

## Motion till riksdagen 2020/21:3130

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

# Hjärt-kärlsjukvården – patientens rätt till jämlik vård av hög kvalitet

---

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell handlingsplan i syfte att stärka hjärt-kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att koncentrera högspecialiserad hjärt-kärlsjukvård och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att långsiktigt säkerställa det nationella kvalitetsregistret gällande hjärt-kärlsjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en digital kvalitetslista i hjärt-kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fast vårdkontakt för patienter i hjärt-kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbättra förutsättningarna för ett ökat samarbete mellan hjärt-kärlsjukvården och diabetesvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioritera tillsyn, uppföljning och utvärdering av hjärt-kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.

## Motivering

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 anser att vården av hjärt-kärlsjukdomar ska vara av hög kvalitet, tillgänglig och jämlik för alla patienter. Den ska ges i rätt tid. Den ska därtill arbeta förebyggande i form av såväl hälsofrämjande som sjukdomsförebyggande arbete. Den ska vara solidariskt finansierad.

Vi vet att kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar dels är högt blodtryck, övervikt, höga blodfetter och rökning, dels ärftlighet. Människans gener är det inte mycket vi kan göra något åt och hur mycket dessa spelar in varierar beroende på vilken typ av hjärt-kärlsjukdom. Tobaksrökning däremot är en av de allra mest påverkbara riskfaktorerna för människors hälsa.

Därmed är det centralt att kunna genomföra såväl förebyggande åtgärder som medicinska. Varje individ har emellertid ett stort eget ansvar för hur man lever sitt liv. Självbestämmande är centralt. Det stärker exempelvis hälsan om man som individ har inflytande över sin arbetstid och arbetsmiljö.

Lika viktigt är emellertid vad samhället kan, bör och ska göra respektive inte ska göra. Regering och riksdag ska inte peka finger åt människor och fördöma olika levnadssätt. Det leder bara fel. Totala förbud och förmaningar gör inte att människor börjar leva sundare. Den motivationen kommer inifrån människan själv och därtill hur exempelvis föräldrar uppfostrar sina barn. Däremot kan ett aktivt förebyggande hälsofrämjande arbete bedrivas systematiskt vilket Moderaterna beskriver i motionen

Däremot kan förskolan, skolan, vården, forskningen, idrottsrörelsen, kulturen, politiska partier, övriga föreningslivet, frivilliga organisationer och nätverk bidra till att skapa debatt, dialog och öka den samlade kunskapen om hur man effektivast motverkar framväxten av hjärt-kärlsjukdomar.

Därtill kan och ska samhället stödja ytterligare forskning, framväxt av nya kraftfullare mediciner och försöka se till att dessa nya läkemedel kan introduceras på ett effektivt och jämlikt sätt. Därutöver skapa bättre förutsättningar för vården att patientsäkert och effektivt kunna hjälpa alla som drabbats av hjärt- och kärlsjukdomar.

## Svensk hjärtinfarktvård i världsklass

Hjärt-kärlsjukdomar är den allra vanligaste dödsorsaken i såväl Sverige som övriga världen. Ungefär en miljon fyrahundratusen människor lever idag i Sverige som någon gång i livet drabbats av hjärt-kärlsjukdom. Det är fler kvinnor än män som avlider i hjärt-kärlsjukdomar. Dödligheten i hjärtinfarkt har sjunkit kraftigt de senaste decennierna. Däremot ökar dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar så som hjärtsvikt och hjärtrytmrubbningar.

Samtidigt ger verktyget Öppna jämförelser stöd för att död i förtid i behandlingsbara sjukdomar så som stroke och hjärtinfarkt minskar. Dödligheten i exempelvis hjärtsjukdomar som är orsakade av en försämrade syretillförsel till hjärtat har minskat med 40 procent mellan åren 1997 och 2010.

Den akuta vården för hjärtinfarkt i Sverige håller världsklass. Det är glädjande och bra. Tre av varandra oberoende studier stödjer denna utveckling. Den medicinska tidskriften The Lancet visar i en studie av Chung att svensk hjärtsjukvård är i toppklass. Dödligheten 30 dagar efter att patienten drabbats av en hjärtinfarkt var 30 procent lägre i Sverige jämfört med i Storbritannien.

En annan undersökning baserad på liknande forskningsdata visar att den akuta hjärtsjukvården i Sverige är lika bra som den hjärtsjukvård som ges vid de 15 till 20 procent bästa sjukhusen i USA. Därtill visar Euro Health Consumer Index 2015 även den att svensk hjärtsjukvård står sig väl.

Samtidigt kvarstår stora utmaningar. Swedehearts kvalitetsregister visar att kvaliteten inom svensk hjärtsjukvård visserligen har ökat mellan åren 2011 och 2014. Samtidigt är spridningen avseende uppnådd kvalitet inom hjärtsjukvården omfattande. Detta är inte acceptabelt eftersom alla patienter ska ha rätt till en jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Därtill finns det en betydande variation mellan olika regioner när det gäller dödlighet i hjärtinfarkt i förtid, visserligen till största delen beroende på hur många personer som avlider utan att ha vårdats på ett sjukhus men det finns även skillnader när man jämför dem som har vårdats. Därtill finns det stora skillnader i vården av stroke när det gäller exempelvis tidsfördröjning vid akut omhändertagande.

Det finns ett antal orsaker till att variationerna i uppmätt dödlighet mellan olika regioner. Det handlar exempelvis om tillförlitligheten i diagnosättning. Därtill skillnader i benägenhet att söka vård i tid och hälsorelaterade levnadsvanor som skiljer sig åt i olika delar av landet. Därtill andra sjukvårdsrelaterade förklaringar så som

avstånd till ett akutsjukhus, effektivitet avseende ambulanstransporter, det direkta omhändertagandet på plats samt det akuta omhändertagandet på berört sjukhus. Därutöver kan skillnader i sociala faktorer ha betydelse.

De delar som behöver förbättras är exempelvis att samordna och förbättra såväl den akuta behandlingen som hur patienternas tas om hand efter att de drabbats av en hjärtinfarkt. Bristerna handlar vidare om att det tar för lång tid att öppna kranskärl som stängts av blodpropp.

Därtill får en del patienter med mindre infarkter vänta länge på kranskärldröngen. Vården måste därtill bli effektivare på att få patienter som drabbats av en hjärt-kärlsjukdom att ändra livsstil i förebyggande syfte. Det handlar exempelvis om att endast drygt hälften av de som röker tobak slutat med tobaksrökning ett år efter att de drabbats av en hjärtinfarkt.

I hälso- och sjukvården som avser vård av hjärt-kärlsjuka personer finns betydande variationer såväl mellan olika regioner som mellan olika sjukhus. Det handlar om insatser för att återställa blodflödet till hjärtat efter en infarkt, att efterleva rökstopp efter hjärtinfarkt och att sätta in behandling vid rytmrubbningar.

Det finns även betydande skillnader mellan kvinnor och män inom hjärt-kärlsjukvården. Det handlar exempelvis om insättande av sviktpacemaker hos patienter med svår hjärtsvikt samt behandling med vissa typer av läkemedel hos sviktpatienter. Kvinnor får ta del av dessa vårdinsatser i lägre utsträckning jämfört med män. Därtill förekommer viss underbehandling av blodtryckssänkande läkemedel vid kvinnlig hjärtsvikt.

Det har också kommit flera nyheter de senaste åren som verkligen förbättrat situationen när hjärtstopp har inträffat. Om någon drabbas av hjärtstopp krävs insatser omedelbart om personen ska ha en chans att överleva. För varje minut som går minskar överlevnaden med 10 procent. Det krävs att någon larmar på nödnumret 112, men också att någon påbörjar hjärt-lungräddning (HLR) och använder sig av en hjärtstartare. SMS-livräddare kan här göra en stor insats i väntan på ambulans.

Om jag som medborgare kan HLR, kan jag registrera mig i appen "SMSlivräddare" och vid ett larm om hjärtstopp i min närhet få ett larm via 112-funktionen. När jag får larmet kan jag få två val, antingen bege mig till platsen för att göra HLR eller få instruktioner om var närmaste hjärtstartare finns, hämta den och bege mig till platsen. Hjärtstartarens lokalisering hämtas till SMSlivräddare-appen via hjärtstartarregistret.se som drivs av Svenska HLR-rådet [www.hlr.nu](http://www.hlr.nu).

Idag finns SMS-livräddarefunktionen i Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Västmanland och Region Sörmland. Fler regioner är på gång som Region Blekinge och Region Östergötland. I Västra Götalandsregionen och Region Stockholm pågår forskning kring effekten av SMS-livräddare. Även Norrbotten har liknande funktion ”Mobilräddarna”.

Vården som ges vid stroke är i stort sett jämställd mellan kvinnor och män, samtidigt känner sig fler kvinnor än män nedstämda vid en uppföljning tre månader efter att man drabbats. En högre andel kvinnor än män behandlas med antidepressiva läkemedel. I vissa regioner är andelen kvinnor mer än dubbelt så omfattande avseende att behandlas med antidepressiva läkemedel. Detta är oroande eftersom vården vet om att nedstämdhet och depression dels kan leda till sämre resultat av behandlingar, dels sämre anpassning till det dagliga livet och överlevnad efter att ha drabbats av stroke.

När det gäller behandling av blodfettssänkande läkemedel, så kallade statiner, efter att ha drabbats av stroke ges däremot en högre andel män än kvinnor denna behandling. Detta handlar således om förebyggande insatser som ges redan när man drabbats av exempelvis stroke eller hjärtinfarkt för att minska risken för återinsjuknande.

Det är en oroande utveckling att stroke ökar bland yngre. I åldersgruppen 35 till 44år har förstagsångsinsjuknanden i stroke sedan mitten av 1990-talet ökat med 18 procent för män och 16 procent för kvinnor. Orsakerna till denna ökning av stroke bland yngre är inte klarlagda. En rapport från patientföreningen visar att endast 5 av 21 regioner uppfyller Socialstyrelsens riktlinjer gällande sjukdomen familjär hyperkolesterolemi.

Detta är en ärftlig sjukdom som medför kraftigt förhöjda värden LDL-kolesterol i blodet. Denna sjukdom riskerar, om den inte upptäcks i tid, att leda till att många drabbas av en hjärt-kärlsjukdom i unga år vilket kan leda till en för tidig död i hjärtinfarkt eller stroke. Totalt uppskattas uppemot 50 000 personer i Sverige bära på gener som ger denna sjukdom. Skillnaderna är mycket stora gällande hur regionerna hanterar denna sjukdom. De största bristerna förefaller finnas i primärvården.

Insjuknande i hjärtinfarkt minskar inte bland yngre kvinnor. Risken för hjärtinfarkt bland yngre kvinnor med förgymnasial utbildning har istället ökat sedan år 1994. Kända riskfaktorer för stroke, övriga hjärtsjukdomar samt kärlsjukdomar är högt blodtryck, övervikt, rökning och höga blodfetter.

## Stärk hjärt-kärlsjukvården – en nationell reformagenda

Moderaterna föreslår att en nationell handlingsplan tas fram och genomförs för att stärka hjärt-kärlsjukvården. Detta i syfte att säkra hög kvalitet och se till att alla patienter får en likvärdig vård. Det finns idag stora regionala skillnader avseende kvalitet och väntetider i hjärt- och kärlsjukvården. Detta kräver i sin tur att konkreta nationella strategier tas fram. Till dessa hör att där det så krävs och behövs nationellt samla avancerad högspecialiserad hjärt-kärlsjukvård.

Moderaterna anser att det är viktigt att dels långsiktigt säkra satsningar på de nationella kvalitetsregistren avseende hjärt-kärlsjukdomar, dels sträva efter att långsiktigt stärka och säkra den patientnära kliniska forskningen inom vården för hjärt-kärlsjukdomar. Denna forskning är central för att kunna ta ytterligare steg mot en ännu mer avancerad vård.

Svensk hjärt-kärlsjukvård är avseende den akuta hjärtinfarktvården redan av världsklass. Den ligger på nivå med de bästa klinikerna i USA, men inte i hela landet. Alla patienter har rätt till en likvärdig vård. Det gäller att säkerställa att den hjärt-kärlsjukvården kan komma alla akut sjuka patienter till del. När det gäller övriga delar av hjärt-kärlsjukvården är vår ambition med en nationell handlingsplan att ytterligare steg ska tas för att säkra kvalitet, likvärdighet och kortare väntetider.

Hjärt-kärlsjukvården behöver koncentreras ytterligare när det gäller högspecialiserad vård. Det är vårdens kvalitet som ska prioriteras så att varje hjärtpatient får bästa möjliga vård. Om man som hjärt-kärlpatient inte får den vård man behöver i sin hemregion ska man kunna välja slutenvård i en annan region. Detta skulle bland annat kunna sätta ytterligare tryck på att korta väntetiderna. Vi föreslår att patientlagen utvecklas i syfte att stärka patienternas inflytande över att fritt kunna få välja slutenvård. Hittills visar tyvärr gjorda analyser och utvärderingar att patientlagen är en lag utan genomslag. Detta är inte rimligt.

Patienternas säkerhet behöver stärkas. Den införda patientlagen har hittills inte fått det genomslag i vården som var avsett. Därtill behöver den utvecklas för att stärka bland annat patienternas möjligheter att få rätt vård i tid i hela landet. Det behövs mer öppenhet och tillgänglighet för patienter och anhöriga att hitta säkra uppgifter kring väntetider, resultat och kvalitet inom hjärt-kärlsjukvården. Vi föreslår att det tas fram och utvecklas en nationell digital kvalitetslista för att kunna möjliggöra för alla patienter och anhöriga att jämföra såväl väntetider som kvalitet i hjärt-kärlsjukvården. Vi vill därtill stärka patientsäkerhetslagen som en viktig del i det långsiktiga arbetet med att

minska de undvikbara vårdskadorna i hjärt-kärlsjukvården. Det är närmare 100 000 patienter totalt sett som varje år drabbas av undvikbara vårdsador.

Det behöver tas fram och genomföras en nationell plan gällande personalförsörjning inom hjärt-kärlsjukvården. I denna ska det bland annat ingå att pröva möjligheterna att kunna ge personal i hjärt-kärlsjukvården kontinuerlig vidareutbildning i syfte att stärka kvalitet och kontinuitet. Vi vill betona vikten av att digitalisera vårdkedjan för patienter med hjärt-kärlsjukdomar och att i denna process skyndsamt ta fram nationell teknisk standardisering och gemensam informationsstruktur så att olika sjukhus i olika regioner kan kommunicera med varandra avseende exempelvis patienternas journaler.

Moderaterna föreslår därtill att öka trygghet och kontinuitet i hjärt-kärlsjukvården genom att det tas fram konkreta strategier för att den praktiska möjligheten ska finnas för hjärtpatienter till en fast vårdkontakt, som exempelvis fast läkarkontakt eller fast kontaktsjuksköterska. Idag finns det brister avseende kontinuitet i kontakterna mellan patient och vårdpersonal. Vi vill att vården ska kunna ta mer av ett helhetsansvar för patienter med hjärt-kärlsjukdomar. Den svenska hälso- och sjukvården är i dagsläget inte organiserad för att någon ska ta ett helhetsansvar för varje patient med en allvarlig sjukdom. Det är en brist. Vid framtagande och genomförande av en nationell handlingsplan bör denna aspekt av vården beaktas och prioriteras.

Moderaterna föreslår att regeringen ger i uppdrag att särskilt se över och ta fram förslag som leder till ett ökat samarbete mellan diabetesvården och hjärt-kärlsjukvården i syfte att minska antalet människor som drabbas av hjärtinfarkt. Personer som drabbas av diabetes löper en högre risk att även drabbas av någon hjärt-kärlsjukdom.

Det är viktigt att långsiktigt kunna säkra satsningar på nationella kvalitetsregister inom vården gällande hjärt-kärlsjukdomar. Moderaterna avser det världsledande arbetet med Swedehearts register och kvalitetsindex. Det är även helt centralt att tillsyn och uppföljning av hjärt- och kärlsjukvården prioriteras. De brister som finns inom hjärt-kärlsjukvården bör åtminstone delvis kunna åtgärdas metodiskt med hjälp av bland annat strukturerad kontinuerlig tillsyn och uppföljning.

*Johan Hultberg (M)*

*Ulrika Heindorff (M)*

*Ulrika Jörgensen (M)*

*John Weinerhall (M)*

*Noria Manouchi (M)*

*Marie-Louise Hänel Sandström (M)*