

Från byråkrati och monopol till patientmakt och mångfald

Rapport från arbetsgruppen
Välfärd för trygghet och valfrihet

Februari 2006

Allians för Sverige.
maktskifte06.se



Innehåll

Innehåll	2
1. Förord	3
2. Sammanfattning	4
3. En god hälso- och sjukvård med hög tillgänglighet och kvalitet.....	7
4. Trygghet och ökade valmöjligheter för äldre	13
5. Den psykiatriska vården	17
6. En offensiv hälsopolitik.....	21
7. Arbetslivsinriktad rehabilitering	24
8. Handikappolitiken	26
9. Personalen i vården	29

1. Förord

Vi fyra partier i Allians för Sverige har en gemensam syn på bristerna inom vården och omsorgen. Vänsterkartellens drygt elvaåriga maktinnehav har i praktiken gett längre vårdköer, färre äldreboenden, en stagnerande handikappolitik och en nedbantad psykvård. Allt fler revor blottas och välfärdens viktigaste områden urholkas. Flera av dagens problem inom välfärden är akuta och om ingenting görs kommer morgondagens brister att vara kroniska och strukturella.

Två grundprinciper har varit vägledande i vårt arbete. För det första; vården och omsorgen ska vara solidariskt finansierad och ges efter behov – plånboken får inte styra vem som får vård. För det andra; vården ska öppnas upp för en mångfald av aktörer och den enskilde ska ha stor valfrihet.

Välfärden behöver förstärkas genom en nysatsning på vård och omsorg. Mycket mänskligt och ekonomiskt kan vinnas genom en ökad mångfald och valfrihet inom vårdsektorn. Men det behövs också ett ekonomiskt resurstillskott – i första hand till äldreomsorgen och psykiatrin.

Den solidariskt finansierade välfärden måste vara öppen för nytänkande. Det krävs en större mångfald, initiativkraft och omvandling, så att patienten och omsorgstagaren kan få bästa möjliga vård och omsorg. Nya starka drivkrafter kan bidra till en välfärd som verkligen möter patientens och omsorgstagarens individuella behov. Inte minst måste den enskilde ges rätten att välja och framförallt att kunna välja bort det som inte fungerar.

Detta är slutrapporten för en av de sex arbetsgrupper som partiledarna i Allians för Sverige tillsatte hösten 2004 för att fördjupa vårt samarbete och utarbeta grunden för det valmanifest som presenteras inför höstens val.

Samtliga slutrapporter presenteras under januari och februari och kommer att diskuteras internt i samband med det konvent som äger rum i vår. Rapporterna anger en tydlig agenda för en alliansregering. I valmanifestet görs sedan de ekonomiska prioriteringarna med hänsyn till det statsfinansiella läge som då råder.

Stockholm den 8 februari 2006

MARIA LARSSON (kd)

KRISTINA AXÈN OLIN (m)

ERIK ULLENHAG (fp)

KENNETH JOHANSSON (c)

2. Sammanfattning

Nedan följer en sammanfattning av arbetsgruppens förslag. Sammanfattningen inte är heltäckande i den meningen att samtliga förslag tas upp. Det handlar istället om ett urval vars syfte är att beskriva ett antal åtgärder som vi ser som särskilt angelägna att genomföra. Samtliga reformers genomförande förutsätter att finansieringsprincipen respekteras. Vår respekt för det kommunala självstyret gör att reformerna i huvudsak bygger på frivillighet i deltagandet. Med bibehållen respekt för det kommunala självstyret vill vi flytta makt från politiker till medborgare och se till att tillgängligheten och valfriheten ökar för patienten.

Hälso- och sjukvården

Patientens ställning måste stärkas. Tillgängligheten till vård och omsorg ska förbättras. Samtidigt krävs en mer uttalad helhetssyn på patientens behov. Hälso- och sjukvården måste jämföra sina prestationer och systematiskt dra lärdom av misstag och framgångar.

- Inför verklig valfrihet i hälso- och sjukvården med rätt att välja såväl läkare eller annan vårdgivare, vårdenhet som tidpunkt för behandling.
- Öka antalet allmänläkare i primärvården.
- Inför en lagstadgad informationsskyldighet för vården att informera om kösituation, och vårdens kvalitet.
- Inför öppna kvalitetsredovisningar och jämför vårdens prestationer.
- Utveckla en IT-strategi för hälso- och sjukvården.
- Utveckla ersättningssystem som skapar effektivitet och en helhetssyn på patientens behov.
- Inför en ny samlad patienträttighetslag.
- Riv upp stopplagen – inför istället en startlag som banar väg för mångfald och förnyelse.
- Avskaffa apoteksmonopolet för ökad tillgänglighet.
- Låt ett jämställdhetsperspektiv genomsyra såväl forskning som vård och omsorg.
- Upprätta en nationell handlingsplan för cancervården.
- Förbättra tillämpningen av Lex Maria så att fler misstag inom vården rapporteras.

Äldreomsorgen

Äldreomsorgen ska vara trygg och värdig, samtidigt som brukarna ges inflytande och självbestämmande. Med större valmöjligheter får medborgarna en mer lyhörd offentligt finansierad äldreomsorg, vars fokus är den enskildes behov och önskemål. Valfriheten gagnar också personalen som ges större möjligheter till utveckling, fler karriärvägar och kompetensutveckling. Vi föreslår att ett Fritt Val införs inom äldreomsorgen.

- Inför Fritt val av särskilt boende (även i annan kommun) och hemtjänstinsatser (efter biståndsbedömning)

- Biståndsbedömda och vårdbehövande makar ska självklart erbjudas plats på samma boende.
- Inför en skyldighet för kommunerna att informera medborgaren om vilka valmöjligheter som står till buds.

Den psykiatriska vården

Den svenska psykiatriska vården är i kris. Den förmår inte att tillgodose kraven på en väl fungerande vård för psykiskt sjuka och stöd till deras anhöriga. Vi föreslår därför en omfattande översyn av den psykiatriska vårdens organisation och en förstärkning av den psykiatriska vården med minst fem miljarder kronor de närmaste tio åren.

- Prioritera barn- och ungdomspsykiatri och inför en vårdgaranti på en månad för utredning
- Stärk den psykiatriska kompetensen inom primärvården.
- Garantera psykiskt funktionshindrade och personer med psykisk sjukdom en meningsfull sysselsättning. Ideella verksamheter och kooperativ ska kunna bidra i detta arbete.
- Varken missbruksenheter eller psykiatriska akutmottagningar ska kunna neka patienter med dubbeldiagnoser vård.
- Låt det ekonomiska ansvaret för den rättspsykiatriska vården tas över av staten.
- I samtliga kommuner bör en ”tak-över-huvudet-garanti” införas.

Folkhälsopolitiken

Arbetsgruppen anser att folkhälsopolitiken måste förnyas. En ny hälsopolitik måste ta tillvara individens egen förmåga att ta ansvar för sitt hälsotillstånd.

- Erbjud föräldrastöd kontinuerligt under barnets hela uppväxt.
- En skola med förstärkt elevhälsa; inför tydliga krav i skollagen att fysisk och psykisk ohälsa ska förebyggas. Inför mer idrott på schemat.
- Ta krafttag mot barns och ungdomars alkoholkonsumtion; involvera föräldrar i nätverk och beivra kraftfullt lagning och utskänkning av alkohol till minderåriga.
- Förebyggande åtgärder som rökavvänjning ska ingå i vårdgarantin.
- Erbjud förebyggande hembesök för alla över 75 år.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Ohälsan har nått svindlande höjder och vänsterkartellen har varit passiv. Aktiva, snabba och sammansatta rehabiliteringsinsatser vid sjukskrivningar ger positiva effekter för individen. Vi vill förbättra möjligheterna till samarbete mellan olika huvudmän så att långtidssjuka och förtidspensionerade får möjlighet att återgå i arbete.

- Inför en flexibel finansiell samordning som kan anpassas efter lokala förhållanden.

- Lagfäst rätten till rehabilitering – samtidigt som skyldigheten att vara aktiv preciseras. En rehabiliteringsutredning ska alltid ha påbörjats inom fyra veckor efter att den enskilde sjukskrivits.
- Ge varje sjukskriven person en personlig koordinator som ansvarar för att samordna rehabiliteringsinsatserna. Denna nya funktion bör inrättas inom Försäkringskassan. I ett första steg bör 300 nya koordinatorstjänster inrättas.
- Ta bort arbetsgivarnas nuvarande ansvar för rehabiliteringsutredningar och låt ansvaret övergå till Försäkringskassan.

Handikappolitiken

Personer med funktionshinder måste kunna delta i såväl samhällsliv som arbetsliv. Vi anser att Allians för Sverige bör bygga vidare på den stora valfrihetsreform, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, som den förra borgerliga regeringen införde för drygt tio år sedan.

- Avskaffa arbetsgivarnas medfinansieringsansvar som stänger ute funktionshindrade. Skapa samråd med arbetsmarknadens parter om hur trygghetsanställning och lönebidrag kan användas mer.
- Utred ett samlat statligt huvudmannaskap för LSS och LASS.
- Inför en frihet att välja anpassat boende och hjälpmedel för personer med funktionshinder.
- Lex Sarah ska gälla även i LSS.
- Nystart på arbetet med att uppnå ett tillgängligt samhälle.

Vårdpersonalen

Vårdpersonalens kompetens och hängivenhet måste tas till vara på ett bättre sätt. Att locka fler till vården och att erbjuda kompetens-, karriärs- och löneutveckling inom vården och omsorgen är av avgörande betydelse. Det åstadkommer vi genom att skapa en arbetsmarknad för vårdens personal som ger möjlighet att välja arbetsgivare och att möjliggöra entreprenörskap för vårdpersonalen.

- Uppmuntra avknoppning av verksamhet för personal genom att bland annat erbjuda stöd att förbereda på arbetstid.
- Minska administrativt arbete för läkare och sjuksköterskor och låt det utföras av särskilt avdelad personal som läkarsekreterare.
- Överför fler uppgifter till sjuksköterskor och undersköterskor. Yrkesinnehåll, kompetenskrav och karriärvägar behöver förnyas och utvecklas. Utveckla utbildning av avancerad specialistsjuksköterska.
- Fler sjukhusläkare till öppenvården. Läkare som vill byta specialitet och bli allmänläkare och arbeta inom primärvården bör erbjudas skraddarsydd utbildning, med gynnsam finansiering. Landstingen bör inrätta fler ST-tjänster i allmänmedicin.
- Underlätta omskolning till och inskolning i vård- och omsorgsyrfena. Undersköterskan ska kunna nå sjuksköterskekompetens, sjuksköterskan ska kunna utbilda sig till läkare.
- Öka anslagen till forskning och möjligheterna för vårdpersonalen att bedriva klinisk forskning.

3. En god hälso- och sjukvård med hög tillgänglighet och kvalitet

Svenska patienter har tvingats vänja sig vid att tålmodigt vänta på vård. De väntar i telefonköer, på läkarbesök, på remisser till specialister och på operation eller behandling. Tillgängligheten till vård i Sverige är under all kritik och sämst i en studie av åtta jämförbara europeiska länder. Många köar i årtal för en höftledsoperation eller utprovning av en hörapparat. En alliansregering kommer att sätta patienternas behov av vård med god tillgänglighet, kvalitet och kontinuitet i centrum.

Garanterar rätten att själv välja läkare och andra vårdgivare

Vi anser att patientens rätt att välja bör lagfästas i en valfrihetslagstiftning för hälso- och sjukvården. Patienten ska ha rätt att själv välja läkare/vårdgivare, antingen genom att patienten väljer en fast vårdkontakt som vårdar eller vid behov lotsar patienten genom vårdkedjan. Särskilt för så kallade multisjuka, äldre personer kan en fast vårdkontakt spela en avgörande roll för att skapa tillgänglighet och kontinuitet. Valet av vårdgivare kan också ske i direkt anslutning till vårdtillfället. De flesta kommer säkert även fortsättningsvis att söka närmaste allmänläkare men rätt att söka specialistvård utan remiss ingår i det fria vårdvalet. Remissförfarandet blir därmed en informationsöverföring mellan namngivna vårdgivare, dvs. den muntliga eller skriftliga informationen ska ha en tydlig personlig adressat.

En fungerande valfrihet för patienten kan kombineras med differentierade patientavgifter, vars syfte är att styra vårdkonsumtionen till rätt vårdnivå. Ett exempel är att patientavgiften kan vara högre för ett besök på sjukhusets akutmottagning än på den lokala vårdcentralen. Differentierade avgifter kan användas för att stimulera förebyggande arbete, som kostrådgivning, vaccinationer eller rökavvänjning.

Öka tillgängligheten och låt patienten välja tidpunkt för behandling

I Västerkartellens Sverige är det inte en självklarhet att alla får vård i tid. Den bristande tillgängligheten, är det stora problemet inom hälso- och sjukvården. Köproblemet är inte alldeles enkelt att lösa. Till att börja med bör sjukvården ta all ledig kapacitet i anspråk och nyttja alla som vill erbjuda vård.

Patientens fria val avser även vård i annat landsting eller annan region. Det innebär i praktiken att ingen patient ska behöva vänta längre än kortast väntetid i landet. Vidare ska det fria valet avse tidpunkten för operation eller annan behandling. Pengarna följer patientens val, och kräver inte hemlandstingets godkännande. På sikt bör det fria vårdvalet även gälla inom Norden och övriga EU.

Skyldighet för vården att ge patienten information

För att underlätta patientens fria val krävs en informationsskyldighet för vården. Den innebär att behandlande läkare eller annan person i vårdteamet måste informera om kösituationen, på det egna sjukhuset, på andra sjukhus i närheten, men också var en operation med kortast väntetid kan fås på offentligt som privat driven klinik. En ny tid för undersökning, operation eller annan behandling bokas direkt. Skyldigheten bör också gälla vissa andra upplysningar som kan vara av värde för patienten, exempelvis jämförande behandlingsresultat.

En vårdgaranti värd namnet

Den vårdgaranti som infördes den 1 nov 2005 är ett politiskt bländverk vars huvudsyfte är att eliminera debatt kring en fråga där socialdemokraterna misslyckats. Efter elva år med en socialdemokratisk regering är den bristande tillgängligheten hälso- och sjukvårdens största problem.

Vi anser att en nationell vårdgaranti måste kombineras med en större mångfald av vårdgivare. Vänsterkartellens stopplag för hälso- och sjukvården är fel väg att gå om man vill korta vårdköerna.

Våra partier avsätter under det första året 250 miljoner kronor mer än Vänsterkartellen till den nationella vårdgarantin. Anledning är att den ”puckel” som vårdköerna utgör helst bör betas av med hjälp av ett rejält, men kortsiktigt, resurstillskott. En reformerad vårdorganisation kan därefter hålla köerna stängna och ytterligare korta dessa. Sedan tidigare har våra partier föreslagit att hälso- och sjukvårdslagen ska slå fast kravet att hälso- och sjukvården ges i tid. Då får den nationella vårdgarantin det stöd i lag som gör att patienten kan ställa krav på sjukvårdshuvudmannen. Vidare ska patienten kunna kompenseras ekonomiskt om operation eller behandling ställs in - av andra skäl än de egna medicinska - vilket bör belasta den ansvariga klinikens egen budget.

Under våren 2006 kommer våra partier att se över det egna förslaget till nationell vårdgaranti. I det arbetet ingår bland annat att se över tidsgränser, ekonomiska sanktioner och åtgärder för att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Öka antalet allmänläkare i primärvården

En nyckelfaktor för tillgängligare och bättre vård är att förbättra primärvården och öka läkarnas produktivitet. Jämfört med många andra länder är en stor andel av de svenska läkarna verksamma på sjukhusen. Bara drygt 30 procent av läkarna finns utanför sjukhusen. Det är uppenbart att andelen allmänläkare i närsjukvården behöver öka. Närsjukvården kan också tillföras annan specialistkompetens än allmänläkarens, till exempel geriatriker, psykiatriker och specialister i hjärt-kärlsjukdomar.

Öppna kvalitetsredovisningar

Vi anser att jämförelser av väntetider och vårdens resultat ska vara tillgängliga, inte bara för politiker och vårdpersonal utan också för allmänheten. En verklig valfrihet inom sjukvården i hela landet förutsätter att kvalitetsindikatorer kan fastställas och att jämförelser av vårdens prestationer kan göras på vårdcentral-, klinik-, och sjukhusnivå.

Att vårdgivare jämförs med varandra leder till kvalitetskonkurrens och successiva förbättringar.

Det är angeläget att också kostnader för olika vårdinsatser och sjukdomsgrupper redovisas öppet. Dessa kan bilda underlag i prioriteringsdiskussionerna. Dessutom ges möjlighet till jämförande studier mellan vård som drivs i offentlig, kooperativ, ideell och privat regi. Vi föreslår därför att tillgång till öppna kvalitetsredovisningar ska definieras som en rättighet både för medborgarna och för vårdens huvudmän. Kvalitetsredovisningarna ska vara lätta att förstå och nå. En Internetportal ska byggas upp. Också för de anställda i vården kommer dessa att fungera som en stimulans för kvalitetsutveckling och lärande. Kvalitetsjämförelserna måste åtnjuta förtroende bland vårdens professioner.

Det ska vara obligatoriskt för vårdgivare att delta i kvalitetsjämförelser. Ett mål är att systemet inte ska skapa onödig administration. Det ska vara möjligt att direkt föra över uppgifter från patientjournaler till registret. Socialstyrelsen ansvarar för kvalitetsjämförelserna. Socialstyrelsen ska även sammanställa och redovisa resultat från Patientnämndernas verksamhet (redovisar patienter och anhörigas erfarenheter av vården) så att det blir enkelt att jämföra och koppla till annan nationell kvalitetsredovisning.

En konkret åtgärdsplan för mätning av kvalitet och rankning ska utformas av stat och landsting i samarbete. Särskilda medel bör satsas på uppbyggnad och utveckling av kvalitetsregister.

Oberoende granskning av vårdens prestationer

Jämförelser av vårdens prestationer förutsätter att en oberoende granskningsenhet för utvärdering av vårdens prestationer inrättas. En av denna enhets uppgifter ska vara att granska verksamheterna. Resultaten bör publiceras i offentliga rapporter med ett tydligt brukar- och patientperspektiv. Denna typ av granskning och öppna kvalitetsredovisningar av vårdgivares prestationer finns i flera länder, bland annat i Storbritannien och skapar tydliga drivkrafter för förbättringar inom sjukvården.

Redan idag drar landstingen/regionerna som beställare slutsatser utifrån både nationellt fastlagda mått och indikatorer och annan information från vårdgivarna. Men den nationella överblicken och jämförbarheten måste bli bättre. Vi föreslår därför att en särskild enhet inrättas, med organisatorisk hemvist inom Socialstyrelsen. Denna enhet ska vara självständig gentemot regering, riksdag och vårdhuvudmän.

Använd IT-tekniken inom vården

IT-revolutionen har ännu inte revolutionerat vården. Stora pengar har visserligen plöjts ned i olika system i olika landsting, men systemen kan inte kommunicera med varandra. Det pågår dock ett utvecklingsarbete för att förbättra och samordna IT-stödet inom hälso- och sjukvården. Kommuner och landsting samarbetar i organisationen Carelink. Vidare arbetar den så kallade Patientdatautredningen med att se över all IT-baserad patientinformation inom vården. Vi anser att tempot i detta reformarbete måste skruvas upp. Det behövs ett nationellt system med användbara och tillgängliga kvalitetsjämförelser av hälso- och sjukvårdens prestationer, datoriserade patientjournaler och så kallade e-recept.

Använd ersättningssystem för rätt drivkrafter

Det behöver tillskapas ekonomiska drivkrafter inom hälso- och sjukvården som tar sikte på att tillgodose patienternas behov av vård och bättre hälsa, samtidigt som utbytet av de resurser som tillförs vården maximeras. Här finns en stor potential. Vi anser att staten bör bidra med stöd till utvecklingen av nya ersättningssystem.

I dagens sjukvård leder uppdelningen av ansvar mellan kommuner, landsting och stat till gränsdragningsproblem. Ur ett patientperspektiv är många brister tydliga: osammanhängande vårdkedjor, dålig samordning mellan primärvård och specialistvård, bristande samverkan mellan den slutna och den öppna vården och få incitament för förebyggande vård.

Ersättningssystemen bör utgå från att medborgarna själva har rätt att välja vårdgivare. Det måste finnas möjligheter för landstingen att tillämpa något olika former av ersättningssystem, som kan anpassas efter lokala förhållanden. Ett viktigt krav är dock alla vårdgivare inom ett landsting ska behandlas rättvist, i meningen att lika prestationer bör rendera lika hög ersättning oavsett vårdgivare; offentlig, ideell, kooperativ eller privat.

En ny samlad patienträttighetslag

Lagstiftningen kring patienträttigheter i Sverige är omfattande. Utöver lagar finns ett stort antal regler i sjukvården. 1999 fanns 34 lagar, 24 förordningar och 185 myndighetsregler som berörde sjukvården. Detta betyder att patientens rättigheter bara kan utläsas indirekt av många disparata bestämmelser.

I såväl Norge, Finland som Danmark finns intressanta exempel på patienträttighetslagstiftning. Vi föreslår att de svenska patienträttigheterna samlas i en sammanhållen patienträttighetslag. Lagstiftningen ska dock även framgent i huvudsak bygga på att landstingen, kommunerna, samt hälso- och sjukvårdspersonalen, har skyldigheter gentemot patienten. Nuvarande patienträttighetslagstiftning saknar dock vissa inslag som bör tillföras. Ett exempel är den alltmer omfattande EU-vården, vilken borde regleras i lagstiftning, liksom rätten till vård i tid, och rätten till informationen i sin egen patientjournal.

Mångfald, förnyelse och nytänkande – vägen framåt

Om hälso- och sjukvården ska få möjlighet att utvecklas och klara sitt åtagande måste lagstiftning och organisation öppna för nytänkande och mångfald. Vänsterkartellens stopplag är ett systemskifte som vrider klockan tillbaka. Vi anser att vården istället behöver en startlag. Det behövs åtgärder på statlig, regional/landstings- och kommunal nivå som ökar mångfalden i offentlig sektor och uppmuntrar alternativa vårdgivare och entreprenörer.

Vi anser att det behövs ett lagstöd för ”avknoppning”. Vårdpersonal ska kunna ta över driften av en verksamhet. Ett ekonomiskt avknoppningsstöd som ger personalen förutsättningar att förbereda sig bör också införas. Vi föreslår även att försöksverksamhet med så kallad utmaningsrätt bör inledas i något landsting/region. Utmaningsrätten innebär att privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges rätt att utmana den offentligt drivna vården genom anbud.

Vidare krävs en översyn av lagstiftning, regelverk och institutioner så att konkurrensneutralitet skapas mellan vårdens olika aktörer. I synnerhet Lagen om offentlig upphandling (LOU) bör ses över så den dels skapar konkurrensneutralitet mellan olika vårdgivare, dels hamnar i bättre samklang med de speciella villkor som gäller för vård och omsorg – inte minst avseende patientens rätt till kontinuitet och fritt vårdval.

Lös upp apoteksmonopolet

Det svenska apoteksmonopolet bör avskaffas. Det finns goda skäl att tro att det går att åstadkomma effektivisering, större tillgänglighet och lägre kostnader genom fri konkurrens på detta område. Frågan om avreglering är numera också väl utredd genom statliga utredningar som visat att det är svårt att finna goda motiv för ett långsiktigt bibehållande av nuvarande monopol. Staten måste dock även efter monolets avskaffande kunna ställa samma krav på säkerhet, effektivitet och tillgänglighet. Kontroll och tillsyn av apoteksverksamheten ska, även efter en avreglering, ske genom statens försorg.

Ideella sektorn är en del av välfärden

Insatser från frivilliga och ideellt arbetande organisationer spelar en avgörande roll för viktiga delar inom vård och social omsorg. Ideella organisationer har sedan början av 1990-talet fått ökad betydelse både som samverkanspartners och som direkta uppdragstagare. Inom Vänsterkartellen är ambivalensen till ideellt arbete och frivilligorganisationer stor. Deras principiella argument är att välfärdsbygget inte ska vara avhängigt privat välvilja och intresse.

Vi anser att inte bara privata och kooperativa alternativ, utan även ideellt drivna alternativ måste ges goda förutsättningar att utvecklas. Vi föreslår därför att möjligheterna att införa skatteavdrag för gåvor till ideella organisationer utreds. Det kräver också ett regelverk för vilka ändamål som berättigar till avdrag.

Jämställd hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens uppföljningar har visat att kvinnor oftare går till läkare, och kostnaderna för deras sjukvård är totalt sett cirka 16 procent större. Män får oftare nyare och därmed dyrare läkemedel än kvinnor. Samtidigt rapporterar kvinnor oftare biverkningar och läkemedelsrelaterad sjuklighet än män. Det kan vara så att vården är sämre anpassad till kvinnors behov och förutsättningar och därmed fungerar sämre för kvinnor. I så fall kan det något större vårdutnyttjandet bland kvinnorna spegla en frustration över bristande omhändertagande och mindre effektiv vård. Ett exempel på detta kan vara kvinnor med kroniska smärttillstånd som gång på gång vänder sig till den öppna vården.

Vi anser att vården måste uppmärksamma skillnader i bemötande mellan män och kvinnor så att skillnaderna upphör. Utprovning av läkemedel ska till exempel ske på både kvinnor och män. Doseringsanvisningar på förpackningar ska märkas så att eventuella könsskillnader blir tydliga. Nya behandlingsmetoder, läkemedel och diagnostik måste anpassas utifrån kvinnors villkor. Genusperspektivet ska genomsyra hela sjukvården alltifrån vård och omsorg till forskning och medicinsk utveckling.

En handlingsplan för cancervården

Riksdagens prioriteringsbeslut från 1997 lade fast riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Högst prioritet vid fördelningen av resurser till hälso- och sjukvården har den grupp patienter som behöver vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död samt vård av svåra kroniska sjukdomar. Personer med cancersjukdomar tillhör oftast denna prioriteringsgrupp. Men återkommande rapporter visar att många personer med cancersjukdomar får vänta alltför länge på sin behandling. WHO har även rekommenderat medlemsländerna att upprätta nationella cancerplaner mot bakgrund av ökningen av cancersjukdomarna.

Det finns ett stort behov av en översyn av cancervården i sin helhet. En ny borgerlig regering bör omedelbart genomföra en sådan översyn för att sammanställa underlag för en handlingsplan i syfte att förbättra prevention, vård och rehabilitering samt forskning kring cancersjukdomar. En nationell cancerkommitté med representanter för vårdhuvudmännen och nationella myndigheter bör tillsättas. Kommitténs uppdrag ska vara att lägga förslag till hur det nationella ansvaret för cancervården ska utformas samt vara ett forum för samordning av högspecialiserad cancervård. Vidare bör kommitténs uppgift vara att verka för en ökad likvärdighet över landet när det gäller tillgänglighet, bemötande och vårdresultat inom cancervården.

Tryggare med Lex Maria

Alla patienter som råkat ut för en skada vill att vården ska lära av sina misstag, och att ingen annan patient ska drabbas av samma misstag. Detta kräver systematiska analyser av skador inom sjukvården med syftet att förändra system och rutiner. Dessa analyser görs inte idag i den omfattning som krävs för att förbättra patientsäkerheten. Det måste finnas en vilja och ett stöd för att förändra utan att skuldbelägga individer. Det ska vara tydligt att ansvaret ligger på organisationsnivå. Tillämpningen enligt Lex Maria kan då förbättras så att fler misstag rapporteras till Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skulle också enligt förslag från Socialstyrelsen kunna koncentrera sina insatser på de ärenden som förväntas leda till att en yrkesutövare blir av med sin legitimation.

4. Trygghet och ökade valmöjligheter för äldre

Idag känner många otrygghet inför om man får tillgång till vård och omsorg i tid och under värdiga former när man blir gammal. Antalet platser i särskilda boenden har minskat med drygt 10 000 bara sedan 2002. En trygg och värdig äldreomsorg måste garanteras samtidigt som brukarna behöver ett ökat inflytande och självbestämmande.

Med större valmöjligheter får medborgarna en mer lyhörd offentligt finansierad äldreomsorg, vars fokus är den enskildes behov och önskemål. Genom att släppa in valfriheten kommer nytänkande och utveckling naturligt. Valfriheten gagnar också personalen inom äldreomsorgen som ges större möjligheter till utveckling, karriärvägar och eget företagande. Vi föreslår att en så kallad Fritt Val-reform införs inom äldreomsorgen. Den innebär att

- Den enskilde får efter biståndsbedömning rätt att välja äldreboende och hemtjänstutförare.
- Kommunerna blir skyldiga att informera medborgaren om vilka valmöjligheter som står till buds genom Fritt Val.
- Enhetliga och vedertagna system för att mäta kvalitet och kostnader inom verksamheterna på nationell basis tas fram och offentliggörs på en internetportal. En skyldighet för äldreomsorgen att rapportera införs.
- Systemet för Fritt Val ska utformas enkelt. Det ska vara enkelt för medborgaren att förstå och nyttja och enkelt för det offentliga att hantera. Det ska också vara enkelt för utförarna av välfärdstjänster att ta sig in på marknaden. För att garantera trygghet och kvalitet måste en kommunal kvalitetssäkring genom certifiering av utförare av välfärdstjänster ske.
- Villkoren ska vara tydliga och långsiktiga så att stabiliteten och tryggheten garanteras för medborgare och utförare. Fritt Val ska utformas så att en mångfald stimuleras både vad gäller utförarnas storlek och inriktning. Privata, ideella, offentliga och kooperativa aktörer bör, oavsett storlek, kunna ha goda förutsättningar att verka.
- Lag om Fritt Val är inte en tvingande lagstiftning. Kommunerna avgör själva om de ska införa fritt val. De kommuner som beslutar om att införa Fritt Val är dock skyldiga att följa rambestämmelser i lagen. För de kommuner som ansluter sig till Fritt Val måste ett statsbidrag utgå som motsvarar de initiala kostnaderna för införande av reformen på lokal nivå.

Välj vem som ska utföra hemtjänstuppgifterna

Fritt Val ska gälla inom hemtjänsten. Det ger en ökad grad av personligt anpassad service vilket kan medföra att omsorgstagaren bor kvar längre i eget boende eller på servicehus. Vanliga hemtjänstinsatser kan även kompletteras med insatserna korttidsboende, dagverksamhet och hemsänd mat.

Fritt Val innebär att den enskilde ges rätt att, efter biståndsbeslut, välja utförare efter egna behov och preferenser. Det måste samtidigt göras tydligt att den enskilde inte avkrävs ett aktivt val för att få hemtjänst.

Kvalitet och mångfald

Kvaliteten på äldreomsorgen ska sättas i fokus genom givna kriterier som måste mötas av utförarna. Kontrollen sker genom en auktorisering av utförare antingen genom en kommunal ramupphandling eller genom en kommunal certifiering av utförare. Sådan certifiering/auktorisering ska för övrigt göras också av utförare av LSS-tjänster.

Kommunen ansvarar för finansieringen av hemtjänsten och för att bedöma omfattningen av stödet och bestämmer därefter den ersättning som en utförare ska erhålla för att utföra en viss mängd hemtjänsttimmar.

Villkoren för aktörer inom hemtjänsten ska vara långsiktiga, överblickbara och lika för privata, ideella, kooperativa och offentliga aktörer. En mångfald av utförare ska därför ges utrymme att tillhandahålla hemtjänst enligt brukarnas val.

Den enskildes inflytande ska förutom det fria valet också öka genom att hemtjänstinsatserna görs mer flexibla, allt efter den enskildes behov. Den enskilde ska alltså ges utökade möjligheter att påverka utformningen av tjänsten. Hur hemtjänsttimmar används ska kunna variera från vecka till vecka och bestämmas i samspillet mellan den enskilde och personalen.

Särskilt boende med ökade valmöjligheter

Vi vill se reella möjligheter för äldre att välja boende inom egen kommun och kunna flytta till annan kommun och, så långt möjligt, införa Fritt Val inom de särskilda boendeformerna. När en person med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser önskar flytta till annan kommun ska utredning göras av hemkommunen och biståndsprövning/beslut av inflyttningskommunen. Ansökan ska självfallet behandlas som om den enskilde var bosatt där och erbjudas erforderlig hjälp. Information om vad som gäller, överklagademöjligheter och tillsyn behöver förbättras.

Vi vill även se över möjligheterna att förändra kostnadsansvaret för personer som har behov av vård och omsorg, så att ansvaret inte upphör i samma ögonblick som en kommunmedborgare flyttar till en annan kommun. Detta kräver i så fall en förändring av dagens lagstiftning. För att underlätta rörligheten vill vi att det ekonomiska ansvaret fortsatt ska ligga på utflyttningskommunen under en period efter det att individen har lämnat kommunen.

Nuvarande ordning har bland annat gett upphov till konflikter särskilt för så kallade ”semesterkommuner” som får en stor inflyttning sommartid. Vi vill lösa detta problem genom en lagändring som gör att hemkommunerna får ta ett fortsatt betalningsansvar om äldreomsorgstagaren flyttar till en annan kommun under semestertider.

De äldres val av boende behöver respekteras i betydligt större utsträckning. Vårdbehövande gifta och sammanboende par ska inte behöva flytta isär. Plats i särskilt boende ska kunna beredas i närheten av det tidigare ordinära boendet eller i närheten av barn och andra anhöriga.

Gör det möjligt att bo kvar

Om kommuner minskar antalet platser i särskilt boende för äldre måste detta kombineras med samordnade satsningar på att utveckla hemtjänsten, hemsjukvården och stödet till anhöriga. En sådan strategi måste också bygga på att de äldre genom ett eget val vill bo kvar i det egna boendet. Kvarboendestrategin förutsätter också att kommunerna ökar tillgängligheten i det befintliga bostadsbeståndet och slår vakt om att all nyproduktion uppfyller tillgänglighetskraven.

Nya boendeformer som riktar sig till äldre människor på bostadsmarknaden behöver utvecklas. Det kan handla om så kallade seniorboenden; tillgängliga bostäder, byggda på ett sätt som gör det lättare att få omsorg i hemmet. Definitionen av seniorboende är inte entydig men begreppet avser bostäder som vänder sig till äldre personer. Viss form av förstärkt service kan förekomma, exempelvis vaktmästare, reception och restaurangservice. Det är angeläget att varje kommunledning ser till att samverkan mellan berörda förvaltningar fungerar och att kommunernas övergripande boendepanering uttryckligen beaktar behoven hos de äldre och hos personer med funktionshinder. Stor vikt bör läggas vid analyser av framtida behov och kompetens för detta måste säkras inom socialtjänsten.

Alla har rätt till en god äldreomsorg

Kommunerna har blivit alltmer restriktiva i biståndsbedömningen. Omsorgsinsatserna ges i ökade grad bara till de allra mest behövande. Dessutom varierar bedömningarna stort mellan kommuner. Samtidigt har anhöriga och närstående fått ta ökat ansvar för många äldres vård och omsorg. Vi anser att stödet och hjälpen till anhängvårdarna behöver regleras tydligare i lagstiftningen, samt att biståndsbedömningen behöver tydligare riktlinjer, gemensamma för hela landet. Socialtjänstlagen bör i detta syfte ses över och om möjligt kompletteras med riktlinjer för biståndsbedömningen.

Vidare behöver kvalitetsindikatorer fastställas. Och i likhet med våra förslag för hälso- och sjukvården behöver nationella kvalitetsjämförelser tillämpas även inom kommunernas äldreomsorg. Ytterligare frågor som behöver belysas är bristen på kompetens att bedöma medicinska åkommor och problem. Ett minimikrav är att såväl medicinsk kompetens som annan nödvändig kompetens ska ingå i biståndsbedömningen.

Sänkt skatt på hushållsnära tjänster

Fritt Val inom äldreomsorgen behöver kombineras med en reform som innebär sänkt skatt på köp av hushållsnära tjänster. För den som inte fått del av hemtjänsttimmar genom biståndsbedömning, eller för den som vill komplettera med extra timmar, måste hushållstjänster kunna köpas till rimligt pris. Kombinationen av Fritt val i hemtjänsten och sänkt skatt på hushållsnära tjänster är viktig. Erfarenheterna från andra länder visar att sänkt skatt på hushållsnära tjänster har skapat en marknad för välfärdstjänster, och att en mångfald olika företag etablerat sig.

Hälso- och sjukvården för äldre, multisjuka personer

En människas sjukvårdsbehov varierar normalt med åldern. Något förenklat behöver genomsnittspersonen relativt omfattande och avancerad vård dels i anslutning till födseln och dels under de sista tio åren i livet. När det gäller kvaliteten på förlossnings- och barnhälsovården tillhör Sverige det absoluta toppskiktet i världen. Men den hälso- och sjukvård som äldre ofta behöver under de sista tio åren lämnar mycket övrigt att önska.

Det medicinska omhändertagandet och det sociala innehållet måste utvecklas. Samarbetet och utbytet mellan kommunernas äldreomsorg, landstingens sjukvård och den geriatriska slutenvården måste förbättras så inte människor ramlar mellan stolarna. Projekt med positiva erfarenheter bedrivs på flera håll i landet. Äldre multisjuka ska alltid erbjudas att välja en fast vårdkontakt som har ett helhetsansvar för personen.

För äldre, vårdbehövande personer i ordinärt boende behöver det finnas en väl utbyggd hemsjukvård. Inom äldreboendet och på sjukhem krävs en kontinuerlig läkarmedverkan i vården, det kan vara en allmänläkare med särskild äldrekompetens eller en specialist på äldresjukdomar (geriatriker). Inom demensvården är bristande samordning av vården tydlig, liksom avsaknaden av fungerande och ansvarsfull vårdplanering och informationsöverföring, samt lyhördhet för patientens vård- och omsorgsbehov. Ett rättmätigt krav är att alla äldre med allvarliga förvirringssymptom ska få en demensutredning.

Genomförandet av valfrihetsreformer

För att tidigt under en mandatperiod frigöra resurser och skapa verklig valfrihet behövs en genomtänkt reformpolitik. En politik som tar hänsyn till att de förändringar som görs måste ske stegvis och på ett tryggt sätt. Vi tror därför inte att ett omedelbart införande av ett nationellt pengsystem inom äldre- och handikappomsorgen kommer att skapa en optimal valfrihet och konkurrens. Erfarenheten visar att offentligt drivna utförare har så stora konkurrensfördelar att den verkliga valfriheten dröjer mycket länge.

Vi rekommenderar därför att den kommunala valfrihetsstrategin genomförs i två steg. Det första steget innebär att andelen verksamhet som bedrivs av privata utförare utökas med hjälp av upphandlingar. Upphandling genom entreprenader är en effektiv metod som ger effekt – entreprenader har även den stora fördelen att de lägger ett ökat fokus på vad som levereras snarare än hur det görs. Genom att inleda med upphandlingar ökar antalet etablerade utförare, vilket lägger en god grund för att genomföra det andra steget – nämligen att införa pengsystem som ger medborgarna reell möjlighet att välja utförare.

5. Den psykiatriska vården

Psykiatrin har under en tioårsperiod nedmonterats och behöver förnyas och förstärkas. För en väl fungerande psykiatrisk vård krävs en helhetssyn som saknas i dagens sjukvårdssverige. Vi vill stärka den första linjens psykiatri, höja vårdkvaliteten, förbättra lagstiftningen och öka resurserna till den psykiatriska vården.

Första linjens psykiatri byggs ut

Den psykiatriska kompetensen i den första linjens sjukvård måste stärkas. Psykiatrins mål måste tydliggöras och de insatser som görs i primärvården ska följas upp bättre än i dag. Det är viktigt att få med kuratorer och psykologer i första linjens sjukvård. Detta för att lättare kriser och psykosociala problem ska kunna hanteras.

Det uppstår tvister mellan landsting och kommuner, vilket skapar problem för patienter som behöver kontinuerlig vård. Betalningsansvaret för patienter med långvariga behov bör därför kunna delas mellan kommuner och landsting. De försök som i dag pågår bör kunna bli permanenta och utvecklas till nya vårdformer där exempelvis en Case manager (en person som ansvarar för att samordna vårdinsatser) ser till att patienten får den vård som denne behöver.

Rätt till diagnos och vård garanteras

Rätten till diagnos inom rimlig tid bör vara en del av vårdgarantin. Många patienter får inte diagnos inom rimlig tid, trots att det är fullt möjligt att ställa en korrekt diagnos. De cirkulerar i dag i vårdapparaten, eller finns på samma mottagning år efter år utan att de får någon diagnos. Var och en som söker för psykiska besvär ska kunna få sin diagnos ställd av en kvalificerad läkare inom tre månader.

Rätten till diagnos ska även omfatta rätten till en personligt anpassad vårdplan. De behandlingar som erbjuds inom psykiatrin bör i största möjliga utsträckning vara evidensbaserade. Ett krav för offentlig finansiering bör i de flesta fall vara att behandlingen som erbjuds är bevisat effektiv. Saknas evidens bör behandlingen ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

En kvalitetssatsning på psykiatrin lanseras

Verksamheten med kvalitetsregister har förbättrat förutsättningarna för att bedriva forskning och att följa upp kvaliteten inom flera diagnos- och sjukdomsgrupper. Det är hög tid att all psykiatrisk vård får lika goda möjligheter för uppföljning och forskning.

Den oberoende enhet som vi (se kap 3) anser bör inrättas vid Socialstyrelsen med den nya uppgiften att bland annat jämföra och ranka vårdens prestationer ska även granska den psykiatriska vården. Det är viktigt att det finns en skyldighet att rapportera resultat och att dessa redovisas offentligt för att möjliggöra ett informerat val av olika behandlingsmetoder.

Barn- och ungdomspsykiatri prioriteras

Stödinsatser för barn- och ungdom behöver också samordnas på ett bättre sätt än i dag. Föräldrars kraft och möjlighet ska bättre tas tillvara i det förebyggande arbetet, men också ses som en resurs vid behandling. Skolhälsovården har en viktig roll i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa bland barn och ungdom.

Tjugofem procent av rättspsykiatriskt undersökta män hade haft ADHD-relaterade problem under sin uppväxt, utan att ha fått diagnos eller hjälp. Detta trots att de under sin uppväxt har varit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Barn med neuropsykiatriska störningar måste utredas professionellt och garanteras en adekvat behandling och stödinsatser. Föräldrar ska få stöd och utbildning för att klara vardagen med sitt barn. Den vårdgaranti som Allians för Sverige vill införa ska även gälla barn- och ungdomspsykiatri. Därtill bör väntan på utredning aldrig överstiga en månad för de berörda barnen. Sekretessbestämmelser som kan hindra nödvändigt utbyte av information ska ses över.

Bättre personalutbildning

För att säkra ett gott omhändertagande av personer med psykisk sjukdom är det viktigt att personalen har en adekvat utbildning. Utbildningen av mentalskötare omfattar i dag endast några få gymnasiepoäng på vårdlinjen. Vi föreslår att man vid högskolornas institutioner för omvårdnad erbjuder en utbyggd skötarutbildning som bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet under insyn av högskoleverket.

Det råder stor brist på psykiatriker och specialistsjuksköterskor i såväl den öppna som den slutna vården. I vissa landsting hålls hela slutenvården igång med inhyrda läkare. Det är ett mycket allvarligt problem som givetvis påverkar kvalitet och kontinuitet för de psykiskt sjuka. Det krävs olika insatser för att förbättra tillgången av vårdpersonal inom psykiatri. Denna del av sjukvården måste bli mer attraktiv för personalen.

Trygghet för patienter och allmänhet

Patienter i tvångsvård bör kunna få fortsatt medicinering och symtomkontroll i öppenvården under försöksutskrivning, så som gällde fram till 1992.

Patienter som, till följd av en kombination av hjärnskador och missbruk, är farliga för sig själv eller andra och som finns inom rehabiliteringsmedicinska kliniker uppfyller inte kriterierna för psykisk sjukdom enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård). De kan inte heller omhändertas enligt Lagen om vård av missbrukare (LVM). Lagstiftningen måste därför förändras så att vården av denna patientkategori får ett tydligt stöd i lagstiftningen.

Det måste också finnas möjlighet att omhänderta otillåten egendom på rättspsykiatriska kliniker, exempelvis mobiltelefoner som används i brottslig verksamhet. Även möjligheterna att följa upp och förhindra drogmissbruk bör förbättras.

Meningsfull sysselsättning garanteras

Länsstyrelsernas och Socialstyrelsens granskning av psykiatrireformen visar på flera allvarliga brister. Särskilt allvarligt är att nästan hälften av de psykiskt funktionshindrade saknar sysselsättning i 32 granskade kommuner. Samhället måste ge psykiskt funktionshindrade möjlighet att bidra och känna delaktighet, vilket ofta ökar den psykiska hälsan.

Så långt möjligt ska arbete för dem med nedsatt arbetsförmåga ske på den reguljära arbetsmarknaden. Arbetsgivare kan få stöd på olika sätt för att anpassa arbetsplatsen, men utnyttjar dessa möjligheter alltför sällan. Det är därför angeläget att – gärna i samarbete med arbetsmarknadens organisationer – bedriva opinionsbildning för att undanröja fördomar och sprida kunskap om de möjligheter som står till buds.

För dem som omfattas av LSS är möjligheterna till arbete i regel ännu mer begränsade än för dem som skulle kunna få arbete genom lönebidrag. Av resursskäl som var mycket påtagliga under 90-talskrisen kom personkrets 3 inte att omfattas av det som kallas ”Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig” (LSS § 9, p 10), den så kallade sysselsättningsgarantin. Det är emellertid starkt önskvärt att handikappreformen fullföljs även på denna punkt, så att sysselsättningsgarantin också kan omfatta varaktigt psykiskt sjuka. Hur en utvidgning ska genomföras och vilka kostnader det skulle medföra måste utredas.

Patienter med missbruk och psykisk sjukdom garanteras vård

Patienter med både missbruk och psykisk sjukdom kan hamna mellan socialtjänst, missbruksvård och psykiatrisk vård där ingen vill ta ansvaret och kostnaden. Resultatet för den enskilde är inte sällan att hon eller han nekas den akuta hjälp som skulle behövas. Det måste skapas ett lagrum för omsorgen om dessa personer.

När någon söker sig till en psykiatrisk akutmottagning eller en enhet för missbruksvård ska enheten vara skyldig att ta emot patienten om inläggning behövs, alternativt se till att patienten får plats på annan klinik. Detta ska gälla oavsett om orsaken primärt är psykisk sjukdom eller beroende/missbruk.

Om patienten behöver flyttas till annan klinik på grund av att det i första hand är missbruksproblemet eller det psykiska sjukdomstillståndet som kräver akut behandling ska den först mottagande kliniken kunna hållas ansvarig för en del av behandlingskosten. Detta förutsätter att patienten i fråga har en dubbeldiagnos.

Rättspsykiatrisk vård finansieras av staten

Vissa personer som begått brott döms till rättspsykiatrisk vård i stället för att avtjäna straffet i fängelse. Detta får ekonomiska konsekvenser för landstingen som är de som bekostar den psykiatriska vården. Annan psykiatrisk vård blir ofta lidande eftersom landstingen har knappa resurser och rättspsykiatrin har vuxit så i omfång att den tränger ut den ordinarie vården. Tydliga exempel är både Värmlands och Jönköpings läns landsting. Vi föreslår därför att staten tar över finansieringsansvaret för den rättspsykiatriska vården.

”Tak över huvudet”-garanti införs

Hemlöshet har tidigare huvudsakligen varit ett storstadsproblem, men problemet förekommer även på mindre orter. Bland de hemlösa finns en växande andel med psykisk sjukdom. Alkohol- och narkotikaberoende är också vanligt. Livssituationen för drogberoende personer försvåras ytterligare av hemlöshet. Behandlingen bör därför kopplas till tillgång till bostad. Vi vill därför öppna för införandet av ”tak-över-huvudet”-garanti. Det innebär en rätt till bostad även om personen i fråga inte vill ta del av socialtjänstens insatser. Beslutet om att införa en garanti tas förstås av de enskilda kommunerna. Det är viktigt att kommunerna samverkar med ideella aktörer på detta område för att åstadkomma bästa tänkbara resultat.

6. En offensiv hälsopolitik

Hälsoutvecklingen i Sverige har varit positiv och bidragit till välfärd och tillväxt. Men det finns också idag tydliga tecken på en utbredd psykisk ohälsa och ett ökande missbruk av alkohol och narkotika. Det är nödvändigt med åtgärder som kan ge ny kraft till hälsopolitiken. För det första behöver medborgarnas ges större möjlighet att själva ta ett större ansvar för sin hälsa. För det andra behöver arbetet präglas av ett perspektiv, där mer satsas på att bygga hälsofrämjande samhällsstrukturer och på att förebygga ohälsa. Därmed förtydligas också hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande uppdrag.

Förbättra möjligheten till egenvård

Det ska vara enkelt att leva hälsosamt. Samhället genom dess institutioner har en skyldighet att bidra med kunskap för att enskilda människor ska kunna vårda sin egen hälsa. Det finns stora tekniska möjligheter att öka individens möjligheter till egenvård, liksom patienters och kroniskt sjukas möjligheter att själva kontrollera sina värden, exempelvis blodtryck. Individen kan känna större trygghet och ta över mer ansvar för när kontakt med vården behövs. De svenska diabetikernas egenvård kan på många sätt fungera som föredöme.

Öka kunskapen om psykisk ohälsa bland barn och ungdomar

Det saknas tillräckliga kunskaper om varför barn och ungdomar mår allt sämre. Och eftersom flera orsaker sannolikt är inbäddade i den moderna livsstilen kan det vara svårt att lösa dessa problem enbart med politiska åtgärder. Det krävs kunskap och forskning för att föräldrar och personer som arbetar med barn och ungdomar ska kunna ge rätt stöd för en trygg och harmonisk uppväxt.

Föräldrastöd en viktig resurs för såväl barn som föräldrar

Föräldrarna är de personer som har störst betydelse för sina barn och som därmed också påverkar barns och ungdomars hälsa. Många föräldrar kan känna osäkerhet i sin föräldraroll. Hur ska konflikter hanteras? Hur sätts gränser utan att barnets självkänsla skadas? Hur kan jag skydda mitt barn från droger? Att diskutera och få stöd i sin föräldraroll samt att bygga nätverk ger trygghet i föräldraskapet.

Arbetsgruppen anser att kommunerna bör erbjuda alla föräldrar föräldrautbildning, inte bara när barnet är nyfött utan återkommande. Ett sätt att organisera föräldrastödet är genom familjecentraler. Familjecentraler samlar all service under samma tak för att underlätta för familjen och på så sätt tillgodose behov, sätta in resurser och därmed arbeta mer förebyggande. De kan ha olika utformning men basen för verksamheten är oftast den allmänna mödra- och barnhälsovården och den öppna förskolan. Även kurator, logoped och familjerådgivning kan knytas till verksamheten.

En skola där barn kan må bra

En skolmiljö som förenar hög pedagogisk kvalitet med ordning och reda och en uppmärksamhet på hur eleverna mår är av stor betydelse för att förebygga ohälsa. Skolhälsovården har idag inte tillräckliga resurser för att möta den ”nya” ohälsan och måste förstärkas. Skollagen bör innehålla tydliga krav på att skolan och förskolan skall arbeta för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa.

Mer idrott på schemat

Fysisk aktivitet är av betydelse för barns fysiska hälsostatus, men det minskar också risken för psykisk ohälsa. Skolidrotten har på många håll fått minskat utrymme. Välfärdsgruppen anser att eleverna ska få ökat utrymme för fysisk aktivitet i skolan.

Krafttag mot barns och ungdomars alkoholkonsumtion

Barns och ungdomars uppväxttid bör vara alkoholfri. Men alkoholkonsumtionen bland barn och ungdomar har istället ökat under många år. Utvecklingen går åt alldeles fel håll.

Skolans alkoholförebyggande arbete måste involvera och skapa samarbete mellan föräldrar, socialtjänst och polis. Föräldranätverk är den avgörande faktorn för ett framgångsrikt drogförebyggande arbete visar erfarenheten. Enbart alkoholfri ungdomsverksamhet ska vara berättigad till kommunala bidrag.

Straffpåföljden för langning till unga ska skärpas. Vi ställer oss bakom Alkoholinförseletredningens förslag att höja straffskalorna för de grova brotten enligt alkohollagen till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Socialtjänsten ska också kunna anmäla misstänkta fall av langning till personer under 18 år till polis och åklagare. Kommersiell utskänkning av alkohol till minderåriga ska beivras kraftfullt både genom åtal och indragna utskänkningstillstånd.

Bygg ut vårdgarantin

Vårdgarantin ska omfatta även förebyggande insatser i de fall det finns effektiv, evidensbaserad hjälp och behandling att erbjuda, till exempel för rökavvänjning och behandling av alkoholproblem.

Från hälsoråd till motiverande samtal

Läkarens och den övriga vårdpersonalens roll måste i högre grad inriktas på att stimulera patienten att bli delaktig i behandling och förebyggande insatser. Med hjälp av modern motiverande samtalsmetodik som syftar till att mobilisera individens egen förändringspotential kan såväl alkohol- och tobaksvanor som matvanor och fysisk aktivitet förändras i hälsosam riktning. Kunskaper om rökavvänjning, alkoholmissbruk och andra hälsorisker behöver öka i vården generellt. Utbildning av läkare och sjuksköterskor kring mat och motionsvanor liksom livsstilsrelaterade sjukdomar måste utvecklas. Verksamma förebyggande metoder som bedrivs inom hälso- och sjukvården behöver få ett större genomslag.

Erbjud alla över 75 år hembesök med syftet att förebygga ohälsa

Olyckor, bristande sociala nätverk och felmedicinering skapar stort onödigt lidande bland äldre. Särskilda hälsofrämjande insatser behövs. Hembesök och väntjänst för äldre bidrar till att bryta social isolering samtidigt som vårdkostnaderna minskar. Tidiga vårdbehov kan upptäckas och fallskador förebyggas. Alla personer över 75 år bör därför erbjudas hembesök med syftet att förebygga ohälsa.

En ny hälsopolitisk strategi

Den förda folkhälsopolitiken som styrs av den nationella folkhälsostrategin som antogs av riksdagen 2003, präglas av ett myndighetsperspektiv. Samtliga befintliga målområden bör därför ses över. Det är viktigt att målen görs utvärderingsbara. Vi anser att det behövs mer genomarbetade, heltäckande och realistiska mål för folkhälsan. De folkhälsopolitiska målen kan, i sin nuvarande utformning, knappast vara vägledande för den samlade folkhälsopolitiken. Ett svepande språkbruk försvårar också utvärdering och mätning av måluppfyllelsen. Folkhälsopolitiken måste flyttas sitt fokus från myndigheter till enskilda människors och föreningars insatser. Starka sociala nätverk bör t.ex. formuleras som ett nytt hälsomål. Inspiration kan hämtas från Kanada, där man inrättat en nationell strategi för frivilligsektorn. Det är vidare en stor brist att den nationella folkhälsopolitiken inte prioriterar förebyggande och hälsofrämjande insatser för att möta den ökande psykiska ohälsan. Även natur- och grönområdenas betydelse för folkhälsan bör ges en plats i en nationell folkhälsostrategi.

7. Arbetslivsinriktad rehabilitering

Trots att antalet långtidssjukskrivningar har ökat dramatiskt de senaste fem åren är antalet rehabiliteringsinsatser i princip oförändrade. Bara nio procent av dem som varit sjukskrivna mer än 60 dagar har genomgått en samordnad rehabilitering. Dessutom är det bara hälften av de sjukskrivna som vet vem som är deras kontaktperson på Försäkringskassan.

Aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser och ett snabbt agerande vid sjukskrivningar ger positiva effekter för individen jämfört med passivitet. Jämfört med dagens situation med relativt hög grad av passivitet ger förstärkt rehabilitering minskade sjukdagar och aktivitets-/sjukersättning.

Inför en fungerande och flexibel finansiell samordning

Försök med FINSAM, dvs. samordning mellan Försäkringskassa och hälso- och sjukvård, initierades av den borgerliga regeringen och pågick mellan åren 1993 och 1997 i tolv kommuner. Försöken gav kortare sjukskrivningar, kortare vårdköer och minskade de statliga kostnaderna för sjukpenning. Efter försöksperiodens slut hade statens sjukpenningkostnad minskat med i genomsnitt 16 procent. Principen är att medel reserverade till bidrag omvandlas till aktiva åtgärder i ett samarbete mellan Försäkringskassan och andra myndigheter såsom landstinget/regionen, arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänst.

Vänsterkartellen införde 2004 ett regelverk för finansiell samordning, men dess nuvarande utformning försvårar de flesta former av finansiell samordning som tidigare visat sig framgångsrika. Vi anser att det krävs en möjlighetslagstiftning som utgår från lokala behov. Det är också naturligt att låta hälso- och sjukvården ta ett större ansvar för sjukpenningkostnaderna. På sikt kan en viss andel av en eventuell minskning av sjukpenningkostnaderna tillföras hälso- och sjukvården. På så sätt kan drivkrafterna bli starkare för hälso- och sjukvården att mer systematiskt arbeta för att prioritera sjukskrivningsprocessen och tillhandahålla en effektiv rehabilitering.

Rätt till rehabilitering lagfästs – skyldighet att vara aktiv

En förutsättning för lyckad rehabilitering är individens engagemang och medverkan. Individen ska ha skyldighet att delta i aktiv rehabilitering och rätt att bli erbjuden rehabiliteringsstöd. Det är denna balans mellan individens rättigheter och skyldigheter som för närvarande saknas. Individen skall ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot Försäkringskassan och rehabiliteringsaktörer. Om kravet på att delta aktivt i rehabiliteringen inte uppfylls ska det påverka ersättningen, såvida inte särskilda skäl föreligger.

Preciserade friskintyg istället för sjukintyg

För två år sedan beslutades att den sjukskrivande läkarens uppgift skulle vara att fokusera på individens arbetsförmåga och i första hand deltidssjukskrivning. Sedan dess har deltidssjukskrivning tillämpats i större utsträckning. Eftersom läkarnas sjukintyg väger mycket tungt som underlag för sjukskrivning krävs ytterligare förtydliganden.

I dag saknas det ett föreskrivet formkrav på hur läkarintyg skall vara utformat. Försäkringskassan har tillsammans med Socialstyrelsen fastställt ett formulär för läkarintyg. Vi anser att dessa läkarintyg bör göras obligatoriska.

Sjukintygen bör byta perspektiv och i större mån fokusera på det friska. Därför bör de kallas friskintyg. Läkaren bedömer arbetsförmågan i förhållande till arbetsplats och arbetsuppgifter såväl vid den första sjukskrivningen som vid senare sjukskrivningar. Läkare som låter bli att följa de nya reglerna kan förlora rätten att skriva läkarintyg som underlag för försäkringsersättningar. Så sker i Norge.

För att läkaren skall kunna göra en medicinsk bedömning av arbetsförmåga krävs det kunskap om arbetsförhållanden för den som söker sjukintyg. I dag tillhandahålls dessa uppgifter enbart av den som söker sjukintyget. På grund av sekretesskydd kan en läkare inte kontakta arbetsgivaren utan den försäkrades medgivande eller genom honom/henne. Vi anser att läkare alltid ska efterfråga mer utförlig beskrivning av arbetsuppgifter av den försäkrade samt när så krävs be att få tala med arbetsgivaren. Om den försäkrade inte bistår i detta avseende bör detta framgå av intyget.

En koordinator på Försäkringskassan som driver processen framåt

Vi föreslår att varje person som varit sjukskriven mer än fyra veckor ska ha en koordinator. Koordinatorns uppgift är att självständigt driva på och följa rehabiliteringsprocessen och ha kontakten såväl med den sjukskrivne, som dennes arbetsgivare och med vården. Koordinatören kan bland annat upphandla rehabiliteringstjänster. Arbetsgivarna kan få hjälp av koordinatörer med stöd i såväl arbetsanpassning som i det förebyggande arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen.

Koordinatören är en ny typ av tjänst och ny typ av kompetens kommer därför att behövas. Till viss del kan befintlig personal rekryteras, men också nyanställningar kommer att behövas. Vi bedömer att cirka 300 nya tjänster bör tillsättas i ett första steg. Vårt att notera är dock att försök med en liknade typ av verksamhet har visat att den totala arbetsbördan för Försäkringskassan inte blev större. I första skede krävdes visserligen fler insatser, men arbetsbördan minskade efterhand då ett ökat antal personer kom tillbaka i arbete snabbare.

Rehabiliteringsutredning inom fyra veckor

Arbetsgruppen föreslår att rehabiliteringsutredningen bör göras efter fyra veckors sjukskrivning, eller tidigare om individen själv begär det. Om rehabiliteringsprocessen kan komma igång tidigare kan man minska mycket av den tid som den sjuke är passivt sjukskriven.

Arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning tas bort

Den nuvarande ordningen med att arbetsgivaren alltid skall inkomma med rehabiliteringsutredning fungerar inte. Arbetsgivare med få anställda har ofta inte kunskapen för att göra det. I vissa fall är det känsligt att arbetsgivaren utreder och för vissa personer är lösningen inte alls att gå tillbaka till den gamla arbetsplatsen. Nästan var fjärde arbetstagare saknar dessutom en traditionell arbetsgivare som kan utföra utredningen. Ansvaret bör istället läggas på Försäkringskassan och koordinatören. Men även om arbetsgivaren inte längre har ett ansvar för utredningen kvarstår dock ansvaret att lämna nödvändiga uppgifter och information till Försäkringskassan.

8. Handikappolitiken

Under den borgerliga regeringen 1991-1994 reformerades handikappolitiken på ett sätt som gjorde Sverige till ett föredöme. Sedan socialdemokraterna tog över regeringsmakten har inte mycket hänt på området. Snarare har det gått bakåt i flera fall. I den nationella handlingsplanen för handikappolitik har ett antal mål satts upp som ska nås 2010. Allt talar för att regeringens mål inte kommer att uppnås. Vi anser att arbetet med en förbättrad tillgänglighet behöver en nystart. Vi vill fortsätta arbetet med att öka möjligheterna för funktionshindrade att delta i samhällsliv och arbetsliv samt öka möjligheten till egna val inom de ekonomiska ramar som samhället ställer upp.

Ökade möjligheter att delta i arbetslivet

Trösklarna in till arbetsmarknaden har växt till murar under vänsterkartellens regeringsperiod. Genom förenklade regler för företag och sänkta skatter ska Allians för Sverige öka jobbtillväxten. När efterfrågan på arbetskraft ökar, ökar också möjligheterna för personer med sjukdomar eller funktionshinder som ofta sorteras bort i hårda tider.

Arbetsgivarnas medfinansieringsansvar för sjukpenningen ska avskaffas. Det ökar möjligheterna för funktionshindrade att få plats på den reguljära arbetsmarknaden. Vi avser samla arbetsmarknadens parter till samtal för att undanröja hinder i regelverk för funktionshindrade att få plats och utöka möjligheterna att använda lönebidrag.

Att öka företagandet bland personer med funktionshinder bör vara ett mål för näringspolitiken. Möjligheterna att främja funktionshindrades företagande bör därför ses över. På samma sätt som lönebidrag innebär en möjlighet att kompensera för en persons nedsatta arbetsfunktion bör motsvarande möjlighet finnas för personer som startar och driver eget företag. Personer med funktionshinder som startar eget bör ges goda möjligheter att ansöka och prövas för lönebidrag i egen anställning.

Meningsfull sysselsättning

För personer med olika psykiska och svåra fysiska funktionshinder kan möjligheterna att delta på den reguljära arbetsmarknaden vara begränsade. För dem finns i stället kommunala åtgärder med daglig sysselsättning. Även här ska valfriheten vara så stor som möjlig, med möjlighet för personer med funktionshinder och deras anhöriga att påverka inriktningen på sysselsättningen.

Det är önskvärt att handikappreformen successivt fullföljs på denna punkt, så att sysselsättningsgarantin också omfattar varaktigt psykiskt sjuka. Som nämnts i kapitel 6 om psykiatri ska en utvidgning av sysselsättningsgarantin i LSS till personkrets 3 (bland annat personer som handikappas av psykisk sjukdom) utredas.

Frihet att välja boende

Omkring 25 000 personer med funktionshinder bor i någon form av kommunalt boende med särskild service. Den begränsade valfriheten tar sig uttryck i att det förekommer ”kommunarrest”, dvs. att kommunerna inte kommer överens om betalningsansvaret när en person med funktionshinder vill flytta till en annan kommun.

Ett påtagligt problem för personer med funktionshinder är att kommunerna inte ordnar det boende som de borde få enligt lag. En större valfrihet inom handikappomsorgen kan på sikt minska bristen på boende. En del personer med fysiskt funktionshinder får hemtjänst. För dem ska naturligtvis valfrihet inom hemtjänsten också gälla.

Frihet att välja handikapphjälpmedel

Personer med funktionshinder människor är experter på sina egna hjälpmedel. Många har haft och kommer att ha sina hjälpmedel hela livet. Idag kan de, som så många andra, orientera sig i ett enormt utbud av varor och tjänster på Internet. Utbudet av hjälpmedel på hjälpmedelscentralerna kan upplevas som starkt begränsat i jämförelse med hjälpmedelsutbudet i andra länder, och framför allt i jämförelse med den valfrihet som konsumenterna av andra tekniska produkter är vana vid.

Arbetsgruppen vill prova att tillvarata den enskildes sakkunskap och engagemang i sina hjälpmedel genom fritt val av handikapphjälpmedel. Inom en angiven kostnadsram kan brukarna bli kunder med valfrihet på marknaden med tillgång till företag som utför specialanpassningar. Som ägare av sina hjälpmedel skulle många ha bättre förutsättningar att skaffa sig – och eventuellt låta anpassa – de hjälpmedel som de själva väljer för sina individuella behov. Kostnaden skulle också kunna bli lägre för landstinget när brukaren själv tillåts utnyttja sin sakkunskap. Förslaget och dess konsekvenser när det gäller brukarens livskvalitet och landstingets ekonomi borde testas i ett pilotprojekt.

Bilstöd – frihet att förflytta sig

Cirka 25 000 personer är beviljade bilstöd, ett bidrag till funktionshindrade personer för köp och anpassning av motorfordon. Vi anser att bilstöd ska betalas ut när det är mer lönsamt än färdtjänst, eftersom både den offentliga budgeten och den enskilde tjänar på det. Vi anser vidare att de åldersgränser för bilstödet som finns bör slopas (i dag ges bilstöd endast till en person med funktionshinder i arbetsför ålder, upp till 65 år, förtidspensionerad upp till 50 år). Anpassningar av fordonet som är nödvändiga på grund av funktionshindret ska täckas av anpassningsbidrag.

Barn med funktionshinder ska också kunna välja skola

Rätten att välja skola ska vara lika självklar för elever med funktionshinder som för andra elever. Alla skolor bör därför på sikt handikappanpassas. Elever med funktionshinder måste också ha rätt till hjälpmedel i skolan. Det kan handla om inlästa läroböcker till synskadade eller dyslektiker eller datorer för personer med olika slag av funktionshinder.

Vi anser att vissa barn och ungdomar med svåra funktionshinder eller multihandikapp ska ha tillgång till specialskolor. De statliga specialskolorna, som trots stora protester blev kraftigt reducerade eller nedlagda av vänsterkartellen, kunde erbjuda elever med multihandikapp en speciell kunskapsmiljö.

Stödet till elever med funktionshinder i grundskolan och gymnasiet behöver öka. Speciallärarutbildningen måste återinföras och inriktas mot direkt arbete med elever i behov av särskilt stöd. Införande av handikappkunskap i lärarutbildningen kan bidra till förbättringar i skolan.

Tryggare med Lex Sarah

Lex Sarah är lagen som uppkallats efter undersköterskan Sarah Wagnert. Hon arbetade på Polhemsgården i Solna, och avslöjade i oktober 1997 i nyhetsprogrammet Rapport att de gamla vanvårdades.

Lex Sarah innebär att personal som är verksam inom omsorger om äldre och människor med funktionshinder numera är skyldiga att anmäla allvarliga missförhållanden. Detta har tolkats så att insatser enligt LSS inte omfattas av Lex Sarah. Naturligtvis måste funktionshindrade i alla kommuner få del av denna trygghet. Vi föreslår att Lex Sarah förs in i LSS.

9. Personalen i vården

Det behövs en rad åtgärder för att tillräckligt med välutbildad och motiverad personal ska söka sig till sjukvården och äldreomsorgen. Vårdjobben måste bli mer attraktiva. Detta är främst ett arbetsgivaransvar. Men en hel del kan och måste göras på nationell nivå för att skapa bra förutsättningar för vårdens personal.

Det finns en stor potential till förnyelse och effektivitet i att lyssna till vårdens personal. Inne i verksamheten finns vardagskunskap om hinder och möjligheter för utveckling. Därför måste denna kraft tas tillvara på ett betydligt bättre sätt än idag. Vårdpersonalen måste få påverka organisationen och få använda sin kunskap till att påverka.

Uppmuntra vårdpersonal att ta över verksamhet

Vårdpersonalen är en resurs för förnyelse av vården. Många av dem som är anställda i vården har en egen verksamhetsidé. Det måste vara möjligt att främja personaldrift genom så kallad avknoppning. En personalgrupp bör kunna ta över driften av en verksamhet i ett första skede utan föregående upphandling.

I kapitel 3 redogörs för den startlag vi vill införa. Ett inslag i denna är inrättandet av ett avknoppningsstöd för att vårdpersonal under pågående anställning ska kunna förbereda ett övertagande. Personal i offentligt driven verksamhet som vill knoppa av verksamhet för att driva den i egen regi bör uppmuntras.

Med ökad mångfald följer innovationer och nya lösningar som kan utveckla hälso- och sjukvården. Ökad mångfald är inte bara ett mål i sig, utan ett av flera medel för att förändra, förnya och förbättra sjukvården också för de anställda inom vården.

Avknoppningar och upphandling måste kombineras med en verklig valfrihet för den enskilde och relativt långa kontraktstider. När vårdtagaren får välja så uppstår bättre trygghet och kontinuitet både för vårdtagare och för personal i den avknoppade verksamheten. Vi vill också anpassa upphandlingsreglerna till de speciella omständigheter som råder för vård och omsorgssektorn – inte minst avseende patientens rätt till kontinuitet och vårdval.

Skapa möjlighet att välja arbetsgivare

Anställda inom vården ska ha mer än en arbetsgivare att välja på. Framtidens vårdarbetsmarknad behöver slippa den förstening och löneeftersläpning som förklaras av ålderdomliga hierarkier och föråldrade lönesystem. Stopplagen inom sjukvården är en signal av olyckligt slag, som visar på vänsterkartellens vilja att låsa fast arbetsmarknadsförhållandena vid det som har gett upphov till många av vårdens problem med personalförsörjningen.

Öka personalinflytandet

Vårdpersonal som får påverka arbetsmiljö, arbetstidsförläggning och arbetsledning trivs bättre och stannar inom vården. Det krävs åtgärder för att öka personalinflytandet inom landstingen och regionerna. Det bör till exempel finnas ett erbjudande för personalen att driva sin verksamhet med eget budgetansvar som om det vore ett eget företag, på så kallad intraprenad. Till skillnad från entreprenader är det fortfarande en kommunalt ägd och driven verksamhet, med en personal som fortfarande är anställd av kommunen

Förbättra förutsättningarna för forskning

Klinisk forskning bedrivs inom hela vårdkedjan, från primärvård till universitetssjukhus. Landstingen och staten delar på detta ansvar, där landstingets del ökar och statens minskar. De ekonomiska åtstramningarna inom sjukvården under senare år har haft återverkningar också på forskningen, resurserna har helt enkelt minskat. Men detta är inte hela förklaringen.

Det har blivit svårare att kombinera arbetet som läkare/forskare med familj och fritid. Men om sjukvården vill ha disputerade läkare måste den också ta ansvar för att göra arbetet attraktivt för yngre läkare med delat ansvar för hem och familj. För att en återväxt ska kunna garanteras måste villkoren moderniseras och möjligheterna till forskning förbättras.

Alliansens arbetsgrupp för utbildning och forskning har sedan tidigare föreslagit att ett nationellt institut för hälsa och medicin bör inrättas. Ämnesrådet för medicin bör utvecklas till en svensk motsvarighet till USA:s "National Institute of Health", kallad "Nationellt institut för hälsa och medicin".

Allians för Sverige har under det gångna året arbetat fram en gemensam forskningspolitik, vilken presenterades i en riksdagsmotion. I ett första steg tillförs svensk forskning ytterligare två miljarder kronor under en femårsperiod, utöver regeringens förslag. Den utökade forskningssatsningen ska genom fakultetsanslagen fördelas direkt till universiteten och högskolorna.

Vi vill göra forskningen mer oberoende. Såväl Vetenskapsrådet, de statliga forskningsråden, styrelserna för forskningsstiftelserna och styrelserna för enskilda universitet och högskolor ska bestå av personer som utses av vetenskapssamhället.

En större andel av doktoranderna skall erbjudas doktorandtjänster, så att de får del av en basal social trygghet. Den enskilde forskaren ska kunna finansiera sin forskning på olika sätt, men de akademiska institutionerna ska inrätta fler doktorandtjänster. Fler forskarassistenttjänster måste också tillskapas för personer som har disputerat.

Minska byråkratin i vården

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

Utöka antalet platser på läkarutbildningen

Dimensioneringen av utbildningsplatser på högskola och universitet måste ta hänsyn inte bara till studenternas val av utbildning, utan också till samhällets behov. Fler platser måste åtföljas av de resurser som krävs för att kvaliteten ska bibehållas. Antalet platser på läkarutbildningen är för få. De behöver utökas för att möta de långsiktiga behov som finns. En särskild satsning på utbildning av allmänläkare bör göras. En omDispositionering av de medel som utgår till lärosätena kan bli nödvändig, så att antalet platser på läkarutbildningar kan byggas ut. En kommande alliansregering bör ta upp samtal med Sveriges kommuner och landsting om hur attraktiviteten för allmänläkare ska höjas.

Fler sjukhusläkare till öppenvården

Fler sjukhusläkare ska erbjudas att arbeta inom primärvården. Andra specialiteter än allmänläkaren kan verka inom primärvården. En sådan utveckling bör stödjas. Det bör om möjligt också finnas ett erbjudande för sjukhusläkare att byta specialitet till allmänläkare. Läkare som vill byta specialitet och börja arbeta inom primärvården bör erbjudas skräddarsydd utbildning för detta, med gynnsam finansiering. En lösning på längre sikt kräver att landstingen inrättar fler ST-tjänster i allmänmedicin (dvs. specialistutbildningar).

Specialistutbildade sjuksköterskor saknas

Antalet specialistutbildade sjuksköterskor måste öka. Samtidigt är det viktigt att utbildningarna anpassas efter framtidens behov. Fler sjuksköterskor med specialistutbildning behövs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Utbildningsplatser finns men få söker, bland annat för att det inte ger en bättre löneutveckling. En specialistutbildning måste löna sig, då lockas fler och kunskapsnivån höjs i vården. Det gagnar patienten och verksamheten.

Avancerad specialistsjuksköterska är en funktion inom sjukvården där en erfaren distriktssköterska erhållit 80 poängs vidareutbildning med syfte att självständigt kunna diagnosticera och behandla patienter inom ett avgränsat område. Funktionen och kompetensområdet som avancerad specialistsjuksköterska (nurse practitioner) behöver utvecklas inte minst för att skapa möjligheter för sjuksköterskor att utveckla sin kliniska kompetens.

Fler uppgifter kan överföras till sjuksköterskor och undersköterskor

Undersköterskornas roll måste uppvärderas. Utbildning och kompetenskrav bör därför ses över och nya karriärvägar erbjudas för att göra yrket mer attraktivt. Det finns anledning att se över möjligheterna till en differentierad utbildningssatsning på undersköterskor som ger formell kompetens att hantera såväl läkemedel som demensvård. Även i fråga om sjuksköterskornas roll och ansvar behöver framtidens rekryteringsmöjligheter förbättras. Yrkesinnehåll, kompetenskrav och karriärvägar behöver förnyas och utvecklas.

Omskolning till och inskolning i vård- och omsorgsyrkena

Kompetensutveckling bidrar till bättre vård. Personer verksamma i vårdens yrken ska kunna utbilda sig till andra vårdyrken, undersköterskan ska kunna nå sjuksköterskekompetens, sjuksköterskan ska kunna utbilda sig till läkare. Även personer utanför vården ska på ett enklare sätt kunna omskola eller utbilda sig.

De som blivit uppsagda från andra jobb bör få möjlighet att omskolas till arbete inom vården. År 2002 arbetade drygt 360 000 personer inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade i kommuner och företag. Merparten arbetade i kommunerna med vård och omsorg om äldre. Andelen män av den tillsvidareanställda personalen är dock mycket låg, cirka 6 procent. Det behövs projekt som kan locka män till den traditionellt kvinnliga vården.

Enligt Svenska kommunförbundet behöver kommunerna rekrytera 220 000 personer till vård och omsorg under de närmaste åtta åren. Det kan vara så att om arbetsgivarna ska klara rekryteringen i framtiden måste de hitta sätt att få in männen i vårdyrkena.

Utbilda och rekrytera utländska läkare och annan vårdpersonal

I dag är efterfrågan på läkare större än tillgången. Socialstyrelsens prognos visar att antalet läkare som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården förväntas förändras relativt lite och bör 2020 vara på samma nivå som 2000, med ett antal av cirka 27 000 läkare. Utvecklingen av migrationen är i princip beroende av arbetsmarknaden i Sverige och i övriga EU samt i viss mån av flyktingströmmar i världen.

Arbetsmarknadssituationen för läkare i Tyskland och Danmark kommer troligen att ha mest betydelse för immigration av läkare till Sverige. Här finns en stor potential som Sverige bör nyttja. Även de utlandsutbildade läkare som invandrat till Sverige, men arbetar inom andra yrken ska ges möjlighet att återgå till läkaryrket.