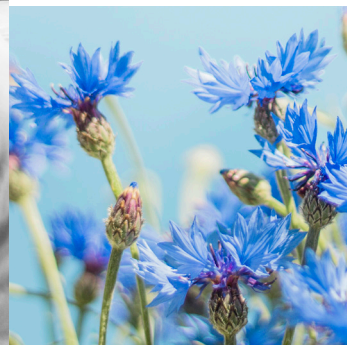


# Nio utmaningar för en liberal hälso- och sjukvård

PROGRAM FRÅN ARBETSGRUPPEN  
"VÅRD OCH VÄLFÄRD I HELA SVERIGE"



FÖRSLAG TILL  
LIBERALERNAS  
LANDSMÖTE  
17-19 NOVEMBER 2017



Liberalerna

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
Utmaning 1	2
Utmaning 2	3
Utmaning 3	4
Utmaning 4	5
Utmaning 5	6
Utmaning 6	7
Utmaning 7	8
Utmaning 8	9
Utmaning 9	10
<b>Patienten har makt och inflytande över vården</b>	<b>13</b>
Stärkt patientperspektiv i sjukvården	13
Rätt att välja vård	13
Stärk mångfalden	14
Värdeskapande åtgärder	15
Ökat inflytande för patienten	15
<b>En hälso- och sjukvård präglad av kontinuitet och tillgänglighet</b>	<b>16</b>
Jaga inte det perfekta systemet	16
Tillgänglighet 2.0	17
Återinför en reformerad kömiljard	17
Minskat antal överbeläggningar	17
En genomgripande primärvårdsreform	18
Fast vårdkontakt – en patienträttighet	19
Informerade patienter tar ansvar för sin egen hälsa	20
<b>En modern organisation som stärker svensk hälso- och sjukvård</b>	<b>21</b>
Stärkt uppföljning	22
Finansiering	22
<b>Världens säkraste hälso- och sjukvård</b>	<b>23</b>
Världens säkraste hälso- och sjukvård	23
Stärk forskningen om patientsäkerhet	23
Rätt att reklamera vård	24
Trygga patienter	24
Modernisering av vården ska intensifieras	25
Avstängning från yrkesutövande i hela Sverige under utredning	25
Nationella upphandlingar av vaccin	25
Säkrad följsamhet till de nationella läkemedelsrekommendationerna	26
Jämställdhet är en patientsäkerhetsfråga	26
<b>Individen tar ett stort ansvar för sin hälsa och för sina levnadsvanor</b>	<b>27</b>
Främja hälsa och förebygg sjukdom	27
Vaccination räddar liv	27
Hälsofrämjande levnadsvanor och utvecklad beroendevård	28
Fortsatt restriktiv narkotikapolitik	28
Tänderna är en viktig folkhälsofråga	29
Hälsa betydelsefullt för integrationen	29
<b>Ett ökat psykiskt välbefinnande</b>	<b>30</b>
Respektera vårdgarantin	30
Psykiatriambulanser	31
Minskat behov av tvångsåtgärder	31
Barnets behov i fokus	31
Slopad patientavgift vid tvångsvård	32
Rätt till stöd och hjälp	32
<b>Frihet och värdighet hela livet</b>	<b>34</b>
En sömlös vård	34
Fler hembesök	34
Förebygg, trygga, stötta	35
Rätt att få den bästa behandlingen, och rätten att slippa den	35
Ökade kunskaper om våld mot äldre	35
Stärkt stöd till anhörigvårdare	36
Utvecklade måltider	36
Ingen ska behöva dö ensam	37
<b>En moderniserad vård för personal och patienter</b>	<b>38</b>
En statlig investeringsfond	38
Ge vårdens medarbetare moderna verktyg	38
Stärkt digital tillgänglighet	39
Patientens rätt till sin egen information	39
Nya förutsättning för jämlik vård	40
Digitala behandlingsformer	40
<b>Säkrad kompetensförsörjning av vården</b>	<b>41</b>
Stärk möjligheten till karriär	42
En modern specialistutbildning för sjuksköterskor	42
Förbättrad arbetsmiljö	42
Se studenter som en resurs inom vården	43
Recertifiering av legitimerad personal	43
Utvecklad undersköterskeutbildning	44
Förenklat godkännande av utländska examina	44
Läringsutbildning och instegsjobb	44
Underlätta för vårdpersonals utlandstjänstgöring	45
Minskat beroende av inhyrd personal	45

# Nio utmaningar för en liberal hälso- och sjukvård

**Utmaning 1:** Patienten har makt och inflytande över vården

**Utmaning 2:** En hälso- och sjukvård präglad av kontinuitet och tillgänglighet

**Utmaning 3:** En modern organisation som stärker svensk hälso- och sjukvård

**Utmaning 4:** Världens säkraste hälso- och sjukvård

**Utmaning 5:** Individerna tar ett stort ansvar för sin hälsa och för sina levnadsvanor

**Utmaning 6:** Ett ökat psykiskt välbefinnande

**Utmaning 7:** Frihet och värdighet hela livet

**Utmaning 8:** En moderniserad vård för personal och patienter

**Utmaning 9:** Säkrad kompetensförsörjning av vården

## MOTIONER TILL LANDSMÖTET

Denna rapport innehåller förslag som behandlas på Liberalernas landsmöte i november 2017. Inför landsmötet gäller motionsrätten de **förslag som tas upp i de numrerade punktlisorna**.

Många rapporter innehåller dessutom en fördjupande text med fakta och argumentation kring förslagen, men detta ska betraktas som bakgrundstext och är inte föremål för landsmötets beslut. Om landsmötet ändrar förslagen kommer följdändringar i bakgrundstexten att ske.

# Patienten har makt och inflytande över vården

1. Hälsa- och sjukvårdslagen behöver moderniseras och perspektivet förflyttas från ett befolkningsperspektiv till patientmakt. Varje patient ska ha rätt att få vård efter behov och att fritt välja vårdgivare i hela landet. Vården ska vara evidensbaserad och kostnads-effektiv.
2. Patientlagen ska innebära en skyldighet för landstingen att ge patienter valfrihet och egenmakt. Patienten ska ha rätt att välja mellan olika vårdgivare i såväl det egna landstinget, som i ett annat landsting. Denna valfrihet ska gälla såväl öppenvård som slutenvård.
3. Patientinformationen ska utvecklas och vara tillgänglig via nätet så att det blir enklare att göra jämförelser mellan vårdgivare och landsting, i syfte att driva utvecklingen framåt, att stärka patienten och att underlätta val.
4. Ersättningsystemen till vårdgivare måste utformas på ett sådant sätt att för patienten värdeskapande åtgärder premieras, med stärkta krav på tillgänglighet och kontinuitet.
5. Fler sjukhus ska drivas i privat regi i landet. Ytterligare minst fem sjukhus ska drivas i privat eller idéburen regi, med syfte att skapa en mångfald av utförare och stimulera innovation, kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet.

# En hälso- och sjukvård präglad av kontinuitet och tillgänglighet

6. Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet ska stärkas. En genomgripande primärvårdsreform inspirerade av den norske fastläkarreformen ska genomföras i syfte att stärka primärvårdsläkarens roll i sjukvårdssystemet och förbättra kontinuiteten för patienterna och effektivisera sjukvården. Varje läkare ska ansvara för sina listade patienter och samordna den vård som behövs. Alla patienter ska ha rätt till en patientvald vårdkontakt, PVV, såsom till exempel en patientansvarig läkare.
7. Primärvårdsläkaren ska ha möjlighet att driva egna företag genom avtal med regionerna och landstingen och där erbjuda listade patienter ett brett utbud av vård. Läkarna ska också vara tillgängliga för kommunala uppdrag som vård i äldreboenden och skolhälsovården.
8. Svensk sjukvårds fokusering på akutsjukhusen behöver förändras. Bristen på allmänläkare måste brytas genom att läkare med andra specialiteter, under en övergångsperiod, får etablera sig som fasta läkare i primärvården.
9. Inför en fast kontakt på apotek, delvis finansierad av sjukvårdshuvudmannen, för patienter med många eller avancerade läkemedel. Den fasta apotekskontakten ska kunna erbjuda patienter tjänster som rådgivning, läkemedelsgenomgångar och kunna ta direktkontakt med ansvarig förskrivare.
10. Personer som har nedsatt förmåga att ta sig till sjukvårdsinrättningar ska ha rätt till mobil sjukvård. Mobil sjukvård kan innefatta akutbedömningar, slutenvårdsuppgifter som utförs i hemmet samt sjukvård på primärvårdsnivå.
11. Tillgänglighet är svensk sjukvårds största utmaning och den tidigare så effektiva kömiljarden ska återinföras i utvecklad form och permanentas. En reformerad kömiljard ska fortsatt ha fokus på kortade väntetider i hela vårdkedjan inklusive diagnostik och återbesök, men också ha fokus på samordning och kontinuitet.
12. Konstanta överbeläggningar skapar en ineffektiv och patientosäker vård. Överbeläggningarna kan minskas genom smartare bemanning och snabba, trygga hemgångar. Ingen färdigbehandlad patient ska hållas kvar på en sjukhusavdelning på grund av en ohållbar hemsituation
13. Alla vårdgivare ska åläggas att erbjuda en lika bra digital tillgänglighet som fysisk, där patienten utifrån situation och önskemål själv ska kunna välja att konsultera vården med en e-tjänst, telefon, video eller vanligt fysiskt besök.

# En modern organisation som stärker svensk hälso- och sjukvård

14. Det behövs en maktförskjutning inom hälso- och sjukvården till patienterna. Patienten ska ha rätt att vara delaktig i utformningen av den egna vården och därmed ha rätt till en hälso- och sjukvård som i högre utsträckning tar hänsyn till hens önskemål och förmågor.
15. Huvudmannskapet över sjukvården ska ligga hos regioner och landsting. Staten ska besluta var den högspecialiserade vården ska bedrivas. Rikssjukvårdsnämnden ska ersättas av en styrelse som beslutar om vad som ska definieras som nationellt högspecialiserad vård och var den vården ska ges. Vårdens kvalitet ska vara avgörande. Regionalpolitiska hänsyn ska inte tas.
16. Inom områden där patientunderlaget är litet, exempelvis vid sällsynta diagnoser eller där dyrbar teknisk utrustning krävs, bör den högspecialiserade vården struktureras i europeiska specialistcentrum.
17. För att åstadkomma en likvärdig och evidensbaserad hälso- och sjukvård krävs en ökad nationell kunskapsstyrning som säkerställer att nationella riktlinjer följs. Kunskapsstyrningen säkrar att våra begränsade resurser används på ett sådant sätt att de gör störst nytta.
18. Den statliga Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska ha rätt att besluta om att stänga enskilda vårdverksamheter vid långvarig bristande kvalitet i utförande, vid allvariga händelser eller bristande följsamhet till nationella riktlinjer. De granskningar som IVO genomför måste ske kontinuerligt och resultatet måste återkopplas snabbt.
19. Kraven på landsting och regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation ska skärpas. Lagstiftningen ska revideras så att alla sjukvårdshuvudmän får i uppdrag att aktivt bedriva sådan verksamhet.
20. Hälso- och sjukvården ska i huvudsak finansieras gemensamt och solidariskt. Patientavgifter ska användas för att styra vårdkonsumtionen. Detta innebär att högkostnadsskyddet förändras och kan differentieras för öka intäkterna till vården och samtidigt skydda dem med störst behov. En utredning bör belysa sjukvårdens framtida prioriteringar, finansiering och behovet av justeringar av patientavgifter.
21. Genom att låta regioner och landsting ta över kostnadsansvaret för sjukskrivningarna från försäkringskassan kan möjligheterna med finansiell samordning (Finsam), där vi kopplar ihop sjukskrivning med behandling, utvecklas.
22. Samverkan med Life-science-sektorn ska stärkas i syfte att utveckla nya mer individualiserade ersättningsformer där läkemedelsbehandling ersätts efter resultat.
23. Privata vårdgivare bidrar till ett brett vårdutbud och ska uppmuntras att erbjuda vård i hela landet. LOV ska breddas så att fler områden än primärvårdens vårdcentraler omfattas av kravet på patientens eget val. Principen ska vara att all vård som är lämplig för vårdval också erbjuds i den formen. Avvikelser från detta måste kunna motiveras särskilt.
24. Idéburna verksamheter bidrar med ett mervärde genom sitt ideella engagemang. Lagstiftningen måste ändras så att sådana verksamheter kan undantas från LOU. Möjligheten till ideell-offentlig samverkan behöver stärkas.

# Världens säkraste hälso- och sjukvård

25. Sverige ska ha världens säkraste hälso- och sjukvård. En nollvision mot undvikbara patientskador och vårdrelaterade infektioner ska införas.
26. Modernisering av vården ska intensifieras. I detta arbete ska patienten involveras. Progressiva verksamheter som inför nya lösningar och som skapar karriärvägar för innovativ personal ska belönas. Särskilda innovationsfonder ska skapas i flera landsting och regioner för att stimulera medarbetarnas innovationsinitiativ.
27. Patienten ska ha rätt att reklamera vård som innehållit felbehandlingar eller lett till vårdskador. Det måste bli tydligt att den vårdgivare som vållar skadan eller felbehandlingen ska stå för kostnaden för de vårdbehov som uppstår.
28. Hälso- och sjukvårdens patienter ska känna sig trygga i förvissningen om att de behandlingsmetoder som vården använder vilar på vetenskaplig grund. Lagstiftningen ska skärpas så att det blir tydligt att legitimationen är förknippad med ett ansvar för sitt agerande och att den behandling och de råd som vårdpersonalen ger ska vila på vetenskaplig grund, även utanför det dagliga arbetet i vården.
29. Legitimerad sjukvårdspersonal som misstänks för allvarlig felbehandling och som kan utgöra en fara för patientsäkerheten utreds av IVO och HSAN. En anmälan som ses som så graverande att den legitimerade under utredningen stängs av från sin arbetsplats ska även innebära tillfälligt indragen förskrivningsrätt och avstängning från yrkesutövande i hela Sverige under samma period.
30. Genom en stärkt patientlag ska psykiskt sköra personer skyddas från kvacksalveri och behandlingsmetoder som saknar vetenskaplig grund. Det finns flertalet terapier vid psykisk ohälsa som inte är grundade på vetenskap och som utövas av personer som inte har hälso- och sjukvårdens legitimationsyrken. Risken är stor att psykiskt instabila personer far illa och inte får adekvat behandling.
31. Nationella upphandlingar av vaccin inom det nationella vaccinprogrammet ska genomföras för att säkra en enhetlig, kostnadseffektiv och patientsäker vård.
32. Ökat nationellt fokus ska läggas på en utveckling av och en säkrad följsamhet till de nationella läkemedelsrekommendationerna. För att öka tydligheten för patienten ska en så kallad "generika-reform" genomföras, där alla läkemedel har samma namn som sitt preparat och där företagsnamn enbart skrivs i mindre stil.
33. Jämställdhet är en patientsäkerhetsfråga. Kvinnor och män får inte alltid sjukvård som är tillräckligt anpassad efter deras biologiska olikheter. Det behövs mer genusforskning inom medicinen för att utveckla rekommendationer om rätt behandling för kvinnor respektive män. Sjukvårdsstatistik ska redovisas och analyseras ur ett genusperspektiv.

# Individen tar ett stort ansvar för sin hälsa och för sina levnadsvanor

34. Hälsa- och sjukvården kan bidra för att stärka människors hälsa och ge stöd, men det är den enskilda människan som måste ta ansvar för sin egen hälsa och sina levnadsvanor. Hälsa- och sjukvården ska erbjuda stöd för förändringar av levnadsvanor.
35. Vaccination mot vissa sjukdomar är ett viktigt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärd. Barn som inte tål vaccination ska inte riskera att smittas av sjukdomar för att vissa föräldrar väljer att avstå från att vaccinera sina barn. De som väljer att inte vaccinera sina barn ska inte ha rätt att välja förskola fritt om det riskerar andra barns hälsa.
36. Barn och ungdomar ska vara i fokus för tobaksförebyggande insatser. Sjukvården ska erbjuda insatser för rökavvänjning och bli än tydligare med rökningens konsekvenser. Resultatet av pågående behandling och åtgärder motsvarande rökstopp vid operation ska användas i större utsträckning.
37. Det övergripande målet för svensk drogpolitik ska vara nolltolerans mot drogrelaterade dödsfall och drogrelaterat lidande. Missbruk ska bekämpas med en fungerande, evidensbaserad beroendevård.
38. Ansvaret för beroendevården, inklusive behandling av alkoholberoende, ska flyttas från kommunernas socialtjänst till landstinget och hälsa- och sjukvården, främst primärvården. Särskilda mottagningar för riskbrukare, med syfte att möta personer som behöver få hjälp med att ta kontroll över sitt alkoholintag, ska inrättas på fler håll i landet.
39. Socialtjänstens och hälsa- och sjukvårdens insatser för tidig upptäckt av riskbruk av alkohol ska stärkas. Eventuella insatser och intervention ska erbjudas snabbare än vad som görs idag.
40. Patientlagens regler om valfrihet i hela landet i öppenvård ska omfatta även beroendevården. Vårdgarantin inom beroendevården ska stärkas och behandling som inte är av akut karaktär ska påbörjas inom 30 dagar. Efter akuta insatser och tvångsvård ska den fortsatta vården ges utan uppehåll.
41. Tanderna är en viktig folkhälsofråga. Åldersgränsen för rätten till det högre allmänna tandvårdsbidraget ska sänkas från 75 år till 65 år. Vi vill prioritera detta framför fri tandvård för unga vuxna, som redan idag har bland världens bästa tandhälsa.
42. Ett likvärdigt högkostnadsskydd ska införas för dem som väljer frisktandvård, på likvärdiga villkor med det som gäller dem som väljer taxevård.
43. Samtliga regioner och landsting ska åläggas att erbjuda hälsokommunikatörer för nyanlända. Hälsokommunikatörerna ska främja en god hälsa hos nyanlända genom information, utbildning och dialog på det egna språket.



# Ett ökat psykiskt välbefinnande

44. Vårdgarantins krav på besök och behandling inom 30 dagar för psykisk ohälsa ska respekteras av samtliga regioner och landsting.
45. Över hela landet ska en väg in i psykiatri införas via en nationell digital plattform där det är möjligt att få information, stöd behandling eller hjälp att boka in en fysisk tid antingen via internet eller telefon
46. Psykiatrisk akutmobilitet, så kallade psykiatriambulanser, ska spridas över hela landet för att möta människor i kris och självmordssituationer.
47. Möjlighet till självvald inläggning inom psykiatri, där patienten själv bestämmer över sina in- och utskrivningar, ska erbjudas i hela landet. Målet är att minska behovet av tvångsåtgärder, då dessa i många fall beror på att patienterna är för sjuka när de kommer till sjukhuset. Vårdtiden blir då ofta längre än vad som annars hade behövts.
48. Barns och ungdomars rätt till vård, som ges utan föräldrarnas vetskap eller delaktighet, ska stärkas genom att barn och unga ska kunna söka vård utan föräldrars vetskap. En förälder ska inte kunna fördröja vårdens insatser. Lagstiftningen måste ändras från föräldraperspektiv till att ha barnets behov i fokus.
49. Patientavgiften för tvångsvård, liksom patientavgiften för läkemedel för personer som behandlas med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård, bör avskaffas.
50. Första linjens psykiatri ska vara en självklar del av primärvårdens ansvar och en förbättrad tillgång till psykologer och andra relevanta yrkesgrupper behövs på landets vårdcentraler. Alla regioner och landsting ska erbjuda en "första linjens psykiatri" för barn och unga i åldern 7-19 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa.
51. Skolmiljön ska anpassas till elever med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för att säkra dessa elevers möjligheter till en god hälsa och deras rätt till en god skolgång.
52. I många av landets skolor finns idag i praktiken ett krav på en neuropsykiatrisk diagnos för att en elev ska ha rätt till särskilt stöd i skolan. Detta måste förändras så att alla elever med behov, även de som saknar diagnos från hälso- och sjukvården, ska erbjuds särskilt stöd i skolan.

# Frihet och värdighet hela livet

53. Äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhus ska samverka och tillsammans skapa en vård och omsorg speciellt utformad utifrån den äldre individens behov. Den i punkt 6 beskrivna fastläkarreformen ska säkerställa kontinuitet för patienten och säkerställa läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen.
54. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård samt inom äldreomsorg ska ha kunskap om våld mot äldre och anmälningsskyldighet om de misstänker våld eller övergrepp.
55. Anhörigvårdare behöver avlastas genom vårdsamordnare eller vårdlotsar som hjälper med sjukvårdskontakter och mot oro. Det behöver skapas kontaktvägar mellan anhöriga och sjukvård och det måste bli lättare att få kontakt med andra i samma situation. Ett nationellt anhörigcentrum med stödlinje dygnet runt kan ge trygghet och avlastning. En grundläggande del i denna förebyggande vård är ett förstärkt ekonomiskt anhörigstöd.
56. Mat och måltiderna inom hälso- och sjukvård och omsorg kan utvecklas. Framför allt inom sjukvården behöver mat och måltider utvecklas. För att säkerställa ett medvetet arbete med mat och måltider för äldre och en effektiv nutritionsbehandling ska alla patienter ha tillgång till dietist och arbetsterapi.
57. Patientlagen och socialtjänstlagen behöver kompletteras med krav på att vård och omsorg organiseras så att alla som så önskar, garanteras mänsklig närvaro vid sin död. För att skapa livskvalitet i livets sista tid behöver vårdens och omsorgens arbetsätt utvecklas och formas utifrån patienternas behov. Här kan frivilligorganisationer göra en viktig insats.

# En moderniserad vård för personal och patienter

58. En statlig investeringsfond ska skapas för att överbrygga den investeringspuckel som krävs, där investeringar från huvudmännen kompletteras med en satsning från staten för att under en femårsperiod föra hela det offentliga Sverige in i den digitala tidsåldern.
59. För att den digitala tillgängligheten ska utvecklas och bli en självklar service till patienterna behöver nya kvalitetsmått skapas som styr mot en förbättrad digital tillgänglighet vid sidan av exempelvis fysiska besök.
60. Den nuvarande vårdgarantin ska förstärkas och kompletteras med en digital vårdgaranti. Sjukvårdshuvudmannen ska ha en skyldighet att erbjuda vårdkontakt på nätet inom en timme, till exempel genom 1177 Vårdguidens e-tjänster.
61. Patienter ska ha lagstadgad rätt till informationen om sig själv genom journal på nätet på ett enkelt, lättillgängligt sätt med digitala lösningar.
62. En modern dataskyddslagstiftning ska införas med utgångspunkten att hälso- och sjukvårdslagets krav på en säker vård ska vara överordnad dataskyddslagstiftningen. En modern lagstiftning ska vidare möjliggöra för individen att själv kunna gradera sin integritetskänslighet och att välja att dela alla, vissa eller inga av sina data för forskning, samkörning eller analys.
63. Den som blir inlagd på sjukhus eller flyttar till ett äldreboende måste erbjudas möjlighet att använda digitala verktyg för att kunna fortsätta använda sociala medier, hålla kontakt med vänner och anhöriga, söka information och allt annat som människor idag gör via nätet.
64. Det behövs ett aktivt utvecklingsarbete i vården för att skapa fler verkningsfulla, nätbaserade behandlingsformer, syftande till att erbjuda fler patienter behandling på nätet.
65. Digitaliseringens möjligheter ska användas till att skapa ökad säkerhet kring läkemedel och skapa ordning och reda kring vacciner genom tillgång till läkemedelsförskrivning och vaccinhistorik i journal på nätet.

# Säkrad kompetensförsörjning av vården

66. All personal inom hälso- och sjukvården måste ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens. Låt därför till exempel vårdbiträden och undersköterskor avlasta sjuksköterskor och annan legitimerad personal.
67. Specialistutbildning för sjuksköterskor ska ges inom ramen för yrkeslivet. En modern specialistutbildning för sjuksköterskor ska införas, där statens medel för studiemedel förs över till sjukvårdshuvudmännen för att finansiera studielön för medarbetare så att de inom ramen för anställningarna kan skapa goda förutsättningar för vidareutbildning. Likvärdiga villkor för anställda hos privata aktörer ska säkerställas genom avtal
68. För att lösa den offentliga sektorns problem med personalförsörjning inom ett antal viktiga områden måste möjligheterna att göra karriär, såväl vad gäller kompetensutveckling som löneutveckling, att stärkas. Varje sjukhus ska utveckla kompetenstrappor eller andra modeller för att tydliggöra vårdpersonalens karriärvägar.
69. Vårdens välutbildade, kvinnodominerade yrkesgrupper ska ha en god löneutveckling. Lönen ska sättas individuellt och vidareutbildning ska synas i lönekuvertet. För att möjliggöra detta ska en statlig pott för specialistsjuksköterskor, liknande den för förstelärare, skapas.
70. Vårdens arbetsmiljö behöver förbättras, och samtidigt måste kraven från statliga myndigheter förankras i evidens. Det kräver större anpassning till individuella förutsättningar och bättre anpassning till olika verksamheters villkor. Arbetsmiljöverkets uppdrag ska utvecklas till att omfatta även rådgivning och dess granskningsuppdrag ska skärpas med krav på modern evidens som grund.
71. Läkarstudenter och studenter inom andra vårdyrken ska i högre utsträckning ses som en resurs i vården. Till exempel ska en läkarstudent som har kommit en bit in i utbildningen kunna anställas som läkarassistent med mandat att göra mer kvalificerade uppgifter än vad medicinska sekreterare och undersköterskor normalt gör. Vidare ska en sjuksköterska som fullgjort huvuddelen av sin utbildning kunna få en introduktionsanställning.
72. All legitimerad personal inom hälso- och sjukvården behöver ständigt hålla sin kunskap aktuell. Därför ska ett recertifieringssystem införas som innebär att fortbildning är en förutsättning för att få behålla sin legitimation. Det ska åligga arbetsgivarna att ge förutsättningar för fortbildning.
73. Vård- och omsorgsprogrammet ska göras om så att det leder till en examen till undersköterska.
74. Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att se över sina processer avseende godkännande av läkare med utländska examina, syftandes till att korta ned utredningstiden. Sverige ska samtidigt verka för tillskapandet av ett internationellt register med godkända läkarexamina.

75. Genom lärlingsutbildningar och lågtröskeljobb kan fler lära sig viktiga jobb och skaffa erfarenheter inom hälso- och sjukvårdens verksamheter som idag har svårt att hitta medarbetare.
76. Utlandstjänstgöring för vårdpersonal ska i högre grad ses som en merit. Regioner och landsting ska därför underlätta för medarbetare som under en kortare eller längre period vill arbeta utomlands för internationella organisationer, som t ex Läkare utan gränser.
77. Hyrpersonal behövs för att klara tillfälliga arbetstoppar, men ska inte ersätta fast anställd personal. Regionernas och landstings kompetens avseende upphandling av hyrd personal måste säkras. Bra ersättning ska beviljas personal för inhopp med kort varsel, men då inte för att fylla ordinarie schemarader.

# Liberal hälso- och sjukvårdspolitik

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

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

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

I detta sjukvårdspolitiska program pekar vi ut den svenska hälso- och sjukvårdens nio största utmaningar och de lösningar som ges med en liberal hälso- och sjukvårdspolitik.

# Patienten har makt och inflytande över vården

Den enskilda människans ställning i våren ska stärkas. Varje människa ska själv ha möjlighet att styra sitt liv, sin hälsa och sin framtid, oberoende av kön, bakgrund, var man bor, ålder, funktionsvariationer, eller sexuell läggning. Patienter stärks av makt och kunskap att välja, av möjlighet att vara delaktiga och av ett bemötande som gör vården personlig och ser enskilda behov. Alltför få har i praktiken möjlighet att själva välja vårdgivare vilket skapar ett onödigt ojämlikt förhållande mellan vården och patienten. För att stärka patientens ställning behöver vi öka utbudet av vård, kapa köerna och ge patienterna större makt över det närmaste och mest intima i livet – den egna hälsan och vem man vänder sig till för att få vård, men också över hur vården utformas.

Vi bygger vidare på de socialliberala idéerna om att stor frihet för den enskilda och bejakandet av mångfald bland utförare i kombination med en gemensamt finansierad välfärd ger bästa förutsättningar att skapa en hälso- och sjukvård som förmår möta patienternas behov och vilja att behålla makten över sitt liv även när man drabbas av sjukdom.

## STÄRKT PATIENTPERSPEKTIV I SJUKVÅRDEN

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

Den så kallade portalparagrafen lyder: ”§ 2 Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).” Portalparagrafen lyfter inte fram individens rätt till sjukvård och ger intryck av ransoneringstänkande. Vi menar att den som bedöms behöva vård ska ha rätt att få tillgång till vård och dessutom ha rätt att själv välja vårdgivare. Vi står bakom den etiska plattform som Riksdagen slagit fast och som styr de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården.

Vi föreslår en ny portalparagraf:

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

## RÄTT ATT VÄLJA VÅRD

En grundläggande princip är att patienten själv ska kunna välja vårdgivare och de begränsningar som finns i patienternas egenmakt och rätt att välja vård måste minimeras. Patientlagen som tillkom under Alliansregeringen har gett patienter möjlighet att välja öppenvård i annat landsting

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

Myndigheten Vårdanalys skriver i en rapport om patientlagen: ”Den sammantagna bilden av baslinjemätningen är att många av de skyldigheter som gällt sedan tidigare enligt andra författningar, i många fall i mer än 30 år, inte följs fullt ut. Att åstadkomma ett ökat genomslag framstår därför som en utmaning för samtliga aktörer med ansvar i sektorn.” Detta är en allvarlig signal om att respekten för och följsamheten till gällande lagar inom hälso- och sjukvårdens område är alltför låg.

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

## STÄRK MÅNGFALDEN

Det finns en kraft i mångfald. Olika sätt att organisera och driva vården kan inspirera och bidra till utveckling av hela hälso- och sjukvården. Vi bejakar en sund konkurrens om patienterna med kvalitet och vårdidéer som bidrar till bättre vård och större engagemang hos vårdgivarna inom hela sjukvården. När patienterna själva får makt att välja uppstår en positiv konkurrens om vårdidéer som kan pressa kvaliteten uppåt. Mångfald ger dessutom vårdpersonalen fler arbetsgivare. Detta ökar attraktionskraften hos vårddyrkena och underlättar den framtida kompetensförsörjningen.

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

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

Det är särskilt angeläget att öka förutsättningarna för non-profitverksamhet för att mångfalden ska bli komplett. Till skillnad från andra länder är de idéburna vårdgivarna relativt få i Sverige, men de erbjuder ett mervärde som kompletterar den övriga vården och bidrar till utvecklingen av sjukvården. Idag är det uppenbart att upphandlingslagarna är för snäva för att till fullo möjliggöra för organisationer på ideell grund att verka i välfärden. Idéburna verksamheter bidrar med ett mervärde genom sitt ideella engagemang. De idéburna organisationerna är grundade på andra principer än näringslivets företag och bör ges en särställning när det gäller möjligheter att erbjuda välfärdstjänster. Lagstiftningen måste ändras så att sådana verksamheter kan undantas från LOU. Möjligheten till ideell-offentlig samverkan behöver stärkas.

För att tillvarata de möjligheter som mångfalden ger ska ytterligare minst fem sjukhus drivas i privat eller idéburna regi. Därigenom skapas en mångfald av utförare och stimuleras innovation, kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet.

Ett system med mångfald ställer höga krav på tillsyn och uppföljning av såväl vårdens kvalitet som att sjukvårdens resurser används på ett korrekt och effektivt sätt. Vårdgivare som inte lever upp till kvalitetskraven och inte åtgärdar brister ska bli av med tillstånd och avtal om att bedriva vård, oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi. Lagstiftning inom såväl skatteområdet som



möjlighet för vårdpersonal att larma om kvalitetsbrister, nationella riktlinjer, ersättningssystem och avtal ska samfällt styra mot högre kvalitet och effektivitet inom all offentligt finansierad vård. Det är inte rimligt att ett företag i skattefinansierad välfärdsverksamhet ska kunna göra vinstuttag till sina ägare om verksamheten fått kritik av tillsynsmyndigheten om bristande kvalitet. Möjligheten till vinstuttag från en organisation eller företag som fått kritik av tillsynsmyndigheten ska begränsas. Det behövs tydliga strukturer för tillsyn av all offentligt finansierad verksamhet.

## VÄRDESKAPANDE ÅTGÄRDER

Utgångspunkten för hälso- och sjukvården måste vara att alla insatser ska skapa ett värde för patienten, men idag styrs hälso- och sjukvården i alltför hög utsträckning av ersättningssystem som inte stämmer överens med vad som upplevs som kvalitet av patienten. Istället för en styrning som utgår från en helhetssyn på patienten, fokuserar dagens system alltför mycket på antalet utförda prestationer. Fokus ligger på prestationen snarare än på det faktiska resultatet av prestationen för patienten. Diagnosrelaterade ersättningssystem har visats förändra diagnossättningen när utföraren jagar intäkter. Tillgänglighetsrelaterade ersättningssystem riskerar å andra sidan att driva fram mycket korta konsultationer, som i sin tur både riskerar att inte vara till nytta för patienten och dessutom kan patientsäkerheten hotas.

Ersättningssystemen måste därför, bättre än idag, styra mot den typ av patientkontakter som ger bäst effekt för vårdens resultat. Ersättningen till vårdgivare ska utformas på ett sådant sätt att för patienten värdeskapande åtgärder premieras, med stärkta krav på tillgänglighet och kontinuitet.

Ett utvecklingsarbete som styr mot ökad kvalitet och förbättrade resultat av vården måste sträcka sig till vården av patienter med komplexa sjukdomsbilder, med livsstilsrelaterade sjukdomar och tillstånd, till patienter med behov av komplexa behandlingar, med många och långa besök som involverar flera av vårdens medarbetarkategorier och specialiteter. Ett sådant utvecklingsarbete kan också innefatta hur utförare i vårdkedjan kan samverka för att skapa effektivitet och värde för patienten.

## ÖKAT INFLYTANDE FÖR PATIENTEN

För att uppnå målen kring god vård måste patienternas, men också deras närståendes, ställning och delaktighet i hälso- och sjukvården stärkas. Personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionsnedsättning ska inte främst betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionsnedsättningen. Istället måste vården ske utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Personcentrerad vård innebär att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård. Personcentrerad vård innebär att patienten är aktiv i planering och genomförande av den egna vården och rehabiliteringen.

För att stärka patientens ställning i vården är det viktigt att patienten har möjlighet att välja och jämföra olika vårdgivare. Den offentliga vården måste bli bättre på service, tillgänglighet och bemötande och anlägga ett personcentrerat arbetssätt där den enskilda patientens önskemål och förmågor vägs in i planeringen av hennes vård. En del i detta arbete är att tydliggöra vårdens åtaganden gentemot patienten i samband med en beslutad behandling genom utvecklade vårdgarantier.

# En hälso- och sjukvård präglad av kontinuitet och tillgänglighet

Tillgängligheten till hälso- och sjukvård är i Sverige bland den lägsta i Europa och har så varit under en lång rad år. Även om vi i europeiska och internationella jämförelser uppvisar goda resultat i så väl läkartäthet som vårdkvalitet fortsätter tillgängligheten att vara den svenska sjukvårdens gissel. Det finns inte en ensam förklaring till de problem som karaktäriserar svensk sjukvård; köer, bristande tillgänglighet och få läkarbesök. Några utpekade förklaringar är överdriven och gammaldags administration, bristfälliga IT-stöd, fragmentiserad sjukvård i 21 landsting och bortrationalisering av enklare arbetsuppgifter.

I Euro Health Consumer Index (2015) rankning av tillgängligheten i hälso- och sjukvården i 35 europeiska länder hamnar Sverige i den absoluta botten tillsammans med Irland och Polen. Men Sverige är paradoxalt nog också ett av de länder inom OECD som samtidigt har högst läkartäthet och få läkarbesök. Nu finns inget självändamål att besöka läkare om andra yrkeskategorier kan stå för besöket, men såväl läkare som patienter är också missnöjda med kvaliteten av patientbesöket. Lägg därtill Sveriges problem med tillgänglighet och ett svårförklarligt fenomen breder ut sig.

## JAGA INTE DET PERFEKTA SYSTEMET

Människor har olika förväntningar på vården beroende på vilken situation de befinner sig i. Trots det utformar vi de system som styr hälso- och sjukvården utifrån alltför generella antaganden om hur dessa förväntningar och faktiska behov ser ut. Ofta sker detta i tänkande om kontinuerliga flöden, vårdkedjor, när verkligheten i själva verket ofta är mer komplex. Vi måste istället fokusera på vilket värde vården kan skapa för olika patientgrupper.

Lösningen på många av de problem som vården står inför är av organisatorisk karaktär. Att se, planera och vårda utifrån olika gruppers behov ökar möjligheterna att skapa värde för patienten och effektivitet i vården. Okomplicerade och planerade insatser med tydlig början och slut passar bra i en standardiserad vårdkedja och i ett vårdvalssystem. Mer komplicerade och svårdiagnostiserade sjukdomar kräver samarbete över specialistgränser och individuell bedömning och behandling. Multisjuka och äldre, där kommunal omsorg, anhöriga och vården ska samverka i ett komplicerat nätverk, kräver en hög grad av samordning för att fungera.

Det är därför en återvändsgränd att jaga det perfekta ersättningssystemet. Olika patienter har olika behov som självfallet ska mötas med olika åtgärder och ersättas på olika sätt. Ersättningssystemen, framförallt i primärvården, har ofta fokuserat generellt på just tillgänglighet och har i mindre omfattning beaktat den diversitet och komplexitet som finns i olika patientgrupper. Satsningar på tillgänglighet har därför ofrivilligt lett till minskad kontinuitet för vissa patienter. Resultatet har trots goda intentioner blivit att förväntningar infriats i en grupp, men upplevts svikna av en annan.

Ett liberalt svar måste vara att alltid sträva mot att bejaka olika gruppers och individers behov, vi ska inte driva en politik som ställer olika patientgrupper mot varandra. Valfrihet i dess mest posi-

tiva betydelse innebär att de som vill välja också har möjligheter att göra detta och att de som inte vill välja slipper, men ändå är garanterade samma goda vård. Samtidigt måste alltid politiken vägas mot vad som är organisatoriskt och ekonomiskt genomförbart.

## TILLGÄNGLIGHET 2.0

Tillgänglighet är för sjukvården nära besläktat med begreppet legitimitet. För att medborgarna ska ha fortsatt förtroende för hälso- och sjukvården behöver servicenivån vara likvärdig med övrig service i samhället. Så är inte fallet idag. Det går till exempel inte att beställa tid i vården via nätet på samma självklara sätt som en biobiljett bokas. Istället för att mäta digital tillgänglighet, mäter vi idag telefontillgänglighet. Det är 1800-talets teknik och det som efterfrågas brukar vara det som levereras. Om vi inte efterfrågar digital tillgänglighet, kommer inte denna att utvecklas till den nivå som dagens medborgare kräver.

För vanliga medborgare med akuta och okomplicerade åkommor är tillgänglighet troligtvis det största behovet. I 24-timmarsamhället är vi vana vid omedelbar respons. Vården måste anpassa sig till denna verklighet. Människor kommer att vilja använda de digitala kanaler de använder varje dag för att kommunicera med vårdgivare. Dagens individualister kommer heller inte att acceptera att slussas runt utan att själva vara i centrum för sin egen behandling, att inte kunna boka tid på nätet eller tvingas in i ineffektiva och obegripliga vårdprocesser.

Vårdens digitalisering är en signifikant del av många patienters upplevda och reella tillgänglighet och kontinuitet. Journal på nätet är inte bara en patientsäkerhetsfråga det är också en reform som innebär att förutsättningarna för kontinuitet inom hälso- och sjukvården ökar. Alla vårdgivare ska åläggas att erbjuda en lika bra digital tillgänglighet som fysisk, där patienten utifrån situation och önskemål själv ska kunna välja att konsultera vården med en e-tjänst, telefon, video eller vanligt fysiskt besök.

Såväl samverkan som konkurrens mellan vårdaktörer stimulerar innovation och kvalitet. I vården kan just tillgänglighet och kontinuitet utgöra kvalitetsaspekter. Därför är en vård med en mångfald av utförare en central del i en liberal hälso- och sjukvårdspolitik. Vi behöver fler som vill vara med, tänka nytt och utveckla hälso- och sjukvården. Mer fokus på innovationsupphandling kan vara ett sätt att stötta vårdutveckling.

## ÅTERINFÖR EN REFORMERAD KÖMILJARD

Alliansregeringen uppmärksammade problemet med bristande tillgänglighet och införde den så kallade ”Kömiljarden” – ett ekonomiskt incitament till de landsting som klarade att uppnå en viss tillgänglighet i enlighet med vårdgarantin. Det visade sig vara ett effektivt sätt att höja tillgängligheten i vården. Efter att den rödgröna regeringen tog beslut om att ta bort ”Kömiljarden” har värdköerna återigen ökat. Kömiljarden var en bevisat effektiv reform för att öka tillgängligheten och den bör därför snarast återinföras.

Även om kömiljarden var en effektiv reform för att minska väntetider till bedömning och behandling inom specialistsjukvården, innebär den också negativa undanträngningseffekter. Allt för stort fokus lades på patienter med mindre behov för att få bort dessa från väntelistan. Det fanns incitament som gjorde att enklare förstagsbesök premierades framför återbesök, vilket framförallt drabbade kroniker och de mest sjuka äldre.

För att motverka dessa effekter behöver kömiljarden, innan den återinförs, reformeras för att satsningen ska ge både kortare väntetider och förbättrad kontinuitet och samordning i sjukvården. Det är viktigt att en ny kömiljard inbegriper incitament som också omfattar kroniker, funktionsnedsatta och de mest sjuka äldre.

## MINSKAT ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR

De senaste åren har vi sett allt fler överbeläggningar på Sveriges sjukhus. En överbeläggning innebär att en patient vårdas på en vårdplats som saknar fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Till det stora antalet överbeläggningar tillkommer

dessutom många patienter som är inskrivna och vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Sett över en 20-årsperiod har antalet disponibla vårdplatser inom svensk hälso- och sjukvård stadigt minskat, även om vi kan se att antalet stabiliserats något efter 2010. Samtidigt som antalet disponibla vårdplatser minskat har antalet överbeläggningar ökat. De flesta svenska sjukhus rapporterat dagligen om överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

I november 2016 var det i genomsnitt 3,7 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom den somatiska vården på de svenska sjukhusen. Variationen mellan huvudmännen var dock stor. Flest överbeläggningar fanns i Västernorrland (8,5) och minst fanns på Gotland (0,9). Inom psykiatri var antalet överbeläggningar något lägre, med ett rikssnitt på 2,1 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser.

Överbeläggningarna på sjukhusen ger upphov till olika brister när en patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller patientens behov. Kvaliteten på vården riskerar att försämrats och risken för vårdskador ökar påtagligt. Konstanta överbeläggningar skapar därmed en ineffektiv och patientosäker vård. De begränsade sjukhusresurserna behövs för andra patienter än de som väntar på utskrivning. Det stora antalet överbeläggningar försvårar också för sjukvårdens personal att göra ett bra jobb och innebär också en försämrad arbetsmiljö.

Lösningen på problematiken är att använda befintliga vårdplatser på ett mer effektivt sätt. Det handlar om smartare bemanning, men framför allt om snabba och trygga hemgångar. Ingen färdigbehandlad patient ska hållas kvar på en sjukhusavdelning på grund av en ohållbar hemsituation. Ändå kan en stor del av vårdplatsproblematiken förklaras av att många vårdplatser är belagda med patienter som inte behöver sjukhusets vård, men som av olika anledningar inte kan skrivas ut. Bara under första halvåret 2015 noterades 211 614 vårddygn av utskrivningsklara patienter på svenska sjukhus. Det var en ökning med 10 procent gentemot motsvarande period året före. Det stora antalet innebär att cirka fem procent av alla vårdplatser upptas av patienter som inte borde vara där. Bara på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg fanns i december 2016 utskrivningsklara patienter motsvarande fyra vårdavdelningar.

Att patienterna inte kan skrivas ut beror i många fall på bristande samordning mellan kommunen och landstinget. Den enskilde patienten hamnar i kläm när de olika huvudmännen inte kan skapa en sömlös övergång mellan olika verksamheter. Det kan saknas en rehabplats, en plats på särskilt boende eller försenad vårdplanering för ordnat hemgång till ordinärt boende.

Lösningen på lång sikt är inte att tillskjuta mer resurser eller att skapa fler fastställda vårdplatser, då det finns stora möjligheter att stärka tillgängligheten genom ett aktivt utvecklings- och förändringsarbete. Det handlar om ökad kvalitet i form av färre vårdskador, reoperationer och återinläggningar. Det handlar om att stärka och prioritera första linjens hälso- och sjukvård. En nyckel är att arbeta för en sammanhållen vård med en god samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal omsorg.

För att lösa situationen måste såväl kommuner som landsting och regioner tillsammans ta sitt ansvar för tillskapandes av en sömlös vård. Det kan handla om tidigare gemensam planering för hemgång, kanske redan vid inskrivningen, förbättrad kommunikation mellan huvudmännen och tydligare regelverk. Precis som Göran Stiernstedt konstaterar i sin utredning "Effektiv vård" måste landstingen stötta kommunerna med tillgång till medicinskt kompetens efter utskrivning. Förslaget till ny betalansvarslag, som kräver snabbare hemgång och tvingar kommuner och landsting att samarbeta bättre, är positivt och borde leda till en förbättrad situation. Landstingen och kommunerna skulle till exempel kunna samverka för att skapa fler mellanvårdsformer, till exempel boenden med direktansluten distriktssköterska.

## EN GENOMGRIPANDE PRIMÄRVÅRDSREFORM

Liberalerna och tidigare Folkpartiet har länge drivit frågan om husläkare. Det är framförallt visionen av den fasta läkarkontakten som har varit det centrala. Det finns något trygghetsskapande och intuitivt tilltalande med en sådan fast och över tid bestående läkarkontakt. Bildligt kan en sådan

kontakt liknas vid en lots som styr patienten genom hälso- och sjukvårdssystemet, alternativt som ett nav kring vilket all annan hälso- och sjukvård organiseras.

Landstinget har en skyldighet att organisera primärvården så att invånarna kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Patientens val får inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget.

För att klara målet om en fast läkarkontakt vill Liberalerna se en genomgripande primärvårdsreform inspirerad av den norske fastläkarreformen. Reformen ska genomföras i syfte att stärka primärvårdsläkarens roll i sjukvårdssystemet och förbättra kontinuiteten för patienterna samt effektivisera sjukvården. Varje läkare ska ansvara för sina listade patienter och samordna den vård som behövs. I det norska systemet har fastläkaren en så kallad portvaktsfunktion, vilket innebär att en patient måste ha en remiss från sin fastläkare för att få besöka en specialist.

I grunden är Fastläkarsystem en privatisering av primärvården. 95 procent av de norska allmänläkarna är egna företagare med avtal med de norska kommunerna. Det finns en spärr i systemet som hindrar större vårdbolag från att skriva kontrakt. Varje läkare har cirka 1 200 listade patienter, vilket är ungefär hälften mot vad deras svenska kollegor har. Fastläkarna har också andra åtaganden gentemot kommunerna, som att till exempel bemanna jourmottagningar och att vara läkare till exempel på äldreboenden och i skolor.

För att klara bemanningen av allmänläkare vid en sådan reform måste läkare med andra specialiteter, under en övergångsperiod, få etablera sig som fasta läkare i primärvården.

## **FAST VÅRDKONTAKT – EN PATIENTRÄTTIGHET**

I en liberal hälso- och sjukvård måste vi skapa värde för olika patienter baserat på deras individuella behov. För kroniskt sjuka och äldre är behovet av en fast vårdkontakt stor. Utifrån individens behov kan det vara såväl läkare som sköterska som är den mest lämpade kontakten. Kronikern är kanske i första hand intresserad av att ha kontakt med sin specialistmottagning. Denna valda kontakt fungerar som ett nav i det nätverk som finns kring den kroniskt sjuke vid ett lågaktivt normalt sjukdomstillstånd. Om patienten blir sämre kan nätverket snabbt aktiveras och omfattande insatser sättas in.

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

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

Hälso- och sjukvården ska därför ha en generös och behjälplig hantering av den typen av önskemål om en PatientVald Vårdkontakt, PVV, som kan vara navet i den enskildes vård och hälsoutveckling i den för individen specifika vårdssituationen. En annan aspekt är att många patienter har svårt att ta sig till vårdinrättningar, inte minst äldre och multisjuka. Med en sådan växande grupp i en sjukvård där gränsen mellan öppen- och slutenvård förändras allt snabbare måste vården komma närmare patienten. En av lösningarna kan därför vara utbyggnad av uppsökande vård i form av mobila vårdteam. Mobil sjukvård kan innefatta akutbedömningar, slutenvårdsuppgifter som utförs i hemmet samt sjukvård på primärvårdsnivå.

För många patienter, kroniskt sjuka och patienter med många och avancerade läkemedel, skulle en fast kontakt med apotekare, delvis finansierad av sjukvårdshuvudmannen, också kunna bidra till trygghet och bättre hälsa. Det finns mycket som talar för att apoteken är en underutnyttjad resurs i hälso- och sjukvården och att ökad involvering kan komplettera och avlasta en del av läkarkontakter. Förutom ren rådgivning kan tjänster som läkemedelsgenomgångar utföras.

Man kan också tänka sig att kroniskt sjuka med etablerad vårdkontakt och intermittent stort behov av stöd borde omfattas av en ”mjuk ut- och inskrivning”. Exempelvis kan psykiskt sjuka och multisjuka äldre försöksutskrivs med den trygghet det innebär att ha fortsatt kontakt med den behandlande vårdenheten. Kontinuerlig kontakt med behandlande vårdenhet bör också innebära att patienten enkelt kan få kontakt med sin PVV/PAL eller mobilt team vid tilltagande sjukdom istället för att belasta akutsjukvården.

En sådan trygghetsreform stärker patienten, förebygger svårare sjukdom och möjliggör att individuella behov i högre grad kan tillgodoses. Bara vetskapen om att en rättighet till ”mjuk ut- och inskrivning” finns skulle säkert skapa trygghet hos många äldre, patienter med psykisk ohälsa och inte minst anhöriga.

## **INFORMERADE PATIENTER TAR ANSVAR FÖR SIN EGEN HÄLSA**

En patient som stöts av vården, där den egna behandlingen är transparent, begriplig och präglad av kontinuitet kommer att ha större möjligheter att uppnå en god hälsa. Vårdgarantin och Patientlagen ger patienten rättigheter och belägger i viss mån vården med skyldigheter. Att erbjuda specialistvård inom 90 dagar är en skyldighet och patienter har rätt att välja vårdgivare för öppenvård i hela landet. Tyvärr har inte landstingen vare sig skyldighet eller resurser att hjälpa patienter som idag vill söka vård utanför det egna landstinget. Patienträttigheten blir därför en chimär och verkligheten inverkar menligt på såväl tillgänglighet som kontinuitet.

Patienter kan inte förväntas ha överblick över vare sig vårdgivare, terminologi eller kvalitet på olika verksamheter. Kunskapsunderskottet är påtagligt. Därför ska landstingen också erbjuda stöd i bokning av vård till patienter som av någon anledning önskar vård i annat landsting än hemmlandstinget. Information om vårdkvalitet och väntetider liksom kontakter och remisser är exempel på stöd som landstingen ska tillhandahålla. En sådan tjänst ska utformas enhetligt och samordnas mellan landstingen.

En viktig aspekt av tillgänglighet handlar om att patienter och anhöriga kan fatta informerade och väl underbyggda beslut. Det bygger då på att vården är begriplig, att den följs upp och att kvalitetskriterier presenteras i öppna jämförelser. Till exempel är troligtvis en patient som ska operera ett diskbråck intresserad av kvaliteten på kliniken och hos de kirurger som ska operera, hur många operationer kliniken och kirurgen gör, hur andra patienter upplevt vården och hur väntetiderna för operation ser ut. I princip inget av detta är tillgängligt idag, med undantag för väntetider, men då begränsat till det egna landstinget.

# En modern organisation som stärker svensk hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård står sig väl i internationella jämförelser av kvalitet och kostnadseffektivitet. Samtidigt finns det brister och det är ett faktum att vården skiljer sig åt inom landet. Våra landsting och regioner har idag uppenbart skiftande förutsättningar att erbjuda en jämlik vård. För att möta utmaningarna i bemötande, kontinuitet och starka nätverk runt patienterna, måste styrningen av vården förändras. Sverige behöver starka sjukvårdshuvudmän som samverkar och staten behöver ta en tydligare roll med ett större nationellt åtagande. Patienten måste därtill stärkas med utökade möjligheter till egen makt.

Det behövs en maktförskjutning inom hälso- och sjukvården till patienterna. Patienten ska ha rätt att vara delaktig i utformningen av den egna vården och därmed ha rätt till en hälso- och sjukvård som i högre utsträckning tar hänsyn till hens önskemål och förmågor. Därför föreslår vi en skärpt hälso- och sjukvårdslag och en utvecklad patientlag som stärker den enskildes rättigheter (se sidan 2).

Frågan om en större omställning av Sveriges regionala indelning har nyligen prövats, men förslaget som regeringen presenterade saknade demokratisk förankring i de berörda regionerna och kommer inte att genomföras. Vi ser gärna att mindre regioner skapar fördjupade samarbeten och kan bilda nya, större regioner under förutsättning att initiativen växer fram lokalt. Staten ska inte rita om kartan uppifrån. Huvudmannaskapet över sjukvården ska fortsatt ligga hos regioner och landsting.

Den högspecialiserade vården behöver koncentreras till ett fåtal platser i landet. Detta är ett sätt att säkerställa kvaliteten och skapa förutsättningar för en stark medicinsk utveckling eftersom det kräver ett större patientunderlag än vad dagens mindre landsting har. Staten ska besluta var den högspecialiserade vården ska bedrivas. Rikssjukvårdsnämnden ska ersättas av en styrelse som beslutar om vad som ska definieras som nationellt högspecialiserad vård och var den vården ska ges. Vårdens kvalitet ska vara avgörande. Regionalpolitiska hänsyn ska inte tas. Ur patienternas perspektiv är det viktigare att få högspecialiserad vård av yppersta kvalitet än att vården finns nära.

Inom områden där patientunderlaget är litet, exempelvis vid sällsynta diagnoser eller där dyrbar teknisk utrustning krävs, bör den högspecialiserade vården struktureras i europeiska specialistcentrum. Svensk hälso- och sjukvård kan dra nytta av ett gott internationellt samarbete och patienter kan erbjudas vård över gränserna. Vårdens utveckling har mycket att vinna på att lära av andra och jämföra sina resultat med vårdgivare i andra länder.

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

## STÄRKT UPPFÖLJNING

Höga krav ska ställas på tillsyn och uppföljning av såväl vårdens kvalitet som att sjukvårdens resurser används på ett korrekt och effektivt sätt. Vårdgivare som inte lever upp till kvalitetskrav och inte åtgärdar brister ska bli av med tillstånd och avtal om att bedriva vård, oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi. Den statliga Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska ha rätt att besluta om att stänga enskilda vårdverksamheter vid långvarig bristande kvalitet i utförande, vid allvarliga händelser eller bristande följsamhet till nationella riktlinjer. De granskningar som IVO genomför måste ske kontinuerligt och resultatet måste återkopplas snabbt.

Med tanke på vårdens utvecklingsbehov behöver kopplingen mellan forskningen och den kliniska verksamheten stärkas, liksom möjligheterna att snabbare omsätta nya forskningsrön till innovationer som skapar nytta för patienter och personal. Kraven på landsting och regioner att bedriva forskning, utveckling och innovation ska därför skärpas. Lagstiftningen ska revideras så att alla sjukvårdshuvudmän får i uppdrag att aktivt bedriva sådan verksamhet. I en sjukvårdsstruktur där många olika aktörer bidrar till vårdens utbud måste forskning och utbildningsinsatser göras i hela vårdnätverket. Den vilja som många patienter har att bidra till vårdens utveckling måste tillvaratas och de ska inbjudas att delta i forskningsstudier

## FINANSIERING

Hälsa- och sjukvården ska i huvudsak finansieras gemensamt och solidariskt. Patientavgifter ska användas för att styra vårdkonsumtionen. Detta innebär att högkostnadsskyddet förändras och kan differentieras för att öka intäkterna till vården och samtidigt skydda dem med störst behov. En utredning bör belysa sjukvårdens framtida finansiering och behovet av justeringar av patientavgifter och en höjning av högkostnadsskyddet belysas. Högkostnadsskyddet skulle till exempel kunna anpassas till patientens inkomstnivå eller på patientens behov, där nivån skulle kunna vara lägre för kroniker.

Sjukvårdens långsiktiga finansiering är en utmaning. Den demografiska strukturen kräver ett ökat utbud av vård för äldre. Den medicinska utveckling gör att fler kan få hjälp till hälsa och livskvalitet vilket naturligtvis är gott. Men det ställer också krav på en hållbar finansiering – och att den offentliga sjukvården gör rätt prioriteringar. Framförallt innebär detta ökade krav på att utveckla arbetsformer, att använda teknikutvecklingens och digitaliseringens möjligheter till fulla och att använda kompetensen med största omsorg.

Genom att låta regioner och landsting ta över kostnadsansvaret för sjukskrivningarna från Försäkringskassan kan vi utveckla möjligheterna med finansiell samordning (Finsam), där vi kopplar ihop sjukskrivning med behandling. Det är ett sätt att både frigöra resurser till vården och att skapa bättre livskvalitet för människor som kan få vård och återgång till arbete och egen försörjning snabbare.

Samverkan med life science-sektorn ska stärkas i syfte att utveckla nya mer individualiserade ersättningsformer där exempelvis läkemedelsbehandling och annat ersätts efter resultat.



# Världens säkraste hälso- och sjukvård

Vården är till för att hjälpa människor med medicinska behov och se till att de får rätt och riktig vård oavsett vilka förutsättningar de har som individer. Kvaliteten i det medicinska omhändertagandet är oftast hög i svensk hälso- och sjukvård. Men samtidigt finns stora problem. Sjukvården ska inte skada eller göra människor sjuka. Trots det drabbas nästan var tionde patient som vårdas på sjukhus av en vårdrelaterad infektion eller annan vårdskada.

Genom att hålla en hög patientsäkerhet kan vi skydda patienter mot vårdskador. Patientsäkerhetslagen definierar vad som menas med en vårdskada. Enligt lagtexten uppstår en vårdskada ”när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.”

## VÄRLDENS SÄKRASTE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Ur ett internationellt perspektiv håller den svenska hälso- och sjukvården en mycket hög kvalitet. Samtidigt ger de brister som finns inom patientsäkerheten upphov till såväl stora kostnader som ett stort lidande för den enskilde individen. Det är svårt att exakt uppskatta hur stort problemet med vårdskador (inklusive vårdrelaterade infektioner) är, då det inom till exempel psykiatrisk vård och barnsjukvård saknas djupare kunskap. Men en uppskattning visar att så mycket som 10 procent av de sammanlagda vårdkostnaderna kan härledas till vård, till exempel förlängda vårdtider, på grund av vårdskador. Enligt en uppskattning dör cirka 1 400 patienter årligen, helt eller delvis på grund av vårdskador eller vårdrelaterade infektioner.

Historiskt har fokus för patientsäkerhetsarbetet riktats mot den somatiska vården, men problem med bristande patientsäkerhet finns också inom den psykiatriska vården. Antalet säkra och osäkra självmord under 2015 uppskattats till 1 554. Socialstyrelsen har i rapporter visat att hälften av dessa hade haft kontakt med hälso- och sjukvården under sin sista månad i livet. Socialstyrelsen menar att många av självmorden hade kunnat undvikas med ett förbättrat förebyggande arbete. Utifrån detta perspektiv torde en stor andel av dödsfallen kunna bedömas som vårdskador. Att patienten inte fått adekvata insatser är ett stort misslyckande och visar att det även inom den psykiatriska vården finns en stor förbättringspotential i arbetet med ökad patientsäkerhet.

Målsättningen för patientsäkerhetsarbetet och allt kvalitetsarbete måste vara att Sverige ska ha världens säkraste hälso- och sjukvård. För att nå dit måste en nollvision mot undvikbara patientskador och vårdrelaterade infektioner införas.

## STÄRK FORSKNINGEN OM PATIENTSÄKERHET

På samma sätt som vårdens övriga insatser måste patientsäkerhetsarbetet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. För att möjliggöra en starkt patientsäkerhet behövs därför en satsning på mer tvärvetenskaplig forskning kring patientsäkerhet. Det behövs nationella och regionala resurser för att ta fram redskap och verktyg för hälso- och sjukvårdens verksamheter ska kunna öka patientsäkerheten.

På grund av det stora antalet aktörer inom hälso- och sjukvården så finns det behov av en stärkt samordning av patientsäkerhetsarbetet, inte minst för att säkerställa att resultat implementeras och utvärderas. Ett nationellt kunskapscentrum inom patientsäkerhetsområdet skulle kunna bidra till att driva på utvecklingen. Ett kunskapscentrum skulle ha som uppdrag att sammanställa kunskap från forskning, utredningar och praktiska erfarenheter. En annan viktig uppgift skulle vara att bättre än vad som görs idag sprida goda erfarenheter och arbetsätt, så att dessa faktiskt används i hälso- och sjukvården.

## RÄTT ATT REKLAMERA VÅRD

Vårdskador och felbehandlingar innebär stora kostnader för samhället. Inte bara genom den ”onödiga” vård de ger upphov till, utan också genom kostnader för övriga samhället, till exempel i form av uteblivna skatteintäkter och kostnader för sjukskrivningar.

Men kostnaderna drabbar också den enskilde individen. Utöver ett personligt lidande, måste hen idag också stå för de kostnader som en längre vårdtid ger upphov till i form av till exempel ökade patientavgifter och minskade intäkter på grund av sjukskrivning.

Det är orimligt att en patient också drabbas ekonomiskt på grund av att landstinget inte har kunnat erbjuda en vård som lever upp till kraven på patientsäkerhet. Det borde därför bli möjligt för den enskilde patienten att reklamera vård som innehållit felbehandlingar eller lett till vårdskador, och därigenom kunna få ersättning för de merkostnader som uppstått. Det måste bli tydligt att den vårdgivare som vållar skadan eller felbehandlingen ska stå för kostnaden för de vårdbehov som uppstår till följd av skadan. I ett första steg ska kompensation ges för avgifter och övriga direkt vårdrelaterade kostnader, men i förlängningen bör även ersättning för till exempel inkomstbortfall övervägas.

## TRYGGA PATIENTER

De senaste åren har det kommit alltför många rapporter om patienter som erbjudits vård och insatser av en typ som inte vilar på vetenskaplig grund eller som erbjudits insatser av personer som saknar kompetens att möta en viss patientgrupp. Det kan röra sig om olegitimerade terapeuter som möter unga personer med självmordstankar, sjuksköterskor som erbjudit behandlingar med helkroppshealing eller läkare som också arbetat som medium.

Hälso- och sjukvårdens patienter ska känna sig trygga i förvisningen om att de behandlingsmetoder som vården använder vilar på vetenskaplig grund. Men det ovan beskrivna och andra liknande exempel visar att det för Sverige fortfarande finns en rad åtgärder som återstår att genomföra.

Den nuvarande lagstiftningen stipulerar att en person inom ett legitimationsyrke är skyldig att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta ska skydda patienter från de risker och skador som ovetenskapliga behandlingar kan ge upphov till. Det finns också en uppenbar risk att en patient väljer bort en effektiv behandlingsmetod om en alternativ metod saluförs av en legitimerad läkare eller sjuksköterska.

De senaste årens beslut från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, som tar beslut om legitimationsfrågor, visar att det är möjligt att ägna sig åt alternativmedicin, enligt ”sista halmstråets princip”. Idag tycks det finnas ett utrymme för alternativ, under förutsättningen att patienten tar initiativet och att behandlingen inte innebär några risker och att behandlingen ges när verksam metod saknas.

Att detta utrymme finns är olyckligt och skapar uppenbara risker för att patienter inte i alla lägen får en vård som vilar på vetenskaplig grund. Lagstiftningen måste därför skärpas så att det blir tydligt att legitimationen är förknippad med ett ansvar för sitt agerande och att den behandling och de råd som vårdpersonalen ger ska vila på vetenskaplig grund och att detta även gäller utanför det dagliga arbetet i vården.

Patientsäkerhetslagen måste förstärkas och tydliggöras avseende behandling av psykiatrisk sjukdom. Idag finns ett avsnitt i lagen som listar ett antal diagnoser som måste behandlas av legitimerad personal. Hit hör till exempel behandling av cancer, särskilt smittsamma sjukdomar och epi-

lepsi. Dock saknas allvarliga psykiatriska diagnoser helt på den listan. Idag är det således i princip fritt fram att behandla patienter med bipolär sjukdom, anorexi eller schizofreni. Risken är stor att psykiskt instabila personer far illa och inte får adekvat behandling. Detta är inte acceptabelt och en utökning av patientsäkerhetslagen är nödvändig. Genom en stärkt patientlag ska psykiskt sköra personer skyddas från kvacksalveri och behandlingsmetoder som saknar vetenskaplig grund.

## **MODERNISERING AV VÅRDEN SKA INTENSIFIERAS.**

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. För att kunna möta dessa utmaningar och kunna leva upp till allt större krav från patienter och medarbetare måste vården genomgå stora förändringar, med krav på effektivisering och reformering av vården. Vårdens medarbetare är centrala för att detta arbete ska lyckas. Hos landsting och regioner finns mycket att göra för att bättre ta vara på kreativiteten hos medarbetare för att förnya och utveckla den offentliga sektorns välfärdstjänster.

Det finns en enorm kraft i den kreativitet som hälso- och sjukvårdens medarbetare besitter. Det är en kraft som tydligare måste ges utrymme i regionernas och landstingens organisationer. Varje arbetsplats ska utveckla ett klimat där kreativitet och idéutveckling står i fokus och där detta kan premieras på olika sätt. Arbetsplatserna ska också få det tids- och kompensationsstöd som krävs för att möjliggöra detta.

Progressiva verksamheter som inför nya lösningar och som skapar karriärvägar för innovativ personal ska belönas. Särskilda innovationsfonder, liknande de som redan finns i Stockholms läns landsting och i Västra Götalandsregionen, ska skapas i fler landsting och regioner för att stimulera medarbetarnas innovationsinitiativ. Innovationsfonder möjliggör ett snabbt införande, utvärdering samt implementering av nya arbetssätt och innovativ teknik. Fonderna möjliggör för ett innovativt arbetssätt även i en arbetsmiljö som ofta präglas av hög arbetsbelastning och tuffa arbetsvillkor.

I vårdens utvecklingsarbete måste också patienten involveras. Forskning visar att patienters delaktighet ger positiva effekter, inte minst då patienter kan bidra med att lättare hitta förbättringsområden och att tydliggöra patientperspektivet. Att involvera patienten och se vården ur hans perspektiv kan också bidra till att stärka samarbetet mellan olika verksamheter och avdelningar.

## **AVSTÄNGNING FRÅN YRKESUTÖVANDE I HELA SVERIGE UNDER UTREDNING**

Det är IVO, Inspektionen för vård och omsorg, samt HSAN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, som är de myndigheter som ansvarar för att utreda legitimerad sjukvårdsperson som kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Handläggningstiderna varierar beroende på ärendets art, men mediantiden för en utredning vid HSAN är strax över fyra månader. Det finns flera exempel på att legitimerad personal arbetat för en annan arbetsgivare än sin ordinarie arbetsgivare under utredningstiden.

För att säkra en god hälso- och sjukvård med hög patientsäkerhet borde det finnas spärrar som möjliggör tillfällig avstängning under utredningen. Framför allt när en anmälan ses som så graverande att den legitimerade personen stängs av från sin ordinarie arbetsplats under utredningen borde avstängningen även innebära en tillfälligt indragen förskrivningsrätt och en avstängning från yrkesutövande i hela Sverige under samma period.

## **NATIONELLA UPPHANDLINGAR AV VACCIN**

Många läkemedel upphandlas av enskilda landsting eller i kluster. Här kan ökade prisjämförelser mellan landstingen bidra till att garantera lägsta pris vid nya upphandlingar och förlängningar av avtal. Även äldre läkemedel kommer sannolikt i allt högre utsträckning att upphandlas på nationell nivå.

Sverige är ett av få länder i Europa som upphandlar vaccin regionalt. Här skulle nationella upphandlingar av större volymer kunna ge bättre pris, men också underlätta vårdens hantering och ge

medicinska fördelar. Nationella upphandlingar av vaccin inom det nationella vaccinprogrammet ska genomföras för att säkra en enhetlig och kostnadseffektiv och patientsäker vård. Nationellt upphandlat vaccin underlättar också för individen, till exempel vid flytt över landstingsgränser.

## **SÄKRAD FÖLJSAMHET TILL DE NATIONELLA LÄKEMEDELSREKOMMENDATIONERNA**

I de större landstingen finns expertis och en kunskapsorganisation som tillåter enskilda beslut i läkemedelsfrågor, men det är långt ifrån fallet i alla landsting. För att uppnå en effektiv och jämlik läkemedelshantering i hela landet behövs därför en fortsatt utveckling där resurser används gemensamt. Landstingen ska vara aktiva i den fortsatta utvecklingen av den nationella samordningen av läkemedelsarbetet och driva landstingsstrategiskt viktiga frågor. Det är angeläget att den typen av frågor även förankras i den regionala politiska nivån. Inte minst för att uppmärksamma och hantera eventuella maktförskjutningar mellan regional och nationell nivå.

Men en ökad nationell samordning bör rimligtvis leda till att vissa arbetsuppgifter flyttas från regional till nationell nivå och att den regionala organisationen därmed behöver anpassas till att bli mer av en implementeringsorganisation. Exempelvis är det inte orimligt att regionala rekommendationslistor skulle kunna ersättas av en nationell läkemedelslista skriven av de främsta experterna, vilket troligtvis skulle leda till en mer jämlik läkemedelsbehandling.

Kunskapen om hälsoekonomi behöver förstärkas rent generellt i landstingen och det borde vara lönsamt att erbjuda ett grundläggande utbildningsprogram. SKL bör därför få i uppdrag att ta fram ett utbildningsprogram i hälsoekonomi som riktar sig till beslutsfattare, chefer och nyckelskrivare i landstingen. Det hälsoekonomiska tänkandet slår då förhoppningsvis rot inom organisationen, vilket gynnar effektiv läkemedelsanvändning och resursanvändning i allmänhet.

Idag finns många läkemedel med samma verksamma substans, ofta med stora prisskillnader mellan olika fabrikat. För att öka tydligheten för patienten att kunna göra ett rationellt val borde därför en så kallad ”generikareform” genomföras. En sådan reform innebär att alla läkemedel namnges efter sina verksamma preparat och att företagsnamnet och varumärket enbart skrivs i mindre stil.

## **JÄMSTÄLLDHET ÄR EN PATIENTSÄKERHETSFRÅGA**

Det borde vara en självklarhet att män och kvinnor ska ha samma rätt att få vård och omsorg utifrån sina behov. Men trots att hälso- och sjukvården gjort stora insatser för att förbättra jämställdheten är det ännu långt kvar innan vi kan konstatera att det råder jämställdhet inom vård och omsorg.

Varje dag får kvinnor färre provtagningar och undersökningar och drabbas av fler biverkningar än män. Fler män får intensiv utredning och behandling på hjärtavdelning, medan fler kvinnor dör på sjukhus vid akut hjärtinfarkt. Men ojämlikheten går åt båda håll. Mäns blindtarmar opereras med öppna bukoperationer, men kvinnor med tithålskirurgi, som är betydligt enklare för patienten. Män söker mer sällan behandling för psykisk ohälsa och självmordstalen bland män är högre än bland kvinnor.

Idag får inte kvinnor och män alltid sjukvård som är tillräckligt anpassad efter deras biologiska olikheter. Det behövs mer genusforskning inom medicinen för att utveckla rekommendationer om rätt behandling för kvinnor respektive män. För att uppnå en vård som ges på jämlika villkor måste genusperspektivet finnas med i och genomsyra all hälso- och sjukvård. Till exempel måste vårdstatistik och uppföljning av vårdkvalitet vara uppdelad efter kön. För att uppnå en vård på lika villkor måste utvecklingen av nya mediciner och nya medicinska metoder och tekniker prövas på både kvinnor och män.

# Individen tar ett stort ansvar för sin hälsa och för sina levnadsvanor

God hälsa är en frihetsfråga. En god hälsa leder till frihet och livskvalitet för individen och är grunden för att hen ska kunna verka med full kraft. När hälsan sviktar begränsas livet. Att skapa förutsättningar för en god hälsa hos befolkningen är därför en viktig liberal uppgift. Att prioritera människors hälsa innebär också att ta ansvar för välfärden. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser stärker människors hälsa, minskar deras behov av sjukvårdande insatser och ökar den ekonomiska självständigheten när beroendet sjukförsäkring minskar. Det frigör också resurser i välfärden och ger förutsättningar för en ekonomiskt hållbar utveckling.

## FRÄMJA HÄLSA OCH FÖREBYGG SJUKDOM

Svenskarnas hälsa är bland den bästa i världen. Olika folkhälsoanalyser visar att hälsan förbättras i befolkningen ur en rad perspektiv, men för grupper med sämre hälsa går utvecklingen betydligt långsammare. Särskild omsorg ska därför riktas mot grupper vars hälsa av olika anledningar är särskilt utsatt.

Ska Sverige klara att bära den välfärd som människor bör kunna förvänta sig i vårt land och som är central i den socialliberala samhällsberättelsen, krävs ett ambitiöst preventivt förhållningssätt. Då minskar eller förskjuts behovet av sjukvårdens insatser och sjukförsäkringen står sig robust.

Den enskilda människan har ansvaret för sitt liv och sin egen hälsa. Dennes integritet och val av livsstil ska respekteras. Hälsö- och sjukvården ska arbeta hälsofrämjande. För att det ska bli så krävs att större vikt läggs vid förebyggande och hälsofrämjande insatser, att vården ständigt strävar efter förbättra sin kvalitet och uppmuntrar människors egna hälsoinsatser som egenvård och användandet av moderna, kvalitetssäkrade hälsojänster som eHälsa. Hälsö- och sjukvården ska erbjuda stöd för förändringar av levnadsvanor. Insatser ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Till exempel bör vi fundera över behovet av att certifiera hälsoappar som uppfyller dessa krav och kunna erbjuda en hälso- och sjukvårdens ”app-store”.

Men även övriga delar av samhället bör arbeta hälsofrämjande. Det gäller till exempel när kommuner planerar för nybyggnationer. När nya bostadsområden, skolor, centrumanläggningar och så vidare byggs ska möjligheterna till lek och rörelse för barn och vuxna vara ett självklart inslag.

## VACCINATION RÄDDAR LIV

God tillgång till vaccination och stor följsamhet till vaccinationsprogram har en mycket stor betydelse för att undvika smidsspridning och epidemier. Barn som inte vaccineras av andra skäl än medicinska bedömningar utsätts inte bara för risken att själva bli smittade av allvarlig sjukdom som mässling. De utgör också en risk för andra människor som av olika skäl inte kunnat vaccineras eller som vuxit upp i länder som inte har utvecklade vaccinationsprogram. Ingen ska tvingas till vårdens insatser, utöver den strängt reglerade tvångsvård som gäller idag. Men det egna valet att avstå från

att vaccineras sina barn bör inte drabba andra barn. Därför bör barn som föräldrar valt att inte vaccinera inte ha företräde till förskoleplats, utan kan hänvisas till annan förskola om de riskerar att utsätta andra barn för smitta. Dispens ges bara till barn som av medicinska skäl inte kunnat få sin vaccination.

## **HÄLSOFRÄMJANDE LEVNADSVANOR OCH UTVECKLAD BEROENDEVÅRD**

De egna valen påverkar människans hälsa i en avgörande grad. Rökning, för mycket alkohol, fetma och stillasittande påverkar hälsan negativt. Den som blir beroende av droger i någon form förlorar sin frihet och utsätter sig för stora hälsorisker.

Rökning är en av de största hälsoriskerna och leder till att cirka 12 000 människor dör i rökrelaterade sjukdomar varje år. Även om inte en nollvision för rökning införs i Sverige, liknande den som finns i Finland och Nya Zeeland, finns många lärdomar att dra från erfarenheterna därifrån, inte minst avseende det förebyggande arbetet. Barn och ungdomar ska vara i fokus för tobaksförebyggande insatser. Sjukvården ska erbjuda insatser för rökavvänjning och bli än tydligare med rökningens konsekvenser för resultatet av en pågående behandling, och åtgärder motsvarande rökstopp vid operation ska användas i större utsträckning.

Sverige ska ha en restriktiv alkoholpolitik. Särskilt viktigt för att minska alkoholens skadeverkningar är att ungdomar skjuter upp sin alkoholdebut, att högkonsumenter i riskzonen nås av insatser och att den totala alkoholkonsumtionen hålls nere, bland annat genom en hög alkoholskatt. Systembolagets detaljhandelsmonopol ska behållas. I EU ska hänsynen till folkhälsan väga tyngre än jordbruksintressen.

Den som upplever att hen dricker för mycket måste kunna få snabb och verkningsfull hjälp. Mottagningar med hög tillgänglighet för riskbrukare behöver utvecklas och primärvårdens roll stärkas genom kompetensutveckling. Idag är ansvaret mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården otydligt. Därför behöver ansvaret för beroendevården tydliggöras så att detta blir en uttalad uppgift för hälso- och sjukvården. Väldigt få människor upplever att socialtjänsten är en rimlig instans att vända sig till när man upplever problem med sitt drickande. Forskning visar att nio av tio personer hellre söker vårdens än socialtjänstens insatser. Då alkoholism är en sjukdom bör den också behandlas av hälso- och sjukvården. Primärvården blir därmed den första och ofta enda vårdkontakt som personer med alkoholproblem behöver ha kontakt med. Särskilda mottagningar för riskbrukare, med syfte att möta personer som behöver få hjälp med att ta kontroll över sitt alkoholdrickande, har också visats sig fungera väl och bör inrättas på fler håll i landet. De kan också fungera som kunskapscentra för första linjens sjukvård. Ansvaret för de sociala behoven som kan följa på alkoholproblem ska socialtjänsten självklart ansvara för. Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för tidig upptäckt av riskbruk av alkohol ska stärkas. Eventuella insatser och intervention ska erbjudas snabbare än vad som görs idag.

## **FORTSATT RESTRIKTIV NARKOTIKAPOLITIK**

Sverige ska ha en restriktiv hållning i narkotikapolitiken, men ska ha som övergripande mål att ingen ska drabbas av drogrelaterat lidande och eller dödsfall. En nära samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och rättsväsende är viktig för att personer som hamnat i missbruk ska erbjudas hjälp. Missbruk ska motverkas med fungerande, evidensbaserad missbruksvård

Ideella organisationer står för en viktig del av stödinsatserna till personer med beroendeproblem och ska få stöd av samhället för detta. Missbruks- och beroendevården ska vara vetenskapligt grundad. Missbruksvården ska i största möjliga mån minska det mänskliga lidandet genom exempelvis substitutionsbehandling och sprututbytesprogram som kombineras med rehabilitering. Att stärka den enskildes motivation för att själv bryta missbruket är avgörande för framgång. Tvångsåtgärder kan förekomma om det krävs för att rädda människoliv.

Patientlagens regler om valfrihet i hela landet i öppenvård omfattar även beroendevården. Det måste dock säkerställas att så också sker i praktiken. Vårdgarantin inom beroendevården ska stärkas och behandling som inte är av akut karaktär ska påbörjas senast inom 30 dagar. Efter akuta insatser och efter tvångsvård ska den fortsatta vården ges utan uppehåll.

## **TÄNDERNA ÄR EN VIKTIG FOLKHÄLSOFRÅGA.**

Den svenska tandhälsan är god. För knappt tio år sedan genomfördes en omfattande tandvårdsreform. Sedan dess har tandhälsan – enligt tandvårdsutredningen betänkande 2015 – förbättrats väsentligt. Det är fortsättningen på en trend som pågått under en mycket lång tid. Det är angeläget att fortsätta utveckla tandvården för att säkerställa att alla ges möjligheter till god tandhälsa.

Frisk tandvård är en abonnemangstyp som Liberalerna arbetat för sedan slutet av 80-talet. På uppdrag av dåvarande sjukvårds- och socialförsäkringsministern Bo Könberg utredde förre socialministern Gabriel Romanus frågan i början av 90-talet. En proposition om detta röstades 1994 ned med par röster av en ohelig allians av Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Ny Demokrati.

Efter tandvårdsreformen 2008 möjliggjordes dock alternativet frisk tandvård i hela landet. Dock utan ett högkostnadsskydd, som är en viktig del för dem som har taxetandvård. Antalet som väljer frisk tandvård växer årligen och är för närvarande cirka 725 000 av den vuxna befolkningen. De delas in i tio riskgrupper, varav det stora flertalet tillhör de fem grupperna med lägst risk.

I och med att betalningen sker genom en fast avgift under en treårsperiod och inte för varje åtgärd stimuleras en mer förebyggande tandvård, som är effektiv för att förbättra tandhälsan.

Statens ekonomiska stöd är som störst till dem över 75 år (och till dem under 30 år). En statlig utredning föreslog i fjol att även de mellan 65 och 75 år skulle få samma stöd. Liberalerna delar den uppfattningen.

Vi anser också att högkostnadsskyddet ska gälla även dem som väljer frisk tandvård och att det även för dem ska börja vid 3 000 kr per år och utgå med 50 procent för årskostnader över det beloppet. För dem i högsta riskgruppen skulle då årsavgiften minska med cirka 2 800 kr. Ytterligare en förbättring för dem med frisk tandvård vore att de skulle kunna få ersättning för förlorade tänder. Totalt har statens kostnad för dessa två reformer beräknats till ca 35 miljoner kr. Detta kan jämföras med statens tandvårdskostnader idag på ca 5 000 miljoner kr.

Liberalerna anser att arbetet för att stegvis förbättra tandvårdsstödet bör fortsätta. Inriktningen bör vara dels på förebyggande tandvård och dels på dem som har de allra största behoven. Åldersgränsen för rätten till det högre allmänna tandvårdsbidraget ska sänkas från 75 år till 65 år. Vi vill prioritera detta framför fri tandvård för unga vuxna, som redan idag har bland världens bästa handhälsa.

## **HÄLSA BETYDELSEFULLT FÖR INTEGRATIONEN**

Nyanlända och asylsökande har generellt sett sämre fysisk och psykisk hälsa i förhållande till resten av befolkningen, vilket kan försvåra integrationen. Det tär på hälsan att fly och att komma till ett nytt land. Vissa bär med sig svåra trauman, andra kan ha andra stora hälsobehov. Folkhälsan uttryckt i livslängd och upplevd hälsa speglar också bostadssegregationen. Människors förmåga att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information, behöver stärkas för att människor ska ha goda verktyg att ta ansvar för sin egen hälsa och möjlighet att ta del av hälso- och sjukvårdens insatser. Samtliga regioner och landsting ska åläggas att erbjuda hälsokommunikatörer för nyanlända. Hälsokommunikatörerna ska främja en god hälsa hos nyanlända genom information, utbildning och dialog på det egna språket.

# Ett ökat psykiskt välbefinnande

**Psykiska diagnoser är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige. Befolkningen i vårt land tillhör de med bäst hälsa i världen. Den fysiska hälsan blir allt bättre samtidigt som den psykiska ohälsan ökar. Såväl kvinnor som män drabbas, men särskilt kvinnor rapporterar i stor omfattning att de lider av besvär med ängslan, oro, ångest och sömnbesvär**

Det ska vara lätt att få hjälp med sina psykiska problem. Ungefär var tredje person som söker till primärvården har problem med sin psykiska hälsa. För dem måste det finnas en lättillgänglig hjälp att få. Det behövs tillgång till psykolog på vårdcentraler och husläkarmottagningar, men även andra yrkesgrupper som kan bidra till att stärka hälsan för dessa patienter, exempelvis fysioterapeuter. Inspirationen kring hur den psykiska hälsovården kan utvecklas finns i Norge där stora insatser gjorts som bland annat ger stor tillgång till professionell hjälp i första linjens sjukvård. Första linjens psykiatri ska vara en självklar del av primärvårdens ansvar och en förbättrad tillgång till psykologer och andra relevanta yrkesgrupper behövs på landets vårdcentraler. Alla regioner och landsting ska erbjuda en "första linjens psykiatri" för barn och unga i åldern 7-19 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa.

## RESPEKTERA VÅRDGARANTIN

Efter att värdköer minskade och tillgängligheten stärktes till den specialiserade vården under ett antal år kan vi nu återigen se hur allt fler regioner och landsting får svårt att leva upp till vårdgarantins krav på tid till besök och behandling. Detta gäller i hög grad även för den psykiatriska vården. I december 2016 låg måluppfyllelsen av vårdgarantin i riket avseende ett förstabesök till vuxenpsykiatri inom 90 dagar på 90 procent. Men det varierade stort mellan olika landsting och regioner, där det finns landsting där 20 procent av patienterna får vänta längre än 90 dagar.

Inom barn- och ungdomspsykiatri ser det något bättre ut, även om det fortfarande är en bit kvar till de uppsatta målen. I december 2017 fick 92 procent av de unga patienterna ett förstabesök inom de 30 dagar som den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri stipulerar. Men även här finns stora variationer. Det finns landsting, såsom Blekinge och Kalmar, som har en måluppfyllelse på 100 procent, medan till exempel Dalarna och Jämtland Härjedalen i december 2016 hade en måluppfyllelse runt 75 procent.

Det är inte acceptabelt att det ser så olika ut mellan de olika landstingen och regionerna. Vårdgarantins krav på besök och behandling måste respekteras i alla regioner och landsting även för psykiatri. Inte minst gäller detta rätten att få en neuropsykiatrisk utredning. Idag tar det alldeles för lång tid från den första kontakten med vården innan dess att en utredning inleds. Även om landstinget eller regionen formellt klarar vårdgarantins krav på ett första besök, blir den efterföljande väntan på en utredning alltför lång. För att minska väntetiderna måste regioner och landsting förstärka kapaciteten för att minska väntetiderna till neuropsykiatriska utredningar.

Huvuddelen av de nödvändiga åtgärderna för att klara vårdgarantin inom den psykiatriska vården behöver vidtagas på regional nivå, men det krävs också insatser på nationell nivå för att bidra till en jämlik psykiatrisk vård med god tillgänglighet över hela landet. En viktig lösning är tillska-



pandet av en nationell digital plattform, som gör det möjligt att få information, stöd och behandling antingen via internet eller telefon. En sådan nationell tjänst skulle också kunna erbjuda hjälp att boka in en fysisk tid.

## PSYKIATRIAMBULANSER

Patienter med oro, ångest eller med självmordsrisk måste snabbt kunna få hjälp från vården. Idag omhändertas alltför ofta människor med akut psykisk sjukdom av polisen inför grannar och andra vittnen som hämtar och skjutsar individen till vården. Det är inte rimligt att sjuka människors i akut kris behandlas på ett sådant sätt att de upplever sig som brottslingar eller att de inte får möta människor med vårdkompetens i första skedet.

För ett bättre omhändertagande bör därför de lyckade försöken med psykiatrisk akutmobilitet, ibland kallade psykiatriambulanser, permanentas och spridas över hela landet. Dessa akutbilar ska åka ut på larm om självmordsförsök, psykoser och kriser. Bilarna ser ut som en vanlig ambulans, men saknar bårplats. Personalen, som i försöken besatt av specialistutbildade sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare, ska ha tillgång till patientjournaler och därmed ha möjlighet att ta del av patientens sjukdomshistoria på vägen ut till insatsen. Med hjälp av akutbilen får patienten ett bra omhändertagande redan från början och personalen kan redan i ett tidigt skede göra en bedömning av rätt vårdnivå. Samtidigt kan polisen avlastas när de slipper åka på liknande larm. Att använda en akutbil, istället för en polisinsats, jämställer psykiatrisk akutsjukvård med somatisk akut-sjukvård och kan därmed bidra till att avstigmatisera psykiska sjukdomar.

## MINSKAT BEHOV AV TVÅNGSÅTGÄRDER

En liberal hälso- och sjukvårdspolitik kännetecknas av ett individperspektiv och en strävan efter att ge patienterna en stor egenmakt. Dessa perspektiv måste också känneteckna den psykiatriska vården. När patienten ges inflytande över sin egen vård ökar möjligheterna för att skapa en förtroendefull relation mellan vården och patienten.

Ett sätt att stärka individperspektivet inom psykiatrin är så kallad självvald inläggning. Möjligheterna med självvald inläggning inom psykiatrin, där patienten själv bestämmer över sina in- och utskrivningar, ska erbjudas i hela landet. Målet är att minska behovet av tvångsåtgärder, då dessa i många fall beror på att patienterna är för sjuka när de kommer till sjukhuset och vårdtiden blir då ofta längre än vad som hade behövts.

Självvald inläggning innebär att en person som lider av emotionell instabilitet, efter en professionell bedömning av hens tillstånd, på eget initiativ kan läggas in för vård på en psykiatrisk avdelning. Att veta att det finns en plats när du behöver den, utan att först behöva konsultera en läkare, innebär en trygghet i vardagen för individen. Arbets sättet innebär en stor flexibilitet och patienten kan lämna avdelningen när hen känner sig mer stabil. Självvald inläggning kan aldrig ersätta en annan behandling, men kan bli ett viktigt verktyg för att skapa rutiner, bryta en nedåtgående spiral eller hindra att patientens problem förvärras.

## BARNETS BEHOV I FOKUS

Det är viktigt att också barn och unga ges inflytande över sin vård och får möjligheter till delaktighet. Även barn och unga ska ha rätt att bestämma själva. Denna rätt blir viktigare ju äldre de blir. För vårdens medarbetare ställer detta krav på att vara lyhörda, att alltid se till barnets bästa och att ta reda på vad barnet vill. Det är också viktigt att vårdnadshavare ges möjlighet till delaktighet och inflytande över sitt barns vård. Vårdnadshavaren har skyldighet att bestämma i frågor som rör barnet och den unga, men ska i takt med barnets stigande ålder ta en större hänsyn till hens synpunkter.

Att både ge inflytande till barn och unga å ena sidan och till vårdnadshavaren å andra sidan kan skapa en svår konfliktsituation för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Grundprincipen är att det är vårdnadshavaren som är ansvarig för sitt barn, men denna princip krockar ibland med hälso- och sjukvårdens ambition att ge vård som ges med patientens samtycke och medbestämmande.

Idag är inte barns och ungas rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården helt entydig. Framförallt blir detta tydligt när en ung person söker vård, men önskar göra detta utan vårdnadshavarens vetskap. Det är olyckligt om en ung person undviker att söka vård, för att till exempel prova ut preventivmedel eller för samtal hos psykolog, av rädsla för att vårdnadshavaren ska få kunskap om detta.

För att stärka barns och ungdomars ställning inom hälso- och sjukvården är det därför viktigt att stärka deras rätt till vård som ges utan föräldrarnas vetskap eller delaktighet. En förälder ska inte heller kunna fördröja vårdens insatser. Lagstiftningen måste ändras från föräldraperspektiv till att ha barnets behov i fokus. När barnkonventionen blir svensk lag stärker det barnets rätt, men det krävs översyn av flera lagar för att ge barn och unga en starkare ställning i vården. Föräldrabalken, patientlagen samt offentlighets- och sekretesslagen behöver därför ses över med ett tydligt barnperspektiv.

## **SLOPAD PATIENTAVGIFT VID TVÅNGSVÅRD**

Utgångspunkten för alla insatser inom hälso- och sjukvården är medbestämmande och inflytande för patienten. Men det finns situationer och sjukdomstillstånd som kräver en insats som sker under tvång och en vård som sker mot patients vilja. Kravet för att kunna ge vårdinsatser under tvång är högt ställda. Det krävs att personer lider av en allvarlig psykisk störning, att heldygnsvård på sjukhus behövs och att patienten motsätter sig eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Det finns idag ett stort behov av att utveckla den psykiatriska tvångsvården, med målet att minska behovet av åtgärder som ges under tvång. Bland annat har Socialstyrelsen pekat på nödvändigheten av att verksamheterna har tydliga uppdrag och tillräckliga resurser. Att vård ges till någon mot dennes vilja innebär ett stort ansvar och ställer stora krav på att vården ges på jämlika villkor. Sett till hur det ser ut i olika delar av landet kan inte detta mål anses uppfyllt. Användandet av tvångsåtgärder ser mycket olika ut mellan landstingen. Vissa landsting har arbetat aktivt för att minska behovet av tvångsåtgärder, vilket gett goda resultat.

Idag kan en patient som vårdats mot sin vilja behöva betala för den vård hen motsatt sig att få. Det finns landsting, till exempel landstinget i Värmland, som beslutat att ta bort avgiften för tvångsvård. Fler landsting borde ta efter det värmländska exemplet. Patientavgiften för tvångsvård, liksom patientavgiften för läkemedel för personer som behandlas med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård, bör avskaffas. Det är principiellt tveksamt att tvinga människor att betala för vård som de själva inte frivilligt deltar i.

## **RÄTT TILL STÖD OCH HJÄLP**

Flera studier pekar på att det finns ett cirkulärt samband mellan skolprestationer och psykisk ohälsa. Dåliga skolprestationer kan orsaka psykosomatiska besvär och samtidigt presterar elever med psykosomatiska besvär sämre i skolan just på grund av sin psykiska ohälsa. Forskningen visar att skolresultat har ett starkare prediktionsvärde för framtida problem som till exempel missbruk än socioekonomisk bakgrund eller psykisk sjukdom hos föräldrarna. Att ingripa tidigt vid sviktande skolresultat är således bland det viktigaste vi kan göra för att förbättra hälsan och den sociala situationen för barn och unga.

Ett stort problem i svensk grundskola är att elever får särskilt stöd relativt sent. För att höja kunskapsresultaten och likvärdigheten är det därför centralt att detta ändras och att elever som riskerar halka efter får stöd så tidigt som möjligt. Fler speciallärare och specialpedagoger bör anställas i lågstadiet och det specialpedagogiska arbetet måste utvecklas.

En av orsakerna till det sena stödet är att många skolor kräver att sjukvården ställer en diagnos för att barn ska berättigas till särskilt stöd. Hos många landsting och regioner är väntetiderna till neuropsykiatrisk utredning lång, vilket försenar att eleverna får det viktiga stödet för att klara sin utbildning. Detta är oacceptabelt. Alla elever, oavsett om de har fått en diagnos eller inte, ska få det stöd de är i behov av. Det är viktigt att elevhälsan är behjälplig med att förmedla kontakt med

sjukvården för att tidigt kunna utreda och diagnosticera neuropsykiatriska funktionshinder, såsom ADHD.

För att bryta utvecklingen kring barns- och ungas psykiska ohälsa måste samarbetet mellan skolans elevhälsa och sjukvården förbättras. Alla skolhuvudmän ska ha avtal med regioner och landsting för att stärka elevhälsoarbetet och för att undvika att elever hamnar mellan stolar. Socialtjänsten ska kopplas till skolans elevvårdsteam, sekretessregler får inte bli ett hinder för elevens välbefinnande. Varje skola ska ha en direktkontakt med särskild socialsekreterare. Elevvårdsteam ska knyta till sig fler expertkompetenser, bland annat logoped. De elever som har stora inlärnings-svårigheter ska mötas av lärare och speciallärare med djup och bred kompetens.

Problemen inom skolan handlar också om att den fysiska arbetsmiljön i alltför många fall inte är anpassad för personer med neuropsykiatriska diagnoser. Skolmiljön påverkar hur ADHD uttrycks. En anpassad skolmiljö med bra struktur bör eftersträvas, då det kan minska behovet av läkemedel-s användning hos barn och ungdomar.

# Frihet och värdighet hela livet

Sjukvården märks ofta mer i livet ju äldre vi blir och vi blir allt fler äldre. Samtidigt kan ett liv efter förvärvsarbete innebära ett fortsatt långt och rikt liv. Men då gäller det också att vi satsar på åsrika människor. Liberalerna vill mer. Vi ger oss inte förrän alla invånare i vårt land får bästa tänkbara vård, oavsett ålder. Samhället ska rusta äldre människor och anhöriga mot äldres sjukdomar. När sjukdom ändå inträffar måste vi få vara sjuka med värdighet.

## EN SÖMLÖS VÅRD

Alltför många äldre upplever gränser mellan de olika huvudmännen inom svensk hälso- och sjukvård. Det handlar om dålig kommunikation mellan primärvård och specialistvård. Det handlar om svårigheter att få till övergångar mellan sjukvården och kommunens omsorg, vilket inte minst syns genom det stora antalet utskrivningsklara patienter på våra sjukhus (se sidan 2). Olika vårdgivare och olika vårdnivåer gör det mycket svårt för många äldre att navigera och hålla ordning på alla vårdkontakter. Det leder också till svårigheter att upprätthålla en god kontinuitet.

Multisjuka, ofta äldre, som kanske saknar anhöriga och som bor i kommunal omsorg är de med störst behov av kontinuitet. För dessa är det ett absolut krav med kontinuitet i vårdens övergångar och att vården är översiktlig och begriplig. Här är behovet stort av en koordinator mellan olika aktörer. Förslag om en fastläkarreform inom primärvården (se sidan 2) och stärkta möjligheter till en Patientansvarig vårdkontakt syftar båda till att stärka vården och omsorgen om de äldre, genom en vårdkontakt som kan ta ett övergripande vårdansvar. En fast vårdkontakt och en utvecklad patient- och vårdgivarrelation kan också antas leda till bättre behandlingsresultat och färre återfall.

Många av de äldre som skrivs ut från sjukhusen är fortfarande i stort behov av vård. Allt fler äldre får också avancerad sjukvård i sina hem, via kommunernas hemsjukvård. För att kommunerna ska kunna klara detta uppdrag måste läkarbemanningen, såväl i ordinärt som särskilt boende, fungera bättre än idag. Erfarenheterna från Norge av fastläkarreformen är mycket goda och visar att en liknande reform i Sverige skulle möjliggöra för en bättre läkarbemannning inom den kommunala vård och omsorgen.

## FLER HEMBESÖK

Alla landsting och regioner ska erbjuda såväl planerade som akuta hembesök för de som behöver och föredrar det, och ordentligt med tid med sin sjuksköterska och läkare. Genom att satsa på förebyggande hälsoarbete minskar sjukdomar, lidande och kostsamt vårdbehov. Hembesök förebygger risker i hemmet och minskar drastiskt behovet av akutbesök hos äldre patienter. En väl utbyggd hemsjukvård är särskilt viktig för den som är skör. Inte minst för människor som bor i särskilt boende innebär det minskad förvirring och ansträngning att få sin sjukvård i boendet.

Till primärvården ska sjukvården kunna knyta närvårdsplatser där äldre människor tryggt kan läggas in för sjukhusvård nära sitt hem och sina släktingar, utan att först behöva vänta på en akutmottagning. Sverige har länge haft en övertro på stora akutsjukhus, men för många äldre patienter passar den småskaliga, nära sjukvården betydligt bättre. Geriatriker och allmänläkare på vårdcen-

traler ska kunna lägga in patienter på sådana närvårdsavdelningar, men även i hemmet, i så kallad sjukhusansluten hemsjukvård. Sjukhusvård i hemmet minskar förvirring för patienter med demens, ger färre fallskador och minskar också risken för vårdrelaterade infektioner. Morgondagens bästa sjukhus kan vara en bostadsrättsförening.

## **FÖREBYGG, TRYGGA, STÖTTA**

Inaktiva äldre kan förlora balansen, slå sig illa och bli apatiska. Redan sjuka riskerar infektioner och trycksår. Det är grundläggande för äldre att behålla sin rörlighet och snabbt få den tillbaka efter sjukdom, och därför är arbetsterapeuter och fysioterapeuter oundgängliga för äldres hälsa. Fler arbetsterapeuter och fysioterapeuter på vårdcentralerna underlättar ett rörligt liv, motverkar fallskador, infektioner och annan sjuklighet.

Mun och tänder är bortglömda delar av både hälsovården och äldres hälsa. Det är inte förrän för några år sedan som människor behöll sina egna tänder högt upp i åldrarna. Frisk mun och friska tänder gör det lättare att äta, och rapporter tyder dessutom på att inflammation i tänder och mun är direkt kopplade till hjärt- och kärlsjukdom och för tidig död. Därför måste stora insatser göras för äldres tandhälsa. Äldretandvården måste få en tydligare roll i det hälsofrämjande arbetet.

Idag får apotek byta ett läkemedel mot ett billigare, likvärdigt i annan förpackning. Äldre patienter har förväxlat sina mediciner när samma läkemedel sålts i olika askar, ofta har de trott att läkemedlen är olika och därmed tagit dubbel dos. Detta är inte acceptabelt. För säkrare läkemedelsanvändning bör det även bli möjligt att införa en nationell ordinationsdatabas. Förskrivare skulle då kunna hämta aktuell information om en patients läkemedelsbehandling, så att felbehandling, överdoseringar och biverkningar minimeras.

## **RÄTT ATT FÅ DEN BÄSTA BEHANDLINGEN, OCH RÄTTEN ATT SLIPPA DEN**

Den nytta en patient kan ha av en behandling vägd mot de risker han eller hon tar är det som ska avgöra om behandlingen erbjuds en patient eller inte, inte patientens kronologiska ålder. Hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper behöver därför säkrad utbildning i läkemedelsbehandling av äldre patienter, redan under sin grundutbildning. Detta gäller i första hand läkare, tandläkare och sjuksköterskor, men även andra yrkesgrupper behöver få mer kunskap om äldres läkemedelsbehandling.

Fortfarande styrs val av undersökningar, behandling och rehabilitering ofta mer av fasta åldersgränser, snarare än individuella behov. Socialstyrelsen rekommenderar exempelvis screening för tjock- och ändtarmscancer och för bröstcancer bara upp till 74 år. Åldersgränsen är satt utifrån att forskningsstudier av praktiska skäl görs mest på yngre personer, och man därmed inte kunnat påvisa att screening gör nytta också för äldre. Det finns med andra ord inte heller några studier som visar att det inte gör nytta. En betydande andel av cancerdiagnoserna ställs hos människor över 74 år. Sannolikt kan därmed många som drabbas av sjukdom, men hunnit passera den övre gränsen för screening, riskera sen upptäckt.

Människors fria vilja, självbestämmanderätt och önskemål måste respekteras också när livet går mot sitt slut. Var och en av oss ska genom samtal med våra anhöriga, med behandlande läkare eller i skrift få avgöra hur vi ser på livsuppehållande behandling. Ingen ska tvingas ta emot medicinska insatser de inte vill ha, inte heller före livets slutskede där behandling medicinskt sett skulle kunna gagna patienten. Läkaren ska alltid erbjuda palliativ behandling. För icke beslutskapabla patienter ska tidigare uttryckt önskan om att avstå, påbörja eller avbryta livsuppehållande behandling respekteras.

## **ÖKADE KUNSKAPER OM VÅLD MOT ÄLDRE**

Världshälsoorganisationen WHO har konstaterat att våld och övergrepp mot äldre är så vanligt att det utgör ett folkhälsoproblem. Internationella studier beräknar att omkring 5-7 procent av alla äldre utsätts för våld och övergrepp i nära relation. Svensk statistik visar att problemet kan var

ännu större hos oss. I de senaste svenska kartläggningarna hade 15 procent av människor 65 år äldre utsatts för våld och övergrepp, främst i det egna hemmet.

I sjukvården uppfattas äldre människors utsatthet i nära relation ofta som rena fallskador. Var och en som arbetar inom sjukvård och äldreomsorg bör ha kunskap om våld mot äldre och anmälningsskyldighet om de misstänker våld eller övergrepp.

Det finns idag generellt en för låg kunskap hos hälso- och sjukvårdens medarbetare om våld mot äldre. För att kunna arbeta mer effektivt för att förebygga, upptäcka våld och stödja våldsutsatta äldre måste kunskapen öka. Bristande kunskap försvårar upptäckten, då tecknen på våldet misstas för normalt åldrande. Alla som arbetar inom sjukvård och äldreomsorg ska ha kunskap om våld mot äldre och veta hur man känner igen tecken på våld. Alla medarbetare inom hälso- och sjukvården ska ha anmälningsskyldighet om de misstänker våld eller övergrepp.

## STÄRKT STÖD TILL ANHÖRIGVÅRDARE

När vardagen blir ett arbete behöver omgivningen finnas där. Anhöriga ska orka hjälpa både patienten och sig själva, men i dag blir var fjärde anhörig själv sjuk. Döttrar och äldre hustrur är extra utsatta. En grundläggande del i den förebyggande vården är därmed ett förstärkt anhörigstöd, där en höjd anhörigersättning är en viktig del.

Sjukvården måste se patientens närmaste. 2009 gav ett riksdagsbeslut anhörigvårdare en drägligare livssituation med mindre risk att själva bli sjuka, men Liberalerna vill göra mer. Mycket mer. Anhöriga behöver avlastas genom vårdsamordnare eller vårdlotsar som hjälper kroniskt sjuka och deras anhöriga med sjukvårdskontakter och oro. Vi vill skapa kontaktvägar mellan anhöriga och sjukvård och göra det lätt att få kontakt med andra i samma situation. Ett nationellt anhörigcentrum med stödlinje dygnet runt kan ge trygghet och avlastning för den som kröks under arbetet med att ta hand om en närstående. Dessutom måste anhöriga självklart kunna äta med sina nära på sjukhusen och stanna över natten.

## UTVECKLADE MÅLTIDER

Närmare fyra av tio vuxna som läggs in på sjukhus är undernärda eller är i riskzonen att drabbas. På en vanlig vårdavdelning med 20 patienter lider 7-8 av undernäring. Granskar man patientgrupperna lite noggrannare upptäcker man snabbt att bland de äldre patienterna är problemen mycket större än så. En äldre människa blir inte undernärmd av att bli inlagd på sjukhus några dagar, men där kan man upptäcka deras situation. Att långsiktigt vända problemen kräver ett ambitiöst arbete från den kommunala äldreomsorgen. Situationen i äldreomsorgen är på många håll förskräckande. Hälften av de äldre som lever i särskilt boende bedöms vara undernärda.

Åldrandet i sig och olika sjukdomstillstånd kan leda till minskad aptit. Att vara undernärmd är samtidigt farligt och leder i sin tur till ökad sjuklighet. Därför krävs ansträngningar för att locka fram matlusten. Maten borde ses som en självklar del av omsorgen och inte som någon praktisk detalj som ska hanteras. Måltiderna borde vara höjdpunkten på dagen och präglas helt av den äldre människans önskemål och behov.

I sjukvården behöver mat och måltider utvecklas. Egna tillagningskök ska eftersträvas för att skapa förutsättningar för måltider anpassade efter patienternas behov med stor valfrihet och möjlighet till specialkost.

Makten över maten måste flyttas till den enskilda människan. Därför behöver reglerna skärpas och rätten att serveras aptitlig mat som – om man så önskar – lagas i hemmet ska ses som skälig levnadsnivå i socialtjänstlagen.

När någon behöver geriatrisk vård eller äldreomsorg i någon form måste frågan om mat och måltider lyftas upp som en grundläggande förutsättning i vård och omsorg. Smakpreferenser och önskemål kring mat och måltider måste ingå som en grund för hur omsorgen ska ges för den enskilda.

Hemtjänstpersonal måste ges rimliga förutsättningar att tillmötesgå de äldres önskemål. Därför är utbildning i matlagning viktigt.

Alla kommuner ska ha tillgång till dietist. För att säkerställa likvärdighet och en hög kompetens gällande frågan om mat och måltider måste alla kommuner säkerställa att de har tillgång till dietistkompetens. Även en god tillgång till arbetsterapi är avgörande.

## **INGEN SKA BEHÖVA DÖ ENSAM**

När socialstyrelsen 2014 frågade människor som bor på äldreboende om hur de upplever sin situation svarar nästan sju av tio att de besväras av ensamhet varav två av tio gör det ofta. Antalet äldre som i perioder tycker att de lider av ensamhet är 40 procent, konstaterar forskarna vid Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, NISAL, vid Linköpings universitet.

Många människor möter döden i ensamhet, även när döden är väntad. En av fyra som dör på sjukhus i Sverige gör det ensamma, även när döden är väntad. Motsvarande siffra i äldreomsorgen är nästan en av tio. Ingen ska behöva dö ensam. Patientlagen och socialtjänstlagen behöver kompletteras med krav på att vård och omsorg organiseras så att alla som så önskar garanteras mänsklig närvaro vid sin död. För att skapa livskvalitet i livets sista tid behöver vårdens och omsorgens arbetssätt utvecklas och vården bli mer personcentrerad och formas utifrån patienternas behov.

Ett ökat inslag av volontärer i vård och omsorg är önskvärt, förutsatt att det organiseras på ett sätt som säkerställer att det blir en positiv upplevelse för patienterna. Volontärer som kan sitta vid sidan hos den som är ensam och bidra till tryggheten i vetskapen om att man inte behöver dö ensam.

Självklart handlar detta inte om att ersätta de professionella medarbetarna i vården. Det handlar om att komplettera, och öppna upp för andra kompetenser. Och om att se kraften i det civila samhället. Det finns goda exempel som kan inspirera, bland annat på Danderyds sjukhus. Där finns en uppskattad volontärverksamhet som stöttar patienter i livets slutskede.

# En moderniserad vård för personal och patienter

**Det behövs en nationell kraftsamling för att lyfta den digitala infrastrukturen och bidra till utvecklingen av moderna e-hälsotjänster. Detta skulle bidra till att befästa Sveriges position som en framstående nation inom hälso- och sjukvård, forskning och näringsliv, samtidigt som det stärker patientens ställning. Sveriges höga ambitioner för en dynamisk och forskningsintensiv utveckling inom Life Science behöver säkras, och det förutsätter innovativa och framtidsorienterade system.**

Sverige är bland de länder som satsar mest på hälso- och sjukvård och vårdpersonalen har en oerhörd hög kompetens. Samtidigt ligger vi bland de lägsta i Europa när det gäller antalet läkarbesök per person och år. Hur kommer det sig att Sverige, trots mer ekonomiska resurser och personal än någonsin, ändå producerar mindre vård? Tidsbristen i vården kan till stor del förklaras av bristfälliga stödsystem, ålderdomlig teknik, långsamt införande av nya mer effektiva behandlingsmetoder och svag samverkan. Situationen är likartad i alla landsting och regioner. Samma uppgifter måste matas in manuellt i olika system, med stor tidsfördröjning och onödiga risker för felaktigheter som följd.

Det är hög tid för ett tekniskt generationsskifte i hälso- och sjukvården, där gamla system avvecklas och ersätts med moderna, flexibla och öppna system.

## EN STATLIG INVESTERINGSFOND

Ansvaret för investeringar i moderna IT-stöd för hälso- och sjukvården ligger idag hos varje enskilt landsting. Trots att de redan lägger omkring 8,3 miljarder kronor årligen på IT i vården så krävs det ytterligare mångmiljardinvesteringar. Inget enskilt landsting eller region klarar denna uppgift, utan hela landet måste vara med och lyfta hälso- och sjukvården in i framtiden med hjälp av smarta, interaktiva dokumentations- och beslutsstödssystem. Att uppgradera informationssystemen i samtliga regioner, landsting och kommuner är en avgörande fråga för en jämlik och patientsäker vård och omsorg över hela landet.

Staten har en lång tradition av samverkan med regionala och lokala aktörer kring infrastrukturens satsningar på trafikområdet. Det har möjliggjort flera nödvändiga infrastrukturens satsningar som haft stor betydelse för Sveriges utveckling. Liberalerna vill att staten tar på sig en liknande roll för att utveckla den digitala infrastrukturen. En statlig investeringsfond ska skapas för att överbygga den investeringspuckel som krävs, där investeringar från huvudmännen kompletteras med en satsning från staten för att under en femårsperiod föra hela det offentliga Sverige in i den digitala tidsåldern.

## GE VÅRDENS MEDARBETARE MODERNA VERKTYG

Hälso- och sjukvården ska vara en modern verksamhet som använder medarbetarnas kompetens och erbjuder moderna verktyg i arbetet. Medarbetare inom hälso- och sjukvården måste få en modern digital arbetsmiljö som stödjer vård och behandling, som minimerar administrationen och



som erbjuder interaktiva beslutsstöd som ger tillgång till den senaste medicinska kunskapen. Hälso- och sjukvården är en informationsintensiv sektor där tillgång till rätt information vid rätt tid och plats och till rätt personer är avgörande. All vårdpersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande IT-stöd som stödjer kommunikationen mellan olika professioner och olika delar av vården samt med patienter och anhöriga.

Pappersbaserade rutiner ska avvecklas och ersättas med moderna digitala verktyg. Det digitala stödet måste vara mobilt och ge vårdpersonal på hembesök åtkomst till journal, provsvar och läkemedelslista.

Framtidens vårdinformationsmiljöer måste kunna hantera, analysera och visualisera stora informationsmängder. Med ett välfungerande och modernt IT-stöd stärks den professionella rollen, arbetsprocesser effektiviseras, patientsäkerheten ökar och medarbetarnas arbetsituation förbättras avsevärt. Digital kompetens hos medarbetare är avgörande för denna förändring när det gäller förmågan att använda digitala verktyg och tjänster. Teknikens snabba utveckling innebär att medarbetarna behöver få tillgång och tid till kontinuerligt lärande.

## STÄRKT DIGITAL TILLGÄNGLIGHET

Digitaliseringen erbjuder de konkreta verktyg som behövs för att realisera de politiska besluten om en stärkt patientmakt. En jämlik och tillgänglig vård måste vara flexibel och kunna möta patienter utifrån individuella behov och preferenser. Det behövs en digital valfrihetsreform. Vårdgivare ska åläggas att erbjuda en minst lika bra digital tillgänglighet som fysisk, där patienten utifrån situation och önskemål själv ska kunna välja att konsultera vården med en e-tjänst, telefon, video eller vanligt fysiskt besök. Den nuvarande vårdgarantin ska förstärkas och kompletteras med en digital vårdgaranti. Sjukvårdshuvudmannen ska ha en skyldighet att erbjuda vårdkontakt på nätet inom en timme, till exempel genom 1177 Vårdguidens e-tjänster.

För att den digitala tillgängligheten ska utvecklas och bli en självklar service till patienterna behöver nya kvalitetsmått skapas som styr mot en förbättrad digital tillgänglighet vid sidan av exempelvis fysiska besök. Den digitala tillgängligheten måste ses som en central kvalitetsfråga i sjukvården och därför kravställas och följas upp på samma sätt som andra viktiga kvalitetsaspekter i välfärden och integreras i vårdgarantin.

## PATIENTENS RÄTT TILL SIN EGEN INFORMATION

Alla invånare ska ha säker tillgång till sin journal på nätet. Landsting och regioner har idag en alltför varierande grad av öppenhet om vilken journalinformation som lämnas ut digitalt till patienten, hur snabbt den publiceras eller om landstinget alls erbjuder journalen via en säker webbtjänst. Patienter måste garanteras likabehandling i åtkomsten till sina egna hälsouppgifter. Tvingande regelverk som befäster patientens fulla åtkomst till sin egen information måste utarbetas.

Patienter behöver ges möjlighet att bidra med egna hälsodata till vården. Den snabba utvecklingen av digitala hälsostöd som hälsoarmband och annan utrustning för insamling av patientgenererade data ger nya möjligheter för förebyggande hälsovård och kan utgöra ett viktigt underlag inför ett vårdbesök. För att stödja den digitala omställningen av hälso- och sjukvården behöver landstingen och regionerna fortlöpande utveckla sina ersättningsmodeller och vårdavtal.

Dagens lagstiftning för informationssäkerhet och integritetsskydd är föråldrad och inte anpassad efter dagens tekniska möjligheter eller moderna människors behov. Det är idag enklare att donera sina organ än att donera sina data för exempelvis forskningsändamål. Inför en modern dataskyddslagstiftning där individen själv väljer att dela alla, vissa eller inga av sina data för forskning eller analys. Möjligheten till så kallad Big Data Analytics måste tillvaratas för forskning och samhällsutveckling, med respekt för individens integritet.

De digitala hälsostöd som nu utvecklas kan ge personer med kronisk sjukdom och olika funktionsnedsättningar stora möjligheter till ett friskare och mer självständigt liv. Patienter och vårdgivare för in data i beslutsstödet och i realtid kan vårdgivare ta del av patientens hälsodata och gemensamt tas beslut angående fortsatt vård och behandling. Nya utvecklade hälsostöd kan även

vara en trygghet och underlätta livet för anhöriga, såsom föräldrar till barn med diabetes, som kan följa sitt barns värden via en app i telefonen.

## **NYA FÖRUTSÄTTNING FÖR JÄMLIK VÅRD**

Utvecklingen av e-hälsotjänster ökar förutsättningarna för tillgänglig och jämlik vård. När geografiska avstånd inte längre blir ett hinder öppnas nya möjligheter för patienter som av olika skäl har svårt att möta hälso- och sjukvården i dag. Västerbottens läns landsting har länge arbetat framgångsrikt med vård på distans för bland annat diagnostik, konsultation och behandling. Specialistkompetens kan med teknikens hjälp tillgängliggöras oberoende var patienten finns.

Införandet av virtuella patientbesök, såsom videobesök, samt informationsdelning som möjliggör effektiv vård i hemmet, underlättar i hög grad även för exempelvis äldre och personer med funktionsnedsättning. Vardagen blir enklare om vissa av läkarbesöken kan genomföras hemifrån via videolänk eller om provsvar kan mottas via e-hälsotjänster. Att logga in och ta del av sin journal på nätet kan bli en stor trygghet för många äldre och deras anhöriga.

De e-hälsotjänster som utvecklas ska vara användarvänliga för alla invånare oavsett teknikvana eller funktionsförmåga. Den digitala tekniken ska användas för att inkludera, inte exkludera. Det är därför avgörande att brukare och deras företrädare i exempelvis funktionshinderorganisationerna involveras tidigt i processen i framtagandet av nya e-hälsotjänster så att tillgängligheten säkerställs. E-hälsotjänster bör även finnas tillgängliga på flera språk.

Den som blir inlagd på sjukhus eller flyttar till ett äldreboende måste erbjudas möjlighet att använda digitala verktyg för att kunna fortsätta använda sociala medier, hålla kontakt med vänner och anhöriga, söka information och allt annat som människor idag gör via nätet.

## **DIGITALA BEHANDLINGSFORMER**

Det behövs ett aktivt utvecklingsarbete i vården för att skapa fler verkningsfulla, nätbaserade behandlingsformer, syftande till att erbjuda fler patienter behandling på nätet.

Digitaliseringens möjligheter ska användas till att skapa ökad säkerhet kring läkemedel och skapa ordning och reda kring vacciner genom tillgång till läkemedelsförskrivning och vaccinhistorik i journal på nätet.

# Säkrad kompetensförsörjning av vården

Att klara kompetensförsörjningen är en av hälso- och sjukvårdens största utmaningar. Samtidigt som vårdplatser stängs runt om i landet på grund av brist på personal, har det aldrig funnits fler läkare och sjuksköterskor i Sverige. För att klara utmaningarna behöver regioner och landsting på ett bättre sätt ta tillvara kompetensen och säkerställa att läkare och sjuksköterskor och andra vårdanställda kan arbeta på toppen av sin förmåga. Samtidigt behöver sjukvårdshuvudmännen skapa en fungerande kompetensförsörjning som möter patientens behov. Ett stort problem är att regioner och landsting historiskt varit dåliga på att belöna sina duktiga medarbetare. Framför allt har detta gällt yrken som traditionellt är kvinnodominerade, såsom till exempel sjuksköterskor och fysioterapeuter. Sjukvårdshuvudmännen måste sätta sina löner på ett sådant sätt att det för alla medarbetare lönar sig att vidareutbilda sig, att ta ansvar och bidra med erfarenheter från en lång karriär. Kompetens, engagemang, erfarenhet och ansvarstagande måste synas i lönekuvertet.

I en internationell jämförelse har Sverige god tillgång till personal inom hälso- och sjukvården. Antalet läkare har fyrdubblats sedan 1970-talet och de välutbildade sjuksköterskorna är fler än någonsin. OECD:s jämförelser visar att Sverige ligger i topp när det gäller både läkar- och sjukskötersketäthet. I Sverige finns det 4,1 utbildade läkare per 1 000 invånare (2013), vilket kan jämföras med 3,1 som är medeltalet bland OECD-länderna 2011. Även när det gäller antalet praktiserande sjuksköterskor ligger Sverige över OECD-snittet. 2013 hade Sverige 11,2 praktiserande sjuksköterskor per 1 000 invånare, där medeltalet bland 36 OECD-länder var 8,8 (2011).

Samtidigt utmärker sig Sverige negativt när det gäller antalet läkarbesök per år. 2014 gjordes 2,4 läkarbesök per 1 000 invånare i Sverige, vilket kan jämföras med EU-snittet som låg på 7,1. Vidare är Sverige ett av de länder som har sämst resultat när det gäller upplevelsen av hur mycket tid patienter och läkare har tillsammans. Sverige utmärker sig dessutom för sina korta vårdtider. Genomsnittet för EU-länderna är 5,3 vårddygn per 1000 invånare. Samma siffra för Sverige är 2,7.

Det finns således två bilder av personalsituationen inom svensk hälso- och sjukvård som är svåra kombinera. För samtidigt som det aldrig funnits en så pass hög tillgång till personal som det gör idag, så upplever patienten en låg tillgänglighet. Likaså rapporterar många landsting och regioner om svårigheter att få tag på personal och därmed svårigheter att bemanna sina verksamheter. Som en följd av personalbristen är var tionde vårdplats stängd enligt en kartläggning av SVT Agenda. Den pressade personalsituationen i vården blir särskilt uppenbar i semestertider.

Lösningen på dagens problem inom svensk hälso- och sjukvård med dålig tillgänglighet och rekryteringssvårigheter finns således inte i en faktisk personalbrist, utan finns snarare i hur väl regioner och landsting nyttjar och värdesätter den personal som finns. Det kommer att krävas många olika reformer och förändringar för att säkra kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

All personal inom hälso- och sjukvården måste ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens. Låt därför till exempel vårdbiträden och undersköterskor avlasta sjuksköterskor och annan legitimerad personal.

## STÄRK MÖJLIGHETEN TILL KARRIÄR

Historiskt sett har regioner och landsting varit dåliga på att uppmärksamma och belöna duktiga medarbetare. Detta syns inte minst genom relativt sett låga löner och små möjligheter till karriär. En stor del i de rekryterings- och bemanningsproblem vi idag ser inom hälso- och sjukvården har sina ursprung i svårigheter att leva upp till de förväntningar på en modern arbetsgivare som dagens arbetstagare har. För att lösa den offentliga sektorns problem med personalförsörjning inom ett antal viktiga områden måste därför möjligheterna att göra karriär, såväl vad gäller kompetensutveckling som löneutveckling, stärkas. Detta måste ske lokalt och till exempel borde varje sjukhus vara ålagda att utveckla kompetenstrappor eller andra modeller för att tydliggöra vårdpersonalens karriärvägar.

Att lösa den ovan beskrivna situationen är en viktig jämställdhetsfråga. Lönen måste svara upp mot medarbetarnas kompetens, engagemang, erfarenhet och ansvarstagande. Idag misslyckas landsting och regioner i alltför hög grad med detta. Framför allt gäller det yrken som traditionellt är kvinnodominerade, såsom sjuksköterskor och fysioterapeuter. Frågan är central i arbetet att göra hälso- och sjukvården mer jämställd. Vårdens välutbildade, kvinnodominerade yrkesgrupper ska ha en god löneutveckling. En modell för lönebildningen behövs där det för enskilda medarbetare lönar sig att vidareutbilda sig, ta ansvar och bidra med erfarenheter från en lång karriär. För att möjliggöra detta ska en statlig pott för specialistsjuksköterskor, liknande den för förstelärare, skapas.

## EN MODERN SPECIALISTUTBILDNING FÖR SJUKSKÖTERSKOR

För att landsting och regionen ska uppfattas som moderna och attraktiva arbetsgivare måste de ta ansvar för sina anställdas kompetensutveckling. Det ska vara självklart att sjukvårdshuvudmannen ger anställda sjuksköterskor, men även andra personalkategorier, möjligheten att specialisera sig med lön under utbildningen, precis som redan sker för läkarna. Specialistutbildning för sjuksköterskor ska självklart ges inom ramen för yrkeslivet.

För att skapa en modern specialistutbildning för sjuksköterskor bör ansvaret och resurserna i större utsträckning föras över till sjukvårdshuvudmännen. De medel som staten idag betalar ut som studiebidrag till sjuksköterskor under specialistutbildning ska föras över till sjukvårdshuvudmännen för att finansiera studielön för medarbetare så att de inom ramen för anställningarna kan skapa goda förutsättningar för vidareutbildning. Likvärdiga villkor för anställda hos privata aktörer ska säkerställas genom avtal.

## FÖRBÄTTRAD ARBETSMILJÖ

Att arbeta inom hälso- och sjukvården innebär i många fall att arbeta under svåra fysiska och psykiska förhållanden. En stor del av den arbetssjukdom som anmäls inom hälso- och sjukvården är belastningsskador. Den kan handla om påfrestande arbetsställning under långa perioder, men också långa perioder sittande framför en bildskärm. Likaså är arbetet vid förflyttningar av patienter tungt och påfrestande, särskilt i trånga rum och på toaletter.

En förutsättning för en fungerande hälso- och sjukvård är personal som arbetar på obekväma arbetstid, som kvällar och helger. Men att arbeta med skiftarbete, på oregelbundna och obekväma tider ökar den psykiska och fysiska påfrestningen. Till detta kommer en hög arbetsbelastning när kraven på de anställda inte möts med tillräckliga resurser.

De senaste åren har också stor uppmärksamhet riktas mot förekomsten av våld och hot inom vården. Särskilt utsatta är personal inom akut- och ambulansverksamheten, men också de som arbetar inom geriatrisk eller psykiatrisk vård.

Även om många av de risker och problem som finns inom sjukvården kan te sig som naturliga utifrån arbetets natur, såsom risken att utsättas för smitta, måste vårdens arbetsgivare stärka sitt

arbete för att förbättra arbetsmiljön för sina medarbetare. Det kan handla om höjda ersättningsnivåer eller nya arbetstidsmodeller för personal som arbetar på obehagliga arbetstider, fungerande IT-system och en förbättrad fysisk arbetsmiljö.

Samtidigt måste kraven på hälso- och sjukvården från statliga myndigheter förankras i evidens. Det kräver större anpassning till individuella förutsättningar och bättre anpassning till olika verksamheters villkor. Arbetsmiljöverkets uppdrag ska utvecklas till att omfatta även rådgivning och dess granskningsuppdrag ska skärpas med krav på modern evidens som grund.

## SE STUDENTER SOM EN RESURS INOM VÅRDEN

Läkarstudenter och studenter inom andra vårdyrken ska i högre utsträckning ses som en resurs i vården. Svensk sjukvård skulle tjäna mycket på att ta tillvara till exempel läkar- och sjuksköterskestudenters kompetens och ge dem relevanta arbetsuppgifter. Studenter ska inte användas för att fylla ordinarie personals scheman, men ska användas som resurser i verksamheter där det råder brist på personal.

Till exempel ska en läkarstudent som har kommit en bit in i utbildningen kunna anställas som läkarassistent med mandat att göra mer kvalificerade uppgifter än vad medicinska sekreterare och undersköterskor normalt gör. Vidare ska en sjuksköterska som fullgjort huvuddelen av sin utbildning kunna få en introduktionsanställning.

Socialstyrelsens förslag om att hantering av läkemedel ska kunna delegeras till icke legitimerad personal i både sluten- och öppenvård är positivt. I dag förefaller det ologiskt att läkarstudenter som har läst all farmakologi har begränsade möjligheter att hantera läkemedel. Tyvärr råder det stor osäkerhet ute i vården vad som gäller, även om det finns få formella hinder att låta läkarstudenter avlasta mer. Positiva exempel på ovanlig arbetsfördelning har svårt att få spridning. Ett klagande från Socialstyrelsen skulle ge fler verksamhetschefer en trygghet i att nyttja möjligheten under sommarmånaderna. Det behövs också fler lokala initiativ, men detta kräver att chefer i vården tillåts och vågar tänka nytt.

## RECERTIFIERING AV LEGITIMERAD PERSONAL

I Sverige finns ingen obligatorisk fortbildning av legitimerad personal. Idag ligger beslut om eventuell fortbildning i stor utsträckning på den enskilde medarbetaren och dennes chef. Många läkare vittnar om att tiden för fortbildning har minskat de senaste åren, t.ex. har svenska allmänläkare i snitt bara fem dagars extern fortbildning per år. I läkarförbundets enkät för 2012 svarade var sjunde svensk allmänläkare att de inte deltagit i någon extern fortbildning alls under det senaste året.

Att inrätta en obligatorisk fortbildning, eller en recertifiering av legitimerad personal, skulle vara ett sätt att upprätthålla värdet på en legitimation för till exempel en specialistutbildad läkare.

Idag finns system för recertifiering i andra länder, bland annat i Norge och Storbritannien. I Storbritannien får alla färdiga specialistutbildade läkare en licens för att till exempel kunna skriva ut läkemedel som måste förnyas genom revidering vart femte år. I en revalideringaprocess måste den enskilde läkaren kunna visa att hen har uppdaterade kunskaper, men också kunna visa sin fortsatta personliga lämplighet för yrket.

I Norge finns krav på att allmänläkare, för att få behålla sitt certifikat, ska ha utfört kliniskt arbete i genomsnitt ett år under den senaste femårsperioden. Det finns också ett poängsystem för fortbildning, där en läkare ska samla minst 300 utbildningspoäng för att få behålla sin certifiering. En poäng motsvarar en föreläsningstimme eller en dag på ett sjukhus med observation.

Det finns mycket som talar för att ett obligatoriskt fortbildningskrav eller recertifiering, liknande systemen i Norge och Storbritannien, skulle vara positiva för den svenska hälso- och sjukvården. Ett recertifieringssystem borde därför införas som innebär att fortbildning är en förutsättning för att få behålla sin legitimation. I ett recertifieringssystem skulle det åligga arbetsgivarna att också ge förutsättningar för fortbildning.

## UTVECKLAD UNDERSKÖTERSKEUTBILDNING

En av de stora utmaningarna för sjukvården är kompetensförsörjningen och att kunna attrahera den vårdpersonal som behövs för att ta hand om framtidens patienter. Statistiska Centralbyrån uppskattar att det 2030 kommer att saknas 150 000 personer utbildade inom vård och omsorg. En av dessa viktiga personalkategorier är undersköterskor. För att lösa den stora bristen på vårdpersonal måste utvecklingen med en minskad andel värdelever i gymnasieskolan minska och utbildningen göras mer attraktiv.

Undersköterskor spelar en viktig roll inom svensk hälso- och sjukvård, men kan ges utrymme att göra ännu fler arbetsuppgifter. Välutbildade undersköterskor kan avlasta sjuksköterskor i vissa avseenden, men inte ersätta dem.

För att klara detta ska gymnasiets vård- och omsorgsprogram göras om så att det leder till en examen som undersköterska. En examen ger den enskilde studenten en tydlig identitet och kan göra det lättare att locka ungdomar till programmet. Ytterligare ett förslag är att skapa en särskild inriktning för högskolebehörighet till sjuksköterska inom vård- och omsorgsprogrammet. Att utveckla vårdutbildningarna och locka fler unga till dessa utbildningar är viktigt. Vi måste hela tiden se till att utbildningarna och karriärvägarna är intressanta och lockande för varje ny årskull ungdomar.

## FÖRENKLAT GODKÄNNANDE AV UTLÄNDSKA EXAMINA

Sedan den första juni 2016 har Socialstyrelsen ett nytt system i fem steg för en utländsk läkare som vill erhålla en svensk legitimation. Processen innefattar bland annat godkännande av utländsk examen, prov i svenskkunskaper, utbildning i svenska författningar och praktisk tjänstgöring.

Idag ligger väntetiden för en utländsk läkare att få svensk legitimation på mellan fyra och sju år. Bara väntetiden att nå det första steget i processen, att få sin examen godkänd av socialstyrelsen, ligger på runt ett halvår. Orsaken till de långa väntetiderna är ett högt söktryck. Mellan 2013 och 2016 fick Socialstyrelsen in knappt 7 000 ansökningar. Av dessa har lite drygt 1 000 läkare fått sina legitimationer.

Många av de utländska läkare som ansöker om svensk legitimation har också svårigheter att klara de teoretiska och praktiska prov som är framtagna för att pröva deras medicinska kunskaper. Statistik visar att endast en tredjedel klarar processen med godkända resultat. Orsakerna till den låga andelen med godkända resultat är flera. Det kan förklaras av språkproblem, men också av att deras utbildning kan ha varit dålig från början.

En annan orsak, som av många lyfts fram som den viktigaste, är att utbildningen och praktiken ligger långt bak i tiden. En del i detta är det svenska samhällets oförmåga att ta hand om dessa läkare när de var nyanlända. Socialstyrelsen ska därför ges i uppdrag att se över sina processer avseende godkännande av läkare med utländska examina, syftandes till att korta ned utredningstiden. Sverige ska samtidigt verka för tillskapandet av ett internationellt register med godkända läkarexamina.

Fler utländska läkare som snabbare kan få ut en svensk legitimation är en del i lösningen av svenska hälso- och sjukvårds kompetensproblem. De ekonomiska satsningar som gjorts för att korta socialstyrelsens utredningstider har varit nödvändiga, men det behöver göras mer. Socialstyrelsen ska se över sina processer avseende godkännande av läkare med utländska examina, syftandes till att ytterligare korta ned utredningstiden. Landsting och regioner måste också arbeta med att tidigare få in nyanlända med utbildning inom hälso- och sjukvården i sina verksamheter. Genom inrättande lärlingsutbildningar och lågtröskeljobb kan fler lära sig viktiga jobb och skaffa erfarenheter inom hälso- och sjukvårdens verksamheter medan man väntar på att få sin legitimation godkänd.

## LÄRLINGSUTBILDNING OCH INSTEGSJOBB

Hälso- och sjukvården har haft svårt att locka personal och prognoser visar att detta problem kommer att öka i framtiden. Ett sätt att öka möjligheter att rekrytera personal är att skapa fler vägar in till ett arbete i hälso- och sjukvården. Att införa lärlingsutbildningar kan vara ett sätt att möjliggöra för fler att lära sig ett jobb och för hälso- och sjukvården att få kontakt med nyutbildade personer.

Lärlingsutbildningen ska vara ett alternativ på gymnasieskolans yrkesprogram. Ungdomar som vill lära sig ett jobb inom hälso- och sjukvården ska kunna jobba som lärlingar och gå bredvid någon som redan kan yrket bra. Arbetsplatser som tar emot en lärling får ersättning för handledning, men knyter också kontakter med en potentiell framtida arbetstagare. Lärlingsutbildning ger möjlighet att lära sig på andra sätt än i skolbänken. Dessutom sänker det tröskeln till arbetsmarknaden och kan minska ungdomsarbetslösheten.

Vi vill införa ett system med branschlärlingar inom hälso- och sjukvården. Det innebär att vårdens arbetsgivare tar ett större ansvar för utbildningen, t.ex. genom att lärlingarna antas av regioner och landsting direkt istället för av en skola.

För personer som är nya i Sverige kan instegsjobb vara ett sätt att få en första kontakt med ett jobb inom hälso- och sjukvården. Sådana jobb skulle till exempel kunna underlätta för personer med utländsk läkar- eller sjuksköterskeexamen att lära sig språket och svenska regler, vilket i sin tur kan underlätta i processen att få svensk legitimation.

## **UNDERLÄTTA FÖR VÅRDPERSONALS UTLANDSTJÄNSTGÖRING**

Svensk hälso- och sjukvårdspersonal håller en mycket hög kompetens och är efterfrågade utomlands. Det finns ett stort behov av svensk kompetens och yrkesskicklighet i många utvecklingsländer och i samband med större naturkatastrofer som kan inträffa i världen. Det finns också ett intresse från många anställda att under en del av sitt yrkesliv kunna få möjlighet att göra en medicinsk eller annan insats utanför Sveriges gränser, och det är ett intresse som hälso- och sjukvårdens arbetsgivare tydligare bör uppmuntra och stimulera. Det är viktigt med en generös attityd gentemot medarbetare som söker tjänstledigt för att förkovra sig i sin profession i ett annat land, eller bidra med sin kompetens genom att en kortare eller längre period arbeta utomlands. De medarbetare som på detta sätt får möjlighet att vidga sina vyer kommer tillbaka med kunskaper och erfarenheter som de inte hade kunnat förvärva i den egna organisationen, och det är kompetenser som bör premieras också i lönebildningsprocessen. En utlandstjänstgöring ska i högre grad ses som en merit. Regioner och landsting ska därför underlätta för medarbetare som under en kortare eller längre period vill arbeta utomlands för internationella organisationer, som t ex Läkare utan gränser.

## **MINSKAT BEROENDE AV INHYRD PERSONAL**

Ett symptom på att sjukvården inte fungerar är att allt fler vårdarbetare väljer bort den offentligt drivna vården som arbetsgivare för att istället gå till bemanningsföretag och privata vårdgivare. Detta är ett underkännande av landstingen som arbetsgivare. När detta sker samtidigt som produktionen av vård ökar leder det till ett ökat behov av inhyrd personal och i förlängningen dyrare vård.

En paradox i sammanhanget är att ökad tillgänglighet, dvs. mer produktion, leder till risk för minskad kontinuitet om man inte samtidigt bemannar upp, något som visat sig svårt då det råder brist på och konkurrens om exempelvis specialistsjuksköterskor.

Mellan 2010 och 2015 steg landstingens och regionernas kostnader för inhyrd personal med 103 procent enligt en undersökning gjord av Sveriges Television. Under denna period var den totala kostnaden för inhyrd personal i de svenska landstingen drygt 16 miljarder kronor. Därefter har en viss avmattning skett av kostnadsökningen, men sjukvårdshuvudmännens kostnader för att hyra in bland annat sjuksköterskor och läkare är fortfarande stor. Även om de stora kostnaderna är ett skäl till att minska behovet av inhyrd personal, är frågor om kvalitet och kontinuitet de viktigaste skälen. Det 60-punktsprogram som tagits fram på initiativ av Sveriges kommuner och landsting är positivt och är ett viktigt steg på att komma bort ifrån sjukvårdens beroende av inhyrd personal. En förutsättning för att klara detta är att bra ersättning ska beviljas personal för inhopp med kort varsel, men då inte för att fylla ordinarie schemarader. Samtidigt måste inhyrd personal också ses som en resurs som behövs för att klara tillfälliga arbetstoppar, men ska då inte ersätta fast anställd personal. För att säkra lägre kostnader och rätt kompetens behöver regionernas och landstingens kompetens avseende upphandling av hyrd personal säkras.



[www.liberalerna.se](http://www.liberalerna.se)

[info@liberalerna.se](mailto:info@liberalerna.se)

[@liberalerna.se](#)

Presstjänsten: 070-854 90 20 (ej SMS)