

MALMÖ ARBETAREKOMMUN

Sjukvårds och omsorgs program

Ett sjukvårds- och omsorgsprogram är tänkt att lyfta fram och betona de frågor som är särskilt viktiga för malmöborna och för deras hälsa. Men också för att Malmös förtroendevalda i såväl kommun, region och stat ska kunna driva en politik som bäst tillgodoser malmöbornas behov.

Bakgrund

En god hälsa och en bra sjukvård och omsorg är något som de allra flesta värderar högt. Detta visar sig ofta i samtal, i engagemang och undersökningar, när olika samhällsfrågor värderas. Även om vi i Sverige har en mycket god hälsa i ett internationellt perspektiv så är hälsan ojämnt fördelad. Antalet äldre äldre ökar och deras behov av sjukvård är stort och många av dem vårdas utanför sjukhuset.

Vi vet att när arbetslöshetssiffrorna stiger får det konsekvenser för hälso- och sjukvården. Arbetslöshet och fattigdom är en hög riskfaktor för ohälsa.

Det borgerligt styrda Region Skåne hade redan innan den globala finanskrisen betydande ekonomiska svårigheter och vi kan förvänta oss smärtsamma ingrepp i den offentliga vården medan privata lösningar gynnas.

Därför är det viktigt för oss socialdemokrater i Malmö att tala om för malmöborna hur vi vill att sjukvård och omsorg ska fungera bra för alla i Malmö.

Detta är inte ett heltäckande dokument för sjukvård och omsorg i Malmö. Dels finns det en mängd olika program som redan är "sjösatta" i Malmö kommun. Dels finns det Skånepolitiska programmet som för närvarande får en översyn. I Malmö Arbetarekommun arbetar vi fram ett nytt kommunalpolitiskt handlingsprogram inför nästa mandatperiod och på kongressen antog socialdemokraterna i Sverige ett nationellt förslag till hälso- och sjukvårdspolitiskt program.

Historik

I Malmö Arbetarekommuns verksamhetsplan för 2008 beslöt årsmötet att en programgrupp skulle tillsättas. Styrelsen tillsatte denna grupp efter grundorganisationernas nomineringar. Gruppen har arbetat under hösten 2008 och våren 2009 och halvtidsredovisat vad man kommit fram till på årsmötet 2009. Styrelsen sände programmet på remiss i organisationen fr.o.m. augusti 09 och föreningarna Fosie s-förening, Kirsebergs s-förening och kvinnoklubb och Tjänstemännens s-förening, samt SEKO- s-förening och Hyllie-Kroksbäcks s-förening inkom med remiss-svar som inarbetats till allra största del.

Nils T Svensson
Ordförande

Deltagare: Florentina Bajrami, Sylvia Björk, Rose-Marie Carlsson, Elsa Hansson, Naser Hasan, Daniel Hedén, Ewert Jönsson, Malte Lindborg, Birgitta Nilsson

Med bistånd av partikamraterna Per-Olof Olofsson och Carina Svensson och ordf i HSO Skåne Gert Igheden och läkare på UMAS och inom primärvården i Malmö.

Sekreterare: Eva Holmström

Vision

Oavsett i vilken del av Malmö man bor i ska alla ges möjlighet till ett bra och friskt liv oavsett var eller när man är född.

Hälso- och sjukvården ska fördelas efter behov, vara demokratiskt styrd och finansieras solidariskt via skatten.

Hälso- och sjukvården har begränsade resurser och därför måste ständiga prioriteringar göras kring sjukvårdens utveckling. Ibland får vi ompröva tidigare beslut, lägga ner verksamhet som inte är välfungerande eller lika aktuella att ha, då nya behov och möjligheter gör sig gällande. Vi ska sätta målen och mot dessa ska vi ständigt sträva.

Det finns orättvisor och klyftor i levnadsstandard och livsförutsättningar. Antalet människor som lever i ottrygghet p.g.a. arbetslöshet och sjukdom har ökat till följd av orättvisor, klassklyftor och försämringar i det sociala skyddsnetet. Fortfarande är det föräldrarnas utbildning och inkomst som avgör vilka förutsättningar som barn och unga har.

Vi socialdemokrater måste vara envisa, och i vår samhällskritik prioritera bekämpandet av sociala skillnader. Vi kan inte acceptera att klasstillhörigheten avgör vilken sjukvård och omsorg som den enskilde ska få. Vi kan inte alltid utgå från våra egna erfarenheter av vården utan ska söka kunskap om medborgarnas hälsa och hälsans fördelning i olika grupper i befolkningen. Den vård och omsorg som ges i Malmö ska utgå från Malmös befolkning och utveckling. Likabehandlingsprincipen är självklar och vi motsätter oss alla former av diskriminering, trakasserier och annan kränkande behandling inom vården. Detta betyder inte alltid lika behandling utan vård ska ges utifrån människors lika värde, behov och individuella förutsättningar

Vi vill behålla sjukhusen och fram för allt den högspecialiserade vården i offentlig regi, så att samverkan mellan specialistsjukvård, forskning och avancerad utbildning bibehålls.

Oavsett driftsform ska samhället garantera att den sjukvård och omsorg som ges är trygg och säker.

Barn och ungdomar, psykiskt sjuka, kroniskt sjuka och äldre är grupper med ofta stora vårdbehov men som samtidigt har svårigheter att kommunicera dessa. Dessa gruppers behov ska särskilt beaktas.

Vi vill bli friskare

Hälsan är värdefull. Jämfört med övriga världen är hälsoläget generellt sett mycket gott i Sverige. Under 1900-talet ökade medellivslängden från knappt 56 år till 78 år för män och 83 år för kvinnor (2008). Detta tack vare en välfärdspolitik som minskar risken för ohälsa och på en utveckling av hälso- och sjukvården. Den ökande medellivslängden är en fantastisk välfärdsframgång men som samtidigt ställer nya krav på hälso- och sjukvården med allt fler äldre äldre.

Framtiden

Vad vi nu ser framför oss är en åldrande befolkning och färre i arbetsför ålder även om det i Sverige föds fler barn än i andra OECD-länder bland annat beroende på föräldraförsäkringen

och utbyggnaden av förskolan. Dock föder vi barn allt senare, studerar längre och etablerar oss på arbetsmarknaden allt högre upp i åldrarna och livsarbetstiden har blivit kortare för varje generation.

Dagens äldre klarar sig själva och är friska långt upp i åldrarna men de sista åren innebär ofta täta kontakter med sjukvården och stora insatser av omsorgen. Aldrig förr har så många och så sjuka vårdats hemma. Detta ställer särskilda krav på verksamheternas samordning, vilket ibland brister mellan de olika huvudmännen.

Sjukvårdens utveckling

Sjukvårdens tekniska utveckling går med en rasande fart. Detta ställer krav på investeringar i ny utrustning, bättre lokaler och ständig fortbildning av personalen. Nya medicinska landvinningar och ny teknisk apparatur ställer nya krav på personalen. Det är viktigt att personalen får möjlighet att utveckla sina arbetssätt i team, för bästa möjliga resultat och för en god arbetsmiljö.

Även utvecklingen av nya läkemedel går snabbt. Det kommer ständigt nya och dyra men effektiva läkemedel som ofta ökar livskvaliteten för de drabbade patienterna. Områden där utvecklingen går särskilt snabbt är reumatologi och behandlingen av cancersjukdomar. Om hälso- och sjukvården ska kunna ge den bästa vården till alla patienter är det viktigt att det finns ekonomiskt utrymme inom vården för att hantera dessa ökade kostnader. Ofta skapar sjukvården utveckling och insatser samhällsliga vinster i form av bättre hälsa och färre sjukskrivningar i befolkningen. Dessa vinster påverkar då inte vårdens egna ekonomiska utrymme i någon större utsträckning. Omvänt kan uteblivna satsningar inom kommun, region och stat påverka hälso- och sjukvårdens ekonomi negativt när risken för ohälsa ökar. Det är viktigt att dessa effekter på ett bättre sätt identifieras så att rätt incitament kan skapas inom respektive huvudmans verksamheter.

Vi kan alltså konstatera att trots att vi idag kan förebygga, behandla och bota en hel del sjukdomar, så är bedömningen att välfärden kommer att kosta mer på 15-20 års sikt. Vi socialdemokrater måste då stå upp för en solidarisk gemensam finansiering samtidigt som vi ska garantera en god sjukvård och omsorg till alla när de behöver det.

Vårt Malmö

Malmö är fantastiskt. En stad som sedan den grundades genomgått en rad olika stora förändringar. Sillastad, handelsstad, industristad och nu kunskaps-, media och utbildningsstad. Med Öresundsbron har Malmö med omgivningarna och övriga Skåne blivit en av de snabbast växande storstadsregionerna inom EU.

Perioden från 1970 till 1985 var en period av tillbakagång i Malmö; befolkningen minskade med 35 000 medan den ökade i övriga Skåne. "Gröna vågen" kallade vi det.

En vändpunkt kom av mitten av 1980-talet. Sedan 1995 har befolkningen ökat med 51 000 nya malmöbor vilket kan jämföras med en normalstor svensk stad. Ökningen är procentuellt dubbelt så hög som i övriga Skåne och högre än i Göteborg och Stockholm.

Malmö kommun har arbetat fram olika befolkningsutvecklingsscenarier och i det högre alternativet ökar Malmö med 4700 personer/år. Befolkningstillväxten 2008 översteg denna siffra och var 5734 och under 2009 beräknar man att Malmös befolkning ska öka med 7000 nya innevånare. Befolkningsökningen går alltså snabbare än väntat i Malmö och kan passera 300 000 under 2010. Malmö är jämfört med många andra svenska kommuner gynnad eftersom vi har en så ung befolkning i Malmö. Många väljer att stanna kvar och det föds många barn.

Samtidigt blir våra äldre allt äldre och därmed i behov av allt mer vård.

I Malmö som helhet är 24 % av befolkningen födda utanför Norden, att jämföra med 14 % för Skåne och 11 % för hela landet.

Storstädernas befolkningstillväxt domineras av utlandsfödda personer. I Malmö är den störst, hela 87 %. Danskar är den största invandrargruppen.

Friska eller sjuka malmöbor – en fråga om klassklyftor!

I Malmö finns det goda förutsättningar att leva ett gott liv. Det är nära till havet, det finns många parker, ett rikt föreningsliv, många mötesplatser, tillgång till bra kommunikationer, cykelavstånd till det mesta och många möjligheter till utbildning och arbete inom rimliga avstånd. Staden är planerad med många grönytor och förskolor och skolor i nära anslutning till bostadsområdena och har ett rikt kulturliv.

Det är naturligtvis positivt att vår stad växer och att vi kan leva länge här, men det ställer samtidigt krav på att offentlig service som förskolor, skolor, barnhälsovård, elevvård, äldreboende och sjukvård byggs ut jämte bostäder och kollektivtrafik. En flerspråkig stad ställer också krav på att omsorgen och hälso- och sjukvården anpassar sig efter malmöbornas behov.

Malmö har också storstadens baksidor. Ensamhet och isolering. Arbetslöshet och segregering. Trångboddhet och hemlöshet. Missbruk och psykisk ohälsa. Föroreningar och ohälsosamma miljöer. Allt detta påverkar hälsoläget. Det behövs därför ett aktivt och målinriktat arbete som utgår från individens behov och främjar de äldres behov och beaktar behovet av att sjukvård och omsorgen också anpassar sitt arbete utifrån en befolkning med en mångfald av ursprung.

Sjuklighetens orsaker

Människors behov av sjukvård och omsorg har många orsaker. Många sjukdomar är starkt kopplade till den livssituation man lever i, medan andra är ärftliga. Vi kan aldrig acceptera att människor som lever i svåra omständigheter också oftare blir sjuka och sjukare. Faktorer som är starkt kopplade till ohälsa är arbetslöshet, trångboddhet, och att inte kunna påverka sitt eget liv. Social isolering är den enskilt viktigaste faktorn för insjuknande i psykisk sjukdom. Den dagliga påfrestningen att leva i ett område där den sociala ordningen är låg är t ex starkt kopplat till depressionstillstånd. Många mår mycket bra i Malmö. Malmös välfärdsindex rankar varje år stadsdelarna efter ett så kallat välfärdsindex. I 2008 års välfärdsredovisning för Malmö stad rankas Limhamn-Bunkeflo högst, följt av V Innerstaden och Husie. Sämst mår malmöborna i delar av Södra Innerstaden, Fosie och Rosengård. Skillnaderna i medellivslängd är större mellan stadsdelarna i Malmö än mellan Malmö och norra Skåne. Sådana orättvisor kan vi som socialdemokrater aldrig acceptera!

Mäter vi rätt och rättvist?

För att få veta hur skåningarna mår skickas hälsoenkäter regelbundet ut. En del av de uteblivna svaren kan förklaras av att en stor andel av malmöborna inte svarar på dem därför att de endast ges ut på svenska. Andra förstår inte varför man ska fylla i sådana enkäter och några är oroliga för var svaren ska hamna och sålunda blir bortfallet av inkomna svar större från dem som kanske har de största behoven, och resultaten av undersökningarna blir mer osäkra.

Det har också visat sig att det är lägre registrering av låginkomsttagare i de nationella registren för behandling av olika sjukdomar, vilket ytterligare snedvrider bilden av hur hälsoläget och vården fördelas.

Hur kan man mäta?

Care Ned Index (CNI) är ett sätt att väga samman flera olika socioekonomiska riskfaktorer. Arbetslöshet, födelseland och utbildning är exempel på sådana faktorer. Andel nyinflyttade är ett tecken på rörligheten i befolkningen. Förutom de fem som finns i tabell 1 nedan beaktas ensamstående äldre, ensamstående föräldrar och andel barn under 5 år när CNI används. Tabellen nedan visar en jämförelse mellan Malmös stadsdelar och förhållande till övriga Skåne och Sverige med hjälp av 5 olika faktorer i CNI.

Tabell 1

	Andel arbetslösa (%; okt 2008)	Födda utanför Norden (%)	Andel nyinflyttade (%)	Andel med högst förgymn utb	Andel med högst gymn utb
Limhamn	2,5	8	4	7	29
V:a innerstaden	3,4	9	6	6	29
Husie	4,0	14	3	12	41
Oxie	3,4	14	4	13	44
Centrum	4,5	19	11	7	29
Hyllie	6,2	26	4	13	39
Kirseberg	5,6	23	6	13	39
S.a innerstaden	6,0	30	10	10	34
Fosie	7,4	39	6	16	43
Rosengård	10,1	57	6	17	37
Skåne	4,2	13	3	12	39
Sverige	3,9	10	1	12	40

Att särskilt observera:

- Antalet ensamstående är större i storstäder jämfört med övriga landet.
- Malmös ensamstående har särskilt låga inkomster
- Malmös ensamstående föräldrar har också lägre inkomster jämfört med övriga landet och Skåne vilket sannolikt beror på den långvarigt höga arbetslösheten i Malmö

Samband ohälsa och sjukdom

En ökad risk för ohälsa hänger samman med, men är inte samma sak som, ett ökat vårdbehov. Människor söker inte vård för att de är arbetslösa eller inte har gått ut gymnasiet, utan för att de är sjuka eller skadade. Men vi kan anta att om vi inte gör något åt bristande utbildning, arbetslöshet, trångboddhet, och en livsstil med rökning och dålig kosthållning, kommer de faktiska vårdbehoven fortsatt att vara höga och öka. Detta motiverar därför också större insatser av förebyggande och hälsofrämjande arbete speciellt inom socioekonomiskt utsatta områden.

Det finns sju vårdtunga patientgrupper som konsumerar en stor del av sjukvårdens kostnader: cancer, slaganfall, hjärtsjukdomar, höftfrakturer, förslitningar i knä och höfter, ångest och depressioner samt psykoser. Dessa sjukdomar kan drabba vem som helst. Men om du har en dålig kosthållning, röker eller dricker, har ett tungt arbete eller en besvärlig social situation med arbetslöshet och trångboddhet så *ökar* risken för dessa sjukdomar.

Till detta kan läggas de försämringar som genomförts av sjuk- och arbetslöshetsförsäkring vilket drabbar de utsatta allra mest och leder till en ökad fattigdom.

I Malmö har en påfallande hög andel av befolkningen aldrig omfattats av sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen utan har blivit beroende av försörjningsstödet.

Bra vård för alla malmöbor !

Region Skåne är sjukvårdshuvudman för sjukvården i Skåne. Också i Malmö. Så var det inte tidigare då Skåne var uppdelat i två landsting och Malmö Kommun var sin egen sjukvårdshuvudman. Malmöborna har sedan lång tid tillbaka varit vana vid att ha ett centralt placerat sjukhus med bra vård dit man vände sig. Det tog lång tid innan man började bygga vårdcentraler runt om i Malmö och fortfarande behövs en utbyggnad av primärvård i Malmö. Störst behov av utbyggnad i fysisk mening finns i område som Lindängen, i utbyggnadsområde som Hyllie och Klagshamn, Husie och i V Hamnen. Men kravet om utbyggnad av primärvården får inte begränsas till att endast gälla byggande av nya vårdcentraler utan också en ökning av de personalgrupper som tar emot patienter för vård och behandling.

Malmö har ganska gott om läkare, men många är privatpraktiker och lokaliserade mitt i stan. Malmö skulle alltså behöva en bättre geografisk fördelning av läkarresurserna.

I de delar av Malmö där befolkningen mår sämst, i delar av Rosengård, Fosie och Södra Innerstaden krävs samordnade insatser från många olika delar av kommunens verksamheter där primärvården också är en viktig aktör. Malmö behöver tydligt identifiera och profilera sina behov av primärvård.

De allra flesta som kommer i kontakt med sjukvård och omsorg är nöjda med den vård man får. Ändå kan vi konstatera att vården inte är jämlik. Några exempel:

- Kvinnor och äldre personer har länge fått äta medicindoser utprovade på unga friska män.
- Kvinnor och äldre med hjärtinfarkt får sämre behandling än män och yngre.
- Låginkomsttagare behandlas med äldre och billigare läkemedel än höginkomsttagare
- Föräldrar med hög inkomst söker oftare vård för sina barn och får oftare utskrivet antibiotika
- Region Skånes egenvårdsguide gavs endast ut på svenska. Detta och bristen på flerspråkig personal leder till att många malmöbor inte uppmärksammar allvarliga symtom i tid men också att man söker vård för symtom som inte är absolut tvunget i ett välfärdsland som Sverige.
- Det finns stora skillnader i kunskaper som patient kring vilka rättigheter man har.

Utöver detta kan vi konstatera att det sedan många år tillbaka finns en frustration hos många malmöbor över att man *inte* alltid får vård när man upplever att man behöver det. Många är berättelserna om hur det känns när man inte kommer fram per telefon till vårdcentralen. Det finns stora brister i tillgängligheten på vissa vårdcentraler. Detta skadar förtroendet för framför allt den offentliga vården och om inte den offentligt drivna vården kan möta upp mot de behov som finns så banar det väg för ytterligare privatiseringar inom vården och privata försäkringslösningar.

Vi måste också vara självkritiska. Samarbetet mellan olika instanser som försäkringskassa, socialtjänst, arbetsmarknadsmyndigheter m fl är inte alltid så bra. I den stora massan försvinner individens behov och det är alldeles för lätt att tappa fotfästet. Dock finns Finsam som är ett projekt är som står för finansiell samordning mellan försäkringskassa, arbetsförmedlingen, region Skåne och Malmö kommun. Det är en unik möjlighet att utveckla välfärdsarbetet.

Behövs fler vårdplatser i Malmö?

Med tanke på Malmö snabbt växande befolkning kan man tycka att svaret skulle vara ett enkelt ja. Men om det behövs fler vårdplatser i Malmö diskuteras livligt. Å ena sidan kan den öppna vården förbättras och ta ett allt större ansvar vilket på sikt minskar behovet av slutenvård. Å andra sidan ökar befolkningen i Malmö kraftigt vilket verkar i motsatt riktning. Det kan också konstateras att många vårdavdelningar på UMAS är för små för ett effektivt patientflöde. UMAS vårdavdelningar måste därför moderniseras och göras ändamålsenliga. En sådan investering skulle påverka det totala behovet av antalet vårdplatser. Vi kan dock konstateras att det inte är rimligt att patienter kommer i kläm i diskussionen mellan Region Skåne och kommunerna i ansvarsfrågan. Utvecklingen av UMAS är inte enbart en fråga för malmöborna.

Samarbete UMAS - USIL (Lund)

Ett samarbete mellan de två universitetssjukhusen i Malmö och Lund har diskuterats sedan 1990-talet. Främst för att stärka den medicinska forskningens konkurrenskraft. Genom att arbeta processinriktat i ett projekt kallat PROLUMA i Region Skåne har ett samarbete mellan olika kliniker växt fram. Detta är positivt. Den borgerliga alliansen i region Skåne har dock valt (i skrivandes stund nov 2009) att ta initiativ till att helt slå samman sjukhusen i Malmö och Lund men på vilket sätt detta gynnar patienterna och personalen framgår inte. Viktiga utvecklingsarbete som minskar lidande och köer inom vården och ger kortare beslutsvägar med bättre arbetsmiljö för personalen riskeras. Det får absolut inte bli mer komplicerat att få tillgång till högspecialiserad vård för patienterna.

Hälsoval Skåne

Den 1 maj 2009 infördes ett nytt ersättningssystem i den skånska primärvården, kallat Hälsoval Skåne, som innebär att vårdcentralernas ersättning i högre grad beror på patienternas val av vårdenhet. Ersättningen är även viktad efter patienternas risk för ohälsa utifrån socioekonomiska faktorer. Stadsdelen Rosengård har ett fördelningstal (CNI) som är mer än dubbelt så hög som genomsnittet i regionen samtidigt som sjukligheten är mindre än genomsnittet i en del fall, vilket kan tala för flera behov som inte uppmärksammas. Därför måste också all vård i område som t ex Rosengård inriktas på ett uppsökande, förebyggande arbetssätt.

Även om systemet med Hälsoval innebär en ökad marknadsstyrning av primärvården är det viktigt att lyfta fram att politiken alltjämt har det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården. Malmöborna ska kunna påverka sjukvårdssituationen och ser att det framförallt för kroniskt sjuka och äldre särskilt beaktas om det behöver inrättas ett politiskt organ med företrädare för region Skåne och Malmö kommun, som på ett bättre sätt än idag kan tillgodose vårdtagarens och de anhörigas behov. Politikernas uppgift bli att avväga behov utifrån potentiella risker, sjuklighet mot prioritering av de resurser som finns och ständigt göra uppföljningar så att resurserna fördelas rättvist.

Vi vill att:

- vården ska vara jämlik i Sverige, Skåne och Malmö
- Malmös större och särskilda vårdbehov ger utslag då stat och region fördelar resurser till sjukvården och omsorgen
- resurser riktas särskilt till det bostadsområde i Malmö med lågt välfärdsindex
- vårdenheter belägna i utsatta bostadsområden får lika goda förutsättningar att arbeta som de i övriga Malmö och Skåne
- de högre kostnaderna för lokaler av vårdenheter i storstaden Malmö beaktas i resursfördelningen
- primärvården byggs ut och att det startas minst fyra nya vårdcentraler i Malmö under mandatperioden 2010-2013
- Hälsovals-systemet särskilt följs upp utifrån ekonomisk fördelning efter behov och tillräcklig finansiering
- det regelbundet görs hälsoenkäter i Malmö och att alla ges möjlighet att delta oavsett vilket språk man förstår
- Region Skåne arbetar intensivt tillsammans med Malmö stad i folkhälsoarbetet för att tillsammans kunna påverka de omgivande faktorerna som bidrar till ohälsa och sjuklighet
- att omläggningen av hälsokommunikatörernas arbete noggrant följs så att resurserna inte minskar i Malmö där de behövs som bäst
- alla ges möjlighet till information om möjlighet till vård vid annat sjukhus då så är möjligt/lämpligt enligt vårdgarantin
- vårdcentralerna får kompensation för användning av tolktid och att man utvärderar hur användningen av tolk påverkar vårdgivandet
- material som Region Skåne ger ut till skåningarna skrivs på flera språk
- vården medvetet anställer flerspråkig personal
- ett mer aktivt hälsofrämjande och uppsökande arbetssätt av primärvården i de delar av Malmö där det behövs
- antalet ST-tjänster för läkare inom allmänmedicin, geriatrik och psykiatri ökar
- lagen om fysisk tillgänglighet, som ska vara uppnådd 2010, efterlevs inom Region Skåne
- politisk styrning av sjukvården närmre malmöborna

Barn och ungdomars hälsa

Barnavårdscentralerna (BVC) startade som Mjölkdroppen i en tid då bristsjukdomar och tbc skördade många små barns liv. Konsekvenserna av dåliga bostäder yttrar sig nu i andra former i en del bostadsområde i Malmö. Barn insjuknar i allergier och infektioner till följd av trångboddhet och dåligt skötta hus.

Barnavårdscentralerna ska vi ha kvar och fortsätta utveckla dem till familjecentraler där BVC, mödrahälsovård, socialtjänst och en öppen förskola samverkar. Detta bryter isolering och kan uppmärksamma problem tidigt hos barn och föräldrar som är i behov av särskilt stöd. Föräldrautbildningen på BVC bör återinrättas. När Malmö växer och barnantalet ökar behöver antalet barnavårdscentraler och familjevårdscentraler byggas ut och öka i antal.

För barn i skolan är skolhälsovården viktig. Det är ofta skolsköterskan som tidigt uppmärksammar barn som inte mår bra och som far illa. Skolhälsovården behöver byggas ut och kompletteras med fler kompetenser och ska i samverkan med socialtjänsten utvecklas så att det alltid finns hjälp till barnen och särskilt de som är särskilt utsatta. ”Barnens räddningstjänst”, som innebär att kommunen i samverkan med hälso- och sjukvården tar fram ett lokalt handlingsprogram för att säkra att det alla tider på dygnet, finns en hel vårdkedja som på ett effektivt sätt kan ta hand om barn som inte mår bra eller utsätts för faror av olika slag.

Problemet med övervikt ökar. 18 % av alla tio-åringar är överviktiga. Övervikt är inte att vara ”lite rund”. Det är en allvarlig riskfaktor för ökad sjuklighet och för tidig död och kan förebyggas. Övervikt är vanligare hos barn med föräldrar med låg inkomst.

Flickor mår sämre psykiskt än pojkar. De har fler depressiva tillfällen med ångestsymtom och ätstörningar och det är tre gånger fler flickor än pojkar som skadar sig själv och det är delvis oklart om vad som är orsaken. Här behövs utbildningsinsatser av personalen som möter självskadande patienter. Flera studier visar att kunskap minskar stressen hos personalen och påverkar bemötandet och omhändertagande av dessa patienter till det bättre. Risken för skador och dödligheten hos dessa patienter är annars hög.

Det är fler pojkar som har ADHD med överaktivitet, uppmärksamhetsproblematik och svårkontrollerad impulsivitet. För dessa barn behövs tidig upptäckt och tidiga insatser t ex i form av lösningfokuserade samtal. Här har också skolhälsovården en viktig uppgift.

Vi vill att

- hälso- och sjukvård för barn och unga upp till 19 år ska vara avgiftsfri i Skåne. Ingen förälder ska p.g.a. dålig ekonomi behöva avstå från att söka vård för sitt sjuka barn.
- skolhälsovården byggs ut så att det finns tillgång på alla skolor, såväl kommunala som friskolor till skolsköterskor, skolläkare, kurator, psykolog och annan socialpedagogisk kompetens,
- familjecentral ska finnas i varje stadsdel i Malmö
- att barnavårdscentralerna byggs ut i den takt som Malmö växer och barnantalet ökar

- föräldrautbildningen på barnavårdscentralerna återinrättas
- det utvecklas föräldrautbildning/samtalsgrupper mellan föräldrar i skolan och gärna i frivilligorganisationers och folkbildningsförbunds regi
- det byggs ut ”tonårscentraler” dit föräldrar med tonåringar enkelt kan vända sig för råd och stöd
- ” Barnens räddningstjänst” inrättas i Malmö
- det blir bättre och snabbare omhändertagande av unga missbrukare både vad gäller avgiftning(regional nivå) och inom socialtjänst (kommunal).
- det finns god tillgänglighet till ungdomsmottagningar bl a för att främja en god sexuell hälsa hos ungdomar
- utbildningsinsatser för personal som vårdar ungdomar med självskadebeteende

Psykisk ohälsa

Att inte vara som ”alla andra” eller vara psykiskt sjukt har i alla tider varit stigmatiserande. Utvecklingen av läkemedel och andra former av terapier har totalt förändrat behandling och vård av psykiskt sjuka sedan 1940-talet. Från att ha varit en grupp sjukdomar som många gånger ansågs obotliga och ledde till institutionalisering till att vara behandlingsbara tillstånd som ofta inte behöver få så stora konsekvenser i det dagliga livet. Denna utveckling kan tänkas fortsätta.

Psykiatrireformen i början av 1990-talet innebar att de stora mentalsjukhusen lades ner och ansvaret lades över på kommunerna och primärvården, men kompetens och resurserna saknades då psykiatriens andel i den totala sjukvårdsbudgeten har minskat.

Psykiatri i Skåne har numera organiserats under en förvaltning (skrivs i nov 09) och en genomgång pågår av olika behandlingsprinciper och vilka metoder som är bäst att använda. Detta är mycket viktigt att detta arbete görs och att vårdarbetet sedan får möjlighet att utvecklas. Det behövs sannolikt en komplettering av olika personalkategorier inom psykiatri. Barn- och ungdomars behov ska särskilt beaktas för att kunna ge tidiga insatser och vända en negativ trend till en positiv. Köer som finns idag där besök kan dröja tills barnet uppnår myndig ålder är oacceptabelt.

Nya diagnoser.

Delvis nya diagnosgrupper har under de senaste åren vuxit fram t.ex. de så kallade ”bokstavsdiagnoserna” som ADHD, Asperger och autism av lättare grad och som då inte omfattas av LSS (Lagen om särskilt stöd och service för funktionshindrade) men där livet i hög grad präglas av funktionsnedsättning. Möjligheterna till stöd, hjälp och behandling är otillräckliga. Erfarenheter visar att det är synnerligen viktigt att dessa tillstånd tidigt uppmärksammas och här spelar skolhälsovården en viktig roll.

Äldres psykiska hälsa

Äldres psykiska ohälsa försummas ofta, ibland kanske p.g.a. kommunikationssvårigheter men också för att äldre inte alltid så tydligt framhåller hur de mår. Läkemedelsbehandling är mera regel än undantag fast det inte finns bevis för att detta skulle vara det bästa. Dessutom finns det en ökad risk för fallolyckor vid förskrivning av psykofarmaka till äldre personer.

Förskrivningsrutinerna behöver förändras och de äldres behov närmare analyseras för att tillgodoses på rätt sätt.

Läget i Malmö idag

I Malmö är skillnaderna i psykisk hälsa mycket tydliga. Å ena sidan har vi stadsdelar där människor mår mycket bra men å andra sidan finns stadsdelar där människor mår riktigt dåligt, men de söker inte alltid den vård de har rätt till, vården är dåligt anpassad efter deras behov och det finns inte tillräckligt med resurser och personal att klara av detta absoluta uppdrag.

Den psykiska ohälsan har ofta samband med trångboddhet, arbetslöshet, och andra sociala faktorer. Det kan vara så att vårdpersonal ibland ”medikaliserar orättvisor” när det istället hade behövts politiska och ekonomiska lösningar för att lösa sociala problem. Vad som framhålls som särskilt verksamt mot psykisk ohälsa i utsatta bostadsområden är inte alltid bara vård och behandling av psykisk sjukdom utan också aktiviteter som innebär ”empowerment” där sociala satsningar av hela det omgivande samhället används för att minska frekvensen totalt av psykisk ohälsa.

Det är här särskilt viktigt att man ur ett jämlikhetsperspektiv kan få vård på sitt eget språk då mycket av behandlingen handlar just om språklig kommunikation.

Migration och psykisk ohälsa

Malmö är kanske den stad i Sverige som mest påverkats av att migrationen i världen ökar och inte är någon enstaka, tillfällig händelse. Istället är det något som kan ständigt påverkar men omfattning och utseende kan skifta. De som väljer att lämna sitt land har många gånger utsatts för risker och råkat ut för traumatiska händelser i hemlandet, tagit sig igenom kriser och befinner sig sedan under en lång tid i osäkerhet under integrationsprocessen. I Malmö finns en särskild flyktinghälsa som gör insatser för flyktingar och asylsökandes hälsa. Denna verksamhet behöver förstärkas och utvecklas.

Vilka blir sjuka?

Bland dem som varit på flykt finns det flera med lättare psykiska symtom och det är ur denna grupp som en del utvecklar omfattande problem som leder till behov av insatser från psykiatri. Även andra-generationens invandrare har en högre andel av psykisk ohälsa än genomsnittet av befolkningen. De individuella reaktionerna på migration är förstås mycket skiftande. Flera vittnar om det känslomässiga obehaget att uppleva sig som annorlunda i förhållande till omgivningen. Mest utsatta är de utomeuropeiska invandrarna som har två ggr högre risk för dålig psykisk hälsa. Invandrare från Mellanöstern och Afrika har ofta särskilt svårt att etablera sig ekonomiskt och socialt, vilket inte sällan leder till en extensiv kris. Samtidigt finns en bristande tillit till samhällets institutioner.

Man kommer från länder där den psykiatriska vården är mycket eftersatt och det finns mycket ofta en stor skam kopplad till ”galenskap” och rädsla för behandling på ”dårhus”. Vårt nuvarande västerländska sätt att söka orsaker till psykiatriska sjukdomar i gener och signalsubstansbrister skiljer sig ganska mycket från andra traditioner där individen ses i sitt sammanhang och där omgivningen stödjer på ett sätt som den svenska psykiatriska vården kan lära av.

PTSD (Posttraumatisk Stress Disorder) är en diagnos som ofta människor, även barn, som varit på flykt kan få. Begreppet är omdiskuterat men det är viktigt att de som behöver hjälp får det.

Könsskillnader

Bland de migrerande kvinnorna drabbas ungefär dubbelt så många av ångestsjukdomar som männen. Den högsta risken för dålig psykisk hälsa finns hos yngre kvinnor födda utom Europa. Allteftersom kvinnor utbildar sig och blir självförsörjande kan en maktförskjutning ske i familjer där en del män drabbas av depressiva tillstånd som leder till ytterligare passivitet.

Fenomenet med missbruk av khat förekom mest hos män från Afrika medan kvinnorna till en början tog avstånd. Detta har förändrats och behöver uppmärksammas för behandling av både män och kvinnor.

Exemplet Rosengård

Rosengård är en mycket välplanerad stadsdel i Malmö med mycket grönområde, flera skolor och god samhällsservice men har sedan byggandet genomgått flera olika faser.

Rosengård är i hög grad är präglad av migration. Omflyttningen in och ut och inom stadsdelen är hög och där finns den högsta förekomsten av otillfredsställda behov av vård av psykisk ohälsa i Skåne. Därefter följer områden i stadsdelarna S Innerstaden och Fosie. Det är viktigt att betona att det inte rör sig om alla i en stadsdel som mår dåligt. Det finns område i dessa tre stadsdelar där hälsoläget är utomordentligt gott. Behoven är dock mest studerade i Rosengård med många olika forskningsrapporter

Vid intervjuer med de boende i delar av Rosengård framkommer ofta att man lever under en ständig emotionell oro, att boendesituationen är extrem och att bränder och vandaliseringar ökar rädslan.

Jämfört med de behov som beräknas finnas i en del område på Rosengård, är vård och behandling inom vuxenpsykiatri endast hälften av vad som skulle behövas. Detta gäller även slutenvården. Det har inte heller skett någon överströmning till vare sig primärvården i Rosengård eller socialtjänsten som kompensation. Samarbetet mellan socialtjänst, primärvård och psykiatri i Rosengård skulle också behöva förbättras.

Slutsatsen blir att invånarna i Rosengård inte får del av de samlade samhälleliga stödsystemen utifrån vad som kan förväntas av behoven. Detta är oacceptabelt både utifrån lagstiftning (HSL 7 § att "landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård") men naturligtvis också utifrån vår socialdemokratiska människosyn. För oss socialdemokrater är det självklart att alla malmöbor, oavsett var man bor i staden ska ges möjlighet att erhålla vård efter behov. Underutnyttjandet av vård har sannolikt flera orsaker. Mätmetoders säkerhet varierar, de kan vara dåligt anpassade till en inte "traditionell svensk" befolkning. Vi har olika syn på vad som är psykisk sjukdom och vad som ska behandlas.

Vi vill att:

- det regelbundet görs uppföljningar i Malmö hur befolkningen mår och hur deras vårdkonsumtion ser ut och hur den behöver dimensioneras utifrån de klassklyftor som finns i Malmö
- den nära hälso- och sjukvården är särskilt väl utbyggd i utsatta bostadsområden och har ett nära samarbete med allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, skolhälsovård och socialtjänst så att skillnader i hälsa motverkas

- psykiatrin förstärks ekonomiskt både i Region Skåne men särskilt i Malmö utifrån gjorda behovsanalyser
- utbudet av de psykiatriska vårdresurserna ska ha en jämnare fördelning
- det förebyggande arbetet med uppsökande verksamhet byggs ut
- stödet i den lokala miljön ökar och ges till hälsofrämjande processer, nätverk och informella stödsystem utanför det offentliga
- det finns en öppenhet för behandlingsformer anpassade för individen
- arbetslivsinriktad rehabilitering ses som en viktig komponent för att undvika passivisering
- det finns tillgång till olika former av boende (kommunalt ansvar) med stöd av psykiatrisk öppenvård (regionalt uppdrag)
- kommunens stadsdelar fortsätter att utveckla s.k. bo-stödjare som möjliggör för psykiskt sjuka att bo hemma
- funktionen Personliga ombud utvecklas
- psykiatriska team som har språk- och interkulturell kompetens inrättas
- det utvecklas en psykiatri-mottagning med språk- och specialist kompetens etableras i Malmö med möjlighet till upptag från hela Skåne
- psykiatriska kliniken på UMAS renoveras så att modern psykiatrisk vård kan bedrivas med ett flexibelt vårdutnyttjande
- fler nationella vårdprogram med bevisligen vedertagna behandlingsprogram arbetas fram och används
- personal inom både psykiatrin och hemtjänsten får möjlighet till kompetensutveckling och kontinuerlig möjlighet till handledning i vården av psykiskt sjuka vårdtagare
- äldre människors psykiska hälsa bättre uppmärksammas och behandlas
- patientorganisationer, frivilliga organisationer och föreningar ges stöd för att kunna starta mötesplatser och boendet i kooperativ i föreningsdrift

Missbruk

Missbruk av olika slag; alkohol, khat, läkemedel, narkotiska preparat eller liknande samt spelmissbruk förekommer i alltför hög grad.

Det bästa sättet att motarbeta ett sådant destruktivt beteende är förebyggande insatser som ger möjligheter till goda mötesplatser, ett starkt stöd till föreningslivet med flera goda förebilder, en utbyggd skolhälsovård och ett tidligt omhändertagande då signaler om att något inte står rätt till visar sig.

När mycket unga människor, ibland under 15 år, missbrukar krävs omedelbara insatser. Lagen om vård av unga föreskriver omedelbart men tiden mellan upptäckt, utredning och eventuellt omhändertagande är ofta alltför lång och snårig och föräldrarna behöver då hjälp och stöd från socialtjänsten.

Vården av missbrukare oavsett ålder fungerar ofta dåligt. Det är för långa köer till avgiftningsplatser och läkemedels-assisterad behandling till heroinmissbrukare.

Omhändertagandet efter vård på behandlingshem är bristfällig och användandet av vad som är bevisat verksamma metoder används ej i tillräcklig omfattning.

Ofta blir den missbrukandes familj i hög grad påverkad och söker hjälp av ibland otydliga orsaker på olika ställen i vårdkedjan.

Ett sätt att behandla heroinmissbrukare är läkemedelsassisterad behandling. Det är omdiskuterat men en möjlig och många ggr effektiv väg bort från missbruket och bör utvidgas. Sprutbytesprojektet är också omdiskuterat men förhindrar smittspridning av farliga sjukdomar och därför fullt motiverat.

Vi vill att

- det blir ett snabbare omhändertagande av unga missbrukare
- det utarbetas rehabiliteringsplaner som innefattar arbete, ev. utbildning, bostad och uppföljning när missbrukaren är ”färdigbehandlad” på institution
- det sker en aktiv uppföljning av missbrukaren efter avslutad behandling
- antalet avgiftningsplatser ökar
- familjer med en missbrukande familjemedlem, också ges stöd, då de i hög grad blir ”medberoende”
- sprutbytesprojektet i Malmö fortsätter och utvecklas
- läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare byggs ut
- personer med både psykiatrisk sjukdom och missbruksproblematik, s.k. ”dubbeldiagnostiserade” ges en samordnad behandling för den totala sjukdomsbilden och att boendemöjligheterna utökas

Förbättra livsvillkoren för kroniskt sjuka och äldre!

Många äldre lever ett friskt och aktivt liv långt upp i åren, med ökad livserfarenhet, klokskap, mer egen tid och möjlighet att se kommande generationer växa upp. Det är en stor välfärdsframgång att vi lever allt längre.

Vi är alla olika men de flesta av oss behöver någon gång i livet och fram för allt de sista åren, hjälp i vardagen med omsorg och ofta också av sjukvård. För att kunna känna trygghet måste vi ha system vi kan lita på. Allt ifrån rätt kompetens till samverkan mellan myndigheter och att det finns en kontinuitet i hemtjänsten och hemsjukvården.

Det finns ingen åldersgräns för viljan att forma sitt eget liv. Därför ska det inte heller finnas skrivna eller oskrivna lagar, förordningar eller principer som anger precisa krav för hur t ex en hemtjänstinsats ska bedrivas eller när den sjuke eller äldre personen ska få sin önskan om ett tryggt boende tillfredställt. Att det är de äldres önskemål och rätt att bestämma själv anser vi vara en självklarhet.

Läget idag

Inom den moderna vården och omsorgen har ordet livskvalitet blivit allt viktigare. Människor är olika och behoven varierar. Alla har sin högst personliga uppfattning om vad livskvalitet är, men behovet av trygghet är gemensamt. Men tryggheten kan försvinna och ersättas med oro och ensamhet när man inte längre klarar allt på egen hand. Att åldras är normalt men innebär förändringar i livet. Orken är inte lika bra som förr och kanske blir man sjuk och behöver vård och rehabilitering, men saker och ting måste fungera så att livet varar hela livet.

Under de senaste åren har det skett stora förändringar inom vården av kroniskt sjuka och äldre. Platserna på sjukhus och i särskilda boende har minskat, och antalet äldre med hemtjänst har ökat. Anpassade boende för äldre har ökat och allt fler sjuka vårdas i hemmen och på korttidsboende. Kort sagt; många fler mycket sjuka vårdas utanför sjukhusen. Detta får konsekvenser för bland annat anhöriga och för huvudmännen att anpassa vården och samordna resurserna. Vi behöver utveckla och utöka distriktsjuksköterskornas möjligheter att ge kvalificerade vårdinsatser i hemmet inom hemsjukvården.

Det finns många olika program och planer som lyfter fram hur äldrevården ska fungera eller som man vill att den ska fungera. Trots detta kan vi konstatera att det inte alltid fungerar. För detta finns det nu också stöd för i en rapport från Socialstyrelsen (mars 2009).

Det saknas läkarresurser och det finns för få sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Ökade valmöjligheter mellan flera olika utförare gör det svårare att få en bra samverkan särskilt för utsatta grupper som inte kan föra sin egen talan.

Vi accepterar inte detta. Vi socialdemokrater ska ständigt vara i opposition mot orättvisor !

Hörnpelare för god hälsa för äldre

- Ett tryggt boende
- Fysiska och sociala aktiviteter för ett meningsfullt liv
- Goda kostvanor

Ett tryggt boende

För de flesta kroniskt sjuka och äldre är det en trygghet att kunna bo kvar hemma. En förutsättning för att det ska fungera är kontinuerliga och stabila kontakter med hemtjänsten och att det finns tillgång till rehabilitering som syftar till självständigt att klara sina dagliga aktiviteter i eget boende.

Utgångspunkten för en helhetssyn i hemtjänsten ska vara att vårdtagaren vet bäst vad hjälpen i vardagen ska vara och vårdtagaren som ska ses som en aktiv medborgare med inflytande över vården och när insatserna ska utföras. Biståndsbeslutet styr insatserna men det ska vara vårdtagaren som ska ha rätt välja vad som ska utföras utifrån beslutet. Vi välkomnar den utveckling som sker inom hemtjänsten i Malmö men vill betona att det behövs ett perspektivskifte . Vi är skeptiska till att splittra vårdresurserna till alltför många vårdgivare.

När det inte känns tryggt hemma...

Fler äldreboende som är anpassade för funktion, bekvämlighet och trivsel behövs. Därför ska byggandet av olika former av äldreboende stimuleras. För äldre som behöver service, vård och omvårdnad dygnet runt finns särskilda boende. Malmö behöver fler trygghetsboende, där den person som kanske inte behöver så mycket vård men som känner att det är otrött i den egna lägenheten kan bo i en gemenskap.

I Malmö finns NISSE-projektet som innebär att personal i hemvården i samarbete med primärvården kan föra en vårdtagare direkt till en vårdavdelning utan att passera det belastade akutintaget och det underlättar mycket. Redan när patienten läggs in startas planeringen för genomförandet av hemgången i samarbete med hemvården.

Fysiska och sociala aktiviteter för ett meningsfullt liv.

Behovet av hälsofrämjande insatser är stort och kommer att öka. Vi vet att den person som är såväl fysiskt som socialt aktiv lever längre och bättre. Här finns det stora klasskillnader och den stora utmaningen ligger i att nå de grupper som hittills påverkats minst av hälsofrämjande insatser och kunskaper. Insatser för sociala och fysiska aktiviteter måste utvecklas och det kan ske genom samarbete med föreningslivet. Även mötesplatser för äldre fyller ett stort behov och fler sådana behöver startas så att fler äldre får nära till dem.

Goda kostvanor

Måltiden spelar en viktig roll i de äldres sociala situation. Vårdtagaren ska kunna välja mat. Dietister ska öka kunskapen om kost för äldre. De ska medverka vid upphandling av mat och i personalutbildning.

Demens – nya möjligheter vid tidig upptäckt

Kunskapen om demenssjukdomar och dess konsekvenser har ökat och på olika sätt förändrat förutsättningarna för vård och stöd till personer med demens. Demenssjuka står för en hög andel av vårdkostnaderna. Det är viktigt att upptäcka i tid vad sjukdomen har för orsak och om möjligt behandla den. Dessa patienter är en mycket utsatt grupp vid ensamt boende, men ger också en särskilt hög påfrestning för anhöriga som lever tillsammans med den demenssjuke. Därför är det viktigt att det finns god tillgång till dagverksamhet för demenssjuka och att anhöriga får möjlighet till utbildning och avlastning.

Läkemedel – inte alltid av godo

Ett särskilt problem är äldre läkemedelsanvändning som ökat kraftigt. Det är bra med medicin som botar och lindrar men det är också en betydande risk när läkemedel skrivs ut okontrollerat i såväl mängd som i kombination. Därför behövs regelbundet genomgångar av de sjuka/den äldres läkemedel så att inga farliga kombinationer uppstår, utan att rätt läkemedel i rätt dos garanteras varje patient.

Vid livets slut

Det övergripande målet med vård i livets slutskede är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för den enskilde och dennes familj. Vårdtagarens behov ska tillgodoses och ingen ska känna sig tvingad att stanna hemma, men om så önskas ska denna möjlighet finnas med ett nära stöd av sjukvården.

Svårt kroniskt sjuka och äldre som inte kan ta sig till vårdcentralen och önskar sluta sitt liv hemma ska få tillgång till läkare i sin bostad.

Vad behöver göras?

Vi kan nå långt med samarbete, samordning, handlingsplaner, vårdprogram och teamvård men med ett samlat huvudmannaskap ökar förutsättningarna för att de medicinska och sociala insatserna ska integreras till en helhet. I Malmö fungerar det ”nästan” så, men det brister ofta i tillgången på läkare.

Vi vill att

- förebyggande insatser alltid värderas högt när det gäller äldre
- när samordningsplaner/program etc. mellan kommun och region startas, ska det klargöras tydliga uppföljningsmål
- NISSE-projektet med inläggning direkt på vårdavdelning byggs ut och täcker hela Malmö
- tillgång till geriatriker ökar i Malmö för vården av de äldre på vårdboende
- Malmö kommun behöver fler trygghetsboende
- alla vårdtagare ska ha sin egen kontaktperson inom hemtjänsten
- läkare inom olika discipliner och vårdnivåer ska kunna se patientens totala läkemedelsbehandling
- det för en säker läkemedelsanvändning behövs en genomgång av utskrivna mediciner i ett samarbete mellan geriatriker, farmaceuter och sjukvårdspersonal
- en gemensam, databaserad patientjournal utvecklas som omfattar vårdtagarens behov och behandling
- det inom området demenssjukdomar/demensvård utvecklas en närsjukvårdsmodell som bygger på ett samarbete mellan universitetskliniker/minnesmottagningar, primärvård och kommun
- det startas fler dagverksamheter för unga demenssjuka
- kompetensen hos personalen inom vårdboende och hemtjänst ständigt uppdateras
- närståendebildningar finns och möjlighet till avlastning
- alla äldre över 75 år erbjuds hembesök med hälsosamtal för medicingenomgång, förebyggande åtgärder och information om mötesplatser
- tillgång till hjälpmedel är enkel och utformas så att det blir en jämlik och rättvis fördelning av dem
- Det finns tillgång till rehabilitering som syftar till så att man har möjlighet att bo kvar i sitt eget boende om man så önskar och själv kunna klara de vardagliga bestyren
- frivilligt socialt arbete stimuleras

- stöd ges till träffpunkter för äldre där olika sociala aktiviteter finns att få

Tandvården

Tänderna är också en del av kroppen som behöver vård. Vi ställer oss bakom socialdemokraternas nationella förslag om att tandvårdsförsäkringen ska ha fokus på regelbunden och förebyggande tandvård samtidigt som det måste finnas ett bra skydd mot riktigt höga kostnader. Alla ska ha råd att regelbundet gå till tandläkaren och inte behöva avstå av ekonomiska skäl. Målet på sikt är ett högkostnadsskydd för tandvård av samma modell som inom hälso- och sjukvården. Vi vill också förlänga den avgiftsfria tandvården från 19 år till 24 år. I Malmö betonar vi särskilt vikten av uppsökande och förebyggande arbete bland barn- och ungdomar, i första hand i de stadsdelar där tandstatus är sämre.

Utbyggnad, forskning och utveckling

Nya vårdplatser

De vårdavdelningar som finns på Universitetssjukhuset MAS för närvarande är ganska utspridda. De avdelningar som har de äldsta och vårdtunga patienterna finns i lokaler som inte alls är anpassade efter detta. Toalettutrymme och duschmöjligheterna är mycket begränsade. Det kommer därför att behövas ett ”vårdhus” på UMAS och det finns politiska beslut för att påbörja planering och projektering för UMAS fysiska utveckling. Patienter som är i behov av dialys (rening av blodet från slaggprodukter) ökar och antalet dialysplatser i Malmö bör öka med 5-6/år för att patienterna inte ska behöva åka långt flera gånger per vecka.

Bygg för barnen!

Barnkliniken på UMAS har mycket gamla lokaler. För barnens behov vore det bäst om all barnsjukvård som ska bedrivas på UMAS, samlas i ett hus som anpassat till barnen. Barnen skulle på så sätt också slippa transporteras långa sträckor för röntgen och andra undersökningar. När den nya infektionskliniken är klar finns det plats för ett Barnens Hus där den gamla infektionskliniken legat och södra området kan lämnas av Region Skåne och ge plats för forsknings- och utvecklingsinstitutioner och företag.

En patient – en journal

Som en följd av klinikanpassade pappersjournaler och olika upphandlade datasystem kan en patient ha flera olika journaler, både på sjukhuset men också på vårdcentralen, kanske hos en privatpraktiker och i hemvården. Detta fungerar inte bra. Särskilt svårt är det för de som har många sjukdomar och är äldre och det är inte sällan som läkemedel som motverkar varandra eller interagerar med varandra ordinerar. I dagens datoriserade värld, där röntgenbilder lätt skickas mellan röntgen och vårdavdelningar i ”cyberspace” borde det inte vara så svårt att uppnå en journal- en patient. Vårdplanering och det faktiska genomförandet för patientens bästa, skulle då bli möjligt.

Forskning

Det politiska ansvaret är att värna den icke-kommersiella forskningen inom de stora folksjukdomarna. Särskilt ska forskning inom psykiatri och närsjukvård uppmärksammas. Genom sammanslagningen av olika kliniker mellan UMAS och USIL (sjukhuset i Lund) skapas nya förutsättningar för att stärka regionens forskningsmöjligheter.

I Malmö finns dessutom unika samlade patientdata, röntgenbilder och provtagningar från en hel population som gör det extra intressant och möjligt att forska inom folkhälsoområdet. Givetvis förutsätter vi att den personliga integriteten beaktas.

Malmöns nya befolkningssammansättning och vilka förändringar som sjukvården behöver göra ska belysas och vi behöver veta hur hälsoläget förändras och förhoppningsvis förbättras. Socialmedicinska enheten bedriver ett viktigt arbete på detta område.

Varje dag görs nya upptäckter kring behandlingsformer, läkemedel, undersökningar. Ofta marknadsförs dessa av aktörer med ekonomiska intressen. Det är svårt för varje patient eller politiker /lekmän att avgöra vad som är motiverat inom ramen för det offentliga uppdraget och vad som är rimligt och enligt beprövad vetenskap. Det är också svårt att motstå att inte ta beslut om förebyggande åtgärder. Ingen ska behöva avstå från provtagningar eller vacciner för att man inte själv har råd att betala.

Vi vill att

- det byggs ett nytt vårdhus på UMAS
- det byggs en ny barnklinik på UMAS område
- det inrättas 5-6 nya dialysplatser/år i Malmö
- Södra sjukhusområdet används för att stimulera fler företag inom det medicinska området att etableras i Malmö- en fortsättning på ”Medicon Valley”
- den icke-kommersiella forskningen stärks
- forskningen inom närsjukvården och psykiatri ökar och att Malmöns unika databaser kommer till användning för folkhälsoforskning
- det ställs krav på läkemedelsbolagen att utforma provförpackningar på läkemedel
- deltagande i nationella register ska vara obligatoriskt för alla offentligt finansierade vårdgivare för likställighet, öppenhet och för möjligheter till studier i hur behandlingar fungerar och följs upp
- patientföreningar ges möjlighet till bättre stöd för sin verksamhet t ex med rehabilitering och patientundervisning
- alla ska få del av verksamma metoder och behandlingar

Personalen i vården

Personalen är vårdens viktigaste resurs. En god arbetsmiljö är en förutsättning för en god vård. Vi vill tillsammans med de fackliga organisationerna utveckla arbetsplatserna inom vården och det ska finnas förutsättningar att arbeta i enlighet med programmet ”Mönsterarbetsplatser”. Inriktningen på arbetet ska vara att öka personalens trygghet, inflytande och utvecklingsmöjligheter.

Trygga anställningar

Heltid en rättighet och deltid en möjlighet.

Fasta anställningar

Alla anställda inom den offentligt finansierade vården ska omfattas av kollektivavtal.

Utbildning och kompetensutveckling

Arbetet inom vården ska vara utvecklande och ge goda möjligheter till kompetensutveckling och fortbildning.

Ledarskap

Ett bra ledarskap är centralt för trivseln på arbetsplatsen. Vi ska målmedvetet rekrytera och utbilda goda ledare inom sjukvården och omsorgen.

Det ska finnas särskilda program för mångfald och jämställdhet.