

Sjukvård

För oss i Vänsterpartiet är det viktigt med en sammanhållen hälso- och sjukvård. En av grundförutsättningarna för det är att den drivs i offentlig regi, av regionen själv. Det ger bäst möjligheter till den samverkan som behövs för att det ska vara enkelt att som invånare söka vård i Skåne.

En annan viktig fråga för oss är en vinstfri välfärd. Vi tycker inte att företag ska kunna plocka ut vinst på våra gemensamma skattepengar. Alla pengar som är tänkta att gå till sjukvård ska göra det. Därför vill vi stoppa marknadsvården.

Vi ser också en risk med privata vårdförsäkringar i vårdsystemet. Att ha tillgång till den bästa vården för dina behov – det är en rättighet som ska finnas oavsett ekonomiska tillgångar, var du bor eller var du kommer ifrån. Behoven ska gå först, det är orimligt att få tillgång till eller få en bättre kvalitet på vård för att man har råd att köpa sig före i en vårdkö.

Coronapandemin var ett hårt test av samhället och sjukvårdssystemen, och Rysslands invasion av Ukraina är ytterligare ett exempel på en omvälvande världshändelse som lett till kris för miljontals människor. Med allt snabbare global uppvärmning kommer också effekter i form av extremväder, torka, översvämningar och jordskred. Med det kommer också nya krav på beredskap inom sjukvården. Det krävs att det finns kunskap, system och arbetsmetoder som fungerar även vid akuta händelser där många kan drabbas samtidigt. Lagerhållning av materiel, informationsvägar, ansvarsfördelning, tillgång till mediciner och fler vårdplatser behöver finnas på plats för att säkra upp grundläggande beredskap och materialförsörjning i den klimatkris vi befinner oss i.

Vårdköerna i Skåne är i de flesta fall alldeles för långa. Till viss del beror det på en vårdskuld efter pandemin, men den grundades i att vi gick in i krisen med ett underskott av vårdplatser. På många avdelningar saknas det personal för att öppna fler. Hur snabbt människor kan få vård är direkt kopplat till hur man lyckas förbättra sjukvårdspersonalens arbetssituation, så att fler vill och orkar arbeta kvar inom Region Skåne.



Vård efter behov

Hälso- och sjukvårdslagen är tydlig: det är behovet av vård som ska styra vem som får vård när och i vilken ordning. Idag ser vi en utveckling där allt fler efterfrågestyrda system tillåts bekostas direkt av de skattepengar som ska finansiera sjukvården.

Privata cancerkliniker, privata sjukförsäkringar och ständiga försök till utförsäljningar gör att behovsprincipen sätts åt sidan för den som kan efterfråga vård eller köpa sig en privat sjukvårdsförsäkring eller behandling. Marknadslösningar förflyttar resurser, ekonomiska och personella, från de med stora vårdbehov till de med lättare tillstånd och från offentlig vård till privata vårdval.

Privatiseringar och utförsäljningarna skulle öka valmöjligheterna. Tyvärr har resultatet inte motsvarat förväntningarna. Istället har vi idag i Skåne fått en delvis monopoliserad marknad dominerad av stora företag där regionen beställer tjänster genom avtal i flera led och hoppas på bästa utfall.

Parallellt med denna utveckling har vi under det senaste decenniet, trots en ökande och allt äldre befolkning, sett en snabb minskning av antalet vårdplatser i Skåne och i Sverige. Bland OECD-länderna är Sverige det land där antalet vårdplatser har sjunkit mest, trots att forskning visar att en allt för hög beläggningsgrad påverkar patientsäkerheten negativt. Det är först nu som de partier som tidigare varit drivande i att dra ner på vårdplatser vänt och försöker skapa fler. Det är dock betydligt svårare att öppna nya än vad det var att lägga ner de som fanns.

Effekterna av vårdplats- och personalbrist syns klart och tydligt i låg tillgänglighet, överbeläggningar, hög personalomsättning, ökade sjukskrivningstal och utlokaliseringar av patienter till avdelningar som saknar rätt kompetens för patientens problem.

När invånarnas jämlikhet och företagens valfrihet blir konkurrenser

Att privata vinstintressen tillåts etablera sig i välfärden och att gemensamma skattemedel går till företagsvinst istället för att användas i den gemensamma verksamheten är en extrem lösning som få andra länder har infört.

Vi menar att alla skattemedel som går till Region Skånes verksamheter ska användas till drift och utveckling av verksamheten och att vinstintresset ska bort. Den valfrihet som utlovas i exempelvis vårdval är i själva verket en etableringsfrihet för företag – som då framför allt har valt att etablera sig i socioekonomiskt välmående områden där vinsten är som högst. Det ger inte större valfrihet för den majoritet av invånarna som inte bor i dessa områden. När det gäller privata sjukförsäkringar ger det heller ingen valfrihet till de som inte har råd att betala. Regionens juridiska ansvar är att tillhandahålla en god och jämlik vård utifrån behov, oavsett boendeort eller plånbok.

De privata vårdvalen är kostnadsdrivande och bör avskaffas. Innan dess behöver ersättningar till privata aktörer inom specialiserade vårdvalen över lag sänkas. Det är tydligt att vårdvalens taklöshet innebär att dessa i princip har fri dragningsrätt (kan kräva ersättning från regionen utan övre gräns) samtidigt som den övriga verksamheten ständigt tvingas till nya besparingar. Det behöver sättas tydliga maxbelopp så att kostnaderna för vårdvalen blir förutsägbara. Den administrativa bördan för att underhålla vårdvalen kostar både ekonomiska och personella resurser som annars hade kunnat läggas inom en sammanhållen offentlig vård.

När delar av sjukvården läggs i privat regi försvinner välbehövliga utbildningsplatser för både ny sjukvårdspersonal och fortbildningar, till exempel specialistsjuksköterskor och specialistläkare. Det gör en av de viktigaste uppgifterna för regionen ännu svårare: att se till att det finns nog med personal för att bära upp vården. Det kan verka harmlöst att en privat vårdinstans utför exempelvis ortopediska ingrepp mot godartade tillstånd. Problemet är att det finansieras ur en gemensam pott av resurser som ska räcka till alla och till vilken de allra svårast sjuka ska ha företräde. Regionen har också fortsatt ansvar för uppföljning och att ta över i vårdförloppet om något går fel för patienten hos en privat utförare.

Revisorernas rapport om systemet för granskning av vårdersättningar inom hälso- och vårdval i regionen visar dessutom att det i dagsläget inte finns nog med resurser för att utföra granskningarna. Den transaktionsanalys man gjort bedömde att åtminstone 26 miljoner har betalats ut på felaktiga grunder mellan 2018–2020.

Privata digitala vårdtjänster säljs in genom riktade reklamkampanjer, bland annat på apotek som ingår i samma företag som vårdtjänsten. De skapar ”vårdbehov” för enkla självläkande tillstånd som förkylningar och förskrivning av receptfria läkemedel. Patienterna får snabbt vård för icke-akuta ärenden medan regionen får stå för kostnaderna.

Istället för att avlasta den ordinarie vårdcentralen eller minska väntetiderna leder det till en överproduktion av vård och skenande kostnader för den redan underfinansierade primärvården. Det är jätteviktigt att nätläkarnas framfart regleras nationellt, men innan det är på plats behöver regionen skärpa de regionala reglerna för marknadsföring. Samtidigt är det positivt att alla digitala tjänster som förenklar för patienten finns – bland annat som nu genom 1177 där man kan få svar på många frågor online och be om förnyelse på sina recept.

Under de senaste åren har den borgerliga regionledningen velat sjösätta vårdval inom flera områden, bland annat öron-näsa-hals, barn- och ungdomspsykiatri, neuropsykiatri och logopedi. I samtliga fall har försöken lett till ramaskrin från personal, patientgrupper, brukarföreningar och fackföreningar. Det är väldigt tydligt att de som påverkas mest av besluten inte vill ha vårdval.

Överbeläggningar

Att vi har fått färre vårdplatser är ett resultat av borgerliga politiska beslut som sedan eskalerat av personalflykt. Att ge personalen förutsättningar att utföra sitt jobb så att de orkar och vill stanna kvar är avgörande för att vända utvecklingen. Det är när vi kan öppna upp fler vårdplatser som regionen kan arbeta för att öka tillgängligheten och se till att människors sjukvårdsbehov tillgodoses. Patientsäkerhet, arbetsmiljö och tillgång till vård efter behov är stora utmaningar när de köer som uppstått till behandlingar inom exempelvis operation och cancervård ska tas igen i en region där arbetet redan utfördes på marginalerna.

Region Skåne har till följd av vårdplatsbrist en mycket hög överbeläggning: i juli 2023 var 11,7 av 100 vårdplatser överbelagda. Det är högre än riksgenomsnittet på 7,2 och högre än motsvarande månad i Region Skåne 2022 då det var 7,8. Socialstyrelsen uppskattar att Region Skåne under de närmsta fem åren skulle behöva 400 fler vårdplatser, ett oerhört antal som det skulle vara väldigt svårt att rekrytera personal till. Att sjukhusen inte har en beläggningsgrad på över 90 procent borde vara en målbild att arbeta efter.

Forskning visar att överbeläggningar på sjukhus tydligt ökar belastningen på akutmottagningarna. En undersökning från Region Stockholm visar att en hög arbetsbelastning hos personalen, vilket det blir med för få anställda på för många patienter, ger en statistisk överdödlighet motsvarande sex dödsfall per 100 000 besök.

”Crowding” på akutmottagningarna är också förknippat med stora risker. Det uppstår när patienter blir inskrivna på en vårdavdelning där det inte finns fysisk plats för dem och de måste stanna på akutmottagningen. Det bidrar till högre dödsrisk, hårdare medicinska prioriteringar med färre inläggningar, att arbetstid behöver läggas på vårdplatsletande istället för sjukvård, fler återbesök med ytterligare belastning på akuten, längre vistelsetider på sjukhus och etisk stress och frustration hos berörd personal.

Situationen med överbeläggningar blir värre av de många arbetsmiljöproblem som finns. Idag ställs operationer in på skånska sjukhus för att det inte finns vårdplatser för nyopererade att läggas in på. Det orsakar ett oacceptabelt mänskligt lidande.

Studieförbundet näringsliv och samhälle, SNS, har under hösten 2021 visat på resultat genom två studier där vårdplatsbrist och överbelastade akutmottagningar lett till överdödlighet. I den skånska vården ser vi gång på gång exempel på påtvingade övernattningar på akutmottagningarna: en typ av mottagning som enbart ska vara en ingång till annan vård eller ge akut hjälp.

Kösatsningar och incitamentsmodeller

En jämlik sjukvård som ges efter behov förutsätter en sammanhållen vård där vårdens olika delar inte konkurrerar med varandra, utan där samverkan och samarbete sätts i första rummet. Därför är incitamentssatsningar på specifika, avgränsade områden eller kömiljarder (en bonus som mottas för att ha pressat ner köerna inom en viss specialitet) dåliga lösningar som enbart riskerar att flytta fokus från strukturella lösningar till en jakt på extramedel.

Under 2023 har en incitamentsmodell införts för att ge sjukhusen incitament att utföra fler operationer. Den finansiering för operationsverksamhet som tidigare gavs ut i årets början har istället delats upp i två delar: 25 procent ses som en grundersättning och 75 procent som prestationsbaserat. Ju fler operationer man presterar, desto mer ersättning får man. Summan för vart och ett av sjukhusen beräknades utifrån hur många operationer man utfört föregående år.

Problemen med modellen är många. Dels bygger den på en grundläggande premis där sjukhusledningarna och de anställda innan modellen infördes inte redan gjorde allt de kunde för att utföra så många operationer som möjligt: de behövde en morot i form av ersättning för fler (kostnadstäckning för de man utför) eller en piska (hotet om att förlora upp 75 procent av pengarna som ska gå till att bekosta operationsverksamheten).

Till detta kommer ett enkelt faktum: potten som man tävlar om är inte större än vad den var året innan, den är bara inte utdelad. Modellen bygger alltså på att om något sjukhus opererar mer och får mer pengar behöver något annat sjukhus betala med att få mindre. Om alla sjukhus opererar mer finns det inte täckning för den verksamheten. Någon del av den skånska operationsvården är alltså tänkt att "misslyckas".

För att kunna utföra så många operationer som möjligt och vinna ersättning för dem blir det naturligt att satsa på enkla, snabba operationer. Sjukhusens uppdrag skiljer sig åt här: vissa är specialiserade på ortopedi och kan operera flera patienter i rad under relativt kort tid. Andra har mer komplicerade specialistuppdrag där operationerna kan ta många timmar. Sjukhusen styr inte själva över vilka patienter som behöver vård, men de har möjlighet att prioritera patienter för att få till ett bra flöde. Ett system som gynnar många, snabba operationer riskerar att de prioriteras över långa operationer. Det är en onödig tävling att lägga till inom ett område som redan är svårplanerat på grund av personalbrist bland specialistkompetenser. Sjukhus med utbildningsuppdrag riskerar också att få det svårare att planera för operationer med läkare och sjuksköterskor under utbildning.

Incitamentsmodellen infördes parallellt med rena svältbudgetar för sjukhusen. Under året har vi sett underskotten rasa utför när budgetarna inte täcker för verksamhetens kostnader. Samtidigt har samtliga sjukhusförvaltningar budgeterat med inkomster från incitamentsmodellen – något som sett över alla sjukhus alltså är omöjligt att uppfylla. Det gör att sjukhusbudgetarna inte går att använda som arbetsredskap eller för en fungerande ekonomistyrning för sjukhusledningarna. De blir bara en schablon där man i slutet av året kan konstatera att inget av de ekonomiska målen gick att uppnå. Samtidigt pressas personalen av

det svåra ekonomiska läget: löner hålls ner, arbetsbelastningen är hög, färre vill arbeta för regionen och många säger upp sig för att de inte orkar mer.

Hittills har man inte kunnat visa på kortare köer tack vare incitamentsmodellen. Risken är att allt den lett till är ytterligare underskott. Långsiktiga, ordentliga satsningar på personalens arbetsmiljö och täckning för sjukhusens faktiska kostnader kommer att fungera bättre än kömiljoner och incitamentsmodeller för att arbeta bort vårdköerna i Skåne. Personalens egen kompetens, vilja och kunskap att utveckla den egna verksamheten räcker i många fall långt även för att hantera köer till den egna verksamheten, så länge de får möjligheten och resurserna att göra det. All ekonomisk planering vad gäller sjukvård behöver utgå från de faktiska vårdbehoven i regionen.

Vård som rättighet

Trots att tillgång till vård som inte kan anstå är en rättighet är det mycket svårt för många grupper att få vård. Det handlar om hemlösa, asylsökande, papperslösa, EU- migranter och människor som förvägrats permanent uppehållstillstånd. Oavsett medborgerlig status har alla människor sedan 2013 enligt svensk lag rätt till vård inom regionen. Lagstiftningen har lett till förbättringar av vården för personer utan uppehållstillstånd, men den har under åren fått kritik för svåra etiska gränsdragningar.

Tyvärr förekommer det också att patienter inte får den vård de har rätt till, att de felaktigt avkrävs att betala för vården eller att de inte får vård för att det inte bedöms som garanterat att de kommer att kunna fullfölja sin rehabilitering om de löper risk att utvisas.

Region Skåne måste se till att vårdgivarna (egna och de som har avtal med regionen) har tillräcklig kunskap för att inte avvisa människor. Personal som jobbar utanför direkta vård- och omsorgsutförande yrkesgrupper behöver också kunna detta – till exempel om man sitter i en reception eller får frågor i ett väntrum. Det behöver också finnas information på flera språk om vilka rättigheter som gäller på regionens hemsida.

Vi vill att regionen inrättar en vårdlotstjänst som kan svara på frågor när vårdpersonal och vårdgivare är osäkra om vad som gäller vård för personer utan uppehållstillstånd, ta fram och sköta kontinuerlig kompetensutveckling och utbildning av vårdpersonal och vårdgivare och se till att information finns tillgänglig på hemsidan för de som eftersöker den.

Rätten till avgiftsfri tolk är en naturlig grundläggande del av ett vårdmöte där alla sökande på lika villkor kan förmedla sina behov. Kan man som patient inte göra sig förstådd kan vårdbehovet inte göras klart och ens rättigheter kränks. Det är viktigt att det är utbildade tolkar som sköter kommunikationen och att ansvaret inte läggs på ordinarie sjukvårdspersonal även om de har språkkompetensen.

2018 utfördes språktolkning inom den skånska vården fyra gånger av tio av en tolk som varken hade grundutbildning, var auktoriserad tolk eller sjukvårdstolk. Att följa med som känslomässigt stöd ska alltid vara möjligt, men att förmedla den medicinska förståelsen är inte ett ansvar som ska behöva vila på anhöriga. Att barn och andra anhöriga tvingas tolka åt en patient strider bland annat mot barnkonventionen (som är lag), men tyvärr är det relativt vanligt.

Dagens system med upphandlade tolkar från olika tolkförmedlingar fungerar alltför dåligt med avvikelser upp emot var femte tillfälle (2018). Region Skåne bör istället bygga upp en egen pool av offentligt anställda tolkar, gärna sjukvårdstolkar, som kan användas av hela den skånska vården.

Flyktinghälsans samlade kompetens inom hälsokontroller, vård av i vissa områden vanliga (men i Sverige ovanliga) sjukdomar, hälsorättigheter, låga trösklar i tillgänglighet och tolktillgång visar inte bara på vikten av en regional kompetens inom vård för nyanlända, utan också på en brist på kompetens inom primärvården generellt.

Flyktinghälsans arbetsätt är en bra modell för tillgänglig primärvård och mottagningen är ovärderlig för många. Tyvärr är finansieringen alldeles för liten och verksamheten går med stora underskott. För att kunna fortsätta bedriva och utöka vårdgivandet utifrån modellen behövs en finansiering som täcker kostnaderna fullt ut och ger möjlighet till långsiktig utveckling av arbetet med tillgänglig vård för hela Skåne. Flyktinghälsans ovärderliga arbete är kroniskt underfinansierat och därför behäftat med stora underskott. Finansieringen av denna verksamhet måste bli mer realistisk.

Människor med hbtqi+-tillhörighet löper större risk än cispersoner att uppleva dåligt bemötande från sjukvården, både vad gäller somatisk vård och psykiatri. För gruppen med könsdysfori är köerna till könskorrigering utredning och behandling orimligt långa och tillgänglighet och kunskap inom psykiatri och annan vård innan och under behandling för låg. Tillgängligheten för personer med könsdysfori behöver förbättras och vårdpersonalens kompetens inom hbtqi+-området höjas genom planerade insatser i regionen. Regionen behöver också öka samverkan med andra aktörer som möter målgruppen, inte minst för kompetensutveckling av egen personal.

Den nära vården – en god vård med patienten i centrum

Den reform som sjukvården går igenom styrs från nationellt plan och utgår från en offentlig utredning med titeln *Den nära vården*. Målen med omställningen är att vården ska bli mer tillgänglig, väl samordnad och att primärvården ska ha en central roll som ingång till annan vård. Patienten ska vara delaktig i sin behandling och ha god förståelse, insyn och makt över sin behandling.

Vi tycker också att det är positivt med ett starkt patientinflytande, att samordning är centralt inom vård och omvårdnad och att primärvården behöver stärkas för att kunna utföra sitt uppdrag. Det finns dock en inriktning där politiska partier använder omställningen för att

skjuta över ansvaret för den egna hälsan och vården till alltför stor del på individen. Ansvaret för en god vård efter behov ligger fortfarande på vårdgivaren. På samma vis ska digitaliseringen användas till patienternas fördel, men digital kompetens kan inte bli ett måste för att kunna få god vård och det ska inte bli ett tvång att göra sitt hem till vårdplats eller sina anhöriga till vårdare.

Primärvården – en enkel ingång till vård

Primärvården är första instans för att ta emot människor i behov av vård. Den behöver både hänvisa till andra specialiteter, samordna, ge behandling vid enklare sjukdomar och återbesök, behandla kroniska sjukdomstillstånd och hålla i längre behandlingar med kontinuitet och stabilitet i verksamheten. Idag är primärvården vårdvalsutsatt i hela Sverige, men den ska inte vara en marknad. Den ska heller inte, som idag, drivas med resultatkrav.

För att utveckla den skånska primärvården behövs fler vårdcentraler i områden där tillgängligheten är för låg. Idag sker många av nedskärningarna i Skånes östra delar; i Sjöbo, Arkelstorp, Simrishamn och i Köpingebro. För att inte skapa vita fläckar bör regionen kartlägga behoven av vård i olika delar av Skåne och se till att vårdcentraler inte bara finns där vinsten för privata vårdgivare är högst. Områdesansvar behöver införas igen och gälla även de privata verksamheterna.

Samarbete mellan olika självständiga vårdcentraler behöver också stärkas så att de som ligger på landsbygden kan utnyttja de resurser som finns. På så vis kan fler få tillgång till läkarvård, trots att det är svårt att rekrytera allmänläkare till alla delar av regionen och mindre vårdcentraler kan finnas kvar på orten.

Människors vårdsökande står inte alltid i direkt relation till deras vårdbehov. Det behöver räknas med i planeringen av vårdinsatser. Resurser behöver omfördelas och riktas så att vårdcentralerna med tyngst uppdrag får högst prioritet. Istället har regionledningen valt den andra vägen – att minska omfördelningen utifrån människors sociala behov.

För att primärvården ska fungera och hålla hög kvalitet behöver personalsituationen förbättras. Hög arbetsbelastning och ständiga besparingskrav har lett till sjukskrivningar samtidigt som det saknas specialister, bland annat inom allmänmedicin. Region Skåne behöver ha en dialog med universitet, högskolor och folkhögskolor, bedriva en aktiv rekryteringsprocess och satsa på en direkt förbättring av arbetsmiljön. Det behöver också göras konsekvensbeskrivningar av hur bristen på utbildningsplatser kommer att påverka sjukvården framåt.

Sjukskrivningarna i samhället har ökat i alltför hög takt de senaste tio åren, och många av de som drabbas möter i första hand primärvården. Istället för att analysera varför sjukskrivningstalen ökar och anta åtgärder för att förbättra arbetsmiljö, rehabilitering, sjukvårdens kompetens och tillgång till företagshälsovård misstänkliggörs patienter och deras vårdgivare. Sjukskrivningsprocessen kompliceras för både läkare och patienter

vilket gör det svårare med återhämtning, det stör relationen mellan patient och behandlande läkare och upptar alltmer av den redan knappa besökstiden. För att detta ska förändras behöver regeringen ha en helt annan syn på styrningen av Försäkringskassan (och i slutändan människor och deras fysiska och psykiska mående). Antalet sjuka blir inte färre av att utbetalningarna pressas ner, det skapar bara svårare förutsättningar för de som behöver stöd och hjälp och de som förväntas ge den.

Idag är tillgången till psykiatrisk kompetens i stort begränsad till storstadsområden. För att kunna erbjuda snabbare och mer effektiv hjälp behöver KBT-terapeuter och psykologer finnas på alla vårdcentraler och kontakt och samordning ske direkt med de terapeuter som idag anlitas av den offentliga vården men inte finns inom organisationen. Så småningom behöver den psykiatriska vården byggas ut så att behandlingar av enklare symptom kan äga rum inom primärvården. Regionen behöver under 2024 påbörja avskaffandet av vårdval inom psykiatrin. Snabb, regelbunden samtalskontakt ska finnas tillgänglig för patienter med lättare ångest- och depressiva tillstånd.

Ett sätt att integrera folkhälsoperspektivet i arbetet inom primärvården och stärka fokus på jämlik hälsa är att skapa specialisttjänster för personal utbildade inom socialmedicin. De har som område att se människors hälsa och sjukdom i samspel med det övriga samhället. I dagsläget finns det bara ca 50 specialister inom området i hela landet, och bara fyra utbildningsplatser. Över hälften av de färdigutbildade är över 65 år eller äldre. Det vore bra för den skånska vården att ha dessa kompetenser i verksamheterna. Regionen bör arbeta tillsammans med utbildningsinstanserna i Skåne för att få till fler utbildningsplatser inom socialmedicin.

Digitalisering och e-hälsa – tillgänglighet efter behov

Digital vård har gjort stora framsteg de senaste åren. Vårdmöten via chatt och videokonferens, distanskonsultation, uppföljande besök, möjligheter att kommunicera via 1177 och följa sin journal på nätet kan öka tillgängligheten till den egna vården och ska användas när det uppfyller krav och önskemål för både personal och patient. De gemensamma journalsystem som håller på att införas är också efterlängtade och kommer att bli till stor nytta för hela vårdsystemet. Personalens delaktighet i utformning och tillgång till utbildning inom det nya systemet är viktigt att slå vakt om genom hela processen.

De digitala verktygen kan inte ersätta alla mellanmänskliga möten mellan vårdpersonal och patienter eller brukare. Makt över och insyn i den egna behandlingen kan förstärkas genom teknologi, men förtroende, omsorg och kvalitativa samtal behöver fysiska möten för att uppstå.

Övergångar till nya digitala verktyg behöver införas i samarbete med verksamheterna, över alla nivåer, och med lyhördhet för berörda patientgrupper och fackförbund. Från Vänsterpartiet vill vi se en strategi som vid införandet ser till att de digitala lösningarnas möjligheter inte utesluter någon: alla har inte tillgång till smarta telefoner, mobilt bank-id eller kan hantera den teknologi som krävs. Digitalt utanförskap eller otillräckliga

språkkunskaper ska inte minska ens möjligheter till vård, och om det exempelvis behövs en smart telefon ska den räknas som ett medicinskt hjälpmedel. Det behöver finnas alternativ och tid för patienter att anamma nya digitala verktyg, precis som det behövs tid för personalen att använda och utbilda sig kring de lösningar man nyttjar. Bredbandsutbyggnad behöver också hänga med över hela regionen, så att inte brist på tillgång till stabilt internet riskerar ens hälsa.

Sjukvård för de äldre

Vården om våra sköra äldre är en viktig del av samhällets grundfunktioner. Idag är det ett vanligt problem att äldre slussas runt i vårdsystemet och inte får rätt hjälp på rätt plats. Direktinläggningar behöver användas på alla Skånes sjukhus för att undvika utmattande flyttar, transporter och väntetider. Vi vill också införa ett system där medicinskt omotiverade flyttar av äldre klassificeras och redovisas som vårdskada. En vanlig orsak till att man som äldre blir inlagd är läkemedelsförgiftning. Många gånger hade det kunnat undvikas genom regelbundna kontroller och uppdaterade och tillgängliga läkemedelslistor. Förutom onödigt lidande för patienten ger felaktig förskrivning också dubbla kostnader: dels för läkemedel, dels i kostnader för vård som kunde ha undvikits. Vid mer än fem läkemedel hos äldre rekommenderar Socialstyrelsen att erbjuda läkemedelsgenomgångar minst en gång per år: det behöver finnas resurser för att följa detta.

I början av 2020 vann Vänsterpartiet gehör för att införa standardiserat insatsförlopp för demenssjukdom i Region Skåne. Arbetet med detta har skjutits på under pandemin, men är nu dags att ta tag i. Att anpassa demensvården individuellt efter patientens behov med tidiga SIP:ar i samverkan mellan kommun, region och socialtjänst är ett beprövat arbetssätt som kan främja en patientcenterad jämlik demensvård. Det är viktigt att modellen implementeras och efterföljs i verksamheterna för att främja god vård och omvårdnad.

Dagens samarbetsformer mellan Region Skåne och kommunerna kan förbättras: Hälsa- och sjukvårdsavtalen behöver breddas till fler områden så att alla patienter oavsett ålder, diagnos eller vårdform fångas upp. Att få rätt information om en patient ska vara en självklarhet, och att arbeta bort administrativa trösklar ger personalen ökad möjlighet att ge god omvårdnad till patienten.



Jämlik anhörigvård på frivillig basis

Många anhöriga vårdar ett sjukt barn, en förälder eller annan släkting i hemmet. Till följd av neddragningar i sjukvård och hemtjänst har de frivilliga och ofrivilliga anhörigvårdarna ökat dramatiskt under de senaste åren. Av Sveriges 1,3 miljoner anhörigvårdare arbetar de flesta fortfarande parallellt, men forskning visar att vården går ut över arbetet.

Din klasstillhörighet och härkomst påverkar vilken typ av omvårdnad du får av vem. Anhörigomsorgen har över tid ökat mest i gruppen äldre med låg utbildning och lägre inkomst, medan äldre eller anhöriga med mer pengar kan köpa tjänster på den privata marknaden. Det är också vanligare att kvinnor med låg inkomst och med invandrabakgrund ger omsorg till anhöriga än högutbildade män med hög inkomst som är födda i Sverige. Kunskap om rätt till anhörigstöd är också lägre i grupper av människor som invandrat till Sverige.

Var sjätte kvinna går ner i arbetstid och mer än dubbelt så många kvinnor som män slutar arbeta helt när de vårdar en anhörig. Det påverkar både det egna måendet, ekonomin och pensionen. Hur arbetet påverkas styrs av om hen känner psykisk stress, om det medför ekonomiska problem och hur hen upplever anhörigvården (som tillfredställande eller inte). För en bra vård i hemmet behöver all information om patienten samlas så att både kommun och region kommer åt den. Det behöver vara en del av HS-avtalen.

Både regionen och kommunerna i Skåne behöver ta sitt ansvar i att stödja de anhöriga som vill vårda och se till att välfärden räcker till för de som behöver sjukvården och omsorgens resurser.

Utvecklingen av en tudelad välfärd där den kommunala hemtjänsten utgör grunden och privat vård (med RUT-avdrag) finns för de som kan betala drar isär den solidariska välfärdsmodellen. Det är behoven som ska styra det stöd man får, inte storleken på plånboken.

Våld i nära relationer och sexuella trakasserier

Alla har rätt till ett liv fritt från våld. Våld i nära relationer är ett folkhälsoproblem där kvinnor och barn drabbas främst.

Region Skånes ansvar ligger både i att förebygga, upptäcka och behandla följder av våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor och barn. Det sker främst i möte med sjukvård och tandvård och kräver tillit i mötet med patienten och en trygg kommunikation, vilket visar på hur viktigt det är med tillgång till professionella tolkar när det finns behov av det. Det behövs också en god planering i tillgång till trygga miljöer och samverkan med kommuner, socialtjänst och skolor.

Det är viktigt att de rutiner som finns för att upptäcka om barn finns i närhet till

våldsdrabbade följs eftersom våld alltid utgör en risk för även barnets hälsa. De särskilt utsatta grupper som finns med i regionens framtagna riktlinjer mot våld i nära relationer behöver också fortsätta prioriteras. Att regionens samlade mottagning för personer utsatta för sexuellt våld startar upp under 2024 är väldigt positivt.

Beredskap, uthållighet och jämlik tillgång till rätt läkemedel

Pandemin medförde att frågor kring uthållighet och tillgång till läkemedel och sjukvårdsmaterial sattes i fokus. Bristerna har varit stora i hela landet. Beredskapsfrågor i kris har varit underprioriterade och övertron på just- in-time och marknadens förmåga att lösa samhällsproblem har skapat svagheter i våra system. Det är bra att regionen skaffat eget läkemedelslager efter pandemin, man bör också ta initiativ till egen produktion av olika typer av vaccin tillsammans med övriga regioner. För ett litet land som Sverige är egen produktionskapacitet nödvändigt.

Vårdplatsläget är besvärligt även i välmående fredstid men direkt katastrofalt vid kris. 1993 hade Sverige 4300 IVA-platser medan det idag finns 477 stycken. Ambitionen att till viss del kompensera neddragna vårdplatser med förstärkning av primärvården är god men långtifrån tillräcklig.

Frågor om beredskap handlar också om personalkompetens och bemanning. Att minska på inhyrd personal och vara noga med utbildningsinsatserna är därför också en viktig del av krisberedskapen.

Regionens utgifter för läkemedel är en stor och växande utgiftspost. Det finns nya läkemedel som är bra men dyra och väger tungt som utgift. Samtidigt finns det medicinsk omotiverade skillnader i förskrivning som är svåra att förklara, till exempel visar studier att högutbildade män i högre utsträckning får tillgång till nyare läkemedel än andra grupper. Felaktig förskrivning ger patienter onödiga läkemedelsbiverkningar och kostar pengar som kunde ha använts på ett bättre sätt.

Ambulans, akut vård snabbt på plats

Ambulanssjukvården är alldeles för viktig för att drivas av olika privata företag, men i två av Skånes fyra ambulansdistrikt är det så det fungerar idag. Det som skett tidigare är att upphandlingsavtal fått rivas när företag går i konkurs och regionen fått plocka upp verksamheten med stora förluster. Huvudskyddsombud på Vårdförbundet har också varnat för att målen för verksamheten inte spelar någon roll när samma företag som misslyckats tidigare år återigen får förlängda avtal i ambulansdistrikten.

Det har också visat sig att arbetstidslagstiftningen inte alltid respekteras av de privata utförarna. Det innebär en stor medicinsk risk när personalen inte får den tid för återhämtning som de behöver. Olika kollektivavtal och skillnader i antal visstidsanställningar och tillsvidareanställningar håller nere kostnader för de

privata bolagen på personalens bekostnad. Samma personal har också arbetat för mer än en arbetsgivare under samma tidsperiod vilket försvårar tillämpningen av arbetstidslagstiftningen. Olika utförare innebär också olika typer av ambulanser med utrustning organiserad på olika sätt vilket ökar risken för osäkerhet och spilltid i direkt livsavgörande situationer. Med en sammanhållen organisation kan regionen arbeta med att se till att dirigeringen fungerar över hela Skåne och att likartade behandlingsriktlinjer gäller för all prehospital verksamhet.

Att psykiatriambulansverksamheten utökas är väldigt bra. Ambulanser med särskild kompetens för patienter drabbade av stroke är ett också alternativ som bör utredas för att säkerställa jämlik vård i de delar av Skåne där det är en längre sträcka eller det tar längre tid till sjukhusvård.

Avgifter inom vården

Att priserna för behandlingar betyder mycket för de som ska söka och betala för dem är bevisat inom forskning. Eftersom även små prishöjningar har en stor avskräckande effekt för ekonomiskt utsatta tycker vi att avgifterna i vården alltid ska vara så låga som möjligt – att söka vård ska aldrig bero på om du har möjlighet att ekonomiskt prioritera det. På sikt bör merparten av vården bli avgiftsfri.

Region Skåne behöver dock redan nu se över sina vårdavgifter. Avgifter har införts för flera patientgrupper och priserna ökat för andra. Kroniskt sjuka eller funktionshindrade är patientgrupper vars räkningar till sjukvården kan bli väldigt höga samtidigt som patienternas inkomster inte hänger med, speciellt inte med nuvarande inflation och höjda priser i så gott som alla levnadsomkostnader.

Vi vill införa ett regionalt högkostnadsskydd för de som ligger inskrivna länge på sjukhus, en liten men ekonomiskt utsatt grupp vars tillfrisknande kan riskeras av oro kring höga sjukhusräkningar, och utreda ett högkostnadsskydd för hjälpmedel tillsammans med kommunerna.

Regionen behöver ta bort sina straffavgifter. För det första är det redan styrkt att de inte fungerar – de har ingen effekt på faktiska besök. De drabbar också människor som missar sina besök i pressade situationer, till exempel vid kallelse till eftervård inom psykiatri. Att ha ett system där känsliga patientgrupper ska straffas ger uttryck för en hård människosyn som kan få brutala konsekvenser i form av skuldsättning och sämre mående. Avgifterna betalas exempelvis inte av socialtjänsten och inkluderas inte i högkostnadsskyddet. Det riskerar att människor som behöver vård tvekar att boka tid om de får straffavgifter. Långsiktigt skadar det förtroendet för vården, en tillit som om den finns kan göra skillnad mellan liv och död.

Psykisk ohälsa och psykiatrisk vård

Den psykiska hälsan försämras i befolkningen och går långt ner i åldrarna, och sociala orsaker bidrar ofta. Det förebyggande arbetet är lika viktigt inom psykisk hälsa som inom fysisk, och ett nära regionalt samarbete med bland annat elevhälsa och civilsamhällesorganisationer kan vara till stor hjälp för att minska effekterna av psykiska påfrestningar, stress, oro och ångest. Samverkan med kommunerna och satsningar på kontaktpersoner är också väldigt viktig, att många faller mellan stolarna ansvarsmässigt får potentiellt förödande konsekvenser. För att hantera den psykiska ohälsan behövs tillskott till psykiatrin, men också ett än starkare fokus på hur samhället kan ordnas för att minska riskfaktorer för psykisk ohälsa.

När det kommer till vård är det viktigt att mottagandet blir lika självklart som vid fysiska problem, att trösklarna är låga och ingångarna lätta att hitta. Idag är det stor skillnad på tillgång till psykiatrisk kompetens inom vården beroende på var i Skåne du bor, vilket tidigare nämnts inom avsnittet om primärvård. Psykiatrin är bra på att använda digitalisering för att öka tillgängligheten för de som vill via digitala möten och chatt, modeller som fungerar bra för flera patientgrupper. Samtidigt behöver det finnas tillgång till vård inom rimligt avstånd. Med en utbyggd verksamhet på fler orter kan fler människor få hjälp närmare hem och slippa bli inlagda på en slutenvårdsavdelning. De stängningar vi sett under året, bland annat i Kristianstad, sätter människor i behov av vård i en ännu svårare situation.

Psykiatrin är en av de delar inom vården som tappat flest vårdplatser, trots ökande ohälsa och ökande befolkning. Köerna är långa för många diagnoser vilket orsakar onödigt lidande och risk för förvärrade sjukdomstillstånd. Det måste finnas en väl utbyggd sammanhållen specialistvård med mycket bättre tillgänglighet än idag. För personalens del behövs satsningar på återhämtning, god arbetsmiljö, teamarbete och fler kollegor.

Mellanvårdsverksamheten, dagvården, brukarstyrda inläggningar och de mobila teamen behöver utvecklas och utökas till fler orter. Steget mellan slutenvårdens fulla kapacitet och vad som kan erbjudas inom öppenvården är alltför stort, och övergångarna mellan olika vårdformer behöver också förbättras. Ingen ska behöva skrivas ut utan att nästa steg är känt.

Det brukarinflytande som finns inom psykiatrin är också bra och behöver stärkas, till exempel PEER-support och brukarrevisioner. De människor som är i behov av vård har bäst möjlighet att bedöma om den fungerar och ska därför också ha ett större inflytande över hur den utförs. Resurser behöver ges till de olika patientföreningar som finns och nya kanaler behöver skapas för ett utökat brukarinflytande på alla nivåer.

Den ökade förskrivningen av läkemedel mot exempelvis depression, ADHD och ångest som getts unga patienter hos digitala nätläkare behöver följas upp och regionen behöver säkerställa att patientsäkerheten uppfylls även för dessa patienter.

Kvinnors psykiska hälsa

Kvinnors psykiska ohälsa är ett samhällsproblem och dess lösningar måste prioriteras. Ångestproblematik och utmattning har ökat, går ner nedåt i åldrarna och är en allt vanligare orsak till sjukskrivning för kvinnor idag.

Det är viktigt att inte medikalisera strukturella problem. Kvinnors psykiska ohälsa beror ofta på en arbetsmiljö som inte fungerar, men också på den ojämställdhet som finns i samhället där kvinnor tar ett större ansvar för omsorg och arbete både i hemmet och på arbetsplatsen.

Precis som i annan sjukvård behöver det inom psykiatrisk vård snabba insatser utan långa väntetider. På nationell nivå måste utvecklingen inom sjukförsäkring gå framåt så att kvinnor kan få ekonomiskt stöd under sjukskrivningar med t.ex. smärtsymtom. För att kvinnors hälsa generellt ska bli bättre behöver utvecklingen mot ett mer jämställt samhälle gå snabbare.

Barn och ungas psykiska hälsa

Ungas psykiska hälsa ska vara fri från vinstjakt. Alla sökande ska få samma chans att möta team med bred medicinsk kompetens inom den offentliga vården. De behöver ett ökat stöd för att göra vården mer tillgänglig för de barn och unga som behöver den.

Även för barn och ungas psykiska hälsa är det viktigt med förebyggande stöd i de miljöer som de vistas i dagligen. Samarbete med kommunerna och det förebyggande arbetet behöver stärkas för att förbättra barn- och ungdomspsykiatrin. Här behöver regionen arbeta tillsammans med skolan, elevhälsan, ungdomsmottagningarna, kommunernas fritidsverksamhet och barn- och ungdomspsykiatrin, som alla bidrar med olika kompetenser och ingångar.

Även om försöket att vårdvalsutsätta barn- och ungdomspsykiatrin misslyckades finns det fortfarande vårdval inom neuropsykiatriska utredningar. Tyvärr gör det att företagen kan plocka ut vinst samtidigt som vården splittras upp efter enskilda diagnoser. Årsrapporter från 2022 från företag som gör utredningar av ADHD hos barn visar att man tog ut vinster på över 30 procent: en tredjedel av de skattepengar som skulle gå till barnen gick till ägarvinst. Många av företagen har dessutom problematiska band till läkemedelsindustrin. Det finns risk att möjlighet till vinst ökar antalet utredningar och diagnoser, oavsett barnens mående.

God vård vid beroendesjukdom

Vården vid beroendesjukdom är väldigt viktig och behöver vara fri från moraliska pekpinningar. Satsningar på LARO-vården och övrig missbruksvård behöver hållas uppe och olika alternativ inom behandlingsmetod och metodik behöver utvecklas.

Det är viktigt att regionen får statistik för de som söker vård, både de som ingår i program och de som faller ur, för att ge en verklighetstrogen bild av målgruppens vidd och behov för att kunna styra resurser till verksamheten. Idag är LARO och missbruksvård vårdvalsutsatt och både villkor för ackreditering kontroll av avtal behöver ses över. På sikt behöver även

denna del av vården ligga inom offentlig regi för att stärka goda samarbeten mellan andra vårdinstanser, kommun och socialtjänst. Beroendesjukdomar som missbruk, spelberoende och annan samsjuklighet behöver också uppmärksammas. Vi vill se ökat samarbete mellan akutsjukvård, beroendecentrum, vårdhem och myndigheter för att minimera risken att personer med missbruksproblematik hamnar mellan stolarna.

Det är väldigt positivt att projektet med Naloxon i sprayform till personer med missbruksproblem fungerat så pass väl. Många har nåtts, liv har kunnat räddas och det är positivt att behandlingsformen övergått till reguljär behandling. Det är dock viktigt att finansieringen motsvarar kostnaden för utförandet för att metoden ska vara användbar och komma alla med behov till dels.

Vi är också positiva till fortsatta satsningar på mottagningar riktade till ungdomar och unga vuxna i behov av missbruksvård. Även detta ska ske i samverkan med kommunerna. Det utgör en viktig insats för att förebygga missbruk och att erbjuda stödet i ett så tidigt skede som möjligt. Mottagningarna bör vara spridda över Skåne för en ökad jämlikhet. Grupper som är extra utsatta för riskbruk och psykisk ohälsa bör prioriteras, så som ungdomar och vuxna med hbtqi+-tillhörighet.

Traumabehandling i Skåne

Många både barn och vuxna som anländer till Sverige bär med sig svåra trauman från krig och tid på flykt. Mottagande och behandling för dessa personer behöver vara gott, och verksamheten för krigsskadade och torterade behöver stärkas. Röda Korsets arbete inom dessa områden är oerhört viktigt och behöver stötts och utvecklas. Samtidigt behöver fler former utvecklas för att möta de behov som finns.

Vi vill se en satsning på ökad anställning av PTP-psykologer (praktisk tjänstgöring som psykolog). Det är en viktig satsning inför framtiden i ett läge där väntetider för exempelvis behandling och terapi för posttraumatiskt Stressyndrom (PTSD) kan vara uppemot ett år långa.

Tandhälsa

Tandhälsa är en viktig del av folkhälsan och Sverige har en lång historia av brett täckande vård för alla åldrar inom tandhälsan. Forskning visar samband mellan flera symptom i munnen och kroppen, exempelvis mellan tandlossning och bukspottkörtelcancer – en riskfaktor som kan avvärras med förbättrad munhygien. Trots det är tandvårdssystemet uppbyggt vid sidan av sjukvårdssystemet, trots att tänderna onekligen är en del av kroppen.

I Skåne är Folktandvården ett eget bolag uppdelat i olika vårdval. Det splittrar verksamheten, inte minst när det gäller tandvård för barn och unga. Det är viktigt att Folktandvården trots denna driftsform ges goda förutsättningar för att anpassa sin verksamhet efter patienternas behov, inte efter vinstmaximering. Tillgången över regionen behöver vara god och kliniker som stängt behöver öppnas igen.