

Motion till riksdagen 2013/14:So348

av **Agneta Luttropp m.fl. (MP)**

Personalförsörjning och nytänkande i vården

Innehållsförteckning

Förslag till riksdagsbeslut	2
Motivering.....	4
Det behövs fler läkare	4
Utländska vårdutbildade som resurs.....	6
Hyrläkare.....	7
Otilräckliga verktyg för dimensionering	8
Schemalaggningen för läkare behöver öka.....	8
Glesbygdsmedicin som ny innovativ möjlighet	9
Fler specialistsjuksköterskor – inrätta pilotprojekt.....	10
Advanced nurses	11
Utöka forskrivningsrätt och rätt att sjukskriva till fler yrkesgrupper	12
Gör det intressant att jobba i vården.....	12
En brukaranpassad vård och patientsäkerhet.....	13

Fel! Okänt namn på

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kraftigt utöka platserna på den svenska läkarutbildningen.¹
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inleda diskussioner med SKL om en delvis mer samordnad struktur för rekrytering av läkare från andra länder.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över frågan om validering av examen och läkarerfarenhet från länder utanför EU.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över frågan om validering av examen och erfarenhet även för andra kompetenser inom vården.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett regionalt eller nationellt poolsystem.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att särskilda löneförmåner bör redovisas på ett öppet och transparent sätt.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrade sätt att säkerställa tillräcklig kompetens inom sjukvården i hela landet i ett långsiktigt perspektiv.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen eller att på något annat sätt säkerställa behovet av specialiseringstjänstgöring.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av särskild stimulans för att säkra tillgången på AT- och ST-tjänster.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till en fördjupad diskussion med SKL i frågan om schemaläggning för läkare.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om glesbygdsmedicin som en ny innovativ möjlighet.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att skapa ett s.k. center of excellence i glesbygdsmedicin.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om pilotprojekt enligt idén Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att återkomma med förslag på hur en svensk motsvarighet till yrkestiteln advanced nurse kan inrättas.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om utökad förskrivningsrätt för specialistutbildade sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Fel! Okänt namn på

16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ge sjukgymnaster och psykologer möjlighet att besluta om sjukskrivning.²
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att låta utreda förslag om psykologers bedömning vid tvångsvård.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över den administration som belastar personalen i vården.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Arbetsmiljöverket bör få i uppdrag att inleda ett särskilt utvecklingsarbete för bättre arbetsmiljö i vården.³
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av formaliserat samarbete med brukar- och patientorganisationer.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vikten av brukarrevision.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om riskanalyser i vården.

¹ Yrkande 1 hänvisat till UbU.

² Yrkande 16 hänvisat till SfU.

³ Yrkande 19 hänvisat till AU.

Fel! Okänt namn på

Motivering

Att personalförsörjningen fungerar är grunden för all vård.

Som patient vill man känna sig trygg med att det finns en fungerande sjukvård den dag man behöver. Sjukvård med kompetent personal, som jobbar enligt de senaste rönen, och har tid och möjlighet att ägna sig åt sina patienter. Man vill också gärna ha kontinuitet.

Den som utbildar sig inom vården vill å sin sida få bra arbetsvillkor. Det sammanfaller delvis med patienternas önskemål, men inte helt. Utvecklingsmöjlighet, att ägna sig åt det man vill och är bra på, en inte alltför stressig tillvaro är givet. Lön och andra anställningsvillkor spelar in. Landsting ska kunna styra vården så att den fungerar väl, både på kort och på lång sikt.

I dagsläget är det dessvärre problem på alla dessa nivåer. I denna motion tar vi upp några viktiga förändringar som vi ser som angelägna för förbättrad personalförsörjning.

Miljöpartiets vision på sikt är en annan hälso- och sjukvård än dagens. Folkhälsoperspektivet behöver genomsyra alla politiska beslut och därmed skapa betydligt bättre förutsättningar för hälsa än i dag. Vi vill även att hälso- och sjukvården ska vara mycket mer hälsofrämjande. Samtidigt är det helt centralt med en god tillgänglighet till vård. Samverkan mellan kommun och landsting måste fungera smidigt och friktionsfritt. Enskilda medborgare ska inte komma i kläm mellan olika huvudmäns områden. Det är behoven som ska stå i fokus och det ska fungera.

Vi tror på teamarbete där olika kompetenser kan ta nya ansvarsområden och en teknikutveckling som kommer att betyda mycket både för den enskildes egenvård – exempelvis genom utökade möjligheter att kolla upp egna värden eller delta i distanstherapie – och för professionen genom tillgång till nätverk, avancerad hjälp och ny teknisk apparatur.

Vid sidan av denna utveckling mot en förändrad hälso- och sjukvård behöver viktiga obalanser gällande personalförsörjning i vården rättas till. Vård och omsorg av äldre är ett särskilt eftersatt område. Därför avsatte vi redan i höstbudgeten 2012 totalt 3 miljarder kronor under en fyraårsperiod för ökad personal, kompetensutveckling och förbättrade arbetstider inom äldre vården. I år gör vi nya satsningar bland annat i enlighet med vad som föreslås i den här motionen.

Det behövs fler läkare

Att göra prognoser för hur mycket läkarresurser som behövs i framtiden är en svår uppgift. Det handlar inte bara om vilken hälsa och ohälsa befolkningen kommer att ha, det handlar också om den medicinska och tekniska utvecklingen och andra yrkeskategoriers ansvarsområden. Strukturen i befolkningen och pensionsavgångar spelar in, men också sådant som i vilken mån den administrativa bördan hos läkare kan minska och möjligheten att få AT- och ST-tjänstgöring. Den sammantagna bilden av de prognoser som görs pekar dock

Fel! Okänt namn på

tydligt på att det i Sverige utbildas för få läkare för att täcka de behov som finns.

Efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt specialistläkare enligt Socialstyrelsen¹. Nästan alla landsting rekryterar aktivt specialistläkare i andra länder. Socialstyrelsens prognos pekar på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas.

Arbetsförmedlingen menar att behovet av att rekrytera läkare kommer att öka mycket under de kommande tio åren. Anledningar är bland annat att vårdbehovet i samhället ökar och att fler läkare än normalt väntas gå i pension. Visserligen har det skett en ökning av antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen, men den motsvarar fortfarande inte det framtida behovet. Arbetsförmedlingen menar att tillskotten från andra länder och från studenter som genomfört läkarutbildningen utomlands bidrar, men är inte tillräckliga för att täcka behovet.

Sedan 2003 är mer än hälften av de läkarlegitimationer som utfärdas varje år baserade på en utländsk utbildning². En viss del av dessa är personer som invandrar till Sverige, men nästan en tredjedel av alla läkarstudenter med studiemedel är elever från Sverige som valt att gå läkarutbildningen utomlands. Miljöpartiet ser flera problem med detta. I en del länder ingår praktik, vilket innebär att du är färdig läkare när du kommer till Sverige, utan att ha testat den svenska begreppsapparaten. Det är också beklämmande att ett förhållandevis rikt land som Sverige inte klarar av att utbilda till det egna behovet. Hur kostsamt det är för andra länder att utbilda läkare som senare beger sig därifrån, och vad det betyder för den egna läkartillgången i vissa EU-länder är svårt att säga, men kostsamt bör det vara. Även om det för svenska studenter finns en hel del på pluskontot med att studera utanför Sverige, få nya erfarenheter och kontakter som leder till mycket positivt menar vi att fler läkare måste kunna utbildas i Sverige.

Läkarbristen gäller inte rakt av. Det skiljer sig mellan olika specialiteter, mellan olika sektorer och i olika landsting.

Läkarförbundet har gjort en egen undersökning av primärvårdens bemanning som i stort sett samtliga vårdcentraler i landet besvarat³. De konstaterar att de stora skillnaderna i läkartäthet som finns mellan och inom landsting innebär att befolkningen inte erbjuds primärvård på lika villkor. De bedömer att antalet ST-läkare skulle behöva öka med 50 procent fram till år 2017 med det uppdrag som vårdcentralerna har idag.

För att nå det mål riksdagen tidigare uttalat om en allmänläkare per 1 500 patienter saknas det i dagsläget cirka 1 400 heltidsarbetande läkare (30 procent). Med samma mål skulle det fram till 2017 behövas en fördubbling av antalet ST-läkare.

¹ Nationella planeringsstödet 2013–tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

² DN.se 2013-07-25.

³ Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning, rapport mars 2013.

Fel! Okänt namn på

Högskoleverket, numera Universitetskanslerämbetet, har beräknat att det årliga rekryteringsbehovet fram till 2019 ligger i genomsnitt på drygt 1 500. Det är enligt HSV ungefär 250 personer över det antal som årligen kommer att examineras från det svenska utbildningsväsendet till dess. Därefter beräknar man att det årliga rekryteringsbehovet blir något lägre än tillgången på nyutexaminerade läkare. Då inkluderas dock ett antagande om ett årligt invandringsöverskott av personer med utländsk läkarutbildning under hela perioden fram till 2030. En del av dessa utgörs av svenska medborgare som utbildat sig till läkare i andra länder.

Regeringen har till viss del utökat läkarutbildningen. I budgetpropositionen för 2013 framkom att 80 platser skulle tillkomma 2013 och 2014. Regeringen skrev även att den överväger att ytterligare utöka läkarutbildningen med i storleksordningen 170 nybörjarplatser. Detta är inte ett resonemang som återkommit i årets höstbudgetproposition och inga ytterligare nybörjarplatser har tillsatts. För de platser som tillsatts har inte några extra medel tillförts. Regeringen har räknat med omstrukturering av platser på universiteten och de medel som man får in genom avgifter som utländska studenter nu betalar. Miljöpartiet har hela tiden vänt sig emot att utländska studenter ska avgiftsbeläggas och att finansieringen ska ske på annat sätt.

Vi i Miljöpartiet menar att det är viktigt att skapa större konkurrens bland läkare och bli mindre beroende av läkare utbildade i andra länder. Därför behöver den svenska läkarutbildningen utökas. Det vill vi ge regeringen tillkänna. Vi föreslår en kraftig ökning med 250 nybörjarplatser fyra år i rad, totalt 1 000 platser. Finansieringen är komplex eftersom det förutom finansiering till varje lärosäte även handlar om konstruktion av så kallat ALF-avtal⁴, tillgång på lokaler och möjligheter att kunna ge läkarstudenter handledning.

Läkarutbildningsutredningen gjorde i sitt betänkande "För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning" (SOU 2013:15) en beräkning av vad den sammantagna tilldelningen av medel för utbildningen av läkare, inklusive ALF-ersättning till landstingen, skulle bli. Det uppskattas till cirka 200 000 kronor per student och år, se vidare vår anslagsmotion på utgiftsområde 9.

Utländska vårdutbildade som resurs

Att utbilda fler läkare är ett långsiktigt projekt. Även på kort sikt behövs insatser. Merparten landsting söker för närvarande aktivt läkare utomlands, deltar i mässor och försöker på olika sätt locka personal till det egna landstinget. Förmodligen kan man nå effektivitetsvinster genom att ta ett delvis mer samlat grepp om rekryteringsprocessen, utbildningsinsatser etc. För även om läkarutbildade inom EU genom den fria rörligheten enkelt ska kunna jobba i Sverige finns trots allt en del hinder på väg dit. Vi menar att regeringen bör låta se över hur rekryteringarna sker och huruvida större effektivitet

⁴ Avtal om ersättning för klinisk utbildning och forskning till landstingen. Ett nytt avtal väntas träda i kraft senast i slutet av år 2014.

Fel! Okänt namn på

och samordningsvinster kan ske med en delvis mer samlad struktur för rekrytering av läkare från andra länder inom EU. Regeringen bör inleda diskussioner med SKL i frågan. Det vill vi ge regeringen tillkänna.

Läkare som kommer från länder utanför EU har en markant annorlunda situation än läkare inom EU som av olika skäl vill jobba i Sverige. Det finns exempel på läkare med dubbel specialistkompetens från tredje land som i årtal försökt leva upp till svenska krav utan resultat.

Miljöpartiet vill att frågan om validering för examen och läkarerfarenhet utanför Sverige ses över, för att på ett enkelt och bra konstruerat sätt möjliggöra för de personer som berörs att få jobb inom sitt yrkesområde. Det är ett stort slöseri för samhället att dessa läkares erfarenhet inte tas tillvara tidigare och smidigare. Frågan gäller även andra kompetenser inom vården. Detta vill vi ge regeringen tillkänna.

Hyrläkare

Att det finns brist på läkare gör att det finns utrymme för hyrläkare, ett system som i den enskilda situationen kan vara en räddning, men som också har fått hård kritik. Det kan leda till orimligt stora kostnader för landstingen och brist på kontinuitet för den enskilde.

Enligt en sammanställning Dagens Samhälle gjort har landstingens kostnader för hyrläkare ökat med 30 procent i hela landet mellan 2010 och 2012, till sammanlagt 2,3 miljarder kronor. Landstingen kämpar med frågan och försöker hitta olika lösningar. I Jämtlands läns landsting har man sagt nej till hyrläkare, vilket dock har lett till problem med obesatta tjänster.

I andra landsting har man givit andra förmåner för att förmå läkare att komma dit, såsom möjligheten att kunna forska på deltid med heltidslön. Det finns också exempel på gratis bostad, betalda studielån etc. I Gävleborg ville man ha ett system där inga förmåner skulle vara dolda och erbjöd en tid 200 000 vid "sign on-anställning", vilket ett tag utökades till 500 000 för den som lovade stanna i två år. De kände sig dock tvungna att backa och har i dagsläget högst kostnad för hyrläkare. Många landstingspolitiker känner stor förtvivlan över hur de tvingas in i ett slags budgivning som inte känns rimlig.

Inom Folktandvården gjordes för ett antal år sedan ett gemensamt uttalande om att säga nej till hyrtandläkare. I stället anställde man i många landsting ambulerande extraresurser som kan täcka upp vid akuta behov, ett system som fungerat väl.

En del av dem som arbetar som hyrläkare gör det för att det passar i deras livssituation eller för att de helt enkelt tycker om det. Fördelar kan vara möjligheten att slippa administration, få mycket patientkontakt, och en del kan uppskatta att pröva att bo i olika delar av landet. Visst betyder säkert de höga lönerna mycket för många, men inte nödvändigtvis för alla och inte enbart.

För en jämlik vård i hela landet, och ett mer hållbart system anser vi att regeringen bör inleda samtal med SKL i syfte att skapa ett regionalt eller nationellt poolsystem för att på ett mer strukturerat, men också attraktivt sätt,

Fel! Okänt namn på

kunna besätta tillfälliga tjänster där behovet är akut. Den dag då läkartillgången är mer i balans kommer behovet att avta.

Vi anser även att det är viktigt att särskilda löneförmåner måste redovisas på ett öppet och transparent sätt.

Otillräckliga verktyg för dimensionering

Det skriande behov som finns av läkare inom specialiseringarna psykiatri och allmänläkare är exempel på att systemet för dimensionering inte riktigt fungerar. Ansvar är både otydligt och splittrat mellan stat, landsting och universitet. Det är inte helt klart vilket ansvar respektive nivå har. Bilden är betydligt mer komplex än för andra yrkeskategorier. Socialstyrelsens roll och vilken status dess prognoser har är otydlig. Dessa frågor har också lyfts av Riksrevisionen⁵.

Miljöpartiet anser att det behövs förbättrade sätt att säkerställa tillräcklig kompetens inom sjukvården i hela landet i ett långsiktigt perspektiv. Vi anser att regeringen behöver återkomma med ett förslag i frågan.

Enligt HSL 15 § ska landstingen ge möjlighet till specialiseringstjänstgöring (det som kallas ST-tjänst) i en omfattning som motsvarar det planerade behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Läkarförbundet pekar på att det är en brist att landstingen, när de redovisar behov, inte alltid inbegriper de enheter som bedriver vård på uppdrag av landstinget. Detta trots att LOV numer är tvingande och det inte längre bara är landstingen som bedriver primärvård. Om det skulle bli såsom nuvarande regering vill, det vill säga samma utveckling i specialistvård, skulle det göra frågan än mer angelägen.

En del landsting gör bredare analyser i diskussion med alla utövare av primärvård, men långt ifrån alla. Därmed riskerar det beskrivna behovet att bli missvisande. Regeringen bör återkomma med förslag om ett förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen eller på annat sätt säkerställa behovet av specialiseringstjänstgöring genom att inbegripa alla de enheter som bedriver vård på uppdrag av landstinget. Det vill vi ge regeringen tillkänna.

Regeringen bör även se över om det behövs särskilda stimulansmedel för att säkra AT- och ST-tjänster i tillräcklig omfattning. Vårdenheter som har en tuff situation kan ha svårare än andra att ta emot, även om det i sin tur gör att de kan ha svårare att besätta tjänster framöver.

Schemaläggningen för läkare behöver öka

Systemet med jourläkare har alltför många länder i Europa lämnat. Allt fler landsting har också börjat schemalägga sina läkare även efter klockan 21 på kvällen. Vi tror att en ökad schemaläggning av läkarna skapar en mer effektiv

⁵ RiR 2009:10.

vård, genom att resurserna kan användas bredare fördelat över dygnet. När intensivvården i Malmö började schemalägga sina läkare så frigjordes ungefär 20 procent av arbetstid som kunde användas för till exempel vidareutbildning, forskning eller handledning av studenter, med bibehållen vårdproduktion.

Ett nytt fyraårigt kollektivavtal har nyligen tecknats mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Läkarförbundet om löner och villkor för alla landstingsanställda läkare. Vi anser dock att regeringen bör ta initiativ till en fördjupad diskussion med SKL om förbättrad schemaläggning för bättre arbetsmiljö, planeringsförutsättningar och ekonomi för sjukvårdshuvudmännen. Detta vill vi ge regeringen tillkänna.

Glesbygdsmedicin som ny innovativ möjlighet

Att hitta sätt att bedriva bra vård i glesbygd med begränsade resurser och långa avstånd till närmsta sjukhus är en stor utmaning. Att rekrytera läkare eller specialistsjuksköterskor har ofta visat sig vara svårare än på andra håll, därmed uppstår behov av hyrläkare till höga kostnader, vilket i sin tur riskerar utarma sjukvården. Det leder också till försämrad kontinuitet för patienter. Samtidigt är tillgången till fungerande sjukvård en del av en infrastruktur som få människor vill eller kan klara sig utan. Det kan vara det som avgör huruvida man vill bo kvar eller flytta. Och det kan också avgöra huruvida man vill flytta till glesbygd eller ej.

Inom praktiken glesbygdsmedicin⁶ pågår en intressant och viktig utveckling dels genom att man tillvaratar utvecklingen inom e-hälsoområdet, nya tekniska hjälpmedel som erbjuder kontakt med expertis på nya sätt och möjliggör vårdinnovationer, dels eftersom det i glesbygd råder speciella geografiska förhållanden och utmaningar som ställer höga krav för att vård ska kunna ges på ett jämlikt sätt med övriga landet. Detta betyder sammantaget att forskning, utveckling, utbildning och praktik inom området glesbygdsmedicin blir till en helhetskompetens med höga krav.

Sverige ligger redan förhållandevis långt fram när det gäller detta. Men här finns en enorm utvecklingspotential. Sverige skulle kunna utveckla detta område ännu mer och satsa på att bli det land som har spetskompetensen inom glesbygdsmedicin. Även om länder som Kanada och Australien har utvecklat kompetens på att snabbt fysiskt komma på plats så erbjuder ny teknik inom området e-hälsa oändligt många framtidsmöjligheter till insatser på distans och här har Sverige en bra position.

Förmodligen är vi bara i startgroparna för vad som är möjligt. I ett framtidsscenario skulle Sverige kunna tydligt ta täten internationellt inom området innovation kopplat till e-hälsa. De flesta länder står på ett eller annat sätt inför behov av utveckling av hälso- och sjukvården. I utvecklingsländer kan inno-

⁶ Svensk klar definition saknas av begreppet, men det bygger på det internationellt använda begreppet Rural medicine med akademisk förankring, enligt Glesbygdsmedicinskt centrum, Västerbottens läns landsting.

Fel! Okänt namn på

vationer inom e-hälsa kopplat till glesbygd och brist på infrastruktur göra särskilt stor nytta. För det svenska samhället kan en sådan utveckling komma både den svenska glesbygden och andra delar av samhället till del.

Glesbygdsmedicin som utvecklingsområde och koncept kan med hjälp av särskilda satsningar ligga i framkanten och därmed locka studerande, yrkesutövare och forskare. Det tror vi även på sikt kan leda till en mer stabil tillgång på sjukvårdsresurser i delar av landet där det varit svårt att skapa bra lösningar.

För att lyfta området vill vi därför tillsätta medel för att skapa ett center om excellens i glesbygdsmedicin. Med detta syfte vill vi vidareutveckla nuvarande center för glesbygdsmedicin i Västerbotten, med sikte att bli världsledande för vård på distans. Centret ska erbjuda samlad kunskap, konsultation, teknisk och medicinsk innovation och även forskning, utbildning och klinisk tillämpning. En viktig del är samverkan med näringsliv för att pröva ny teknisk innovation för vård på distans.

Grunden är att människor, i så hög utsträckning som möjligt, ska kunna få lika bra vård oavsett var i landet man bor. Kontinuerlig kontakt med patienter, anhöriga och brukarorganisationer är en förutsättning och utgångspunkt för att utvecklingen sker tillsammans med dem som berörs för att bli så bra som möjligt.

Fler specialistsjuksköterskor – inrätta pilotprojekt

Specialistsjuksköterskor har en påtagligt viktig roll och funktion i vården. Deras roll kan utvecklas ytterligare, vilket avgjort skulle bli en förebyggande insats och innebära höjd kvalitet. Efterfrågan ökar.

Dessvärre är antalet specialistsjuksköterskor i dagsläget alldeles för litet. Mellan 1995 och 2010 minskade antalet specialistsjuksköterskor. Från att ungefär två tredjedelar av sjuksköterskorna hade specialistutbildning var det knappt hälften 2010⁷.

Det finns också mycket små incitament för sjuksköterskor att vidareutbilda sig och få specialistkompetens. Socialstyrelsen har konstaterat att de ekonomiska incitamenten är svaga eftersom lön inte utgår under utbildningen och eftersom lönen inte avgörande skiljer sig från lönen för sjuksköterskor utan specialistutbildning. Därtill är det inte säkert att utbildningen leder till nya arbetsuppgifter eller utökad ansvar. Arbetsgivare brister ofta i att organisera vården så att specialistsjuksköterskornas särskilda kompetens tillvaratas.

Förutsättningarna att vidareutbilda skiljer sig åt, och arbetsgivare gör ibland särskilda överenskommelser. Till exempel att den som får lön i någon utsträckning under studietiden samtidigt förbinder sig att vara kvar hos arbetsgivaren ett visst antal år. Sammantaget innebär det dock att sjuksköterskestuderande som är i samma utbildningssituation kan ha fullständigt olika finansieringsvillkor.

⁷ Nationella planeringsstödet 2013, Socialstyrelsen.

Fel! Okänt namn på

Situationen har fått Vårdförbundet att föreslå vad de kallar Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor. Idén är att införa ett system med så kallade utbildningsanställningar, där utbildningen till specialistsjuksköterska ska kunna ske inom ramen för en anställning. Vårdförbundet ser det som ett sätt att möta behovet hos befolkningen och försörjningen av specialiserade sjuksköterskor samtidigt som det bidrar till en vård av hög kvalitet. Det innebär dessutom ny forskning och utveckling av sjuksköterskornas huvudområde omvårdnad.

I förslaget får huvudmännen ansvar att bereda plats. Den studerande får lön och goda anställningsvillkor enligt kollektivavtal och det verksamhetsintegrerade lärandet ligger i fokus. Man ska kunna söka sig till dessa utbildningsplatser. Det ska finnas kvar en möjlighet att även studera till specialist-sjuksköterska utan utbildningsanställning. Ansvar för innehåll och examination ligger fortfarande kvar på respektive universitet/högskola.

Miljöpartiet välkomnar tanken om utbildningsanställningar. Vi föreslår också att detta ska kunna prövas på ett par olika ställen i landet, med olika specialistinriktningar.

Frågan rör vårdstrukturen över lag i Sverige och därmed bör det vara ett delat ansvar mellan stat och landsting att pröva utformningen av specialiseringsystemet. Vissa likheter finns med läkarutbildningens ST-tjänster.

En försöksverksamhet med utbildningsanställningar behöver prövas och utvärderas. I höstens budgetmotion föreslår vi ett pilotprojekt för 100 platser inom psykiatri och 100 platser inom vård av äldre.

Dessutom föreslås en särskild satsning på 30 platser med glesbygdsmedicinsk inriktning. I detta syfte avsätts 113 miljoner kronor årligen under en projekttid av två år.

Advanced nurses

I många länder har sjuksköterskor en mindre avancerad yrkesroll än i Sverige. Det finns dock några länder där sjuksköterskors roll tvärtom har lyfts upp ännu mer genom "rural nursing" och begreppet "advanced nurses" eller "advanced nurse practitioner". Tanken är att sjuksköterskor med specialistkompetens kan få mycket mer självständiga roller än i dagsläget. Välutbildade och erfarna sjuksköterskor kan ta över en hel del av det som läkare gör i dag och som inte nödvändigtvis behöver kräva läkarexamen för att utföra. Det går att tänka annorlunda och vi ser, inte minst med det glesbygdsmedicinska och det e-hälsoperspektiv vi tar upp i den här motionen, att det är dags att öppna upp för tanken på "advanced nurses". Det finns vissa utbildningar som startat med denna inriktning i Sverige, t ex med titeln avancerad klinisk sjuksköterska eller avancerad specialistsjuksköterska. Det råder dock oklarheter huruvida de verkligen leder till att de som går utbildningen i praktiken har möjlighet att få utökat ansvar. Det finns idag ingen yrkestitel som motsvarar detta i Sverige, men vi vill att regeringen snarast utreder möjligheten och återkommer med förslag på hur en sådan kan inrättas. Detta vill vi ge regeringen tillkänna.

Fel! Okänt namn

Utöka förskrivningsrätt och rätt att sjukskriva till fler yrkesgrupper

Det finns en tendens att samhället dåligt tar vara på den kompetens olika yrkesgrupper har. När arbetet sker i team med olika yrkeskategorier finns möjlighet till en helhetssyn som annars saknas, insatserna blir bättre.

Miljöpartiet anser att det finns goda skäl att utreda en möjligt ökad förskrivningsrätt för specialistutbildade sjuksköterskor och sjukgymnaster. Regeringen bör se över hur detta kan ske. Det vill vi ge regeringen tillkänna.

En annan fråga gäller yrkesgrupperna sjukgymnaster och psykologer som vi menar bör få möjlighet att besluta om sjukskrivning. Ofta gäller sjukdomstillstånd problem i rörelseorganen eller psykologiska skäl, och dessa yrkeskategorier menar vi på ett mycket bra sätt kan bedöma huruvida en sjukskrivning är bra eller inte för en person i en viss situation. Det är slöseri att samhället inte tillvaratar dessa yrkeskategorier bättre. Att team med olika yrkeskategorier är involverade är som nämnts väsentligt, liksom vikten av återkoppling vid långa sjukskrivningar. Regeringen bör återkomma med förslag som ger sjukgymnaster och psykologer möjlighet att besluta om sjukskrivning. Det vill vi ge regeringen tillkänna.

Ytterligare ett fält där vi menar att läkare kan avlastas och där psykologer skulle kunna göra bedömningen är vid beslut om tvångsvård. Vi anser att frågan behöver utredas där såväl risker som möjligheter sammanvägs. Detta vill vi ge regeringen tillkänna.

Gör det intressant att jobba i vården

En bra arbetsmiljö är grundläggande. Att ha tid och möjlighet att utföra sitt arbete på ett bra sätt är det som förstås har störst betydelse. Tid för handledning och reflektion är också något som det måste finnas utrymme för, men det finns också mycket annat att peka på. I dagsläget är administrationen en tung del. Vi anser att den behöver granskas och systemen förbättras. Det är absurt om varje landsting ska ha sina egna kostsamma system, det skapar allt annat än effektivitetsvinster.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över den administration som belastar personalen i vården. I detta uppdrag bör ingå att se över de bristande it-system som finns i vården.

Vi anser även att Arbetsmiljöverket bör få i uppdrag att inleda ett särskilt utvecklingsarbete för bättre arbetsmiljö i vården. Det vill vi ge regeringen tillkänna.

Miljöpartiet driver rätten till heltid och möjlighet till deltid. Vi vill också komma tillrätta med missbruket av visstidsanställningar och anser att arbetsgivaren inte ska vänta in i det längsta enligt vad lagen anger innan man anställer. Vi vill också ha en mer flexibel pensionsålder och begränsa ”delade turer”, ett orimligt system som används ibland för schemaläggning av arbetstiden. Personal i den kvinnodominerade vård- och omsorgsbranschen ska ges en rimlig chans att slippa slita ut sig på jobbet. Vi har därför avsatt en pott på

Fel! Okänt namn på

500 miljoner kronor som kommuner kan ansöka från för att förkorta arbetstiden för sin personal inom äldreomsorgen.

Det kan vidare vara intressant att utveckla möjligheten till kombinationstjänster mellan kommun och landsting. Stimulans till praktik utomlands och på andra platser är av godo. Ledarskapsfrågan är helt central för att personalgrupper ska känna sig väl till mods och att deras arbetsförmåga ska tas tillvara och vidareutvecklas.

Det gäller att skapa ett kreativt klimat. Vi tror också att man med fördel kan ta hjälp av andra yrkeskategorier i vården. Det kan vara logistiker, för att få processer att fungera optimalt. Konstnärer kan ge oväntad inspiration. Designers när det gäller lokaler, form och färg är inte minst betydelsefullt, som några exempel.

En brukaranpassad vård och patientsäkerhet

Vi anser också att all vård utvecklas genom ett nära samarbete med brukar- och patientorganisationer. Ett sådant arbete bör formaliseras för att fungera och vi anser också att kontinuerlig brukarrevision är central för utveckling av kvalitet i verksamheten. Vi anser också att personer med egna erfarenheter av vissa sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättningar med fördel bör anställas för att delta i utvecklingen av vården ur ett patient- och brukarperspektiv. Vikten av brukarrevision vill vi ge regeringen tillkänna.

Miljöpartiet anser också att riskanalyser i vården är ett eftersatt område. Genom att göra systematiska riskanalyser där också brukare, patienter och deras organisationer är involverade kan mycket förändras och förbättras i vården. Det gäller både bemötandefrågor och att i så hög grad det bara är möjligt ha vårdflöden där risker för felbehandling, missar eller vårdskador minimeras. Kunskap, erfarenhet och reflektioner från vårdens samtliga yrkeskategorier och fackorganisationer ska tas på högsta allvar.

I vissa fall krävs mer resurser, åtminstone initialt för att göra noggranna analyser, men när vården utformas så att den fungerar på bästa möjliga sätt är det också möjligt att resurser kan frigöras. Inte minst eftersom varje felbehandling eller skada är kostsam, både ur ett individperspektiv och ur ett samhällsperspektiv.

Stockholm den 30 september 2013

Agneta Luttröpp (MP)

Jabar Amin (MP)

Tina Ehn (MP)

Peter Eriksson (MP)

Jan Lindholm (MP)

Agneta Börjesson (MP)

Magnus Ehrencrona (MP)

Maria Ferm (MP)

Gunvor G Ericson (MP)