

# Vård i världsklass

Rödgrön politik för en bättre hälso- och sjukvård

# Innehållsförteckning

A. POLITIK FÖR EN MODERN IT-STRATEGI I VÅRDEN .....	3
B. RÖDGRÖN POLITIK FÖR EN HÄLSOFRÄMJANDE, JÄMSTÄLLD OCH JÄMLIK VÅRD .....	5
C. RÖDGÖN POLITIK FÖR KVALITET OCH SÄKERHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....	9
D. SJUKA ÄLDRE .....	12
E. LÄKEMEDEL .....	15
F. PSYKISKT SJUKA .....	18
G. INTEGRATIV MEDICIN .....	20
H. JÄMSTÄLLD VÅRD .....	21

Sjukvårdspolitiken kan komma att bli en av de viktigaste frågorna i valrörelsen 2010. En röd-grön hälso- och sjukvårdspolitik som utgår från människors behov är därför central för samarbetet.

Våra tre partier delar uppfattningen att en jämlik hälso- och sjukvård är en av grundvalarna i den svenska välfärden. Alla människor i Sverige ska ha lika rätt till bra kvalitet och god tillgänglighet till vården, oavsett var man bor, vem man är, vad man tjänar eller vilket kön eller religion man tillhör. Det är patienter med störst behov som ska prioriteras först – inte de med störst plånbok. Det krävs ett tydligt politiskt ledarskap för att prioritera vården för de sjukaste och sköraste. Hälso- och sjukvården ska därför styras demokratiskt och finansieras gemensamt och solidariskt.

Studier och olika jämförelser visar att svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet samtidigt som kostnaderna är måttliga. Men det finns fortfarande omotiverade köns- och klasskillnader i den svenska vården. Kvinnor och män behandlas olika. Social bakgrund och tillhörighet har stor betydelse för vilken vård man får och vilka resurser man får tillgång till. Det finns också brist på kunskap om HBT-personers situation inom hälso- och sjukvården och psykiatrin.

Kvinnor och män, oavsett kön, könsidentitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder, ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser.

Den gemensamma röd-gröna sjukvårdspolitiken ska visa på handlingskraft och inge hopp om att det går att lösa de utmaningar vi står inför. Det finns de som påstår att vi i framtiden inte kommer att kunna finansiera hälso- och sjukvården gemensamt. Men, framtiden är på intet sätt ödesbestämd. Med politisk vilja och kraft kan vi styra utvecklingen i den riktning vi vill.

## A. Politik för en modern IT-strategi i vården

A1: Det finns enorma möjligheter att med hjälp av informations- och kommunikationsteknik förbättra och utveckla vården för patienterna. En väl utvecklad IT-infrastruktur leder till att

vårdpersonalen kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov. När IT används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården kan de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt. Men för att detta ska bli verklighet krävs en nationell och uthållig kraftsamling.

Den nuvarande regeringen har inte prioriterat arbetet med den nationella IT-strategin. Många bra förslag som skulle kunna underlätta och effektivisera arbetet både för personal och för patienter har inte fullföljts. Det finns alltför många olika IT-system inom vården som inte är kompatibla med varandra och utvecklingen går mot att det blir än fler.

Det ofullbordade IT-arbetet har istället för att rationalisera vården inneburit tidstjuvar och mearbete. Det är samtidigt viktigt att inte låsa in sig i stora dyra system där kostnaderna kan löpa iväg på grund av monopolsituationer. Därför bör användandet av öppna standarder vara norm. Syftet ska vara att förenkla och effektivisera både tidsmässigt och ekonomiskt.

Den nationella IT-strategin måste moderniseras och uppdateras för att sedan omgående sätts.

A2: Många människor, oavsett ålder, behöver hjälp med att hålla ordning på information som har med den egna hälsan att göra. Det är svårt att minnas vilken antibiotika läkaren ordinerade sist, vilka vaccinationer som är gjorda eller vilket knä som smärtade för tio år sedan. På samma sätt som de flesta människor idag har ett bankkonto på Internet kan man ha ett säkert konto för att samla information som rör hälsan.

Hälsokontot ska vara individuellt. Ingen annan än den som har hälsokontot ska ha tillgång till informationen. Kontot ska vara lika säkert som ett bankkonto.

Ett hälsokonto kan till exempel innehålla den egna journalen, kortfattad information från vårdcentraler, sjukhus och hemsjukvård, information från apoteket, tandläkaren, optikern, vaccinationer, utlandsvård etc, läkemedelsförteckning, personliga minnesanteckningar. På sikt ska det också finnas möjlighet att ha direkt kontakt med vården.

Sjukvårdsrådgivningen driver en hemsida på Internet som heter 1177.se. Vi vill att hälsokontot ska kunna nås via denna hemsida. 1177.se kommer i framtiden att bli mer interaktivt för medborgarna, man ska kunna boka tider i vården, förnya recept etc.

VI FÖRESLÅR ATT DEN NATIONELLA IT-STRATEGIN SKA UTVECKLAS. VIKTIGA DELAR ÄR:

- En patient – en journal. Journalerna är idag splittrade och svåröverskådliga. Olika personalkategorier för var sin journal med dubbelarbete som följd. All information om en patient ska samlas på ett ställe så att patienten slipper berätta sin sjukdomshistoria vid varje ny vårdkontakt. Patienten ska ha tillgång till sin egen journal. Det administrativa arbetet minskar, tid spars och patientsäkerheten ökar.
- Det ska vara möjligt för alla som vill, att ha ett eget hälsokonto för hälsoinformation på nätet.

## B. Rödgrön politik för en hälsofrämjande, jämställd och jämlik vård

B1: Primärvården har en central betydelse för det sjukdomsförebyggande hälsoarbetet och för en jämlik och jämställd hälsa. Internationell forskning visar att en bra primärvård är den del av sjukvården som har störst betydelse för folkhälsan. Utan en bra primärvård utnyttjas inte den samlade hälso- och sjukvårdens resurser på bästa sätt. Men det är inte bara primärvården som bär ansvar för ett sjukdomsförebyggande hälsoarbete. Även sjukhus har en viktig hälsofrämjande roll.

Att vårdkedjor fungerar väl, och att människor har vetskap om att sjukhusvården finns tillgänglig, med god kompetens och hög kvalitet den dag de själva eller anhöriga behöver har i sig en viktig hälsofrämjande funktion. Hur vården ges och personalens bemötande har stor betydelse, men även sådant som lokalernas utformning, väntetider och den mat som serveras. Helt centralt är huruvida sjukhusen ser sin roll som inte bara åtgärdande, utan också hälsofrämjande. Det får tydliga konsekvenser. Det gäller t.ex. hur mycket man arbetar med livsstilsråd, uppföljning efter inläggning, kontakter med primärvården och samhället i övrigt.

## VI FÖRESLÅR ATT

- Resurserna styrs dit där behoven är störst. Ersättningssystemets utformning styr vårdens prioriteringar och därför får man olika effekter av vårdvalssystem beroende på hur systemet ser ut. Ersättningssystemen inom primärvården ska utformas så att hälsans bestämningsfaktorer tillsammans med sjuklighet och vårdtyngd styr resurserna. Ersättningssystemen bör premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för alla åldersgrupper, teamarbete och hög tillgänglighet.
- Förebyggande arbete tydligt ska ingå i primärvårdens uppdrag. Arbetet med att omvandla vårdcentraler till hälsocentraler ska främjas. Det innebär exempelvis att vårdcentraler bör erbjuda insatser för rökavvänjning, alkoholrådgivning, kostrådgivning, samt skadeförebyggande arbete inom äldreomsorgen och läkemedelsgenomgångar. I de fall man vet att livsstilsförändringar ger lika eller större effekt som läkemedel och då läkaren bedömer att det är möjligt bör detta i första hand prövas och följas upp. På ett antal platser i landet har Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) framgångsrikt prövats. I samarbete med andra aktörer inom friskvårdsområdet kan arbetet med motion på recept utvecklas och förbättras. Teamarbete mellan olika personalgrupper är en nödvändig förutsättning för ett arbete som utgår från en helhetssyn på människan och möjlighet att möta mångskiftande vårdbehov och socialmedicinsk problematik.

## VI VILL

- Även på andra sätt stödja och tydliggöra en utveckling mot hälsofrämjande sjukvård.
- Överväga att i HSL föra in ett förtydligande om att ersättningssystemen i vården utformas så att de premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, med ett jämlikhetsperspektiv.

B2: Människor ska ha inflytande över sin hälso- och sjukvård. Medborgare ska ha rätt att välja vårdcentral och läkare. Den svenska sjukvården kan och ska bli bättre på detta. De lokala och regionala lösningarna kan variera och andra aktörer än offentliga kan bidra.

Regeringen har infört ny lagstiftning för valfrihet som innebär valfrihet för vårdföretag. Landstingens möjlighet att säkerställa att alla medborgares vårdbehov kan tillgodoses har starkt begränsats.

Vi menar att de gällande lagarna LOV och lagen om vårdval har stora och avgörande brister. Lagarna innebär fri etablering för företag inom välfärdsområdet och hindrar därmed landstingen/regionerna att utforma och utveckla modeller för en god primärvård utifrån medborgarnas behov. Det kommunala självstyret sätts ur spel.

Fri etablering innebär att landstingen/regionerna blir tvungna att tillåta vårdföretag att etablera sig där de finner det mest lönsamt. Det finns en risk att utbudet av primärvårdsenheter blir lägre i mer kostnadskrävande områden. Det är oacceptabelt att marknadsmekanismer ska sätta spelreglerna för en behovsstyrd verksamhet. Vi avvisar lagstiftning om fri etablering för vårdföretagen. Det är inte rimligt att privata vårdföretag har fri tillgång till skattebetalarnas pengar utan att politiska beslut har fattats.

LOV möjliggör även för privata utförare att sälja tilläggstjänster. Vi motsäger oss bestämt en hälso- och sjukvård där de som har råd tillåts köpa extra tjänster inom den offentliga verksamheten. Det öppnar för en tudelning av vården som leder till att det blir plånboken och inte behoven som styr. Det kommer även på sikt att leda till att den offentligt finansierade vården urholkas. Risken är stor att det skapas en lägsta nivå som alla har tillgång till och den som vill (och har råd) kan köpa tjänster eller behandlingar utöver detta.

En demokratiskt styrd och solidariskt finansierad vård som ges efter behov är en grundläggande del av den svenska välfärden. Det är viktigt att medborgarna har valmöjlighet. Det är medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska få välja patienter.

#### VI FÖRESLÅR ATT

- En ny lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg utformas i enlighet med ovan.

B3: Ökat inflytande och ett utvecklat utbud

Människor är olika, och innehållet i vård och behandlingsformer måste kunna se olika ut för att passa så många människors behov som möjligt. Vårdverksamhet som ägs och utvecklas

nära patienter och brukare eller genom medlemsbaserade organisationer kan bidra till ett utökat utbud som ökar delaktighet och ansvar.

Den snabba ökningen av privat driven men offentligt finansierad hälso- och sjukvård och omsorg har dock i huvudsak skett genom kommersiella vårdföretag. Omfattningen av sjukvård och omsorg utförda av idéburna vårdgivare har varit i stort sett oförändrad. Det kan bero på att den ideella sektorn har varit missgynnad och inte har kunnat hävda sig på lika villkor som de privata aktörerna.

Det är viktigt att villkoren är sådana att ideella och ideburna organisationer kan och får utföra kompletterande verksamhet till den offentliga sektorn. Vi vill se över mindre aktörers möjlighet att verka inom vård och omsorgsområdet utan att de tvingas in i en modell som är utformad efter stora privata företags vinstintressen och kommersiella villkor. Det är viktigt att beakta den särart som de ideella och idéburna organisationerna har. Det är också viktigt att hålla isär rollerna mellan den ideella basverksamheten och den verksamhet som de ideella och idéburna organisationerna utför på uppdrag av offentliga instanser. Frivilliga krafter inom den ideella sektorn får aldrig bli ett sätt för samhället att få gratis välfärd.

Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska vara gemensamt och solidariskt finansierad. Det finns utrymme för nya idéer och arbetssätt som kan utveckla den offentligt finansierade vården och äldreomsorgen. Enligt vår mening är det särskilt viktigt att värna drivkrafter för kvalitet och delaktighet i verksamheten framför vinstintresse som grundläggande drivkraft.

Vi i det rödgröna samarbetet är bekymrade över både etableringsfriheten och den minskade möjligheten för den politiskt valda majoriteten att styra vilka som har möjlighet att etablera sig och var. De valmöjligheter som i realiteten erbjuds medborgarna i stor utsträckning är större aktörer med överordnat vinstintresse. Detta utan att det innebär valfrihet i vårdutbud eller innehåll i verksamheten.

#### VÅRA FÖRSLAG:

- Vi vill i utredning låta undersöka möjligheten att främja ett utökat utbud och ett utökat inflytande av personal, brukare och medlemsbaserade organisationer när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Vi vill ändra Lagen om offentlig upphandling, LOU, genom att ta bort hälso- sjukvård och omsorg från det lagen i dag omfattar.

B4: Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Samverkan mellan dessa sjukhus är viktig för hela sjukvårdens infrastruktur. Att bryta ut och avhända sig ansvaret för sjukhusen riskerar att slå sönder vårdkedjor för patienter och försämra samverkan mellan olika delar i vården. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till lagstadgat ansvar för vården vilket gör dem olämpliga att privatisera. Det är landstingen och regionerna som ansvarar för hur sjukvården ska organiseras och det är där de olika politiska alternativen ställs mot varandra. Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för utbildning och praktik för hälso- och sjukvårdens personal.

#### VI FÖRESLÅR ATT

- Det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.

B5: Alla människor i Sverige ska ha lika rätt till bra kvalitet och god tillgänglighet till vården, oavsett var man bor, vem man är, vad man tjänar eller vilket kön eller religion man tillhör. Det är patienter med de största behoven som ska prioriteras först. En grundläggande förutsättning för att så ska ske är att privata sjukförsäkringar inte ska blandas in i den offentliga vården. Att använda den offentliga finansieringen som bas och i samma vårdföretag erbjuda tilläggstjänster med privat finansiering är inte acceptabelt. Kvaliteten riskerar att urholkas i den verksamhet som finansieras med skattemedel. Viljan att betala skatt minskar. Det skapar klyftor mellan de som kan betala och de som inte kan.

#### VI FÖRESLÅR ATT

- Gräddfiler för privatbetalande patienter ska inte vara tillåtet i den offentligt finansierade vården.

## C. Röd-grön politik för kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården

Alla patienter ska vara säkra på att de får vård av god kvalitet oavsett var i landet de bor eller vilken sjukdom de söker för. Säker vård av hög kvalitet är grundläggande för den svenska vården. Ändå drabbas runt 100 000 patienter varje år av vårdskador i Sverige och för cirka 3 000 patienter kan vårdskadan ha varit en bidragande dödsorsak. Vårdskador kostar samhället ca två miljarder kronor varje år. Rapporter visar också att det finns stora skillnader i vård och behandling beroende på vem du är eller var du bor.

Det är oacceptabelt att det fortfarande finns tydliga klass- och könsskillnader i vilken vård som ges. Ojämligheten inom vården kommer till uttryck exempelvis i avsevärt högre dödstal i så kallad åtgärdbar dödlighet för utlandsfödda och för grupper med lägre utbildningsnivå. Dessa grupper tas också i betydligt högre utsträckning in på sjukhus för tillstånd som är åtgärdbara inom den öppna vården. Läkemedelsbehandlingen vid vissa större folkhälsosjukdomar för lågutbildade personer och personer födda utanför EU följer i mindre utsträckning riktlinjer. Skillnader i primärvårdens tillgänglighet kan också bidra till en ojämlig tillgång till hälso- och sjukvården. Kvinnliga patienter drabbas oftare av kvalitetsbrister och problem i vården, inte bara inom öppenvården utan även inom slutenvård där kvinnliga och manliga patienter är ungefär lika många.

Läkemedel är idag den vanligaste behandlingsmetoden inom sjukvården. Samtidigt är problemen med felaktig läkemedelsanvändning stora. Beräkningar visar att det kostar samhället runt 10 miljarder om året i extra kostnader. Läkemedel står idag för en stor del av sjukvårdens skador. Många, inte minst äldre, har idag för många läkemedel eller läkemedel som inte passar ihop med varandra. Överförskrivning av läkemedel påverkar både patientsäkerheten och miljö negativt och kostar samhället alltför stora resurser.

Brister och skillnader i patientsäkerhet och kvalitet är oacceptabla oavsett vilken behandlingsmetod det gäller. Det är bra att öppna jämförelser och kvalitetsregister blir mer tillgängliga och utvecklade. Men, att enbart ge individen möjlighet att välja och söka sig till den bästa vården räcker inte. Medborgarna har rätt att förvänta sig att samhället förvissas sig om att vården håller hög kvalitet och säkerhet. Det är särskilt viktigt när medborgarna har många vårdgivare att välja mellan. Det kan aldrig vara den enskilde patientens ansvar att välja en vårdgivare som uppfyller högt ställda kvalitets- och säkerhetskrav. Alla patienter ska känna sig trygga med att den bästa möjliga vården ges oavsett vem man är eller var man bor eller vilken vårdgivare man väljer. Statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet är idag i alltför hög grad fokuserade på tillsyn när något händer. Men, det räcker inte att rätta till saker i efterhand. Vi vill säkerställa att det blir rätt från början. Om en vårdgivare bryter mot hälso- och sjukvårdslagen händer i praktiken ingenting.

Sjukvård är en riskfylld och komplex verksamhet. Sjukvården måste därför hela tiden arbeta med patientsäkerhet och lära av sina misstag för att förbättra och utveckla kvaliteten och bekämpa ojämlikheter i vården. För att all personal ska känna sig trygga med att rapportera in

avvikelser är det viktigt att misstag och tillbud används i lärande och förebyggande syfte och inte för att peka ut syndabockar. Det bör genomföras regelbundna vårdskadeundersökningar inom hälso- och sjukvården där data presenteras köns- och åldersuppdelat. Alla vårdskadeundersökningar ska åtföljas av särskilda åtgärdsprogram.

Arbetet kräver naturligtvis flera insatser och bygger på att det bedrivs ett aktivt arbete över hela landet och i alla delar av vården. Det arbete som bedrivs idag med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är ett bra första steg.

Det finns idag brist på flera läkar- och sjuksköterskespecialiteter. Tillgången till läkare ser olika ut över landet. Läget kommer att förvärras eftersom stora pensionsavgångar är att vänta i vården inom loppet av ett par år. Det är därför angeläget att hitta nya lösningar för att möta denna utmaning.

Idag ägnar läkare och sjuksköterskor endast cirka 35 procent av sin tid åt direkt patientarbete. Dokumentation och administration är nödvändigt men tar orimligt mycket tid. Kvalificerad vårdpersonal använder för mycket tid åt att vänta på resultat eller varandra, att leta efter journaler eller annat, att boka om och sköta logistik. Vi vill systematiskt minimera den del av vårdpersonalens arbete som helt enkelt går åt till fel saker. Det är därför viktigt att personalens kompetens används på rätt sätt och att vården inte fastnar i stelbenta hierarkier.

Vi föreslår att staten tar initiativ till att tillsammans med sjukvårdshuvudmännen utveckla ett handlingsprogram för att systematiskt minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt administrativa arbetsuppgifter och annat som inte är till direkt nytta för patienterna och vårdarbetet.

#### VÅRA FÖRSLAG

- Med utgångspunkt i det arbete som idag pågår i vården, vid Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting – nationella riktlinjer, register, indikatorer för god vård, öppna jämförelser och utvärderingar etc. – vill vi skärpa och intensifiera kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

VI VILL

- Kunna garantera att medborgarna får samma höga kvalitet i vården oavsett var i landet de bor eller behandlas.
- Att alla patienter ska bli bemötta på ett respektfullt sätt inom vården. Diskriminering, oavsett vilken grund, är oacceptabelt.
- Säkra kontinuerligt lärande och kvalitetsutveckling i sjukvården så att man både lär av begångna fel och av goda resultat och att alltid de bästa vetenskapliga metoder används.
- Medverka till hög patientsäkerhet och sammanhängande processer inom och mellan olika sjukvårdsenheter och sektorer för patienten.
- Kunna garantera tydliga kommunikationsvägar för patienter som blivit felbehandlade eller skadade av vården.
- Att alla offentligt finansierade vårdgivare aktivt ska medverka i forskning och utbildning.
- Medverka till att kvaliteten i vården blir mer synlig och jämförbar för medborgarna.
- Medverka till att underlätta jämförelser med sjukvården i andra länder, för att lära av andra.
- Att det utvecklas ett system för att sätta kvalitetsarbetet i fokus och garantera högt ställda krav på kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
- Att nationella riktlinjer, liksom vissa läkemedelsrekommendationer, ska utformas så att de kan göras obligatoriska i vården.
- Införa ett nationellt stöd för korrekt och säker läkemedelshantering som minskar läkemedelsskador, biverkningar och överförskrivningar.
- Långsiktigt säkerställa kompetensförsörjningen i vården genom specialistutbildning av sjuksköterskor och undersköterskor och att öka dimensioneringen av läkarutbildningen.
- Kontinuerligt och systematiskt efterfråga brukarnas bedömning av de olika välfärdsverksamheterna.
- Utveckla en gemensam handlingsplan mellan landstingen, kommunerna och staten, för att systematiskt minska den tid vårdpersonal måste ägna åt administrativt arbete och annat som inte är direkt nytta för patienterna och vårdarbetet.

## D. Sjuka äldre

Vården för de mest sjuka äldre har idag stora brister och är en prioriterad fråga för oss. Den grundläggande förutsättningen för att de allra svagaste och sköraste patientgrupperna i

samhället ska få tillgång till vård är att vården ges på lika villkor, efter behov och finansieras gemensamt.

De klasskillnader som finns i yrkeslivet blir inte mindre påtagliga vid pensioneringen. Arbetslöshet, dåliga arbetsvillkor, otillräcklig utbildning, svag ekonomi och otrygghet tidigare i livet präglar livsvillkoren som äldre. Det finns en stor grupp äldre, framför allt kvinnor, som lever under knappa förhållanden och med stor ohälsa. Utmaningen blir att garantera och klara av en vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre på lika villkor oavsett bakgrund, även om de äldre successivt blir så många fler.

Ett minskat offentligt åtagande har hittills resulterat i privatisering av vård och omsorg. För lågutbildade äldre har det resulterat i anhörigvård. För högutbildade äldre har det arbetet kunnat delas på dels en ökning av anhörigvård, dels en ökning av privat köpt omsorg. Det är en utveckling som i sig vidgar samhällsklyftorna både ur ett klass- och ett könsperspektiv. Anhörigvårdarna är främst medelålders döttrar, särskilt utomnordiskt födda, och särskilt till lågutbildade äldre.

Om 15-20 år kommer antalet äldre över 80 år att öka markant. Det blir en utmaning att klara finansiering och personalförsörjning inom vård och omsorg. Detta är ingen omöjlig uppgift. Vi måste redan nu ställa om samhället för denna demografiska förändring. Våra tre partier påbörjade detta arbete genom att riksdagen år 2006 fattade beslut om en tioårig nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

D1: Äldre och multisjuka människor slussas ofta mellan kommuner och landsting och kan ibland hamna i kläm när avvägningar kring vårdbehovet avgörs. Kommuner och landsting bör gemensamt utveckla samarbete och organisation för vården av äldre för att primärvård, socialtjänst och slutenvård ska skapa gemensamma rutiner för att bättre ta hand om mycket gamla och multisjuka patienter som ofta behöver sjukhusvård.

Vi vill samla huvudmannaskapet för både hemsjukvård och äldreomsorg hos kommunen för att kunna samverka och integrera insatserna. I hälften av landets kommuner är det fortfarande två olika organisationer för vården och omsorgen om äldre som vårdas hemma. Det betyder att först kommer kommunens hemtjänst och någon timme senare kommer landstingets omvårdnadsteam. Det blir många olika personer att lära känna och stor risk att det ena inte vet vad den andra gör. Äldre är värda en bättre omvårdnad. Kommunen har ansvar för hemsjukvården för alla dem som bor i ett särskilt boende. I hälften av landets kommuner är det kommunen som är ansvarig även för hemsjukvården även för dem som bor i eget boende och så bör det vara i alla kommuner.

Vårdens organisation måste förändras för att utgå från den multisjuka äldre istället för att organiseras utifrån diagnoser eller organ.

#### VI FÖRESLÅR ATT

- Huvudmannskapet för hemsjukvården förs över till kommunerna.
- En utredning tillsätts för att se över om och hur kommunerna kan ges möjlighet att anställa läkare för att bedriva hemsjukvård.
- Multisjuka äldre får en personlig läkare med helhetsansvar för behandlingar och läkemedel och som även gör regelbundna läkemedelsgenomgångar.

D2: I så stor utsträckning som möjligt ska äldres behov kunna hanteras i den nära hälso- och sjukvården. Utöver fler utbildade och bättre tillgång till geriatriker och specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg på vårdcentralerna måste alla allmänläkare ha utbildning och kunskap om äldres sjukdomar och behov. Ersättningsystemen måste utformas så att det blir möjligt för allmänläkaren att följa sin patient och ta ett helhetsansvar.

Personalens kompetensnivå är en av de viktigaste nycklarna för att höja kvaliteten för vården och omsorgen om de äldre. Utbildad vårdpersonal med rätt kompetens är en förutsättning för att svårt sjuka personer med nedsatt autonomi ska rätt vård och behandling. Det är viktigt att diagnos ställs i ett tidigt skede av sjukdomen så att patienten bemöts med värdighet och respekt.

#### VI FÖRESLÅR

- En bred kompetenssatsning för att öka spetskompetens hos alla yrkesgrupper som arbetar inom demensvården,
- Geriatrik, gerontologi och demenskunskap på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg,
- En lägsta kompetensnivå för att alla få arbeta med sköra äldre, det är ett ansvarsfullt och viktigt jobb som inte vem som helst kan anförtros,
- Att undersköterskor ska kunna specialisera sig till t.ex. rehabiliteringsundersköterska eller demensundersköterska. Dessa specialiseringar bör vara nationella, samt
- Utbildning av fler geriatriker.

### D3: God mats betydelse för livskvalitet

Många äldre får idag inte den näring de behöver för att kunna leva ett bra liv. Det spelar heller ingen roll hur näringsriktig maten är om den serveras i opålitliga plastlådor

Den låt-gå-mentalitet som fått prägla utvecklingen av vår matkultur har skapat stora konsekvenser, bland annat i form av ohälsa och miljöförstöring. Lagstiftning och styrmedel uppmuntrar idag till långa transporter snarare än lokal tillagning och behöver därför ses över. Gällande lagstiftning är inte tillräckligt känd i verksamheterna. Det finns missuppfattningar om vad man får och inte får göra när det gäller äldre och mat, t.ex. hur upphandling får göras eller hur regler för tillagningskök ser ut. En praktisk handbok bör därför utarbetas.

Det är inte apålitligt att sjukhus och äldreomsorg ger äldre och sjuka mat som uppenbart är gjord på så undermåliga råvaror att tiotals e-nummer (tillsatser) ska kamouflera innehållet. De äldres aptit kan helt förtas av att den trista maten serveras i ännu tråkigare plastlådor. Det är som om någon glömt bort att riktig mat trots allt är helt grundläggande för människors välbefinnande. Doften av nylagad mat, serverad i en lugn och skön miljö utan stress borde vara något alla får uppleva till vardags.

Vi föreslår ett äldreomsorgslyft för att öka kvaliteten på maten till de äldre genom såväl ökad kunskap om upphandling som satsningar på utbildning. Exempelvis kan utvecklad kunskap om möjligheterna att laga mat även i mindre kök göra att man kan laga mat på plats i verksamheten och minska behovet av frysmat och långa transporter. Dietisterna har en viktig roll att spela i arbetet med att ta fram mat som smakar gott, matsituationen och att maten uppfyller alla krav på näringsriktighet.

Det behövs mer forskning kring hur maten och måltiden påverkar människors hälsa och välbefinnande. Erfarenheterna är tydliga och ett antal utländska undersökningar visar på ett samband mellan god mat och hälsa. Dessutom vet man att god och näringsrik mat har stor betydelse för tillfrisknandet hos sjuka. Men det behövs mer forskning kring hur sambanden ser ut när det gäller äldre och om hur maten kan förbättras.

### VI FÖRESLÅR

- Ett äldrematslyft för att öka kvaliteten på maten till de äldre både genom ökad kunskap om upphandling och satsning på utbildning.
- Ökad forskning om sambandet mellan mat och hälsotillstånd.
- Att en handbok för äldre och mat utarbetas för att tydliggöra gällande lagstiftning på området.

## E. Läkemedel

### E1: Läkemedelsgenomgångar

Det är naturligtvis en framgång att många nya och verksamma mediciner utvecklas, men läkemedel utgör ett stort och växande problem. Många, framför allt multisjuka äldre, har för många eller felaktigt kombinerade läkemedel. Vi menar att det behövs regelbundna och obligatoriska läkemedelsgenomgångar och enhetlig definition av vad som avses med läkemedelsgenomgång för dessa patienter och att alla äldre patienter som behöver det bör få tillgång till en läkare med ett helhetsansvar för den medicinska behandlingen och läkemedlen.

Det finns behov av forskning och information om läkemedel som är helt oberoende av intressen från läkemedelsindustrin. Behovet av oberoende läkemedelsinformation har ökat dramatiskt sedan apoteksmarknaden avreglerades. Tidigare hade apoteken ett uppdrag om oberoende läkemedelsinformation. Nu ligger det ansvaret på Läkemedelsverket. Det innebär att tillgängligheten till oberoende information för kunden kraftigt har försämrats.

Det är viktigt att läkemedel utprovas även på kvinnor och män över 65 år. Det finns alltför många exempel då gamla och sköra personer har farit illa på grund av att de har fått för många läkemedel, läkemedel som inte fungerar ihop eller alltför stora doser av läkemedel. När ett läkemedel har introducerats i vården är det ytterst angeläget att systematiskt följa upp användningen – framför allt i de äldre åldersgrupperna. Kunskapen om läkemedlen är ofta begränsad vid introduktion då godkännandet görs på avgränsade och kontrollerade patientgrupper. Uppföljning skapar förutsättningar för att patienter ska få rätt läkemedel och rätt dos.

Felaktig och överdriven användning av antibiotika leder till att allt fler bakterier blir motståndskraftiga mot läkemedlet och inte kan behandlas. Förutom fler dödsfall kommer många rutiningrepp inte längre att vara möjliga.

Utan effektiva antibiotika kommer sjukvården att stå handfallen inför en rad bakteriella infektionssjukdomar som lunginflammation, blodförgiftning och tuberkulos. Det blir också riskabelt att genomföra operationer som t.ex. byte av höftleder eller hjärtklaffar och organtransplantationer.

Läkemedelsindustrin prioriterar inte utveckling av nya antibiotika som klarar resistenta bakterier eftersom det inte är tillräckligt lönsamt. Frågan om hur antibiotikaresistens ska motverkas kräver en politisk lösning.

I Sverige ökar problemen med resistenta bakterier. Särskilt oroande är utvecklingen hos äldre personer. Hela 36 procent av alla personer över 80 år fick minst en antibiotikakur under 2008. Förmodligen är antibiotikaanvändningen bland de äldre ännu högre eftersom en stor del av användningen på sjukhus och äldreboenden inte registreras per åldersgrupp.

Mycket tyder på att förskrivningen av läkemedel många gånger är dåligt underbyggd och inte följer gällande rekommendationer. Många äldre utreds inte på ett korrekt sätt vilket gör att det saknas en tydlig diagnos. Det leder till att en stor del av läkemedelsanvändningen är symtombehandling. På äldreboenden ställer läkare ofta diagnos och ordinerar antibiotika per telefon. De äldre riskerar att få fel antibiotika eller behandlas helt i onödan. Äldre är extra känsliga för antibiotikas biverkningar. De tillhör också dem som drabbas mest av antibiotikaresistens.

#### VI FÖRESLÅR

- Regelbundna och obligatoriska läkemedelsgenomgångar.
- Personal i vård och omsorg ska erbjudas utbildning i effektiv och säker läkemedelshantering.
- Socialstyrelsens riktlinjer bör ses över och ta hänsyn till multisjuklighet och ålder.
- Läkemedel ska följas upp efter introduktion i vården – framför allt med avseende på de äldre åldersgrupperna. Läkemedel bör dessutom i större utsträckning utprövas på äldre personer.

- Systematisk uppföljning, skärpt kontroll och tillsyn när det gäller antibiotikaföreskrivningen till hela befolkningen, men med särskild inriktning på personer över 75 år.
- Kommission för läkemedelssäkerhet för att kartlägga omfattning och orsaker till felaktig läkemedelsanvändning.
- Inför en Lex Gulli med anmälningsskyldighet vid misstanke om läkemedelsvanvård, även anhöriga kan anmäla.
- En systematisk insamling av brukares erfarenheter och användning av läkemedel.

#### E2: Läkemedlens påverkan på miljön

Läkemedel och miljö har uppmärksammats allt mer på senare tid efter att läkemedelsrester har spårats i naturen. Rester har hittats i bland annat avloppsvatten och dricksvatten. Läkemedel är oftast mer vattenlösliga än andra miljögifter och sprids främst via vatten. Till slut når de våra sjöar och hav. De är gjorda för att vara biologiskt aktiva och ge effekt på oss människor, men när läkemedelsrester når naturen kan även djur och växter påverkas av dem.

Utsläpp av antibiotika i naturen ökar till exempel risken för att bakterier utvecklar resistens. Ett annat exempel är hormonet östrogen som kan medföra feminisering av fiskhanar.

Läkemedelsverket bör utforma underlag för att förse kommunerna med kunskap om hur avloppsreningen kan effektiviseras med avseende på läkemedelsrester.

#### VI FÖRESLÅR

- Att vid godkännande av läkemedel ska hänsyn tas till miljökonsekvenser.
- Att möjligheterna för ett ökat producentansvar för avloppsrening och insamling av överblivna läkemedel utreds.

## F. Psykiskt sjuka

Psykisk sjukdom är mycket utbredd. Trots detta har de kroppsliga sjukdomarna alltid haft företräde framför de psykiska inom vården. Vården för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har stora brister. En resursförstärkning inom psykiatri är nödvändig, men än viktigare är en långsiktig och hållbar ambitionshöjning.

Vi vill bygga upp det som gått förlorat i förtroende. Människor i Sverige har rätt att känna sig trygga med att den psykiatriska vården och försäkringarna finns där när man behöver.

Många människor med psykisk sjukdom kan tack vare olika former av behandling under långa perioder leva vanliga liv. Men när sjukdomen slår till ska var och en ha inflytande över sitt eget liv och den behandling som ges. Vi vill skapa förutsättningar för människor att själva bestämma hur de ska bli behandlade när de drabbas av psykisk sjukdom. I ett vårdkontrakt kan den som drabbas av psykisk sjukdom teckna ner hur han eller hon vill bli behandlad under sjukdomsperioderna. Det är viktigt att det finns olika behandlings- och terapimetoder att välja mellan. Vi är olika som människor och reagerar olika på olika behandlingar.

Personliga ombud är en mycket välriktad reform genom att det kommer psykiskt sjuka och psykiskt sjuka med funktionshinder direkt till del. Vi anser att personliga ombud ska finnas i alla kommuner. Ombuden hjälper brukarna att få tillgång till den hjälp de har rätt att få från kommunen, landstinget och olika stödenheter. Ombuden har som funktion att de arbetar nära brukaren och helt på dennes uppdrag. Utvärderingar visar bra resultat genom minskat antal vårddagar, och de som får denna hjälp har upplevt det mycket konkret och positivt.

I en del kommuner har man valt att dra ned på verksamheten. Det finns också kommuner som inte har några ombud alls. På en del ställen har man lagt ut verksamheten på brukarorganisationer, vilket vi anser har stora fördelar. Då finns inte något inbyggt beroendeförhållande till den huvudman man eventuellt kommer att rikta kritik mot. Det är viktigt att alla som behöver har tillgång till ombud oavsett var man bor. Ombud behöver inrättas över hela landet. Vi vill också se över en konstruktion för ökat oberoende genom ändrat huvudmannaskap, stärkt roll för brukarorganisationerna och koppling regionalt till länsstyrelserna.

VI FÖRESLÅR

- Satsa på barn och unga. I varje kommun skall det finnas en ”barnens räddningstjänst” – en kommunal åtgärdsplan för barn och unga med svårigheter. Ansvarsfördelningen ska vara tydlig så att det inte råder några oklarheter om till vem man ska vända sig och vem som ansvarar för vad. Vi föreslår att det i varje kommun ska finnas Samverkansmodeller för barn och ungdomar med problem (samverkan skola, socialtjänst, BUP, Ungdomsmottagning).
- Satsning på skolhälsovård. Vi föreslår att skolhälsovården byggs ut med en speciell satsning på mottagningstiderna så elevvårdspersonalen får mer tid för det direkta mötet med eleverna. För att upprätthålla en jämn och hög kvalitet på skolhälsovården skall socialstyrelsens riktlinjer gälla för alla skolor.
- Fler vård- och sviktplatser. Det behövs fler vårdplatser i psykiatrin. Det har skett en kraftig minskning av antalet vårdplatser under ganska många år.
- Tillgång till personliga ombud för dem som behöver oavsett var man bor. Vi vill också se över en konstruktion för huvudmannaskap - ökat oberoende genom stärkt roll för brukarorganisationerna och koppling regionalt till länsstyrelserna.
- Säkerställa tillgången till olika terapiformer inom psykiatrin och sjukvården.
- Rätt till arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.

## G. Integrativ medicin

En stor del av befolkningen använder sig av komplementära eller alternativmedicinska metoder vid sidan av besök i sjukvården. Det kan t.ex. gälla besök hos kiropraktorer, naprapater eller akupunktörer. Människor gör ibland dessa besök i stället för besök hos traditionell vård, ibland görs parallella besök. Det är inte alltid människor berättar om dessa behandlingar i vården, eftersom man utgår från att det är separata världar.

Det är problematiskt både för patienter och för sjukvården. För patienter eftersom olika behandlingar kan påverka varandra och förändra effekterna av dessa. Sjukvårdspersonal behöver för att få en helhetssyn på en patients hälsotillstånd och behandling veta vilka komplementära eller alternativa metoder som patienten eventuellt använder. Samtidigt vill man kunna bidra till behandlingar som ger största möjliga sammantagna effekt för patienten.

Det finns behov av en diskussion om hur konventionella och komplementära metoder vid behov kan integreras på ett bättre sätt. Det brukar uttryckas med begreppet integrativ medicin. Kravet är att all sjukvård ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet.

## VI VILL

- Låta utreda förutsättningarna för att bygga broar mellan konventionella och komplementärmedicinska behandlingar. En av flera viktiga aspekter som ska belysas i en sådan utredning är patientsäkerheten.

## H. Jämställd vård

H1. Män och kvinnor ges inte hälso- och sjukvård på likvärdiga villkor. Det kan handla om att kvinnor får sämre behandlingar, ges äldre billigare mediciner eller att de oftare får felaktiga diagnoser. Orsakerna till detta är flera. Även om kvinnor drabbas oftare av kvalitetsbrister i vården visar forskningen att även män i flera avseenden drabbas negativt när vården påverkas av föreställningar om kön. Detta är en av vårdens stora utmaningar för att höja kvalitetsnivån inom hälso- och sjukvården för alla.

Att nå ökad jämställdhet i vården kräver ett brett och långsiktigt arbete med sikte på forskning, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor och män ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser.

## VI FÖRESLÅR

- En nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård. Centralt i en sådan plan är ökad och mer spridd kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården.
- Mer forskning för att belysa vilka könsskillnader som finns och hur de uppkommer.
- Ökat fokus på jämställdhet och genus på vårdutbildningarna på gymnasiet och högskolan, samt i vidareutbildningar för personal inom hälso- och sjukvården.
- Att arbetet med könsuppdelad vårdstatistik ska fortsätta och jämställd vård ska vara ett eget uppföljningsområde i de nationella jämförelserna.

H2. Överlevnaden i bröstcancer har ökat. Den förbättrade överlevnaden beror dels på mammografiscreening som gör att tumörer upptäcks tidigare, dels på förbättrade behandlingsmetoder. Dock varierar överlevnadsgraden kraftigt mellan olika samhällsgrupper. Kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden deltar i mindre utsträckning i mammografi än andra kvinnor. Detta är en avgörande förklaring till de stora skillnaderna i överlevnad.

Vi vill skapa bättre förutsättningar för att fler kvinnor deltar i mammografi och screening för livmoderhalscancer. Ju tidigare cancer upptäcks desto bättre förutsättningar för en lyckad

behandling. Landstingen ska erbjuda alla i åldern 40-74 år mammografiscreening enligt Socialstyrelsens bedömning av det tillgängliga vetenskapliga underlaget.

Landstingen måste också öka ambitionerna för regelbunden gynekologisk cellprovtagning för kvinnor mellan 23 och 60 år. Det är även här avgörande att nå så stora grupper i den aktuella befolkningsgruppen för att förebygga och minska dödligheten.

För att få betydligt fler kvinnor att genomgå mammografi screening och gynekologisk cellprovtagning är det viktigt att arbeta för att kraftigt öka tillgängligheten. Detta gäller inte minst var och när man ges möjlighet att undersökas. Likaså är det viktigt att andra trösklar så som till exempel höga avgifter och bristande information på andra språk än svenska arbetas bort.

#### VI FÖRESLÅR

- Att det ska vara obligatoriskt för landstingen att säkerställa mammografi i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer.
- Att varje landsting bör analysera vilka kvinnor som inte deltar i screeningprogrammen och varför. Utifrån dessa underlag bör sedan strategier utformas och särskilt riktade insatser mot dem som inte deltar riktas.

# FÖR HELA SVERIGE



*Rödgrönt samarbete för framtiden*