

Motion till riksdagen 2016/17:3222

av Cecilia Widegren m.fl. (M)

Vård av hög kvalitet och kontinuitet, patientsäker och effektiv i god arbetsmiljö

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skyndsamt ta fram och genomföra en nationell handlingsplan för vård av hög kvalitet och med god arbetsmiljö och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att den nationella styrningen över hälso- och sjukvården ska förstärkas och bli tydligare och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om den nära vårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheterna att ge primärvården ansvar för akut vård som inte kräver att vården utförs på ett akutsjukhus och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna för en förstärkt öppen specialistvård utanför sjukhusen och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att nationellt se över ersättning av resurser mellan olika vårdnivåer och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om digitala kvalitetslistor i vården och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla prestationsbunden vårdgaranti och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en nationell handlingsplan för att säkra kompetens- och personalförsörjningen i vården och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om den administrativa belastningen inom vården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förenkla och renodla befintliga styrdokument, handlingsplaner och ersättningssystem och tillkännager detta för regeringen.

12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om möjligheten för patienter att välja patientansvarig läkare eller annan fast vårdkontakt och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att analysera och utvärdera hur kvalitet, kostnader, effektivitet och kontinuitet påverkas och utvecklas gällande användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett uppdrag till Inspektionen för vård och omsorg att öka tillsyn och uppföljning av städningen i vården och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera kvaliteten gällande vårdstädning och föreslå konkreta förbättringsåtgärder och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga de sällsynta diagnoserna eller diagnosgrupperna och de specifika behov som finns samt tillgänglighet till kunskap, information och vård och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om koncentrerad vård för patienter med sällsynta diagnoser och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att människor regelbundet får ta ställning till organdonation och information om dess betydelse och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det nordiska samarbetet inom ramen för Scandiatransplant bör utvecklas på fler ställen i landet och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över Donationsrådets uppgifter och organisation och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga tillståndsplikt för vissa verksamheter som erbjuder kroppsbehandlingar, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att fullfölja arbetet med en nationell läkemedelslista och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att löpande utvärdera och se över vaccinationsprogram och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förebyggande insatser i välfärdsverksamheter för att minska ohälsan och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelstester och kvinnors och mäns olika reaktioner på läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa jämlik vård mellan könen och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förkorta väntetiderna i cancervården och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om kortare väntetider i vården för barn med cancer, vikten av dess efterbehandling samt stöd till anhöriga och tillkännager detta för regeringen.

29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla vårdvalet och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en nationell kunskapsguide för hälso- och sjukvårdens personal och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om snabbare validering av sjuksköterskor och läkare och tillkännager detta för regeringen.

Moderata värderingar och utgångspunkter

Varje enskild människa är den viktigaste utgångspunkten och perspektivet för Moderaternas politik och vårt samhällsengagemang. 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. 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 samhället.

Alla människor har lika rätt till vård efter behov och en likvärdig vård av hög kvalitet. Det handlar om människors liv och hälsa. Fokus på hög kvalitet och kontinuitet skapar förutsättningar för att såväl alla patienter som anhöriga ska kunna känna sig trygga.

Alla människor ska ha rätt till valfrihet. Man ska kunna välja sin vård och omsorg utifrån egna behov och förutsättningar, oavsett var i landet man bor. Detta i sin tur förutsätter mångfald och alternativ. Frihet att välja mellan olika alternativ skapar också olika möjligheter för vårdens medarbetare att utvecklas, olika karriärvägar och specialisera sig.

Alla patienter ska ha rätt till vård i tid. Långa väntetider i hälso- och sjukvården är oacceptabla. Det handlar om människors liv och hälsa. Ingen ska behöva vänta på behandling så länge att det riskerar att bli livsavgörande. Byråkrati och administration, kommun- eller landstingsgränser ska inte tillåtas sätta hinder för den enskilde att kunna få vård av hög kvalitet i rätt tid.

Därtill kan och ska samhället stödja ytterligare forskning, framväxt av nya kraftfullare mediciner samt skapa bättre förutsättningar för hälso- och sjukvården att prioritera patientsäkerheten i alla lägen och effektivt kunna hjälpa alla som drabbats av en allvarlig sjukdom med den senaste tillgängliga medicintekniken.

Nuvarande situation är otillfredsställande när det gäller såväl kontinuitet för patienter i vården och personal som funderar på att sluta bland annat på grund av dålig arbetsmiljö, administrativt krävande organisation av arbetet och låga löner.

Vi inser att våra mål med vården är höga, det ska de vara. Vård av hög kvalitet och kontinuitet, patientsäker och effektiv utförd av kunnig personal i en god arbetsmiljö. Det är dit vår nationella handlingsplan strävar och riktas. Vårdens alla utmaningar kan inte mötas samtidigt. Alla relevanta aktörer måste prioritera sitt fokus.

De allra största utmaningarna inom vården

De allra största utmaningarna inom hälso- och sjukvården är fortfarande den varierande kvaliteten, de långa väntetiderna och att kunna säkra kompetensförsörjningen. Därtill bristande patientsäkerhet, att kunna hindra undvikbara vårdskador och feldiagnoser, kunna ta tillvara digitaliseringens alla möjligheter samt svårigheter att uppnå en likvärdig vård i hela landet.

Den demografiska utvecklingen – alltfler äldre

Ett lands befolkningsstruktur är ständigt föränderlig. I Sverige fortsätter medellivslängden att öka och därmed förändras den så kallade befolkningspyramiden. Denna pyramid ändrar alltmer form från en pyramid till ett torn. Med såväl stora grupper av barn, unga och äldre. Antalet människor som blir 85 år och äldre förväntas öka med 130 procent under de kommande trettiofem åren. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Ständigt ökande kostnader – eller satsningar på vården beroende på perspektiv

Till följd av ändrade principer för hur hälso- och sjukvårdens kostnader redovisas där numera även kommunernas äldre- och handikappomsorg ingår är Sverige ett av de länder inom OECD som har de högsta kostnaderna för vården. Därtill fortsätter kostnaderna att öka i förhållande till bruttonationalprodukten. (Källa: SCB:s nationalräkenskaper.)

De sammanlagda kostnaderna för hälso- och sjukvården avseende landstingen och regionerna för år 2014 exklusive omsorg för äldre och funktionsnedsatta uppgick till drygt 230 miljarder kronor, varav primärvården svarade för drygt 39 miljarder kronor, den specialiserade psykiatriska vården för 20,5 miljarder kronor medan den specialiserade somatiska vården kostade drygt 125,5 miljarder kronor. (Källor: Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2015, samt Effektiv vård, SOU 2016:2.)

De samlade resurserna till hälso- och sjukvården ökade med 57 miljarder kronor netto under åren med alliansregeringen. (Källa: Riksdagens utredningstjänst rapport Dnr 2015:1903.)

Den nationella styrningen behöver förstärkas

Vårdens organisering präglas av decentralisering med 21 landsting/regioner och 290 kommuner som alla har ett delansvar för vården. Därtill har staten ett övergripande ansvar genom exempelvis tillsyn, uppföljning och fördelning av vissa ekonomiska resurser så som extra satsningar eller stimulanser som syftar till att sätta extra fokus på gemensamma angelägna utmaningar.

Utredningen Effektiv vård tar inte ställning i frågan om huvudmannaskap. Det ingick inte i direktiven att avlämna förslag om eventuella förändringar avseende

huvudmannaskap. Däremot tar utredningen en klar ställning för att det behövs en ökad förstärkt nationell styrning av hälso- och sjukvården. Vi delar den bilden.

Ett antal utredningar, rapporter och analyser pekar alla i ungefär samma riktning. Det splittrade huvudmannaskapet skapar en komplexitet och medför att aktörernas roller ofta är alldeles för oklara. Det som det ofta handlar om är svårigheterna att åstadkomma likvärdig vård för alla patienter i hela landet, gränsdragningsproblem mellan flera ansvariga huvudmän, problem att effektivt fördela resurser mellan olika huvudmän i vården samt den svaga samordningen av digitaliseringen.

Utredningen Effektiv vård slår fast att alla dessa ovan beskrivna problem kvarstår. Dessa utmaningar kvarstår, konstaterar utredningen därtill, även ifall förslagen från Indelningskommitténs och regeringens signaler om färre regioner blir verklighet. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Den mest avgörande analysen i utredningen handlar emellertid om att den svenska vården har ett alldeles för sjukhusstarkt system och för lite primärvård. Däri skiljer sig Sverige från många andra jämförbara länder. Inte ens i närheten av en femtedel av resurserna och kostnaderna i svensk hälso- och sjukvård går till primärvården. Den stora andelen av resurser är riktade till såväl den slutna som öppna sjukhusvården.

Utredningens kritik mot landstingens styrning av vården ser i korthet ut så här: Ett exempel som lyfts fram är att i ett icke namngivet landsting förekommer 3 strategier, 20 olika policydokument, 264 riktlinjer samt 281 handlingsplaner. Det är svårt att uppnå en tydlig styrning med en sådan organisering.

Utredningens rekommendation till landsting och regioner är att kraftigt förenkla sina befintliga styrdokument. Därtill göra detsamma med utformningen av ersättningssystem samt tillämpa mindre kontroll och mer tillit i sin styrning av professionen. Ett exempel är förslaget om en professionsneutral vårdgaranti.

Multisjuka med kroniska sjukdomar – hälften av alla vårdkostnader

Det är ett begränsat antal patienter som står för en betydande del av kostnaderna inom hälso- och sjukvården. Omkring hälften av alla kostnader för hälso- och sjukvården förbrukas av de tre till fyra procent av dem i befolkningen som har högst vårdkostnad. Därtill riktas mellan 80 till 85 procent av resurserna i vården till dem som har kroniska sjukdomar.

En människa som drabbas av kronisk sjukdom drar i genomsnitt fyra till sex gånger högre vårdkostnader jämfört med en person som inte har någon kronisk sjukdom. En betydande del av svensk sjukvård riktas, helt givet, således till multisjuka, det vill säga personer som har minst två kroniska sjukdomar. Det rör sig om ungefär 50 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Därtill drygt 50 procent av alla genomförda läkarbesök på landets akutmottagningar. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Var femte människa med någon kronisk sjukdom är inlagd och vårdas i slutenvården under ett år. Människor med kronisk sjukdom har i genomsnitt såväl fler vårddygn som fler öppenvårdsbesök än de personer som inte har en kronisk sjukdom. Därtill besöker personer med kroniska sjukdomar fler kliniker än övriga delar av befolkningen. (Källa: Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014.)

De ungefär 20 000 personer som kategoriseras som de allra mest vårdtunga och som för övrigt inte är en statisk grupp över tid driver stora delar av vårdens kostnader. Det beror bland annat på att de har flera diagnoser samtidigt, varav av många är kroniska sjukdomar. Dessa patienter har ofta en hög ålder, medianåldern är 71 år, de har i genomsnitt fyra inläggningar per år i slutenvården och mer än hälften av dessa vårdtillfällen varar längre än sex dygn i följd. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Framtidens kompetensförsörjning – utvecklingen av läkare och sjuksköterskor

Mycket pekar på att hälso- och sjukvården har ett delvis bristande resursutnyttjande. Sverige tillhör de länder som har flest läkare och sjuksköterskor per invånare. Samtidigt är vi bland de länder som har minst antal patientbesök per läkare, och antalet patientbesök per läkare har sjunkit. (Källa: Den sjuka vården 2.0 av Fölster m.fl.)

Antalet anställda är fler än någonsin tidigare i vården. Sverige är ett av de länder inom OECD som har flest antal läkare per capita. Därtill ökar antalet sjuksköterskor och svensk vård har fler sjuksköterskor per capita än genomsnittet inom OECD-länderna. Däremot minskar antalet undersköterskor långsamt men trendmässigt. Detta gäller även vårdadministrativ personal. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Sverige har i dag ungefär 3 500 fler läkare och 5 200 fler sjuksköterskor jämfört med år 2006. Antalet läkare som är sysselsatta inom den svenska vården har ökat från 25 425 läkare år 1995 till 39 524 läkare år 2013. Detta ger en ökning motsvarande 55 procent i reella tal, därtill en betydande ökning per capita.

När det gäller antalet sjuksköterskor har dessa ökat från 85 263 år 1995 till 107 253 sjuksköterskor år 2013. Det är en ökning med 26 procent. Jämfört med andra länder ligger den svenska vården ungefär på genomsnittet avseende antal sjuksköterskor per capita, men lågt jämfört med övriga skandinaviska länder gällande antalet sjuksköterskor. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Statistiska centralbyrån, SCB, genomför regelbundet prognoser över tillgång och efterfrågan för olika yrkesgrupper på såväl medellång som lång sikt. SCB menar att efterfrågan kommer att öka gällande ett antal yrkesgrupper inom vård och omsorg, det handlar om specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker och barnmorskor.

SCB pekar särskilt på att det kommer att uppstå en omfattande brist på specialistsjuksköterskor. Det kan komma att saknas över 11 000 specialistsjuksköterskor redan om tio år. Därtill visar Arbetsförmedlingens prognoser att det kommer att finnas ett stort behov av röntgensjuksköterskor på medellång sikt.

Trots rekordstort antal läkare har vården brist på cirka 1 500 allmänläkare, enligt Läkarförbundet. Det är en allvarlig signal då utbildningstiden för en läkare är fem och ett halvt år. Bristen på läkare, till exempel patologer, försämrar kvaliteten i vården och kan försena diagnoser med sämre behandlingsprognos som resultat.

Därtill är brist på till exempel allmänläkare i öppenvården en orsak till längre väntetider, dålig kontinuitet och högre kostnader när de ersätts med inhyrd personal. Att ha en långsiktig personalförsörjning, kompetensutveckling och bemanning är en utmaning för hela landet, men den kan bli särskilt stor för kommuner utanför storstäderna, till exempel landsbygdskommuner.

Kvalitet och effektivitet i vården

Den svenska hälso- och sjukvården håller en hög medicinsk kvalitet. Det visar såväl undersökningar som Euro Health Consumer Index, EHCI, 2014 och 2015 som Sveriges Kommuner och Landstings internationella jämförelse 2015. Det som drar ned betyget för svensk vård är de långa väntetiderna och patienternas upplevda kvalitet.

Därtill är den svenska hälso- och sjukvården, givet de mått som finns att tillgå, relativt effektiv. Viktigt att komma ihåg såväl gällande kvalitet som effektivitet är dock att variationerna är omfattande inom den svenska vården. Därtill är det viktigt att notera och analysera det faktum att det inte finns något eller ytterst svagt samband mellan höga vårdkostnader och bra resultat.

Svensk hälso- och sjukvård har i dag mer resurser än någonsin tidigare. Det gäller exempelvis antalet anställda i vården som är fler än någonsin tidigare. Kostnaderna för hälso- och sjukvården i Sverige ökar liksom i många andra jämförbara OECD-länder, men snabbare inom svensk vård. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.) Det finns, med tanke på att det försiktigt uttryckt inte finns någon tydlig motsättning mellan kvalitet och produktivitet, ingen garanti för att en satsad krona in i vårdsystemet ger exakt en krona ut ur systemet.

Nuvarande läge och situation avseende kompetensförsörjningen i den samlade hälso- och sjukvården bidrar till ineffektivitet. Vi delar analysen från utredningen Effektiv vård om att nuvarande situation kommer sig delvis av att sammansättningen i personal skiljer sig väsentligt åt mellan vård driven av landsting respektive vård driven av kommunal huvudman.

Läkare i landstingsdrivna sjukhus står för merparten av medicinska insatser jämfört med sporadiska dito i kommunen. Medan omvårdnaden av patienterna på sjukhus domineras av sjuksköterskor sker liknande vård i kommunerna av undersköterskor och vårdbiträden. Detta kommer bland annat till uttryck när undersköterskor byter arbetsplats från kommun till landsting. Arbetsuppgifter som de utfört i kommunen och har lång dokumenterad erfarenhet av att arbeta med får de inte utföra när de träder in i landstingets vårdorganisation.

Trots den positiva utvecklingen gällande antal läkare i Sverige är det tydligt fastlagt att svenska patienter träffar läkare i mindre utsträckning än i andra jämförbara länder. I genomsnitt träffar patienter i den svenska vården läkaren 2,9 gånger per år. Det är den fjärde lägsta frekvensen av läkarbesök bland alla OECD-länder. Sverige har samtidigt ungefär 3,9 läkare per tusen invånare samtidigt som snittet bland OECD-länderna är 3,2 läkare per tusen invånare. (Källa: Health at a Glance, OECD 2013, samt Den sjuka vården 2.0 av Fölster m.fl.)

Patientupplevd kvalitet – samband med produktivitet

Patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvård påverkas av många olika faktorer. Det är av stor betydelse för den upplevda kvaliteten i vården att professionen är lyhörd och intresserad av att lyssna till vad patienterna uttrycker. En tydlig inriktning mot mer av personcentrerad vård är en viktig strävan.

Den professionella vårdpersonalen strävar efter att förbättra den kvalitet som ges i vården. Med moderna digitala vårdinformationssystem blir det möjligt att samla in,

analysera och publicera data på helt nya och mer tillgängliga sätt. Genom att öppet publicera kvalitetsdata får patienter möjlighet till ökat inflytande över sin egen vård.

Antalet patientbesök per läkare och år har minskat från drygt 2 000 år 1975 och 909 besök år 2000 till 862 stycken år 2012. Samtidigt har antalet patientbesök per läkare och dag sjunkit från 9 besök år 1975 till 4 stycken år 2000, och år 2012 hade trenden fortsatt nedåt till 3,8 patientbesök per läkare och dag. Sjukhusläkarna tar i genomsnitt emot 1,9 patienter per dag. Därtill är det färre patienter som vårdas på sjukhus än som genomför ett mottagningsbesök. Produktiviteten är därmed väldigt låg. (Källa: Den sjuka vården 2.0 Fölster m.fl.)

I ett avseende, utöver de långa väntetiderna i den svenska vården, är utfallet vid internationella jämförelser nedslående för Sverige. Vi är oftast allra sämst avseende patienternas upplevelser av bemötandet från läkaren. Oavsett om det handlar om hur mycket tid läkaren ägnar åt patienten, ger möjlighet för patienten att ställa frågor, ser till att patienten blir delaktig i beslut om sin vård eller om läkaren ger lättförståeliga förklaringar kring patientens tillstånd så kommer läkare inom den svenska vården sämst ut av jämförbara OECD-länder. (Källa: Health at a Glance, OECD, 2013.)

Europas längsta väntetider – samband med produktivitet

Svensk hälso- och sjukvård har Europas längsta väntetider. Därtill är variationerna omfattande i väntetider beroende på diagnos och i vilken del av landet som du söker din vård. Vi vet exempelvis att en kvinna med lungcancer får vänta nära tre gånger så lång tid på behandling som en man med motsvarande diagnos i Dalarna. (Källa: Öppna jämförelser 2014, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, samt Cancerfondens årsrapport 2015.)

Det verkar finnas ett positivt samband mellan produktivitet och i vilken utsträckning en patient kan få tid för patientbesök samma dag i primärvården i ett landsting. Det finns därtill en hel del som talar för att arbetssätt, organisering, kultur och tradition på ett sjukhus eller en vårdcentral påverkar synen på väntetider för patienterna, och att detta synsätt är svårt att ändra på.

Ska den svenska hälso- och sjukvården lyckas bryta denna utveckling krävs metodiska heltäckande åtgärder. Ett redskap som vi vill återkomma till och pröva i utvecklad form är en prestationsbunden vårdgaranti som sätter fokus på att försöka korta ned väntetiderna.

Produktivitet är i detta sammanhang en stor drivkraft. Det finns nämligen positiva samband mellan produktivitet i den specialiserade vården och patienter som väntat högst 30 dagar på specialistbesök. Detsamma gäller avseende produktivitet och andel patienter som fått operation inom 30 respektive 90 dagar. (Källa: Den sjuka vården 2.0 av Fölster m.fl.)

Framtidens kompetensförsörjning – utvecklingen av läkare och sjuksköterskor

Mycket pekar på att hälso- och sjukvården har ett delvis bristande resursutnyttjande. Sverige tillhör de länder som har flest läkare och sjuksköterskor per invånare. Samtidigt är vi bland de länder som har minst antal patientbesök per läkare, och antalet patientbesök per läkare har sjunkit. (Källa: Den sjuka vården 2.0 av Fölster m.fl.)

Antalet anställda är fler än någonsin tidigare i vården. Sverige är ett av de länder inom OECD som har flest antal läkare per capita. Därtill ökar antalet sjuksköterskor och svensk vård har fler sjuksköterskor per capita än genomsnittet inom OECD-länderna. Däremot minskar antalet undersköterskor långsamt men trendmässigt. Detta gäller även vårdadministrativ personal. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Sverige har i dag ungefär 3 500 fler läkare och 5 200 fler sjuksköterskor jämfört med år 2006. Antalet läkare som är sysselsatta inom den svenska vården har ökat från 25 425 läkare år 1995 till 39 524 läkare år 2013. Detta ger en ökning motsvarande 55 procent i reella tal, därtill en betydande ökning per capita.

När det gäller antalet sjuksköterskor har dessa ökat från 85 263 år 1995 till 107 253 sjuksköterskor år 2013. Det är en ökning med 26 procent. Jämfört med andra länder ligger den svenska vården ungefär på genomsnittet avseende antal sjuksköterskor per capita, men lågt jämfört med övriga skandinaviska länder gällande antal sjuksköterskor. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2).

I genomsnitt träffar patienter i den svenska vården läkaren 2,9 gånger per år. Det är den fjärde lägsta frekvensen av läkarbesök bland alla OECD-länder. Sverige har samtidigt ungefär 3,9 läkare per tusen invånare samtidigt är snittet bland OECD-länderna 3,2 läkare per tusen invånare. (Källa: Health at a Glance, OECD, 2013, samt Den sjuka vården 2.0 av Fölster m.fl.).

Statistiska centralbyrån, SCB, genomför regelbundet prognoser över tillgång och efterfrågan för olika yrkesgrupper på såväl medellång som lång sikt. SCB menar att efterfrågan kommer att öka gällande ett antal yrkesgrupper inom vård och omsorg, det handlar om specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker och barnmorskor.

SCB pekar särskilt på att det kommer att uppstå en omfattande brist på specialistsjuksköterskor. Det kan komma att saknas över 11 000 specialistsjuksköterskor redan om tio år. Därtill visar Arbetsförmedlingens prognoser att det kommer att finnas ett stort behov av röntgensjuksköterskor på medellång sikt.

Trots rekordstort antal läkare har vården brist på cirka 1 500 allmänläkare, enligt Läkarförbundet. Det är allvarliga signaler då utbildningstiden för en läkare är fem och ett halvt år. Bristen på läkare, till exempel patologer, försämrar kvaliteten i vården och kan försena diagnoser med sämre behandlingsprognos som resultat.

Feldiagnoser – en stor utmaning

Feldiagnoser är en stor utmaning och utgör mer än var tionde undvikbara vårdskada. Det beror på många faktorer att feldiagnoser uppstår. Det handlar exempelvis ibland om rena mänskliga misstag och tillkortakommanden. Vid en del andra situationer kan det bero på tidspress och svårigheter att väga samman en rad förklarande variabler till en korrekt diagnos.

Ett exempel på feldiagnoser redovisar den sammanställda enkäten från organisationen The Type One Diabetes Network, som visar att en tredjedel av alla patienter med diabetes typ 1 först fått fel diagnos. Av dem som fått en felaktig diagnos var två av tre personer tvungna att gå till läkare minst tre gånger innan rätt diagnos ställdes. (Källa: Den sjuka vården 2.0 av Fölster m.fl.)

Brister i städning inom vården är ett annat exempel på undvikbara vårdskador. Patienter kan drabbas av infektioner till följd av exempelvis bristande städning i vården. Dessa undvikbara vårdskador leder i många fall till förlängd vårdtid, i värsta fall innebär skadan att en patient avlider. Omkring 700 patienter avlider varje år till följd av undvikbara vårdskador. År 2008 avled ungefär 3 000 patienter årligen av undvikbara vårdskador. (Källor: Socialstyrelsen samt Vårdförbundet.)

Primärvården – stora skillnader mellan olika landsting

Det finns stora och väsentliga variationer när det gäller fördelning av kostnader och satsningar i vården mellan olika landsting och regioner. Detta gäller särskilt resurserna som landsting och regioner riktar till primärvården. Det är ett spann mellan det landsting som fördelar mest resurser till primärvården och det som fördelar minst på ungefär 45 procent.

Åtta landsting satsar femton procent eller mindre av de totala vårdresurserna och kostnaderna på primärvård. Skillnaderna i fördelning av resurser till den somatiska vården är mindre, men dock betydande. Det varierar mellan ett spann för det landsting som fördelar mest resurser till den somatiska vården respektive minst på ungefär tolv procent.

Sett ur ett internationellt perspektiv är andelen som är primärvård i Sverige en liten del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Den stora delen av kostnaderna inom primärvården handlar om allmänläkarvården. Det finns dock även gällande denna del betydande variationer. Detta gäller särskilt för de andelar som avser allmänläkarvård respektive sjuksköterskevård. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Primärvården behöver stärkas och utvecklas

Den svenska hälso- och sjukvården är ett av de sjukvårdssystem i världen som har flest anställda sjukhusläkare per capita. Utredningen Effektiv vård ger i sin analys uttryck för att de många vårdbehov hos personer som är multisjuka med kroniska sjukdomar i ökad utsträckning än idag behöver tas om hand av primärvården. En vård som ska vara lätt tillgänglig under dygnets alla timmar.

Forskning och beprövade erfarenheter visar att många delar av kända kroniska sjukdomar kan såväl förebyggas som behandlas. Som tidigare berörts så stör vården av människor med kroniska sjukdomar för ungefär halva de totala vårdkostnaderna. En utbyggd primärvård skulle kunna förbättra möjligheterna till ett effektivare utnyttjande av resurserna totalt sett. Vidare råder det brist på specialister i allmänmedicin. Detta kan vara en anledning till att viljan att förstärka resurserna till primärvården minskas.

Ineffektiva akutsjukhus – Sverige har sämst utfall i Norden

I en rapport har skillnader i produktivitet mellan olika akutsjukhus i Norden sammanställts. Resultaten tyder på att de finländska sjukhusen har en signifikant högre produktivitet jämfört med övriga nordiska länder i den genomförda analysen. Därtill förefaller även danska och norska akutsjukhus ha en något högre produktivitet än de svenska akutsjukhusen.

Även i denna studie visar forskningsresultaten att det inte fanns någon motsättning mellan hög produktivitet och hög kvalitet. Det innebär således att det är fullt möjligt att samtidigt kunna förbättra såväl produktivitet som kvalitet. Därtill finns det stora variationer i produktivitet mellan olika sjukhus i respektive land.

I en separat studie analyserades de svenska akutsjukhusen och resultatet blev att det finns stora betydande variationer avseende produktiviteten. När det tas hänsyn till i vilken driftsform sjukhusen bedrevs fanns rapporten att sjukhus i annan regi och i aktiebolagsdrift levererade högre produktivitet än de akutsjukhus som drevs i förvaltningsform. (Källa: Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden, Claes Rehnberg, 2016.)

Det behövs mer av koncentrerad högspecialiserad vård

Några av de allra största utmaningarna inom vården är långa och varierande väntetider beroende på vilken diagnos och vilket landsting det berör. Kvalitet som varierar beroende på exempelvis vilken form av cancerbehandling och vilket landsting det berör. Därtill att det finns för få specialister så som exempelvis patologer.

Vetenskaplig forskning och beräkningar ger vid handen att cirka 500 dödsfall per år i den svenska vården skulle kunna undvikas om vi genomförde en ökad koncentration av avancerad högspecialiserad vård. Därtill skulle antalet komplikationer minska och vårdtiderna kunna kortas ned, vilket i sin tur leder till kortare rehabilitering och snabbare återkomst i daglig livsföring.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har studerat sambandet mellan volym och kvalitet. Deras översikter av den litteratur som finns avseende samband mellan volym och kvalitet inom avancerad högspecialiserad vård visar att högre volym av operationer leder till bättre resultat avseende såväl lägre dödlighet som färre komplikationer. Det verkar därtill som om kirurgvolym har ännu större betydelse för de positiva resultaten än sjukhusvolym. (Källa: Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa, SOU 2015:989.)

Det är därmed en viktig utmaning att kunna åstadkomma en mer nationellt samlad koncentrerad högspecialiserad vård i syfte att stärka kvalitet och minska skillnader i exempelvis cancervård och hjärt- och kärlsjukvård som patienter får beroende på var i landet de bor.

Ledarskap, arbetsmiljö och organisation

Ett område som bör lyftas fram mer än i dag för utvecklingen av hälso- och sjukvården är ledarskap, arbetsmiljö och organisering. Utredningen Effektiv vård för ett ingående resonemang kring dessa frågor och uttrycker ett antal tänkvärda reflektioner.

Dessa reflektioner handlar bland annat om att ofta är arbetsplatskulturen ett starkare styrmedel än direktiv som ”kommer uppifrån” i systemet. Därtill att verksamheter som har en positiv arbetskultur har enklare att identifiera och genomföra innovationer. Det vill säga att kunna utveckla och förändra sin verksamhet utifrån nya förutsättningar.

En reflektion som är central att ta fasta på menar vi handlar om uttrycket patienten ska vara i centrum. Vi menar att patienten bör vara så långt det är möjligt en del av teamet. Utredningen visar också att framgångsrika verksamheter just betraktar patienten som en i teamet och att denne är delaktig i sin egen vård efter förmåga. (Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.)

Ledarskapsfrågor är komplexa och svåra. Desto viktigare att våga lyfta fram dessa och visa på betydelsen av ett professionellt ledarskap för att kunna utveckla exempelvis bättre arbetsmiljö. Det finns en betydande tradition av yrkesstolthet bland vårdens personal, med all rätt. Den är viktig att ta tillvara på.

Behov av mer tillsyn, tillståndsplikt, uppföljning och utvärdering

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 profession.

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

En nära vård och digitaliserad vård

En stor utmaning redan nu och än viktigare framöver är att kunna åstadkomma en mer nära vård. Därtill använda alla digitaliseringens möjligheter inom vården.

När det handlar om nära vård så är detta ett viktigt begrepp som är bredare än enbart primärvården. De allra mest sjuka äldre som ofta är kroniker behöver ett samlat omhändertagande som lämpar sig bättre i den nära vården i jämförelse med sjukhusens akutmottagningar.

När det gäller digitaliserad vård handlar det dels om samordning av information och dyligt, samtidigt finns det en monumental möjlighet att i framtiden metodiskt kunna använda digitalt beslutsstöd i vården. Memorial Sloan Kettering Cancer Center har redan börjat att använda kognitiva datorsystem som ger ett digitalt beslutsstöd.

Denna utveckling skulle, rätt använt, kunna innebära snabbare och säkrare diagnoser. Därtill skulle ny forskning som läkaren ännu inte hunnit ta del av ändå kunde användas tack vare det digitala stödet samt att patienten skulle kunna ges vård och behandling som ännu mer specifikt utgår från dennes gener och förutsättningar. (Källa: Den sjuka vården 2.0 Fölster m.fl.)

Organdonation – Räddar liv

Transplantation av organ räddar liv. Organdonation är en livsviktig del av att få hälso- och sjukvårdens verksamhet att fungera. När ett liv släcks kan samtidigt flera andra människors liv räddas. Såväl i Sverige som internationellt råder en omfattande brist på organ som är lämpliga för transplantation.

Flera undersökningar visar att den svenska befolkningen har en stor vilja att donera organ. Samtidigt är donationsfrekvensen i Sverige under genomsnittet i Europa. Det är således viktigt att se över bland annat rutiner och information till allmänheten för att försöka effektivisera det donationsfrämjande arbetet i Sverige. (Källa: Organdonation – en livsviktig verksamhet, SOU 2015:84.)

Denna utredning analyserar och föreslår åtgärder inom huvudsakligen fem områden för att kunna förbättra systemet med donation av organ i Sverige. Det handlar för det första om de legala förutsättningarna för att vidta medicinska insatser innan döden inträffat i syfte att kunna uppfylla enskildas önskan om att kunna donera organ.

För det andra handlar det om att kartlägga vårdens behov av stöd med ytterligare kunskaper samt var ansvaret för informationsinsatser riktade till allmänheten bör ligga. Det tredje handlar om hur informationen kan utvecklas och hur det kan bli enklare för den enskilde att göra sin vilja känd avseende donation av organ. Därtill utreda funktionen avseende donationsregistret.

Det fjärde området handlar om klargöra vissa frågeställningar rörande nu levande donatorer samt slutligen att vidta en översyn av och ta fram konkreta förslag till reglering av utbytet av personuppgifter i den nordiska samarbetsorganisationen Scandiatriplant.

Utredningen föreslår i korthet att när det finns samtycke till att donera organ bör det ingå i hälso- och sjukvårdens uppdrag att, om vissa förutsättningar är uppfyllda, ta hänsyn till ett samtycke till att donera organ som en del av den vård som ges i livets slutskede.

Utredningen anser vidare att de legala förutsättningarna för de medicinska åtgärder som kan behöva utföras för att genomföra en samtyckesutredning, samt i de fall där det finns ett samtycke till donation, vidta de medicinska åtgärder som krävs för att kunna bevara organens funktion innan döden inträffat ska föras in i transplantationslagen.

Ytterligare en konkret åtgärd som utredningen föreslår handlar om att förtydliga vårdens ansvar i hälso- och sjukvårdslagen att sjukhus som bedriver intensivvård ska ha den personal och den utrustning som behövs för att donationer av organ ska kunna utföras på ett säkert sätt som motsvarar högt ställda etiska krav på verksamheten.

Därtill anser utredningen att information och opinionsbildning rörande donation av organ även fortsättningsvis bör vara ett statligt ansvar. Vidare föreslås att i linje med detta bör Socialstyrelsen ges i uppdrag att ansvara för information gentemot allmänheten avseende organdonation. (Källa: Organdonation – en livsviktig verksamhet, SOU 2015:84.)

Sällsynta diagnoser – Svåra avvägningar

I Socialstyrelsens kunskapsdatabas finns för närvarande drygt 300 diagnoser beskrivna som avser sällsynt sjukdom. För att en diagnos ska betecknas som en ovanlig eller sällsynt diagnos ska sjukdomen finnas hos högst 100 människor per en miljon invånare. Det innebär att trots att varje enskild diagnos är sällsynt så medför det stora antalet diagnoser att många människor och deras anhöriga är berörda.

Socialstyrelsen redogör i en rapport för hur organisering av resurserna för personer med sällsynta diagnoser och informationen till patienter med dessa diagnoser och deras anhöriga ser ut och fungerar. Slutsatsen är att hur det fungerar skiljer sig märkbart åt beroende på vilken diagnos det handlar om. Därtill att det råder en brist på kunskaper i vården i stort avseende sällsynta diagnoser.

I Socialstyrelsens rapport föreslås att man bör se över möjligheterna att utreda vidare om det är möjligt att ta fram en nationell modell för finansiering av sällsynta diagnoser som ju medför mycket dyra utredningar och behandlingar. Därtill se över möjligheterna att exempelvis göra insatser för att öka samordningen av vårdprogram och riktlinjer för sällsynta diagnoser i hälso- och sjukvården. (Källa: Läkemedel för djur, maskinell dos och sällsynta tillstånd, SOU 2014:87.)

Vi uppfattar det som viktigt att lyfta situationen i vården för personer som har sällsynta diagnoser. Det kan handla om att pröva och överväga möjligheterna att ta fram en nationell handlingsplan och se över hur vården för patienter med sällsynta diagnoser kan involvera och göra dessa patienter mer delaktiga i sin egen vård.

Därtill att se över frågeställningar som rör särläkemedel. Dessa läkemedel är ofta helt avgörande för behandlingen av patienter med sällsynta diagnoser och svåra ovanliga sjukdomstillstånd. Då behandlingen ofta är väldigt kostsam är det centralt att analysera hur tillgången till dessa läkemedel fungerar och se över aspekter rörande likvärdig vård.

Kroppsbehandlingar – Svagt konsumentskydd

Kroppsbehandlingar i syfte att förändra utseendet är i dag en konsumenttjänst som ibland innebär en väsentlig hälsorisk. Situationen för närvarande är att marknaden för dessa behandlingar åtminstone delvis är helt oreglerad. Detta innebär att det finns allvarliga brister i de grundläggande förutsättningarna för konsumenten att kunna

Estetiska kroppsbehandlingar för att förändra utseendet anses inte vara hälso- och sjukvård. Det utbud som finns i dag präglas av ett brett spektra av olika aktörer, behandlingar och regelverk. Det är, i princip, fritt fram att bedriva verksamhet som utför kroppsbehandlingar i syfte att förändra utseendet utan att dessa utförare behöver ha några särskilda medicinska kunskaper.

Detta även om ingreppen som utförs medför betydande hälsorisker. Inspektionen för vård och omsorg är tillsynsmyndighet. Myndighetens ansvar är dock begränsat. Sverige tillhör de länder i Europa som har minst regleringar och lägst konsumentskydd avseende estetiska kroppsbehandlingar. Detta sammantaget tydliggör avsaknaden av en samlad reglering i syfte att stärka skyddet för den enskilde konsumenten.

Det är vanskligt att ha en bestämd uppfattning om hur vanligt förekommande dessa varierande kroppsbehandlingar för att förändra utseendet är, men Socialstyrelsen har gjort en ungefärlig bedömning och beräkning att det rör sig om mellan 60 000 och 65 000 behandlingar per år. Det som går att slå fast är att antalet behandlingar, ingrepp och aktörer ökar. Många människor riskerar att råka illa ut.

Skönhetsutredning har i sitt betänkande Kroppsbehandlingar – åtgärder för ett stärkt konsumentskydd, SOU 2015:100, lagt fram ett antal konkreta förslag till åtgärder. I all korthet föreslås exempelvis en ny lag om kroppsbehandlingar i syfte att stärka konsumentens skydd genom högre krav på den som är utförare av dessa behandlingar.

Därtill föreslår utredningen att denna lag ska innehålla bland annat förslag om att avgränsa vissa behandlingar till särskilda yrkesgrupper, införa tillståndsplikt för de utförare som erbjuder kroppsbehandling i syfte att förändra utseendet och som kan innebära en betydande hälsorisk.

Utöver detta föreslår utredningen att kommunerna och Inspektionen för vård och omsorg utses till behöriga tillsynsmyndigheter. Därtill att det ska upprättas ett nationellt register över verksamheter med tillstånd som utför kroppsbehandlingar i syfte att förändra utseendet.

Nationell handlingsplan – Förslag att öka kvalitet och effektivitet för patienternas bästa i rimlig arbetsmiljö

Vi föreslår att en nationell handlingsplan tas fram för att säkra kvalitet och minska väntetiderna i hälso- och sjukvården. Det krävs därtill tydliga nationella strategier för att säkra likvärdighet i vården i hela landet. En långsiktig nationell handlingsplan ska även fokusera på patientsäkerhet, kontinuitet, effektivitet och arbetsmiljön i vården.

Vi anser att denna handlingsplan ska se över och utveckla prestationsbunden heltäckande vårdgaranti i syfte att kunna korta väntetiderna och öka samordningen i vården. Den svenska hälso- och sjukvården har i dag Europas längsta väntetider. Därtill varierar väntetiderna kraftigt mellan olika delar av landet.

I denna nationella handlingsplan ska även strategier tas fram som syftar till att förstärka och tydliggöra den nationella styrningen av hälso- och sjukvården. I dag är styrningen av vården splittrad. Den behöver bli mer samordnad för att kunna lösa de stora utmaningar vården står inför.

Det handlar exempelvis om ett nationellt uppdrag för primärvården och den nära vården. En övergripande styrande princip bör vara att vården ges nära befolkningen. Därtill stärkt uppföljning och tillsyn samt samordning av digitaliserad information i vården.

En annan styrande princip bör vara koncentration av avancerad högspecialiserad vård när så krävs för att kunna upprätthålla hög kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet. En ytterligare övergripande styrande princip bör vara att vården i första hand ges som öppenvård.

Vi vill att regeringen i en nationell handlingsplan ser över och formulerar en nationell definition av primärvården och den nära vårdens uppdrag som innebär att den bör sköta om den största delen av existerande behov av vård. Därtill hur den ska skötas och vad den ska innehålla. Vi vill betona att detta handlar om mer än det som sker inom vårdcentralens fyra väggar.

Det kan exempelvis handla om att se över möjligheterna att ge primärvården ett ansvar för akut vård som inte kräver att vården av patienten utförs på ett akutsjukhus. Därtill att se över förutsättningarna för att kunna åstadkomma en förstärkt öppen specialistvård utanför sjukhusen. Denna vård är en viktig länk mellan primärvården och sjukhusvården.

Vi vill i detta sammanhang se över resursfördelningen mellan olika nivåer, ersättningssystemen och möjligheterna att därmed kunna föra ut mer specialistvård från sjukhusen. Därför behövs det tas fram en ändamålsenlig fördelning av resurser mellan olika vårdnivåer. De svenska akutsjukhusen har betydligt lägre produktivitet än motsvarande sjukhus i Finland och lägre än i Norge och Danmark. Hållbara och långsiktiga ersättningssystem uppmuntrar kvalitet och kontinuitet i vården.

Därtill är det viktigt att pröva möjligheterna att utveckla strategier för primärvården och den framtida nära vården, för alla personer och speciellt äldre med flera diagnoser och multisjuka barn med kroniska sjukdomar. Därtill att stödja projekt i syfte att skapa en mer nära mobil vård för äldre med en eller flera kroniska sjukdomar och för multisjuka barn med kroniska sjukdomar. Vi vill betona betydelsen av att alla patienter och anhöriga kan bli mer delaktiga i sin vård och tillsammans med personalen utgöra en naturlig del av samtalen kring den planerade vården. En nationell läkemedelslista behöver tas fram i syfte att säkra patientsäkerheten. Det ska finnas en gemensam källa till information som vård och apotek kan utgå ifrån. Idag kan alltför ofta föreskrivande läkare inte se vilka läkemedel en patient använder. Därtill vill vi pröva förutsättningarna att införa digitala kvalitetslistor som ett sätt att kunna förbättra informationen till patienter och anhöriga avseende väntetider, kvalitet och resultat i vården. Vi vill att gemensamma nationella strategier tas fram för att långsiktigt kunna säkra kompetens- och personalförsörjningen i vården i samarbete och samverkan med uppdragsgivare och vårdgivare. Detta gäller exempelvis en nationell strategi för karriärtjänster avseende specialistsjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker.

Se därtill över möjligheterna att skyndsamt minska den administrativa belastningen inom vården som ett led att förbättra arbetsmiljön.

Pröva förutsättningarna att kunna kartlägga och analysera kvaliteten gällande städning i vården och föreslå konkreta förbättringsåtgärder. De omfattande brister som finns gällande städning i vården medför betydande risker för ytterligare undvikbara vårdskador till följd av ökad infektionsrisk för patienterna.

Vi vill att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ingående kartlägga de sällsynta diagnoserna eller diagnosgrupperna och de specifika behov som finns samt tillgänglighet till kunskap, information och vård. Se därtill över möjligheterna hur koncentrerad högspecialiserad vård kan vara ett effektivt redskap att skapa vård av hög kvalitet för patienter med sällsynta diagnoser.

Vi vill verka för att människor regelbundet får ta ställning till organdonation och information om dess betydelse. Därtill betonar vi betydelsen av att det nordiska samarbetet utvecklas på fler ställen i landet inom ramen för Scandiatransplant. Vi

föreslår också att Donationsrådets uppgifter och organisation ses över. Donation av organ bör vara en naturlig del av vården i livets absoluta slutskede.

Vi vill att förutsättningarna prövas att kunna införa tillståndsplikt för vissa verksamheter som erbjuder kroppsbehandlingar i syfte att förändra utseendet och som kan innebära en väsentlig hälsorisk.

God vård är en rättighet och en jämställd vård är en kvalitetsfråga. Finns det stora könsskillnader i behandlingsresultat och i hur kvinnor respektive män upplever vården så är det en kvalitetsbrist. Diagnoser och behandlingar måste utgå från patientens faktiska behov och inte från föreställningar om kvinnor och män, samtidigt som vården måste ta hänsyn till de faktiska könsskillnader som är medicinskt relevanta. Skillnaderna i vårdtillgång, vårdkvalitet och hälsa mellan kvinnor och män är oacceptabla.

Det är viktigt att se över statliga satsningar på forskning och utveckling gällande prioritering och testning av läkemedel eftersom kvinnors respektive mäns kroppar reagerar olika på behandling. Hittills har mycket av utförd forskning skett med mäns kroppar som utgångspunkt. Det är viktigt att kunna fullfölja arbetet med att ta fram en nationell gemensam läkemedelslista.

Vi vill försöka att säkerställa en mer jämlik vård mellan könen bland annat genom att skynda på uppbyggandet av läkemedelsbanken Kön, genus och läkemedel. Denna kan bidra till bland annat ökade kunskaper och erfarenheter om hur läkemedelsbehandlingar utfaller olika beroende på om de ges till en kvinna eller man.

Det är centralt att se över förutsättningarna att kunna arbeta aktivt med förebyggande insatser i välfärdsverksamheter för att minska ohälsan, inte minst kvinnors ohälsa. Det är därtill viktigt att utvärdera löpande och se över exempelvis vaccinationsprogram så att dessa följer utvecklingen och håller rekommenderad kvalitet och säkerhet.

Vi föreslår:

- Ta fram en nationell handlingsplan i syfte att säkra kvalitet och korta väntetiderna i hälso- och sjukvården.
- Förstärk och tydliggör den nationella styrningen i hälso- och sjukvården.
- Formulera en nationell definition av den nära vårdens uppdrag. Den bör sköta en större del av den samlade vården.
- Se över möjligheterna att ge primärvården ansvar för akut vård som inte kräver att vården utförs på ett akutsjukhus.
- Se över förutsättningarna för en förstärkt öppen specialistvård utanför sjukhusen.
- Se nationellt över ersättning av resurser mellan olika vårdnivåer.
- Pröva möjligheterna att prioritera kontinuitet och effektivitet i vården av de mest sjuka äldre.
- Inför digitala kvalitetslistor i vården som ger patienter och anhöriga möjlighet att jämföra kvalitet och väntetider i vården.
- Utveckla en prestationsbunden vårdgaranti i syfte att kunna korta väntetiderna i vården.
- Ta fram en nationell handlingsplan för att säkra kompetens- och personalförsörjningen i vården. Denna ska innehålla en strategi som säkrar vårdens och omsorgens behov av personal fram till år 2025.

- Utredda möjligheterna gällande karriärtjänster inom vården. Det avser exempelvis specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor och röntgensjuksköterskor.
- Minska den administrativa belastningen inom vården som en del i att förbättra arbetsmiljön och ta tillvara på digitaliseringens möjligheter i detta sammanhang.
- Förenkla och renodla befintliga styrdokument, handlingsplaner och ersättningssystem i vården.
- Ge möjligheter för patienter att välja patientansvarig läkare eller annan fast vårdkontakt i syfte att förbättra kontinuitet och trygghet i vården.
- Ge ett uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att analysera hur kvalitet, kostnader, effektivitet och kontinuitet påverkas och utvecklas avseende användande av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal. Detta i syfte att säkra kvaliteten och likvärdigheten i vården.
- Ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att öka tillsynen och uppföljningen av städningen i vården.
- Ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att kartlägga och analysera kvaliteten gällande städningen i vården samt föreslå konkreta åtgärder till förbättringar i syfte att bland annat minska riskerna för undvikbara vårdskador.
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga de sällsynta diagnoserna eller diagnosgrupperna. Därtill de specifika behov som finns samt nuvarande tillgänglighet till kunskap, information och vård.
- Se över möjligheterna med koncentrerad högspecialiserad vård för patienter med sällsynta diagnoser.
- Verka för att människor regelbundet får ta ställning till organdonation och information om dess betydelse för vården och allvarligt sjuka patienter.
- Utveckla det nordiska samarbetet inom ramen för Scandiatransplant.
- Se över Donationsrådets uppgifter och organisation.
- Överväg tillståndsplikt för vissa verksamheter som erbjuder kroppsbehandlingar i syfte att förändra utseendet.
- Fullfölj arbetet med att ta fram en nationell läkemedelslista. Detta för att säkra patientsäkerheten.
- Utvärdera kontinuerligt och se över vaccinationsprogram så att de håller rekommenderad kvalitet och säkerhet.
- Se över möjligheterna att arbeta med förebyggande insatser i välfärdsverksamheter för att minska ohälsan, inte minst kvinnors ohälsa.
- Se över läkemedelstester och kvinnors och mäns olika reaktioner på läkemedel avseende statliga satsningar på forskning och prioriteringar.
- Sträva efter att säkerställa en jämlik vård mellan könen. Detta bland annat genom uppbyggandet av läkemedelsbanken Kön, genus och läkemedel.
- Prioritera arbetet med att förkorta väntetiderna i cancervården. Detta gäller speciellt vården för barn med cancer, efterbehandling samt stöd till anhöriga.
- Utveckla vårdvalet, dels gällande fler vårdval inom specialistvården, dels behålla vårdvalet i primärvården.
- Inrätta en nationell kunskapsguide för hälso- och sjukvårdens personal i syfte att stärka möjligheterna att utveckla aktuell kompetens.
- Säkra snabbare validering av sjuksköterskor och läkare.

Cecilia Widegren (M)

Margareta B Kjellin (M)

Sofia Fölster (M)

Sofia Arkelsten (M)

Anette Åkesson (M)

Jenny Petersson (M)

Finn Bengtsson (M)

Thomas Finnborg (M)

Ann-Britt Åsebol (M)