård. Utbildningen ska bl.a. innehålla bemötande- och etikfrågor. Personalen ställs inför särskilt svåra avväganden när det gäller vården i livets slutskede. För att upprätthålla och vidareutveckla den palliativa vården krävs förbättringar inom grundutbildningen för samtliga professioner inom vården – främst läkare och sjuksköterskor. I dag råder det brist på kompetenta lärare inom området. Därför är det av stor vikt att det införs påbyggnadsutbildningar knutna till landets universitetssjukhus. Eftersom många olika yrkeskategoriers kompetens behövs i den palliativa vården är det viktigt att det utvecklas mångdisciplinära utbildningsprogram på exempelvis magisternivå. Även möjligheterna till forskarutbildning inom området bör främjas på olika sätt.

Regelbunden fortbildning och handledning bör erbjudas alla som arbetar med vård i livets slutskede. Förutom fördjupad fortbildning efter formell grundutbildning behövs kontinuerlig handledning. Handledningen bör anpassas efter lokala förhållanden och bör ge möjlighet till diskussion och reflektion över de etiska dilemman och existentiella frågor som uppstår i det dagliga vårdarbetet. Det ska vara arbetsgivarens ansvar att se till att personalen får tillgång till fortbildning och handledning.

Sverige är ett land med stor kulturell och religiös mångfald. Om personalen ska kunna bidra med stöd till patienten i existentiella frågor krävs förmåga att hantera olika situationer och att man utgår från patientens individuella behov. Det behövs inom den palliativa vården kunskap för att kunna möta människor med olika etnisk, kulturell och religiös bakgrund. Vårdgivare i samarbete ska svara för att all personal får utbildning och handledning i kulturmötesfrågor för att de bättre ska förstå patienten och därmed kunna möta dennes individuella behov. Det är dock av stor vikt att denna utbildning inte skapar schablonartade och stereotypa bilder av olika kulturer som skapar förutfattade meningar hos personalen. Fokus måste ligga på att öka förståelsen för den enskilda personens sätt att uttrycka sina behov och önskemål.

Det råder i dag en geografisk ojämlikhet i den vård som ges i livets slutskede. Dessutom finns betydande skillnader i den vård som ges beroende på vilken diagnos den döende personen har. Det behöver spridas kunskap och goda erfarenheter till alla kommuner och landsting. Det är bl.a. mycket angeläget att ett kvalitetsregister för den palliativa vården snarast byggs upp.

Ofta uppstår en mängd frågor för de närstående efter ett dödsfall. Frågorna kan exempelvis handla om sjukdomen, vårdens innehåll, egna insatser, behandlingar eller utebliva sådana eller synpunkter på vårdpersonalens agerande. Samtidigt är det ofta så att närstående inte vill besvara utan väntar sig att vårdpersonalen tar kontakt. Det är viktigt att vårdpersonalen visar att det finns öppna kanaler och att de närstående får möjlighet att prata om sina känslor. För dem som inte var på plats vid tidpunkten för dödsfallet kan det vara viktigt att få träffa och samtala med den personal som hade de sista kontak-

Fel! Okänt namn på

terna med den avlidne. De närstående bör alltid erbjudas samtal för att få tala om den avlidnes sista tid.

Tryggheten för dem som vårdas i det egna boendet behöver öka, och någon form av garanti bör tillhandahållas om anhörigvårdaren inte skulle orka – något som oroar många. Kommittén om vård i livets slutskede föreslog att s.k. trygghetsplatser kan användas av en person som vårdas av en anhörig för kortare perioder. Tillgång till denna typ av vårdform måste finnas dygnet runt varför vägen dit via behovsbedömning utgör ett hinder.

Principerna för kommunernas korttidsboende, som av tradition ansetts ingå i begreppet särskilda boendeformer, behöver ses över. Stöd- eller trygghetsplatser inom ramen för korttidsboende fyller en viktig funktion för människor som vårdas i hemmet när patientens tillstånd eller anhörigas situation sviktar. Det bör vara möjligt att vid behov och med kort varsel få utnyttja ett korttidsboende vid vård i livets slutskede.

Att få se den avlidne är en viktig del av de efterlevandes sorgearbete, i synnerhet vid plötsliga och oväntade dödsfall. Rätten att avböja att få se den avlidne måste respekteras men för tveksamma bör personal finnas till hands som kan närvara. Det är viktigt att det finns särskilda visningsrum där anhöriga kan få se den döde under värdiga former. Den brist på bårhusplatser som finns på vissa orter måste avhjälpas så att de efterlevandes situation underlättas och omhändertagandet av den avlidne kan ske på ett värdigt sätt.

Kristdemokraterna har tillsammans med övriga partier i Allians för Sverige lämnat en motion med anledning av regeringens skrivelse där politiken för den palliativa vården utvecklas ytterligare (motion 2004/05:So40).

19 Den psykiatriska vården

Den psykiatriska vården och omsorgen uppvisar stora brister. Ofta anklagas den s.k. psykiatireformen för att ligga bakom många problem. Tanken var att reformen skulle förbättra och samordna rehabiliteringen och därmed underlätta de psykiskt funktionshindrades tillvaro. Kommunerna fick ett större ansvar för vården och omsorgen om de psykiskt långtidssjuka. Det var goda intentioner – men någonstans på vägen gick det fel. Många psykiskt sjuka har efter reformens införande fått vara utan stöd, hjälp, behandling och en meningsfull tillvaro.

De organisatoriska förändringar som har genomförts under senare år inom psykiatrin har bl.a. lett till att tusentals vårdplatser lagts ner utan att nya former för vård utvecklats. Detta har inneburit att många svårt psykiskt sjuka fått fara illa och självmordsfrekvensen varit hög – en situation som är oacceptabel. Kristdemokraterna anser att dagens vårdplatser inte räcker för framtiden.

Det finns brister i rehabiliteringen och många får inte den sjuk- och tandvård de skulle behöva. Innehållet i vården och bemötandet är särskilt viktigt för psykiskt sjuka och är en förutsättning för ett bra behandlingsresultat. När-sjukvården behöver ha personal med professionell kunskap om sociala och psykologiska faktorer och deras inverkan på de vårdsoekandes hälsotillstånd.

Dagens sjukvård i Sverige saknar en fungerande organisation, tillräckliga resurser och kunskaper för att på ett professionellt och effektivt sätt kunna ta hand om denna stora patientgrupps behandling och rehabilitering.

Inom barn- och ungdomspsykiatri är läget särskilt allvarligt och Kristdemokraterna avsätter därför 400 miljoner kronor för att åstadkomma dels en betydligt snabbare och tillförlitligare diagnostik som kan medföra att en neuropsykiatrisk diagnos kan ställas tidigt, dels ett sammanhållet stöd och en god vård för barnet och dess familj.

Införandet av en värdighetsgaranti för de psykiskt handikappade är ett angeläget politiskt krav. Det är dags att medmänsklighet sprids till dem som hamnat i mycket utsatta situationer. Många av de psykiskt handikappade är beroende av sina anhöriga. Anhöriga gör ett oerhört viktigt arbete. Det är nödvändigt att samhället på olika sätt stöder och avlastar de anhöriga.

Försäkringskassorna och kommunen ska inneha den rätta kunskapen och kompetensen avseende dolda handikapp, speciellt vid bedömningen av om en person är i behov av personlig assistans. Då är det nödvändigt att kunskap finns om sjukdomar eller handikapp som inte är direkt synliga. I dag är detta en stor brist och många psykiskt handikappade har inte fått tillgång till personlig assistent.

Kristdemokraterna anser att det behövs en tydlig politisk markering som lyfter fram gruppen psykiskt sjukas behov av god vård och omsorg. En satsning som gör klart för psykiskt sjuka och funktionshindrade, deras anhöriga och kommuner och landsting att nu tillförs större bestående resurstillskott. De resurstillskott som den socialdemokratiska regeringen föreslår i budgetpropositionen har kortsiktighetens prägel och riskerar att försvinna i kommunernas och landstingens prioriteringar.

Kristdemokraterna avsätter därför sammanlagt 900 miljoner kronor mer än regeringen för 2006–2008 till den psykiatriska vården och omsorgen. Kristdemokraternas resurstillskott skapar förutsättningar för att kvaliteten på den psykiatriska vården och omsorgen ska nå upp till en anständig nivå under de närmaste tre åren.

Kristdemokraternas politik för en bättre psykiatrisk vård utvecklas i två särskilda motioner, Den psykiatriska vården (2005/06:So662) samt Barn- och ungdomspsykiatri (2005/06:So707). Vidare finns ytterligare en motion om rättspsykiatrisk vård (2005/06:Ju477).

20 Läkemedel

Utvecklandet av nya läkemedel har bidragit till effektiv läkning och lindring för stora patientgrupper. Läkemedelskostnaderna har under de senaste åren ökat kraftigt och uppgår nu till ca 24 miljarder kronor under 2004. Ambitionen måste vara att dämpa kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen. Detta får dock inte innebära att patienter i behov av medicinering tvingas avstå läkemedel av ekonomiska skäl.

Fel! Okänt namn på

En förbättrad uppföljning kan uppnås med hjälp av arbetsplatskoder på förskrivna recept. Dessa är numera en förutsättning för att föreskrivet läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånen. Verksamhetschefer, sjukvårdshuvudmän och den enskilde förskrivaren kan få en god uppfattning om förskrivningsmönster och får därmed möjlighet att genomföra kvalitetsuppföljningar. Men ett stort antal läkare förskriver läkemedel utanför den egentliga hälso- och sjukvården och avlastar då bl.a. akutsjukvården. Kristdemokraterna anser att man kan pröva att förse dessa läkare med en egen kod som följer kompetensen. På så sätt kan koden inte användas för att identifiera en enskild receptutfärdare. Det skulle ge underlag för kvalitetsuppföljningar av också dessa läkares förskrivningar.

En förstärkning av hela vård- och omsorgssektorns resursnivå är viktig för att kunna ta till vara såväl läkemedel som andra insatser till gagn för patienten. Detta kräver att huvudmännen fortsätter effektivisera verksamheter där det finns möjlighet att nå framgång. Med fortsatt utbyggnad av telefonrådgivning och opartisk information till patienten kan läkemedelsförskrivningen bli bättre.

Mörkertalet är stort vad gäller biverkningar av läkemedel. Antalet dödsfall per år är inte känt men det kan röra sig om tusentals människor. Åtskilliga vårdplatser används för patienter som insjuknar eller skadas av biverkningar av mediciner. Studier har visat att läkemedelsbiverkningar är orsaken till 10–20 procent av inläggningarna av äldre på sjukhus. Det är alltför vanligt att patienter använder flera olika läkemedel samtidigt, utan någon mer ingående överblick.

För patienter inom särskilda boenden och hemsjukvården är läkemedelskonsumtionen ofta särskilt omfattande. Det är då inte ovanligt att olika läkemedel påverkar varandra genom s.k. interaktion, vilket kan leda till antingen utebliven effekt eller biverkningar. En utredning om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården ser bl.a. över möjligheterna till bättre uppföljning av patienters läkemedelskonsumtion. Kristdemokraterna anser att det måste till system och metoder som möjliggör en bättre uppföljning och kontroll av förskrivningen av läkemedel, i synnerhet för äldre i särskilda boenden. Trots att dessa problem är kända och konstaterat stora har mycket litet gjorts för att avhjälpa problemen.

Läkemedelsgenomgångar dvs. att en patients totala läkemedelsanvändning analyseras, diskuteras och åtgärdas inom ramen för ett tvärprofessionellt samarbete, har i Sverige genomförts i olika avgränsade projekt sedan mitten av 1990-talet. Dessa projekt har också utvärderats och resultaten visar entydigt på att läkemedelsgenomgångar ger positiva effekter. Kristdemokraterna anser att det i många fall finns ett behov av farmaceutisk uppföljning av förskrivning och ordination av läkemedel för vissa brukargrupper. Det är viktigt att projektverksamheten inom området upphör och övergår till att bli en naturlig och integrerad verksamhet i landsting och kommuner. Detta bör ges regeringen till känna.

Utvecklingen av läkemedel går snabbt och förskrivarnas uppgift blir alltmer komplicerad. Det krävs omfattande kunskap och erfarenhet för att skriva ut läkemedel, särskilt när patienterna behandlas med flera olika mediciner.

Kristdemokraterna anser mot denna bakgrund att den nyligen införda läkemedelsförteckning som innehåller uppgifter om förskrivna läkemedel är ett steg i rätt riktning. Men läkemedelsförteckningen är ofullständig eftersom uppgifter om förskrivningsorsak, diagnoser, allergier, mål för behandlingen m.m. – dvs. uppgifter som är helt avgörande för att läkaren ska kunna värdera nyttan av pågående behandling – av integritetsskäl inte ska föras från sjukvården till ett register. Dessutom ges inte landstingen möjligheter till en förbättrad medicinsk eller ekonomisk uppföljning av läkemedelsförbrukningen. Läkemedelsförteckningen riskerar också att försena sjukvårdshuvudmännens utveckling av datoriserade patientjournaler och elektroniska förskrivarstöd.

Landstingen behöver ges förutsättningar för att utvärdera läkemedelsbehandling på samma grunder som övriga behandlingsalternativ. Genom att läkemedelsförteckningen hanteras av Apoteket AB får inte landstingen möjlighet att utvärdera förskrivningen, vilket Kristdemokraterna beklagar. Olika vårdenheter måste kunna följa upp sitt handlande och därvid jämföra sig med rekommendationer, vårdprogram, konsensusdokument vad gäller vetenskap och beprövad erfarenhet m.m. Detta skulle också få stor betydelse för möjligheten till en säkrare läkemedelshantering och medicinförbrukning bl.a. i äldreården. Även om den nuvarande läkemedelsförteckningen inte ger tillräckligt underlag för kompletta utvärderingar, bör förteckningen handhas av landstingen.

Kristdemokraterna vill, som tidigare nämnts, på sikt se ett system med enhetliga patientjournaler, som inkluderar läkemedelsförskrivning. Systemet bör bygga på elektronisk journalföring knuten till patienten och inte till den vårdenhet som patienten besöker. Ett sådant system skulle kunna innebära en möjlighet att samla all information om den enskilde på ett ställe. Genom patientens medgivande kan informationen komma förskrivare och farmaceuter till del. Framtagandet av denna lösning bör ingå i en strategi för att åstadkomma ett sammanhållet IT-system för hälso- och sjukvården i Sverige.

Ett system för enhetliga patientjournaler kräver dock större lagändringar, vilket den s.k. Patientdatautredningen för närvarande utreder. Utredningen ska överväga frågor som bl.a. rör elektroniska patientjournaler och överföring av uppgifter mellan olika organisatoriska vårdenheter inom hälso- och sjukvården. Regeringen bör återkomma till riksdagen med en strategi för att införa heltäckande, elektroniska patientjournaler enligt ovan.

21 Avskaffa apoteksmonopolet

Det svenska apoteksmonopolet bör avskaffas på sikt. Det finns goda skäl att tro att det går att åstadkomma effektivisering och därmed lägre kostnader genom fri konkurrens på detta område. Frågan om avreglering är numera också väl utredd genom statliga utredningar som visat att det är svårt att finna goda motiv för ett långsiktigt bibehållande av nuvarande monopol.

Ett avskaffande av apoteksmonopolet kan bidra till bättre hälsa för medborgarna och lägre läkemedelskostnader för staten. Sverige är i dag det enda

Fel! Okänt namn på

land inom OECD som vidmakthåller ett statligt monopol på apoteksverksamhet. Staten måste dock även efter monolets avskaffande kunna ställa samma krav på säkerhet, effektivitet och tillgänglighet. Kontroll och tillsyn av apoteksverksamheten ska, även efter en avreglering, ske genom statens försorg.

Kristdemokraterna har tillsammans med övriga partier i allians för Sverige väckt en motion om Apoteket AB:s framtid (2004/05:So38).

22 Tänderna tillhör kroppen

Kristdemokraternas utgångspunkt i tandvårdsfrågor är att tänderna är en del av kroppen. Ett mål med förändringar av tandvårdsförsäkringen bör, enkelt uttryckt, vara att det inte ska kosta mer att gå till tandläkaren än till läkaren. Ur ett hälso- och samhällsekonomiskt perspektiv måste tandvårdsstödet vara konstruerat så att tandvårdsbehoven minskar. Dessutom ska detta kombineras med rimliga kostnader för samhället och patienterna.

Forskare har kunnat klarlägga ett antal samband mellan dålig munhälsa och olika sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, hjärnblödning och diabetes. Detta är ett ytterligare bevis på att god munhälsa också kan förebygga andra sjukdomar.

Det är alltid svårt att ifrågasätta system som funnits länge. Kristdemokraterna anser dock att i en krympande ekonomi med ökad oro från medborgarna måste man våga överväga andra lösningar. Det finns särskilda grupper i samhället, t.ex. anorektiker och bulemiker, vars tandvårdskostnader i dagens system blir ett stort problem. En annan särskilt utsatt grupp är de äldre i s.k. särskilda boendeformer. Kristdemokraterna anser att en utredning bör tillsättas i syfte att kartlägga förutsättningarna för att inkludera tandvårdsförsäkringen i den allmänna sjukförsäkringen.

För att i en trängd budgetsituation åtminstone ta ett första steg i riktning mot att tandvården inordnas i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, vill Kristdemokraterna placera kirurgisk behandling av tandlossningssjukdom inom sjukvårdens högkostnadsskydd. Det handlar om en utsatt grupp patienter med kronisk, allvarlig infektionssjukdom. Obehandlad leder den till bestående funktions- och organförlust och ger risk för allmänhälsan, både direkt och indirekt. Kristdemokraterna avsätter 65 miljoner kronor per år för denna reform.

Kristdemokraterna anser även att specialistbehandling av bettfysiologiska tillstånd och vävnadsprov av tandläkare (PAD) bör placeras under högkostnadsskyddet. Båda behandlingsområdena avser patienter som om de för samma åkomma söker sjukvården omfattas av högkostnadsskyddet. Patienter som står inför vävnadsprov och patienter med svårbehandlad – ofta långvarig och ibland invalidiserande – symptombild hör hemma inom högkostnadsskyddet. Kristdemokraterna avsätter 75 miljoner kronor per år för denna reform.

I senare skede, när statens finanser tillåter, avser Kristdemokraterna inkludera allt fler åtgärder med inriktning på förebyggande behandling med målet att all tandsjukvård och tandskadebehandling ska ingå i samma system som övriga hälso- och sjukvården. Kristdemokraterna utvecklar sin tandvårdspolitik i en särskild motion (2005/06:So713).

23 Ett nytt högkostnadsskydd

I Sverige finns sedan många år ett högkostnadsskydd för avgifter i sjukvården, så att ingen av ekonomiska skäl ska tvingas avstå vård och behandling. Alla ska på förhand veta hur mycket man ska behöva betala under ett år för vård. Under 1990-talet har dock avgifterna för den enskilde ökat dramatiskt dels genom att det s.k. högkostnadsskyddet höjts, dels därför att flera vårdavgifter inte omfattas av högkostnadsskyddet.

Enligt Socialstyrelsen har det på tio år blivit upp till tre gånger så dyrt att besöka läkare. Även den enskildes kostnader för resor i samband med vård har ökat och dessa inkluderas inte heller i högkostnadsskyddet. När patientavgifter eller läkemedelsavgifter diskuteras betraktas dessa ofta separat. Men för patienten är det givetvis viktigt vad avgifterna sammantaget blir.

Ingen ska behöva avstå från vård av ekonomiska skäl. Alltför stora kostnadsökningar har drabbat de som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade. Utvecklingen av nya läkemedel och behandlingar och de ökande behoven generellt inom sjukvården gör att nya lösningar måste övervägas.

Kristdemokraterna anser att en parlamentarisk utredning bör tillsättas för att utreda hela systemet med högkostnadsskydd. Ett framtida mål bör vara att konstruera ett system som verkligen inkluderar alla egna avgifter i vården och olika hjälpmedel.

24 Handikappolitik

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) reglerar samhällets skyldigheter att ge stöd till psykiskt och fysiskt funktionshindrade. Denna lagstiftning är helt avgörande för många funktionshindrade personers möjligheter till självständighet, livskvalitet och inflytande i samhället. Allt sedan lagen trädde i kraft 1994 har många invändningar framförts gällande lagens utformning och tillämpning. Brister i LSS har påtalats av både brukare och huvudmän. Erfarenheterna har visat på otydligheter i definitioner av såväl personkretsen som vissa insatser. Därutöver finns tydliga brister i regelverket som bör ses över.

Med dagens utformning av LSS är det svårt att bedöma verksamhetens kvalitet och det finns brister när det gäller att åtgärda kvalitetsproblem. Det saknas bestämmelser om anmälningsplikt vid missförhållanden och länssty-

Fel! Okänt namn på

relsernas tillsynsinstrument är begränsade. Och när kommuner inte verkställer sina egna beslut enligt LSS saknas påtryckningsmedel.

Det borde nu, tio år efter att lagen trädde i kraft, vara möjligt att analysera och utvärdera effekterna av lagstiftningen. Denna översyn måste, enligt vår uppfattning, företas utan att ifrågasätta själva rättighetslagstiftningen som sådan. Svenska Kommunförbundet och Socialstyrelsen har framfört åsikten att en större översyn av LSS är nödvändig för att kunna förverkliga de politiska ambitionerna med lagstiftningen.

Kristdemokraterna anser vidare att möjligheterna för staten att ta över kostnadsansvaret för LSS bör utredas.

Vidare har regeringen under många år anslagit otillräckliga resurser till bilstöd för funktionshindrade. Kristdemokraterna höjer anslaget till bilstöd med 100 miljoner kronor per år de närmaste två åren.

Kristdemokraternas övriga handikappolitik utvecklas i en särskild motion (2005/06:So706).

25 Övriga anslagsförändringar

Kristdemokraterna föreslår besparingar och effektiviseringar av statliga myndigheters administration, detta gäller Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Förvaltningsanslagen minskas med 5 procent. Anslaget till Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap minskas med 44 miljoner kronor, bl.a. eftersom Kristdemokraternas förslag om en rehabiliteringsförsäkring under utgiftsområde 10 innehåller en betydande satsning på forskning kring arbetsliv och rehabilitering.

Kristdemokraterna avsätter även resurser till missbrukarvården och det narkotikaförebyggande arbetet. Sammanlagt 200 miljoner kronor fördelas över de närmaste tre åren. Statsbidragen till frivilligorganisationer som är verksamma inom missbrukarvården föreslås öka med 50 miljoner kronor per år för 2006 och 2007. Socialstyrelsen fördelar medlen. Avsikten är att resurstillskotten ska fördelas till verksamheter som ägnar sig åt vård av särskilt utsatta missbrukare.

Vidare föreslås en satsning om 50 miljoner kronor per år för 2006 och 25 miljoner kronor per år för 2007 och 2008 på ökade bidrag till utveckling av narkotikaförebyggande arbete. Frivilligorganisationer och föreningsliv är en underutnyttjad aktör inom det drogförebyggande arbetet. Bidragen till organisationer verksamma inom narkotikaprevention, information, uppsökande verksamhet och föräldraengagemang behöver därför öka. Kristdemokraterna beskriver satsningen närmare i en särskild motion, Narkotikapolitiken (2005/06:So704).

Inom anslaget 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete minskas anslaget med 110 miljoner kronor, som förs över till ett nytt anslag 4:16 Bidrag till kvinnojourer. Därtill utökas resurserna till kvinnojourerna med 20 miljoner kronor per år. Kristdemokraterna skriver mer om denna satsning i motionen om rättsväsendet (2005/06:Ju540).

Fel! Okänt namn på

Stockholm den 30 september 2005

Göran Hägglund (kd)

Maria Larsson (kd)

Stefan Attefall (kd)

Johmy Gylling (kd)

Ragnwi Marcelind (kd)

Mats Odell (kd)

Inger Davidson (kd)

Helena Höj (kd)

Chatrine Pålsson (kd)