

Motion till riksdagen 2018/19:2787

av **Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M)**

En nationell hälso- och sjukvårdsagenda

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra förstärkta och uppdaterade kömiljarder och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för att styrning av vården ska utgå från patienten och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för att mäta och öppet redovisa kvalitetsresultat samt att följa upp den patientupplevda nöjdheten avseende respektive klinik och vårdcentral, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för effektiva ersättningssystem som stimulerar kvalitetsutveckling, kostnadskontroll och digitalisering genom hela vårdkedjan, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stimulera ledarskapsutbildning för framtidens ledare inom vården i alla regioner och landsting och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka möjligheterna till alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att genomföra en nationell primärvårdsreform med fast vårdkontakt och samordning av vårdteam och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en samlad nationell definition av primärvårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett samordningsansvar i den nära vården för att ge patienter en fast vårdkontakt och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka möjligheterna att utveckla digitala verktyg och tjänster med neutrala ersättningssystem inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.

11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka kedjan mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en gemensam samlad definition av högspecialiserad vård och dess uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka den nationella styrningen av samt ytterligare koncentrera den högspecialiserade vården och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att valfriheten också bör omfatta specialiserad slutenvård och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att lagstiftningen ska stimulera och underlätta för landsting, regioner och kommuner att gemensamt resursplanera vård för de mest sjuka och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella kvalitetskrav inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa vårdkvalitetskontrakt och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att i dagens lagstiftning skärpa sanktionerna mot bristande verksamheter och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och genomföra en nationell personal- och kompetensförsörjningsstrategi för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och genomföra en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka tillsyn och uppföljning av psykiatrin och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och genomföra en ny uppdaterad nationell cancerstrategi och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka cancerpatienters rättigheter inom ramen för patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659) och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka den nationella samordningen gällande digitaliseringen av vård, omsorg och apotek och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheten att installera metalldetektorer på sjukhusens akutmottagningar i förbyggande syfte när säkerhetsläget så kräver och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att slopa tillståndsplikten för kameraövervakning vid vårdmottagningar och ambulanser och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att ge väktare och vårdpersonal möjlighet att bära kroppskameror när säkerhetsläget så kräver, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

Motivering

Moderaternas utgångspunkt är att alltid sätta människan före systemen. Våra värderingar formas av vår syn på människan. Vi vill se till hela människan. Våra förslag tar utgångspunkt i att de allra flesta människor vill ta ansvar för och forma sina egna liv. Vi vet att varje människa har stora förmågor och möjlighet att kunna utveckla dessa exempelvis med rätt utbildning och yrkeserfarenhet. Ofta växer och utvecklas människor som mest när de dels möter nya utmaningar, dels prövas när de ställs inför svåra livssituationer. Då behöver man ofta hjälp och stöd av anhöriga, vänner och det omgivande samhället.

Hälso- och sjukvård i Sverige ska ges till patienten i rätt tid, på rätt plats och hålla hög kvalitet. Vården ska vara likvärdig för alla patienter oavsett var i landet man bor. Patienten och patientsäkerheten ska sättas allra främst. Kontinuitet i kontakter ska eftersträvas för att stärka mötet mellan patient och medarbetare i vården. Det bidrar till att stärka vårdens kvalitet och patientens trygghet.

Det finns delar av svensk hälso- och sjukvård som vi kan vara stolta över, så som de insatser vårdens medarbetare utför varje dag, samtidigt finns det omfattande problem. Sverige har bland Europas allra längsta väntetider.¹ Vårdens kvalitet är varierande med stora regionala skillnader. Vården är sjukhustung och har för svagt utvecklad nära vård och primärvård. Sjukhusens akutmottagningar tar emot många patienter som egentligen kan tas om hand av den nära vården. Detta skapar längre vårdköer.

Antalet anställda i hälso- och sjukvården är fler än någonsin tidigare. Antalet läkare ökar och Sverige ligger på plats 6 av 23 undersökta OECD-länder när det gäller antalet läkare. Antalet sjuksköterskor ökar också och Sverige har fler sjuksköterskor än genomsnittet i OECD.² Trots den positiva utvecklingen av antalet läkare i Sverige är det tydligt att patienter i den svenska vården träffar läkare i mindre utsträckning än i andra jämförbara länder. Slutsatsen är att svensk vård inte är tillräckligt produktiv. Jämfört med övriga länder i Norden har svenska sjukhus lägst produktivitet.³

Vården i Sverige håller samtidigt mycket hög medicinsk kvalitet även betraktat ur ett internationellt perspektiv.⁴ Sverige hamnade nyligen på plats 4 av 195 undersökta länder i en internationell studie gällande vårdens medicinska förmåga.⁵ Medicinsk och teknisk utveckling avseende nya behandlingsformer och läkemedel ger stora möjligheter att utveckla vårdens kvalitet. Allt fler avancerade och mer kraftfulla läkemedel tas fram genom forskning och innovation. Det räddar fler människoliv och ökar svårt sjukas livskvalitet.

Det är ett begränsat antal patienter som använder betydande delar av hälso- och sjukvården. En stor del av vården riktas till personer som är multisjuka med flera kroniska sjukdomar. De står för drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningarna och för hälften av de samlade sjukvårdskostnaderna. Därtill riktas 80 till 85 procent av vårdens totala resurser till personer med en eller flera kroniska sjukdomar.⁶

¹ Euro Health Consumer Index 2016.

² Effektiv vård, SOU 2016:2 och Euro Health Consumer Index 2016, samt Sveriges Kommuner och Landstings internationella jämförelse 2015.

³ Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden, Svenskt Näringsliv, Rapportförfattare: Claes Rehnberg, professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet.

⁴ Effektiv vård, SOU 2016:2.

⁵ Forskningsrapport vid University of Washington publicerad i The Lancet 2017.

⁶ Effektiv vård, SOU 2016:2.

Den stora möjligheten att skapa mer välfungerande vård handlar därmed om det samlade omhändertagandet av de mest sjuka äldre som ofta är multisjuka kroniker. Där en fast vårdkontakt är en av de viktigaste pusselbitarna. I dag är det många äldre som upplever att de faller mellan ”stolar” där varken sjukhusvården, primärvården, kommunala hemsjukvården eller äldreomsorgen tar helhetsansvar för att den som är sjuk får rätt samlad vård och omsorg.

Ett av de största hoten mot en fungerande sjukvård och medborgarnas hälsa är den eskalerande antibiotikaresistensen. Det finns ingen enkel och snabb lösning för att möta detta allvarliga hot. Det räcker inte med svenska insatser utan kräver europeiska och globala svar. Fortsatt svenskt och framför allt globalt arbete för stram och följsam antibiotikaanvändning är en förutsättning för att resistensutvecklingen inte snabbt ska bli utom kontroll. Utvecklingen av nya antibiotika behöver stimuleras.

I Sverige fortsätter samtidigt medellivslängden att öka stadigt. Den demografiska verkligheten pekar på allt fler äldre som lever längre med högre livskvalitet allt längre upp i ålder. Antalet människor som blir 85 år och äldre förväntas öka med 130 procent under de kommande trettiofem åren.⁷ Allt detta är i grunden positivt. Samtidigt ställer det alltmer komplexa krav på vårdens förmåga till fortsatt utveckling.

Vården blir bättre och utvecklas när det finns en mångfald av utförare som utvecklar olika vårdverksamheter. Alla ska kunna välja vård utifrån sina förutsättningar och behov. Samtidigt varierar förutsättningar avsevärt mellan olika delar av Sverige. Detta ska emellertid inte påverka alla patienters rätt att få vård i rätt tid av hög kvalitet. Vården måste bli ännu bättre på att involvera patienten i sin egen vård.

I vårt Sverige ska alla ha tillgång till gemensamt finansierad vård och omsorg av hög kvalitet. Vården ska alltid ges efter behov och vara likvärdig oavsett var i landet man bor. Den ska därtill vara oberoende av patientens betalningsförmåga, kön, härkomst, sexuell läggning och religiös tillhörighet.

Nationell hälso- och sjukvårdsagenda

Moderaterna prioriterar reformer som alltid sätter patient och patientsäkerhet allra främst. Det handlar i grunden om att alltid sätta individen före systemen. Sjukvård ska ges i rätt tid, på rätt plats och hålla hög kvalitet. Alla ska ha rätt till likvärdig vård oavsett var i landet man bor. Kontinuitet i kontakter ska eftersträvas för att stärka mötet mellan patient och medarbetare i vården.

Varje enskild vårdprocess ska vara effektiv och ha patienten i fokus. Det ska vara enkelt att vara patient, sjukvården ska underlätta patientens resa genom sjukvårdens olika delar och även stödja såväl patienter som anhöriga. Människor förväntar sig att få en sammanhållen vård, till exempel kroniskt sjuka ska ha en fast vårdkontakt och sammanhängande vårdkedjor.

Vi vill stärka svensk hälso- och sjukvårds kvalitet, korta växande vårdköer, medverka till att lösa bemanningsflykten, förbättra vårdpersonalens arbetsmiljöer och minska stora och växande regionala skillnader. Ingen ska behöva tvivla på att svensk hälso- och sjukvård finns där när den behövs och att den håller hög kvalitet.

I denna motion presenteras Moderaternas nationella hälso- och sjukvårdsagenda. En nationell agenda med konkreta reformer. Allra högst prioritet på kort sikt läggs vid att

⁷ Effektiv vård, SOU 2016:2.

köerna i svensk hälso- och sjukvård ska halveras för att därefter tas ned till ett minimum. Därtill att genomföra en konkret nationell primärvårdsreform.

Korta patienternas väntetider – återinför utvecklade kömiljarder

Moderaterna vill återinföra kömiljarden. Dock inte på samma sätt som tidigare utan i en förstärkt och utvecklad utformning, genom att ta fasta på de lärdomar som kom fram i de utvärderingar som gjorts av Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Riksrevisionen samt SKL. För att eliminera risken för undanträngningseffekter och rikta reformen mot de områden där köerna idag är det största problemet, vill vi bredda kömiljarden.

En del av kömiljarden ska användas till den somatiska slutenvården och precis som tidigare omfatta första besök och operationer inom specialistvården. Dessutom vill vi att fler vårdförlopp ska omfattas så att risken för undanträngningseffekter inte uppstår. Det handlar exempelvis om återbesök. Den exakta utformningen ska tas fram tillsammans med professionen.

En del ska riktas till barn- och ungdomspsykiatri. Den förstärka vårdgarantin som ger barn och unga med psykisk ohälsa rätt till vård inom 30 dagar återinförs. Vi vill också inkludera den första linjens psykiatri för barn och unga så att lättare psykiatriska diagnoser kan hanteras där och frigöra resurser för barn med exempelvis svår ångest, självmordstankar eller allvarliga ätstörningar. Den sista delen av kömiljarden går specifikt till att korta köerna inom cancervården.

För att utveckla kömiljarden och bland annat rikta den specifikt mot köerna i cancervården kommer vi öronmärka särskilda resurser som ska fördelas baserat på landstingens eller regionernas väntetider till cancerbehandling. Målsättningen är att alla cancerpatienter ska få vård inom maximal ledtid för respektive vårdförlopp. Den exakta utformningen ska förhandlas med Sveriges Kommuner och Landsting.

Genom satsningen kommer vi för första gången ha en nationell vårdgaranti för den som drabbas av cancer. Förslaget innebär att ungefär 20 procent av resurserna inom kömiljarden som går till den somatiska slutenvården riktas mot cancervården. Cancervårdens kostnader utgör idag cirka 10 procent av totalkostnaden för somatisk slutenvård.

Ett exempel när det gäller orimligt långa väntetider inom svensk cancervård är rörande urinblåscancer. Antalet patienter år 2017 som genomgick operation i tid gällande urinblåscancer var noll. Noll. Det uppsatta målet är att patienten ska genomgå så kallad cystektomi inom 37 dagar. Medianväntetiden var istället över 100 dagar i riket.⁸

Den utvecklade och breddade kömiljarden ska utformas på ett nytt sätt. Den ska vara bredare än tidigare och även innehålla exempelvis återbesök och rehabilitering. Den ska innehålla snävare och ambitiösare tidsgränser. Den ska vara professionsneutral och riktas mot att alla patienter har rätt att få kontakt med primärvården samma dag och att en medicinsk bedömning genomförs inom tre dagar i primärvården/den nära vården.

Patienter ska därefter ha rätt till ett första besök och diagnos i specialistvården inom 60 dagar, på sikt inom 30 dagar. Behandling/åtgärd/operation ska därefter vara genomförd inom 60 dagar. Målen inom vårdgarantin ska därför på sikt vara 0-3-30-30.

⁸ Dagens medicin, nr 47, 21 november 2018.

Kömiljarden ska vara mer heltäckande och samordnande. Det är centralt att möjliggöra sammanhållna vårdkedjor utifrån patientkvalitet, kontinuitet och resurseffektivitet.

De landsting och regioner som lever upp till de beslutade miniminivåerna gällande väntetider får ta del av de avsatta resurserna. De landsting och regioner som inte lever upp till de beslutade miniminivåerna gällande väntetider kan bli föremål för åtgärder inom ramen för ett kvalitetskontrakt.

Detta prestationsbaserade statsbidrag ska begränsas i tid och omfattning. Det ska fastställas en borte tidsgräns och utformningen av statsbidraget ska underlätta den uppföljning och analys som ska utföras. Uppdraget att följa upp, utvärdera, analysera, sammanställa och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin bör ges till en eller flera statliga myndigheter. Redovisning ska ske regelbundet, öppet och med så korta tidsintervall som möjligt för att underlätta en mer effektiv styrning. Resultaten av kömiljarden och vårdgarantin ska redovisas så lättillgängligt och lättförståeligt som möjligt för allmänheten att kunna ta del av.

Utveckla den nära vården – nationell primärvårdsreform

I Sverige står primärvården vid en internationell jämförelse för en liten andel av den totala hälso- och sjukvården. Sverige använder 17 procent av de samlade resurserna inom vården till primärvård. Motsvarande resursfördelning i Norge är 25 procent och i Nederländerna uppemot 39 procent.⁹

De regionala skillnaderna är samtidigt omfattande. De resurser som riktas till primärvård varierar med 45 procent mellan det landsting/region som satsar mest på primärvård jämfört med det som satsar minst. Det är åtta landsting/regioner som lägger 15 procent eller mindre av de totala resurserna inom hälso- och sjukvården på primärvården.¹⁰

Sverige har i dag en stor obalans inom vården som är mycket sjukhustung. Den nära vården med primärvården som bas behöver byggas ut. Det innebär att resurser behöver flyttas från sjukhusen till den nära vården. Syftet med att stärka primärvården är att den samlade nära vården ska vara så bra och tillgänglig att den blir det naturliga förstahandsvalet för de allra flesta. På sikt bör en betydligt större andel av vårdens samlade resurser i Sverige riktas mot den nära vården.

Primärvården och den nära vården behöver utvecklas på många olika sätt. Gränserna mellan den traditionellt öppna och slutna vården måste suddas ut, för att på ett bättre sätt kunna möta den utveckling som ständigt sker inom vården exempelvis inom medicinteknik, läkemedel med mera.

Vården behöver bli mer sammanhållen, ur patientens perspektiv, där t ex kroniskt sjuka ska kunna röra sig mellan primärvård och specialistsjukvård över tid. Det som krävde specialistsjukvård eller sjukhusvård igår kan idag i vissa delar klaras inom primärvården. Den utvecklingen kommer att fortsätta. En ständig kunskapsutveckling ska uppmuntras där patientens behov sätts före olika vårdnivåer och fastlagda begrepp.

De olika förutsättningar som finns i våra olika delar av landet behöver tillvaratas på ett bättre sätt. Vården kan och ska kunna organiseras på olika sätt, men patienten ska ges en rättvis och jämlik vård utifrån ett medicinskt perspektiv.

⁹ Effektiv vård, SOU 2016.

¹⁰ Effektiv vård, SOU 2016.

Moderaterna vill se en nationell och samlad definition av primärvårdens uppdrag. Det finns ett behov av att i lagstiftning precisera primärvårdens syfte, för att förtydliga vilken vård och tillgänglighet som ska ges inom primärvården. Den nära vården bör kunna ansvara för diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta patienters vårdbehov samt ansvara för akut vård som inte kräver vård på ett sjukhus.

Ett samordningsansvar för patienter bör införas, så att patient och anhöriga alltid vet vart man ska vända sig i den nära vården. Primärvårdens roll ska bland annat vara att knyta samman vården kring patienten. Patienter och anhöriga ska kunna få en fast vårdkontakt exempelvis genom läkare eller kontaktsjuksköterska.

Möjligheterna att själv välja vård ska utvecklas och stärkas. Det innebär bland annat fler professionsdrivna vårdcentraler i hela landet och ersättningssystem som stödjer effektiva och jämlika möjligheter till aktiva vårdval.

Modern teknik kan föra vården närmare patienten. Det kan bland annat innebära fler digitala möjligheter som bidrar till mer nära vård i hela landet. Det kan handla om fler virtuella vårdmöten, fler möjligheter till digital information om den egna vården samt att digitalt boka besök och få uppföljande information.

Trygg och säker förlossningsvård

Att bli förälder och bilda familj ska vara en lycklig och positiv del av livet. Ingen ska behöva känna sig otrygg eller osäker inför mötet med mödravården eller förlossningsvården. Tyvärr är det inte så i dag. Fler nyförlösta måste återinskrivas akut, andelen förlossningsskador ökar och en större andel barn mår sämre efter förlossningen.

Enligt OECD ligger Sverige högt över snittet när det gäller förlossningsskador. Det är även stora regionala skillnader. I Halland återinskrivs 0,6 procent av andelen mammor akut, i Västernorrland 3,3 procent. Under åren 2010–2014 var det fem gånger så vanligt att mammor drabbades av förlossningsskador i Jämtland (3,5 procent) än i Västernorrland (0,7 procent). Den svenska förlossningsvården ska bli bättre.

Dagens vårdkedja mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård håller många gånger inte ihop. Den behöver stärkas för att kvinnor som är gravida och deras partner ska få en fullständig bild av vårdförloppet, känna sig trygga och delaktiga i hela processen. En viktig del av tryggheten är att så långt det är möjligt själv få välja vårdgivare/förlossningsklinik, liksom att det finns tillgänglig förlossningsvård inom rimliga reseavstånd från hemmet.

Socialstyrelsen har kartlagt hur vården efter förlossning ser ut inom svensk hälso- och sjukvård.¹¹ Den gör bedömningen att det finns tydliga brister och behov av förändringar i vården efter förlossning. Det avser såväl vården på sjukhus som efter hemgång från sjukhuset. Det är till exempel otydligt vart kvinnor ska vända sig vid behov av stöd och eftervård när sjukhuset inte längre har ansvar för vården.

Det finns ett nationellt behov av att öka antalet utbildningsplatser och förbättra arbetsvillkoren för landets barnmorskor. Genom fler utbildningsplatser för barnmorskor kan vi trygga arbetsmiljön och säkerställa en tryggare förlossningsvård i hela landet.

¹¹ Socialstyrelsen, Vård efter förlossning – en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning, rapport 2017.

Stärk patientsäkerheten – högspecialiserad vård och ökad valfrihet

Sverige har i dag sju universitetssjukhus som tillsammans erbjuder högspecialiserad vård av medicinsk världsklass.

Högspecialiserad vård är komplex och kräver viss volym och kompetens för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas samt för att kunna åstadkomma ett effektivt användande av vårdens gemensamma resurser. Kvalitet, patientsäkerhet och den kliniska forskningen kan förbättras med ökade volymer av patienter per vårdenheter och per team som utför högspecialiserad vård. Det kan till exempel handla om viss avancerad cancervård och kirurgiska ingrepp.

När det gäller till exempel sällan förekommande sjukdomar i form av sällsynta diagnoser eller andra medicinska ställningstaganden är patienterna få och behovet av samarbete blir därmed extra stort.

Universitetslandstingen har idag visat på att det går att samarbeta mellan varandra i form av den gemensamma Skandionkliniken i Uppsala som är en högspecialiserad anläggning för att bota cancer. Universitetssjukhusen behöver fördjupa sitt samarbete ytterligare inom fler områden. Det gäller exempelvis att säkerhetsställa att patienten får en sammanhållen vårdkedja och tillgång till den bästa kunskapen och senaste landvinningarna inom diagnostisering och behandling. Det kan ske på flera olika sätt, till exempel förstärkt samverkan inom och mellan sjukvårdsregionerna och användning av digital teknik. Ny teknik river såväl landstings- som landbarriärer för användning av djup kunskap inom smala och högspecialiserade diagnoser.

Det behövs också mer nationell styrning av högspecialiserad vård, i syfte att ytterligare koncentrera högspecialiserad vård för att kunna stärka kvalitet, patientsäkerhet och minska de regionala skillnaderna vad gäller kvalitet och väntetider. Till exempel inom avancerad cancervård och hjärt- och kärlsjukvård.

Patienter har redan idag möjlighet att välja sin hälsocentral och öppna specialiserad vård. Än så länge omfattar inte det så kallade fria vårdsökandet den slutna specialiserade vården. Det borde vara möjligt även för de som önskar välja specialiserad slutenvård att få göra det.

Högspecialiserad vård har hittills under 2000-talet koncentrerats i liten omfattning och staten behöver därför ta ett ökat samordnande ansvar. Detta i syfte att till exempel stimulera ökad samverkan med andra nordiska länder och med övriga europeiska länder. En viktig del i att genomföra denna koncentration är att samtidigt ha ett helhetstänkande där konsekvenserna för akutsjukvården i hela landet systematiskt följs upp. Det skapar också förutsättningar för att få mer vård för varje krona vi använder.

Stärk vårdkedjan för de mest sjuka

De mest sjuka äldre är ofta patienter med skiftande och komplexa behov av vård. Detta gäller även multisjuka och kroniskt sjuka oavsett ålder. Sveriges sjukhustunga vård är emellertid inte anpassad till att ge bästa möjliga vård till dem. Det krävs stor förmåga till samarbete mellan landsting/regioner och kommuner för att kunna erbjuda den sammanhållna vård och omsorg som behövs för de mest sjuka så som till exempel äldre multisjuka kroniker.

Vården och hela vårdkedjan för de mest sjuka äldre måste prioriteras och stärkas. Det är de med en eller flera kroniska sjukdomar, ofta äldre personer, som mest behöver

vården och som allra tydligast har behov av ett samlat omhändertagande och kontinuitet i sina vårdkontakter.

För att vården för de äldre ska kunna fungera bättre krävs sammanhållna vårdkedjor, tidig insatt proaktiv vårdplanering, försök med till exempel närvårdsplatser, hemtagningsteam, mobila hemvårdsteam och ett utökat samarbete med kommunerna som ansvarar för äldreomsorg och hemtjänst.

Lagstiftningen ska stimulera och underlätta för landsting, regioner och kommuner gemensamt att resursplanera omsorg och vård gällande de mest sjuka äldre. Det handlar om att samordna sjukhusvård, närsjukvård, övrig primärvård, mobil hemsjukvård och äldreomsorgens insatser så att trygghet skapas för såväl den äldre som dennes anhöriga. Det är alltför många äldre som åker mellan bostaden och akutsjukvården för att den trygga, nära sjukvården och omsorgen inte samarbetar tillräckligt eller är tillräckligt tillgänglig. Det är ett ovärdigt och onödigt lidande för många äldre. Det innebär att lagstiftning avseende informationsförsörjningen behöver förnyas.

För att förbättra vården av de mest sjuka äldre bör kommuner och regioner jobba med bland annat:

- En fast kontaktperson, exempelvis läkare eller kontaktsjuksköterska i primärvården, som kan hjälpa och stödja den enskilde och samordna vården – och i dialog med kommunen – till en helhet.
- Utvecklat vårdval där det ges möjligheter till samlade helhetslösningar över landstings- och kommungränser där patienten kan välja multiprofessionella vårdteam.
- Mobil hemsjukvård.

Stärk vårdens medarbetare – fler specialistsjuksköterskor och allmänläkare

Det anges ofta att vården befinner sig i en bemanningskris. Detta beror dels på brist på tillgång till kompetens dels på felaktigt resursutnyttjande. Det råder brist på bland annat specialistsjuksköterskor, patologer och biomedicinska analytiker. Inom tio år kan det komma att saknas över 11 000 specialistsjuksköterskor.¹² Det finns utöver detta en brist på cirka 1 500 allmänläkare.¹³ Det försvårar bland annat en utbyggnad av den nära vården.

Vårdens samlade arbetssätt står samtidigt inför stora förändringar. Den medicinska utvecklingen av mer kraftfulla läkemedel och den digitala utvecklingen kommer att leda till nya möjligheter och förmåga att ge avancerad och mer individanpassad vård, ibland på distans. Detta kommer medföra nya krav på kunskaper och kompetenser hos vårdens medarbetare. Modern teknik ger direkt beslutsstöd och kommer att bidra till effektivare och mer patientsäker vård.

För att vända utvecklingen krävs det att vården – i synnerhet den offentligt drivna där bristerna ofta upplevs vara störst – blir en mer attraktiv arbetsplats. Då krävs det tydliga signaler att det ska löna sig bättre att utbilda och vidareutbilda sig. Det ska finnas tydliga möjligheter att kunna göra karriär och se en utveckling gällande ansvar och befogenheter.

¹² Statistiska centralbyrån, samt Vårdförbundets rapport Vårdpersonal sökes.

¹³ Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2017, samt Lärarförbundet.

Det kommer också krävas att vårdens medarbetare får ett utökat inflytande, kortare beslutsvägar och förbättrade arbetsvillkor och arbetsmiljöer. I dygnet-runt-verksamheten på sjukhusen är schemaläggning kontra ledigheter en stor fråga som kan kräva olika lösningar och lite större frihet att välja.

Det krävs en nationell kompetens- och personalförsörjningsstrategi som kan vägleda landsting och regioners eget arbete. Den bör innehålla åtgärder som stärker vårdens medarbetare, till exempel:

- ”Första linjens” ledarskap: Ge ansvar, befogenheter och resurser till medarbetare och chefer som varje dag möter patienterna.
- Utbilda fler specialistsjuksköterskor, allmänläkare och biomedicinska analytiker.
- En ny sjuksköterskeutbildning: Den ska utgöra en helhet där basen för bra specialistutbildning läggs via en väl utformad och anpassad grundutbildning som gör blivande sjuksköterskor redo för såväl sjukvårdens yrken som den kommunala omsorgens.
- Längre arbetsliv: Gör det enklare för den som vill och orkar fortsätta att arbeta inom vården efter 67 års ålder.

Skärp straffen gällande hot och våld mot vårdpersonal

Den bristande respekt och hot och våld som förekommer mot medarbetare inom svensk hälso- och sjukvård är totalt oacceptabelt. Vårdpersonalen måste ha ett ordentligt skydd. Vårdens medarbetare ska kunna känna sig säkra och trygga på jobbet. Detta gäller även den prehospitala vårdens anställda. Det är helt grundläggande. Alltför många inom vården har känt sig utsatta för hot och våld av händelser relaterade till deras yrkesutövning de senaste åren.

Detta är dessutom ett växande samhällsproblem, när gängkriminaliteten flyttar in på akutmottagningar med hot, våld och trakasserier och ambulanser möts med stenkastning och hot under utryckning när liv ska räddas och människor vårdas. Därför ska straffen skärpas för våld och hot som riktas mot dem på grund av deras arbetsuppgifter.

Hoten inträffar exempelvis i samband med att det förekommit grov våldsbrottslighet där ett eller flera offer transporteras till ett sjukhus akutmottagning. Där fortsätter oroligheterna och såväl anställda som andra patienter blir extra utsatta. De allra vanligaste formerna av hot och våld uppstår emellertid när någon är missnöjd med sin egen eller en anhörigs behandling och bemötande inom vården.

Detta är emellertid tyvärr inte något nytt. Den kraftiga ökning av hot och våld inom vården som skedde redan under 1990-talet har stannat kvar på en hög nivå alltsedan dess. Det förekommer dock betydande variationer beroende på vald studie hur vanlig denna utsatthet av hot och våld är inom vården. Studier visar allt från att en av tio till sex av tio inom vårdpersonalen varit utsatta för hot eller våld det senaste året.¹⁴

Hot och våld mot vårdpersonal är aldrig acceptabelt. Därtill riskerar dessa oacceptabla beteenden att leda till att vården får ännu svårare att behålla och rekrytera medarbetare. Hot och våld medför allvarliga konsekvenser såväl för den drabbade som för hela arbetsplatsen.

Inför en särskild straffskärpningsgrund som innebär att alla brott som innefattar ett angrepp mot viktiga samhällsfunktioner ska leda till skärpta straff. Vi vill skärpa

¹⁴ Vårdhandboken, 2015.

straffen för hot och våld mot hälso- och sjukvårdspersonal. Våld och hot om våld mot vårdpersonal är attacker mot livsviktiga samhällsfunktioner. Anställda inom vården ska aldrig behöva acceptera att hot, trakasserier och våld blir en del av deras vardagliga arbetsmiljö.

De allra vanligaste formerna av hot och våld uppstår när någon person är missnöjd med sin egen eller en anhörigs behandling och bemötande inom vården. Det är tyvärr uppenbart att sjukhusens akutmottagningar och andra delar av vården behöver övervakas – för patienters, anhörigas och vårdens medarbetares säkerhet. Detta gäller även ambulanser som styrs på distans av larm- och ledningscentral för att bevaka olycksplatser och öka tryggheten för vårdens medarbetare i ambulanssjukvården.

Lagstiftning och regelverk bör ses över för att kunna tillåta respektive underlätta möjligheter att installera metalldetektorer på sjukhus och andra vårdinrättningar där så bedöms nödvändigt. Därtill när det handlar om att slopa tillståndsplikt för kameraövervakning och möjlighet att bära kroppskameror.

Prioritera barns och ungas psykiska hälsa

Den psykiska ohälsan är omfattande i Sverige. Ungefär mellan 800 000 och 1 000 000 svenskar i arbetsför ålder har någon form av psykisk ohälsa. Kvinnor löper högre risk än män att drabbas av psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan bland unga i åldern 16 till 24 år har tredubblats under de senaste tjugo åren.¹⁵

Psykiatrin är utsatt för stor press. Det är svårt att rekrytera erfarna psykologer och bristen på medarbetare förväntas fortsätta att öka. Andra stora utmaningar handlar om otillräckliga system för kvalitetsutveckling, bristande samarbete mellan psykiatrin och övrig vård.¹⁶ Att själv få välja var och av vem man ska få sin vård är alltid viktigt; detta gäller inte minst för människor med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom.

Det finns fortfarande oklarheter gällande vem som bär vilket ansvar för att stödja och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning saknas och det råder betydande skillnader vad gäller kvalitet och tillgänglighet. Stärk mångfalden av aktörer och valfriheten inom psykiatrin och beroendevården.

En uppföljning av tillgängligheten avseende satsningar på barn och ungas psykiska hälsa och utfall av vårdgarantin inom psykiatrin visar på omfattande utmaningar. Det handlar bland annat om att skillnaderna är stora mellan olika landsting och regioner. I vissa landsting får nära nog nio av tio patienter en första bedömning inom vårdgarantins gräns. I andra landsting får färre än fyra av tio barn och unga motsvarande.¹⁷

Det krävs en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan. Den bör innehålla bland annat följande åtgärder:

- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
- Återupprätta det medicinska ledningsansvaret inom psykiatrin.
- Återinföra den förstärkta vårdgarantin för barn och unga inom psykiatrin.
- Förbättra förutsättningarna för mer samarbete mellan psykiatrin och den övriga somatiska vården, skolhälsovården, missbruksvården och socialtjänsten.
- Stärk den evidensbaserade behandlingen inom psykiatrin kopplat till missbruksvården.

¹⁵ Hjärnrapporten 2014, Hjärnfonden, samt Sjukfrånvaron i psykiska diagnoser 2014, Försäkringskassan.

¹⁶ Socialstyrelsen 2014.

¹⁷ Sveriges Kommuner och Landsting, uppföljning av vårdgarantin.

- Mer klinisk forskning inom psykiatri.
- Stärka kontinuiteten inom psykiatri. De flesta patienter upplever ökad trygghet och kvalitet i sin vård om det finns en regelbundenhet i vem man som patient får träffa inom psykiatri.
- Stimulera till ett ökat samarbete mellan psykiatri och de ideella sektorerna såsom idrottsföreningar och kultursektorn.
- Även uppföljningen och tillsynen av psykiatri behöver stärkas. Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska genomföra uppföljning och analys av psykiatriens resultat i form av kvalitet och väntetider.

Ny uppdaterad nationell cancerstrategi

En av tre svenskar kommer någon gång i livet att drabbas av cancer. Cancer är den vanligaste allvarliga sjukdomen i Sverige. Var tionde minut får en människa i Sverige ett besked om diagnosen cancer. Över en halv miljon svenskar är just nu drabbade av cancer. Det är den näst vanligaste dödsorsaken. Lungcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, bukspottkörtelcancer och bröstcancer är de former av cancer som tar flest liv i Sverige.¹⁸

År 2040 beräknas över 600 000 personer i Sverige leva med cancer. Antalet människor som lever med kronisk cancer ökar därmed stadigt och det beror på förbättrade medicinska möjligheter att hjälpa fler patienter att överleva cancersjukdomar.¹⁹ Nya prognoser visar på en utveckling där antalet människor som lever med en cancerdiagnos kommer att ha fördubblats inom 25 år. Väntetiden för behandling av exempelvis lungcancer är i dag emellertid dubbelt så lång jämfört med vad den har utlovats att den ska vara.²⁰

Detta ställer krav på att den nationella cancerstrategin uppgraderas. Om inte det sker riskerar det förändringsarbete som påbörjats att tappa kraft och på sikt gå förlorat. En uppgraderad nationell strategi behöver utvecklas för att kunna stödja bland annat framväxten av nya kraftfullare läkemedel och ytterligare forskning som kan bidra till att fler människors liv kan räddas när de drabbas av cancer.

För att ta tag i de långa väntetiderna är det hög tid att ta fram en ny uppdaterad nationell cancerstrategi. Det är elva år sedan alliansregeringen beslutade att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att ta fram en nationell cancerstrategi. Mycket behöver fortfarande åstadkommas för att Sverige ska ha en kvalitetssäkrad och jämlik cancervård utan långa väntetider.

Moderaterna ser fem områden där behovet av nationell samordning är extra stort: Kortare väntetider och ökad tillgänglighet. Kompetens- och personalförsörjning. Vårdkvalitet och medicinsk utveckling. Psykosocialt stöd till barn som fått cancer och deras anhöriga, samt cancerscreening.

Vi vill införa en nationell samordning och strategi av långsiktig planering för att säkerställa kompetens- och personalförsörjningen till cancervården.

Då allt fler människor idag överlever sin cancersjukdom kommer även fler att leva med kronisk cancer. Därför bör en utbyggd primärvård få i uppdrag att till viss del ansvara för kroniskt sjuka cancerpatienter, i de fall det är möjligt. Det är av stor vikt att

¹⁸ Cancerfondsrapporten 2016.

¹⁹ Cancerfondsrapporten 2016.

²⁰ Cancerfondsrapporten 2016.

alla som är kroniskt sjuka i cancer får en fast vårdkontakt. Vi vill dessutom säkerställa att vårdprogrammet för cancerrehabilitering verkligen implementeras av alla landsting och regioner.

Vi vill att barn som insjuknar i cancer ska få vara barn och få leva sina vanliga liv, i den mån det går, såväl under sjukdomen som efter. Psykosocialt stöd till både patienter och närstående är mycket viktigt för att åstadkomma detta. Vi avsätter och prioriterar resurser för att säkra tillgången till psykologer och kuratorer på de sex barncancercentrum som finns idag.

En ny nationell samlad cancerstrategi bör innehålla följande:

- Tydliga mätbara kvalitetsresultat, där fokus ska vara på medicinska resultat, väntetider, det samlade patientbemötandet och patientnöjdhet.
- Förslag på metodiska kvalitetsförbättringar inom cancervården, bland annat kortare väntetider, förbättringar av kvalitet och patientsäkerhet genom ytterligare koncentration av högspecialiserad cancervård samt digitaliserade vårdkedjor.
- En långsiktigt hållbar personal- och kompetensförsörjning inom cancervården.
- Förslag på metoder för ett mer samlat helhetsansvar för patienter med kronisk cancer med en samlande kontaktväg in för patienten.
- Förslag på hur nya behandlingsformer i cancervården som till exempel ny medicinteknik och nya målstyrda läkemedel ska nå cancerpatienter snabbare. Därför vill vi att rehabilitering under och efter cancerbehandlingar ska ingå i de standardiserade vårdförloppen.
- Förslag på hur eftervård och rehabilitering kan förbättras. Patienten behöver en tydlig uppföljning och information efter behandling. Behandlingsrelaterade skador kan kräva rehabilitering, andra åtgärder och stöd för en så god livskvalitet som möjligt.
- Kunskapsspridning till bl.a. kommuner om behandlingsrelaterad påverkan i t. ex. skolarbete på barn som behandlats för cancer.

Cancerpatienters rättigheter behöver dessutom skärpas inom patientlagen och patientsäkerhetslagen. Det handlar till exempel om att alla cancerpatienter ska få välja slutenvård, skärpta krav på och uppföljning av att patientlagen verkligen införs överallt i hälso- och sjukvården samt förbättringar vad gäller informationen om patienternas rättigheter. Hittills har genomslaget varit svagt gällande genomförande av patientlagen.²¹

Stimulera och samordna digitalisering av vården

Sverige ligger inte i framkant när det gäller att använda de digitala möjligheterna inom vården. Det borde vi göra, med tanke på att Sverige är i framkant av användning av digital teknik i andra samhällssektorer. En av de främsta utmaningarna handlar därför om att möjliggöra mer av ett metodiskt, samordnat och strukturerat användande av digital teknik och modern informationshantering i vården.

Dagens patienter har stora förväntningar gällande service, tillgänglighet och information om sin vårdprocess. Primärvården är hjärtat i sjukvården och måste vara lättillgänglig också digitalt. Patientens ingång i vården ska göras effektivare genom digital kontakt och valmöjligheterna stärkas genom bättre tillgång till öppna jämförelser.

²¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Lag utan genomslag, rapport 2017:2.

Det bör vara möjligt att kunna boka och avboka tider digitalt, och likt ett Facetime-samtal kunna koppla upp sig för att få en preliminär diagnos/bedömning kring enklare problem och vid uppföljning. Då kan du som patient få en effektivare hjälp och direkt bli hänvisad till rätt vårdnivå. Det är lättare och snabbare för patienten, långa resor kan undvikas och leder också till att färre sjuka måste sitta i väntrum.

För att bättre möjliggöra för detta behöver dagens lagstiftning ses över: Personlig integritet måste vägas mot öppenhet gällande nödvändig information som förbättrar patientens vård och stärker patientsäkerheten. Möjligheten för vårdgivare att få tillgång till digital information bör underlättas.

Det finns redan förväntningar hos vissa att kunna skriva i sin egen journal och lämna egna uppmätta värden om blodtryck och EKG och annat som kan skickas in digitalt. Kan material som är känsligt för den enskildes integritet hanteras via banker så ska det också kunna fungera så inom vården.

Om patienten kan använda sin egen dator, smarta telefon eller läsplatta i kontakter med vården kan användningen av tid och resurser effektiviseras för såväl vården som patienterna. Ju mer uppdaterad information som finns tillgänglig desto bättre. Det bör vara lika lätt att digitalt se det aktuella kösituationen i vårdens verksamheter som att hitta öppettiderna i klädbutiken eller boka bilbesiktning, och enkelt att samlat ha sin dialog med vården i princip dygnet runt genom integrerade e-tjänster.

Ytterligare en stor utmaning är att uppgifter om patienters läkemedel är utspridda på många olika informationskällor i olika delar av vården samt i de register över recept och uthämtade läkemedel som förs av E-hälsomyndigheten. Det behövs därför en nationell samlad läkemedelslista för att stärka patientsäkerheten i vården. En nationell läkemedelslista ska kunna länkas samman med journalsystemen.

Slutsatsen är tydlig i genomförda utredningar att det finns ett växande behov av mer nationell samordning gällande digitalisering.²² Det är en betydande utmaning att 21 regionala och 290 lokala huvudmän agerar självständiga beställare av digitala system. Den nationella samordningen gällande digitaliseringen av vård, omsorg och apotek behöver därför stärkas.

Styr vården med kvalitet – tillsyn, generell tillståndsplikt och uppföljning

Det finns ett tydligt behov av mer nationell tillsyn och uppföljning. Det ska vara ordning och reda i välfärden. En generell tillståndsplikt kombinerad med ägarprövning och ledningsprövning är centrala delar i arbetet att stärka och säkra kvalitet i alla delar av hälso- och sjukvården. Detta står inte i motsättning till att minska detaljstyrning och öka inslagen av tillit till vårdens professioner.

Kvalitetsuppföljning är en viktig del av själva kvalitetsutmaningen. Uppföljning, utvärdering, tillsyn och analys ska alltid ingå som redskap i styrning av vård och omsorg så att samlad kunskap finns om resultat och måluppfyllelse. Hur resultaten uppnås är också en viktig del i uppföljningen av kvalitet.

Nationella kvalitetsregister är en viktig åtgärd som syftar till att få fram ännu tydligare samlade data för bättre resultat i vården. Det handlar exempelvis om en ständig utveckling av kvalitetsindikatorer, register, öppna jämförelser i vård och omsorg

²² Nästa fas i e-hälsoarbetet, SOU 2015:32.

samt brukarundersökningar. Alla patienter och anhöriga ska få ta del av mer öppna redovisningar av såväl uppnådd kvalitet som rådande tillgänglighet till vård.

Kvalitetskontrakt i vården

Alla patienter ska kunna känna trygghet i att vården som erbjuds håller den kvalitet som behövs och att den är patientsäker, oavsett utförare liksom att den är tillgänglig för den som behöver sjukvård. Vården ska alltid sätta människan i centrum och sträva efter att skapa bästa möjliga livskvalitet för varje patient.

I syfte att kunna säkra patientens trygghet behöver vårdens kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet vara i fokus. Detta kräver i bland annat att frekvent mätning genomförs av kvalitet i form av medicinska resultat, väntetider och patientnöjdhet. Det är viktigt att mäta och följa upp vårdens resultat, produktivitet och förmåga att kunna införa och använda de mest effektiva diagnostikerna och medicinska behandlingsmetoderna.

Det avgörande är att vården utgår från patienten och dennes behov. Att varje patient ges den individuella vård som har störst förutsättningar att nå bästa möjliga resultat. Så ser det inte ut i dag överallt i Sverige. För att ytterligare sträva efter att kunna säkerställa att alla ges bästa möjliga vård, oavsett bostadsort, vill vi införa vårdkvalitetskontrakt.

Nationella kvalitetskrav ska införas för att säkerställa vårdens kvalitet och resultat så att alla patienter ges den vård, i rätt tid och av hög kvalitet, som de har rätt att få.

Kvalitetskontrakt ska tecknas mellan huvudmän och det landsting/den region som berörs, avseende den utförare/vårdenhet som inte når de fastställda nationella kvalitetskraven. Att inte nå upp till kraven innebär att den utförda vården bedömts hålla otillräcklig eller undermålig kvalitet.

Kvalitetskontrakt ska vara obligatoriska, men det behöver utredas närmare hur landstingens/regionernas tillsyn i samverkan med statlig myndighet ska gå till. Kvalitetskontrakten ska innehålla krav på åtgärder som forskning och beprövad erfarenhet har visat kan möta de ställda nationella kvalitetskraven. På detta sätt skapas en likvärdig rutin över hela landet för kvalitetsuppföljning.

Kvalitetskontrakt gäller både offentliga och fristående huvudmän. Kontrakten avser att säkerställa en god och säker sjukvård hos alla vårdgivare och syftar även till ständig kvalitetsförbättring i verksamheterna. I de fall patienters hälsa kan riskeras är kvalitetskontrakt inte aktuellt. Då inträder sanktioner enligt dagens lagstiftning. När en verksamhet brister, men bristerna går att åtgärda utan risk för patienters hälsa ska kvalitetskontrakt tecknas. Åtgärdas inte bristerna inträder sanktioner enligt dagens lagstiftning. Nya sanktioner kan bli aktuella för att säkerställa att brister åtgärdas.

Ledning, styrning och organisation – ska prioritera patient och patientsäkerhet

Den samlade bedömningen av svensk hälso- och sjukvård är att många av problemen handlar om att vårdens resurser inte används tillräckligt effektivt. Samtidigt går det naturligtvis inte att utesluta att mer resurser kan komma att krävas för att möta ett ökat vårdbehov hos en växande och allt äldre befolkning, dessutom innebär de senaste årens flyktingkris fortsatt stor belastning för hela vården. Samtidigt. Moderaternas utgångspunkt är att alltid försöka förbättra användningen av skattebetalarnas pengar innan nya resurser förs till.

Det finns behov av strukturella förändringar av svensk hälso- och sjukvård, bland annat behöver primärvården förstärkas så att fler patienter kan få hjälp i den nära vården istället för att söka sig till sjukhusens akutmottagningar. Det handlar också om att koncentrera den mest krävande och specialiserade vården till färre platser för att säkerställa hög patientsäkerhet och kvalitet. Samtidigt kan hälso- och sjukvårdens resurser också användas mer effektivt om det lokala ledarskapet fungerar och organisationerna bättre anpassas till de behov som finns.

Valfrihet och mångfald

Valfrihet och mångfald inom vården innebär att olika vårdmodeller, organisationsformer samt olika vård- och behandlingsformer prövas. Alternativen driver på kvalitetsarbetet och innovationen. Skickligt ledarskap inom fristående verksamheter kan vara en föregångsmodell för hur verksamheter kan förbättras även inom den offentligt drivna vården. Det innebär emellertid inte att den offentliga verksamheten inte ska ta sitt ansvar att driva på utvecklingen. Tvärtom ska skickligt ledarskap inom vården uppmuntras och eftersträvas.

Bra ledarskap skapar god vård

Kvalitet i all välfärdsverksamhet handlar ytterst om medarbetarna. Utan skickliga och kompetenta medarbetare, som ges utrymme att utöva sitt yrke med tillit och självbestämmande, kommer verksamheterna inte att fungera. Därför är det avgörande att det lokala ledarskapet säkerställer tydliga mål, uppföljning, goda arbetsvillkor och är en attraktiv arbetsgivare.

Ett bra ledarskap definieras av flera olika kvaliteter. Det handlar om att sätta tydliga mål med uppföljning och åtgärder när avvikelser befaras. Men det handlar också om att skapa en kultur som bejakar öppna och transparenta beslutsprocesser med tydlig ansvarsfördelning.

Medarbetare ska känna tillit och att de kan utföra sitt yrke självständigt. Chefer och ledare behöver uppmuntra och hitta former för att ifrågasätta nuvarande arbetsätt och processer till förmån för nya som förbättrar och utvecklar verksamheten med fokus på patientnytta. Kreativiteten ska vara stor utan att patientsäkerheten riskeras. Ledare som lyckas få medarbetare att känna engagemang och vilja att dra i samma riktning för att förbättra verksamheten är avgörande för god kvalitet.

Gott ledarskap handlar också om att balansera olika målkonflikter och skapa tydliga strukturer för hur sådana konflikter ska hanteras. Det handlar om lyhördhet, men också om att fatta beslut och att sedan kommunicera de besluten på ett tydligt sätt.

Verksamhetens mål måste vara begripliga för medarbetarna.

Gott ledarskap kommer inte av sig själv. Det behövs träning, vidareutbildning och en plan för utveckling. Det finns exempel på vårdenheter med i princip samma förutsättningar, men med helt olika utfall på grund av olika ledarskap. Slutsatsen är att gott ledarskap är bland det mest effektiva både för att uppnå goda resultat och samtidigt vara kostnadseffektiv.

Minskad byråkrati och administration

Hälso- och sjukvården är alldeles för detaljreglerad, av såväl landstingen som beställare, som av staten och dess olika kontrollerande myndigheter. Ibland är det motiverat av medicinska skäl – för att garantera och säkerställa kvalitet – men ibland är det politikernas, tjänstemäns och administratörers detaljstyrning av patientens vård som är orsaken.

Moderaternas uppgift är att begränsa detaljstyrning till förmån för att vårdgivarna med den medicinska professionen och patientgrupper ska kunna hitta egna kreativa lösningar för en vård med hög kvalitet. Dagens regelbörda behöver minska för att effektiviteten ska kunna öka. I varje avtal med vårdgivare bör regelförenkling vara en utgångspunkt.

I Sverige finns unika möjligheter till forskning tack vare att vården gjort omfattande rapporteringar till nationella register. Det är angeläget att behålla det, men rapporteringarna måste göras mycket enklare och det måste vara tydligt för vårdgivare varför detta arbete behöver utföras.

Den totala detaljstyrningen och regelbördan för vårdgivarna behöver utredas gemensamt och samordnas av staten och landstingen så att en större del av arbetstiden kan ägnas åt patientarbete. Den information som ska rapporteras in måste vara relevant. Förenklade uppföljningssystem innebär också möjligheter att minska på den centrala administrationen.

Betydelsen av lokalt ledarskap och styrning

Det lokala ledarskapet är avgörande för hälso- och sjukvårdens förmåga att leverera god kvalitet och attrahera medarbetare. Skickliga ledare bidrar till god arbetsmiljö och ger medarbetarna förutsättningar att lyckas, vilket leder till goda resultat och nöjda medborgare. Därför är det viktigt att skapa förutsättningar för bra lokalt ledarskap.

Det handlar om att ge vårdens ledare goda förutsättningar i form av tydliga uppdrag och mål, administrativ uppbackning, ansvar för ett rimligt antal anställda och förutsättningar för fortbildning. Samtliga ledare i vården bör ha en plan för hur de ska utveckla sitt ledarskap samt ges tid att utvecklas och lära nytt. Det handlar också om decentraliserat ansvar och befogenheter som gör det möjligt att göra skillnad.

Det är viktigt att det råder balans mellan att mäta, ställa krav, följa upp och att ge utrymme och frihet åt professionerna att forma verksamheterna. Politikens roll ska främst vara att formulera målen, säkra finansieringen och kvaliteten. Därutöver bör stort utrymme lämnas åt professionen att avgöra hur verksamhet ska utföras, oavsett om det är i privat eller offentlig regi.

Det är inte politiker som i huvudsak ska bestämma hur målen och kvalitetskraven ska nås. Det är viktigt att verksamheternas självbestämmande stärks och att detaljstyrning undviks. Mer av så kallad tillitsstyrning behövs. Samtidigt ställer större självbestämmande också högre krav på professionen. Professionen behöver ges möjlighet att ta större ansvar för såväl ekonomiska som verksamhetsmässiga resultat och utveckling samt för sin egen fortbildning.

Effektivitet och utveckling

Det lokala ledarskapet måste ständigt arbeta med verksamhetsutveckling som både stärker kvaliteten och verksamhetens effektivitet, i syfte att skapa en bättre vård för patienten. Vården ska styras och utvecklas metodiskt. Mätning och utvärdering är en viktig del i detta, samtidigt är det viktigt att det görs med ett tydligt syfte att förbättra verksamheten. Mätningar ska inte göras för mätandets skull och det får inte påverka verksamheten negativt.

För att utveckla verksamheten menar vi att det lokala ledarskapet måste arbeta med följande:

- frekvent mäta de viktigaste och mest prioriterade kvalitetsindikatorerna. Det som handlar om medicinska resultat/utfall, väntetider och patientnöjdhet.
- redovisa resultaten öppet med så korta tidsintervall som möjligt. Dels för första linjens vårdpersonal, dels för allmänheten.
- mäta produktion och produktivitet i vården.
- genomföra kontinuerliga uppföljningar av den patientupplevda nöjdheten rörande kvalitet, tillgänglighet och bemötande avseende respektive klinik och vårdcentral.

Det är viktigt att se över och utveckla ersättningssystemen för att uppmuntra och stimulera kvalitetsutveckling, kostnadskontroll och digitalisering genom hela vårdkedjan.

Det lokala ledarskapet kan förbättra tillgängligheten och stärka patienters delaktighet. Sverige hamnar ofta långt ned i internationella jämförelser avseende patienternas upplevelser av bemötandet från läkaren. Det gäller bland annat hur mycket tid läkaren ägnar åt patienten, hur stora möjligheter det finns för patienten att ställa frågor, hur delaktig patienten är i besluten om sin vård samt hur lättförståeliga läkarens förklaringar är om patientens tillstånd.

Det lokala ledarskapet ska bygga förtroende för vården genom att skapa god tillgänglighet, professionellt bemötande av patienten, inlevelseförmåga och förmåga att i mötet med patienten kommunicera på ett tydligt sätt. Det kräver att patienten ges rätt information före, under och även efter mötet. I framtiden kommer digitala beslutsstödsystem i vården möjliggöra snabbare och ännu säkrare diagnoser och behandlingar samt bidra till snabbare och tydligare kommunikation i mötet mellan patient och vårdens medarbetare.

För att stärka patientmötet behöver kontinuitet i bemanning i vården eftersträvas i all styrning som handlar om att utveckla kvaliteten. Det ökar tryggheten och stärker patientens förtroende för vården att ha regelbunden kontakt med samma människa. Det samlade omhändertagandet och bemötandet behöver utvecklas.

Det finns därtill emellertid ett behov av en statlig utredning som ges möjlighet att ta ett helhetsgrepp om den samlade hälso- och sjukvårdens kvalitet, effektivitet och produktivitet och strukturering på såväl kort som lång sikt. Med fokus på patienten, patientsäkerheten.

Internationella jämförelser och analyser ska genomföras. En viktig rapport om produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden visar att det finns en betydande potential till förbättringar av produktiviteten inom de svenska akutsjukhusen. De svenska sjukhusen har en genomsnittlig produktivitetsnivå som ligger ungefär 40 procent under de finska akutsjukhusen.²³

²³ Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden, Svenskt Näringsliv, Rapportförfattare: Claes

Ledarskapsprogram

Ledarskap och mentorskap har avgörande betydelse för vårdens långsiktiga förmåga att bedriva verksamhet av hög kvalitet. En viktig del för att kunna skapa förutsättningar för detta handlar om utbildning och fortbildning för chefer inom alla delar av hälso- och sjukvården.

Vi vill inrätta en nationell ledarskapsutbildning avsedd för framtidens ledare inom vården för att ge professionen en ännu starkare och tydligare roll. Chefer ska kunna ge ett strukturerat mentorskap till oerfarna nya chefer. Det är fortsatt viktigt att landsting och regioner ger chefer och ledare en kontinuerlig kompetensutveckling. Förslaget om nationell ledarskapsutbildning syftar till att forma ett helhetsgrepp.

Vi vill utreda hur intresseorganisationer, aktörer, utförare av vård, och lämpliga statliga myndigheter tillsammans kan ta fram förslag på ledarskapsutbildning. Ledarskapsutbildningen ska i första hand vara avsedd för ”första linjens” chefer inom vården. Vi vill stärka det lokala ledarskapet, stimulera vidareutbildningar, handledarstöd och att vården lokalt tar fram mentorskapsprogram.

Camilla Waltersson Grönvall (M)

Johan Hultberg (M)

Ulrika Jörgensen (M)

Mattias Karlsson i Luleå (M)

Ulrika Heindorff (M)

John Weinerhall (M)

Kristina Axén Olin (M)