

# Motion till riksdagen 2021/22:445

av **Karin Rågsjö m.fl. (V)**

## Jämlik sjukvård

---

### 1 Innehållsförteckning

1 Innehållsförteckning .....	1
2 Förslag till riksdagsbeslut.....	3
3 Sjukvården i Sverige.....	4
3.1 Vårdplatser i Sverige .....	5
3.2 Vårdplatser efter behov.....	5
3.3 Kompetensförsörjning .....	6
3.3.1 Långsiktighet.....	7
3.3.2 Nationella vårdkompetensrådet.....	7
3.3.3 Läkares utbildning.....	8
3.3.4 Specialistutbildning på betald arbetstid för sjuksköterskor .....	8
4 Jämlikhetsstyrning.....	9
4.1 Ökad nationell styrning.....	9
4.2 Jämlik vård i lagstiftningen .....	10
4.3 Jämlikhetsuppträdning av hälso- och sjukvården .....	11
4.4 En mer kvalificerad och systematisk uppföljning av jämlikhetsperspektivet .....	11
4.5 Nationella riktlinjer.....	12
4.6 Tydligare och förbättrat nationellt basuppdrag för primärvården .....	12
4.7 Utvärdera vårdgarantin och väntetiderna ur ett behovsperspektiv .....	13
4.8 Ekonomisk styrning för jämlik vård .....	13
4.9 Öka jämlikheten inom cancervården .....	13
4.10 Regional jämlikhet.....	14
4.11 Kommersialism skapar ojämlik vård .....	15
4.11.1 Företagens fria val.....	15
4.12 Förlossningsvården .....	16

4.13 Digital framkomlighet i hela vårdsektorn.....	17
4.14 Vårdinsatser utan fördomar .....	17
4.14.1 Vård efter behov utan fördomar.....	17

## 2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en tydligare definition av vad en vårdplats faktiskt är och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det behövs en nationell plan för och analys av behovet av antalet vårdplatser och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta fram en långsiktig ekonomisk nationell plan där det tydligt framgår hur kostnader för hälso- och sjukvården på lång sikt kommer att utvecklas gällande personal och fortbildning för personal och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkt uppdrag för Nationella vårdkompetensrådet att utforma och dimensionera sjukvårdens kompetensbehov och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag som säkerställer att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sjuksköterskor bör erbjudas likvärdiga villkor i hela Sverige till betald specialistutbildning inom samtliga specialiteter som finns listade hos Socialstyrelsen och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om inriktningen för den nationella jämlikhetsstyrningen för hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att det i patientlagen och i patientsäkerhetslagen skrivs in att alla patienter har rätt till jämlik vård och att myndigheter och vårdgivare är skyldiga att organisera vården så att den utförs jämlikt och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda organiseringen av vården för de som står längst ifrån den samtidigt som de har de största behoven – de äldre, de multisjuka, de kroniskt sjuka, de med psykisk ohälsa, de med ett beroende – så att de mer effektivt kan nås av sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör se över de nationella riktlinjerna kring behandlingar och metoder och deras implementering för att de effektivare ska bidra till ökad jämlik vård regionalt och klassmässigt och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett lagstadgat nationellt basuppdrag om en nationell struktur rörande vilka specialiteter en vårdcentral måste kunna härbärgera för likvärdig vård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdgarantin och väntetiderna bör utvärderas ur ett behovsperspektiv och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning gällande vårdkonsumtionen i regionerna för att kunna skapa en

mer träffsäker ekonomisk styrning utifrån vårdbehoven och tillkännager detta för regeringen.

14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) samt Socialstyrelsen och andra aktörer förstärkt uppdrag för att öka jämlikheten inom cancervården och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin samt arbeta fram modeller för hur vården enklare kan nå patienter och arbeta med kunskapsspridning av metoder och tekniklösningar och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur akutmottagningar och primärvård samt övrig sjukvård kan organiseras på ett patientsäkert sätt och med fokus på tillgänglighet och kvalitet i glesbygd samt i områden med utsatt hälsoläge och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör komma med förslag till riksdagen i enlighet med SOU 2016:78 och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda näringslivets, försäkringsbolagens och vårdbolagens inflytande på hälso- och sjukvården samt hur hälso- och sjukvårdslagets intentioner kan garanteras och patientsäkerheten bibehållas och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur företagets fria vårdval och etableringsfriheten påverkar tillgänglighet och organisering av sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att lämplig myndighet bör få i uppdrag att utveckla metoder för att öka jämlikheten inom förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge i uppdrag till lämplig myndighet att utreda hur förlossningsvården kan arbeta i områden med stora avstånd och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det behövs ett statligt mål om en gemensam digital infrastruktur fastslaget som regeringen ska arbeta för, även om alla berörda till 100 procent är nöjda, och att en färdig plan ska tas fram av regeringen senast 2025 och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda rasism inom svensk sjukvård samt ta fram en handlingsplan mot rasism och tillkännager detta för regeringen.

### 3 Sjukvården i Sverige

Sjukvården i Sverige har genomgått stora förändringar inom flera områden, vilket har lett till nya behandlingsmetoder, läkemedel, teknikutveckling och utbildningar m.m. Även organisatoriska förändringar har genomförts som handlar om nya sätt att leda och styra sjukvården. Ledning och styrning av sjukvården påverkas av influenser i övriga samhället, och styrmodeller i Sverige påverkas i sin tur av utvecklingen i andra länder i västvärlden. Både privat sektor och offentligt driven verksamhet påverkas, och

det märks dels inom sjukvården, men även när det gäller skola, hyresmarknad, arbetsrätt och kollektivtrafik m.m.

Vi känner igen diskussionen kring marknadsstyrning och privatisering i form av begrepp som ”just in time” och ”new public management” osv. Frågan är dock om det är troligt att vi får en utveckling som leder till mer jämlik vård med minskad segregation som följd, om vi tar ytterligare steg i riktning mot de system som finns i USA? Leder fri etablering av och för vinstdrivna privata vårdbolag och marknadspriser på boende till minskad segregation? Leder sämre socialförsäkringar och ökade skattesubventioner för privatpersoner till ökad jämlikhet?

### 3.1 Vårdplatser i Sverige

År 2019 hade Sverige 2,1 vårdplatser per 100 000 invånare och detta efter en lång tid av minskningar. Det är ett lågt antal i jämförelse med andra europeiska stater. Ny teknik och nya vårdformer förklarar en del, men att det faktiskt är en mycket låg nivå har särskilt märkts under pandemin.

Utan tillräckliga marginaler blir ”just in time” riskabelt för både patienter och personal. Vänsterpartiet anser inte att samma principer som råder inom industrin ska gälla inom sjukvården.

Det behöver göras en nationell riskanalys om behovet av vårdplatser. Då bör även erfarenheter från andra europeiska länder tas med. Varför ska Sverige ligga under EU-snittet, vilka är sakskaleten? Det behövs också en nationell, långsiktig plan för utbildningsbehoven av vårdens olika yrken. Att endast göra olika utbildningssatsningar lite då och då är inte optimalt.

Utöver detta behövs även en analys utifrån regionala och sjukvårdsmässiga behov om var vårdplatserna bäst behövs. En obalans av bemanningen i förhållande till antalet vårdplatser har blivit tydlig under pandemin då personal i offentligt utförd vård haft en mycket tung börda medan andra privata vinstdrivna ”kört på” som vanligt för att uppfylla villkoren i privata sjukvårdsförsäkringar.

### 3.2 Vårdplatser efter behov

Redan före pandemin var det brist på vårdplatser i Sverige. Över 100 000 personer stod i kö för operation och andra åtgärder inom specialistvården. Men det handlar inte enbart om enskilda köer till vissa vårdenheter, det handlar också om att för en del patienter är köerna långa medan de för andra är korta. Många multisjuka saknar dessutom en sammanhållen vård, och äldre upplever ofta brister inom de ansvarsområden regioner och kommuner har. Samtidigt som strukturella brister finns kan enskilda som befinner sig på rätt plats få mycket bra vård och omsorg. Bägge dessa verkligheter måste finnas med i en helhetsanalys.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen 2021<sup>1</sup> återinskrivs äldre multisjuka ofta inom vården. Ungefär var fjärde patient återkommer inom 30 dagar. Det finns behov av fler vårdplatser så att dessa patienter kan ligga kvar längre i syfte att möjliggöra för utförliga medicinska utredningar och observationer. Rapporten visade vidare att andelen vårdtill-

<sup>1</sup> Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, Socialstyrelsen 2021.

fällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, är ungefär dubbelt så hög för de mest sjuka äldre, gruppen multisjuka och sköra äldre, jämfört med alla patienter 65 år och äldre. Andelen återinskrivningar har inte minskat under perioden 2010 till 2019, och enligt en rapport från SBU 2021<sup>2</sup> uppmärksammas vikten av längre s.k. relationskontinuitet. Med bättre kontinuitet i vården skulle både mänskligt lidande och samhällsresurser sparas. Få vårdplatser och en mängd olika vårdgivare i en alltmer uppsplittrad sjukvård skapar ohälsa och risker för de mest sköra patienterna. Vissa länder ligger före andra i minskningen av antalet vårdplatser. Samtidigt är det oerhört många faktorer som påverkar vårdplatsutbudet, och vad en vårdplats är definieras lite olika i olika länder, mellan olika regioner och t.o.m. på olika avdelningar inom samma sjukhus.

Det är viktigt att få en tydligare definition av vad en vårdplats faktiskt är, och vilka krav som ska ställas på den, för att göra bättre jämförelser och slippa olika definitioner. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Det behövs en nationell plan och analys av behovet av antalet vårdplatser, i vilken flera faktorer behöver ingå såsom bl.a. demografisk utveckling, vikten av att förhindra undvikbar återinskrivning, risk för pandemier, olika regionala behov, möjlighet till kompetensförsörjning, utvecklingen av olika diagnoser, utveckling av vård och läkemedelsbehandling, samt stärkt jämlik vård utifrån klass och kön. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 3.3 Kompetensförsörjning

Den av regeringen tillsatta välfärdskommissionen har tagit fram vissa intressanta förslag om bl.a. en ny process för hur nya utbildningsplatser ska kunna erbjudas för framtidens välfärdsyrken. Dock har det flera gånger förts fram liknande förslag utan att något nationellt helhetsgrepp tagits. Nationella vårdkompetensrådet har framfört liknande uppgifter kring kompetensförsörjning. Rådet har dock alltför begränsade uppgifter och mandat.

Vårdanalys<sup>3</sup> skriver i en rapport bl.a.:

1. Utbilda läkare vars kunskap och kompetens motsvarar befolkningens behov.
2. Ändamålsenligt antal läkare.
3. Jämlik tillgång till läkare.
4. 1992 decentraliserade staten ansvaret för primärvårdens kompetensförsörjning till landstingen.
5. Mycket av ansvaret för primärvårdens kompetensförsörjning ligger i dag på primärvårdsförvaltningarna, privata utförare eller på de enskilda vårdcentralerna.
6. Planeringen av kompetensförsörjningen saknar helhetsperspektiv.
7. Regionernas kompetensförsörjningsarbete sker utifrån från deras egna behov. Då det inte finns en samlad strategi har de geografiska skillnaderna cementerats. Det har inte gjorts tillräckligt för en samordnad försörjning av läkarkompetensen nationellt som motsvarar befolkningens samlade behov.

Utifrån Vårdanalys<sup>3</sup> rapport, samt från en mängd andra rapporter och underlag, kan vi konstatera att utgångspunkterna bör vara följande:

<sup>2</sup> SBU-rapport nr 329.

<sup>3</sup> Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. 2018:5.

- a) Jämlik sjukvård kräver jämlik tillgång till läkare och annan vårdpersonal.
- b) Kompetensförsörjning av vårdpersonal kräver ett nationellt perspektiv.
- c) Ändamålsenligt antal läkare och övrig personal krävs för att det ska kunna finnas ändamålsenligt antal vårdplatser.
- d) Antalet vårdplatser och kompetensförsörjning kräver ett helhetsperspektiv.
- e) Målet ska vara att tillgodose befolkningens vårdbehov – inte efterfrågan och marknadsstyrt utbud.

Det statliga ansvaret för primärvårdens kompetensförsörjning överfördes till landstingen 1992. Den statliga styrningen sker ofta genom en mängd överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om olika insatser kring kompetensförsörjning och annat. I ett delbetänkande om jämlik vård (Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning) skrivs<sup>4</sup>, apropå vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv, följande: ”Däremot är det ännu sällsynt med styrning för att mer långsiktigt bygga infrastrukturer för styrning och utveckling.” Detta verkar vara ett genomgående arbetssätt inom vården oavsett verksamhetsfält.

### 3.3.1 Långsiktighet

Planeringshorisonten för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården måste vara långsiktig. Kriterier som demografi och medicinsk och teknisk utveckling m.m. måste beaktas. Att bli läkare kan ta upp till 12 år och för olika specialistkompetenser kan det ta ännu längre tid. Grundutbildning och fortbildning behöver säkras för hela landets och utifrån befolkningens behov. Detta gäller såväl dagens som framtidens behov.

Regeringen bör återkomma med en långsiktig ekonomisk nationell plan för grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 3.3.2 Nationella vårdkompetensrådet

Nationella vårdkompetensrådets övergripande uppdrag<sup>5</sup> är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården och tandvården. Samordning och kartläggning av sjukvårdens kompetensbehov är mycket viktigt. Men den statliga styrningen av kompetensbehoven inom sjukvården behöver stärkas. Regeringen och dess myndigheter behöver få en operativ roll. Brister i ledning och styrning nationellt skapar återkommande brist på olika kompetenser. Centralt i uppdraget bör vara grundutbildningarnas dimensionering, dvs. antal studenter, grundutbildningarnas innehåll, dvs. fortlöpande ta ställning till behov av förändring utifrån vårdens och samhällets utveckling, vidareutbildningarnas dimensionering och utformning, samt principiella övergripande kompetenskrav för vårdens professioner och drivkrafter för utvecklingen av nya arbetssätt, samt fördelning av arbetsuppgifter m.m.

<sup>4</sup> SOU 2018:55, Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning.

<sup>5</sup> <https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/radets-verksamhet/>.

Regeringen bör återkomma med förslag om förstärkt uppdrag för Nationella vårdkompetensrådet att utforma och dimensionera sjukvårdens kompetensbehov. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### **3.3.3 Läkares utbildning**

Som angavs inledningsvis sker en ständig utveckling inom hälso- och sjukvården. Nya krav måste mötas och möjligheter för patienter tas tillvara. Vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen och den ska vara jämlik. Det innebär också att personalen inom hälso- och sjukvården behöver få den kompetensutveckling som krävs för att tillgodose befolkningens vårdbehov. Möjligheten till kompetensutveckling ska finnas oavsett var den anställde verkar. Ingen vårdgivare ska kunna avsäga sig sitt ansvar.

Ett tydligt krav i Socialstyrelsens ledningsföreskrift bör innehålla krav på vidareutbildning. I denna bör det fastslås att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan som följs upp och revideras regelbundet. I planen ska behovet av både extern och intern fortbildning framgå. Att vårdgivare och arbetstagare uppfyller sina skyldigheter måste följas upp externt varför vidtagna åtgärder för fortbildning ska redovisas i verksamhetsberättelsen.

Läkarutbildningens innehåll är viktig för att framtidens sjukvård ska förbättras. Nationella vårdkompetensrådet ska därför vara den samordningsfunktion som dimensionerar antalet AT-, BT- och ST-tjänster. Rådet ska även ansvara för att ta fram underlag för att kunna göra årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på specialistläkare. Prognoserna behöver innehålla aktuella uppgifter om antal verksamma specialister och antal ST-läkare inom respektive specialitet samt åldersfördelning och sysselsättningsgrad.

Regeringen bör återkomma med förslag som säkerställer att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### **3.3.4 Specialistutbildning på betald arbetstid för sjuksköterskor**

Möjlighet till betald specialistutbildning för sjuksköterskor varierar kraftigt. En del arbetsgivare kräver att medarbetare måste jobba kvar ett visst antal år efter sina utbildningar som de fått betalt för medan andra inte kräver det.

Budgetmedel har anslagits till att förstärka möjligheten till att fler erbjuds specialistutbildning. Detta under tidigare mandatperiod efter Vänsterpartiets medverkan och senast i riksdagens budgetbeslut 2020. Det är nu viktigt att gå vidare så att det ges samma villkor i hela Sverige när det gäller att få specialistutbildning på betald arbetstid. Befolkningens vårdbehov förutsätter fler specialistutbildade sjuksköterskor, och vårdplatser kräver kompetent personal, inte bara sängar. Befolkningsutvecklingen och pensionsavgångar bland vårdpersonal kräver krafttag för att klara framtidens rekryteringsbehov. Tiden efter pandemin får inte innebära en tillbakagång till hur det såg ut tiden före.

Regeringen bör återkomma med förslag om att sjuksköterskor erbjuds likvärdiga villkor i hela Sverige till betald specialistutbildning inom samtliga specialiteter som finns listade hos Socialstyrelsen. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.



## 4 Jämlikhetsstyrning

Statens uppföljning av målen för vården behöver bli mer systematisk, kontinuerlig, operativ och vara utvärderande. I en mängd dokument uppmärksammas målet om en jämlik vård. Dock kommer det gång efter annan enskilda rapporter som åtföljs av insatser med klen resultat. Regionerna behöver bli starkare och statens styrning tydligare samt mer fokuserad på måluppfyllelse.

År 2015 föreslog kommissionen för jämlik vård i sin rapport Ojämlik vård – ett hot mot vår sjukvård<sup>6</sup>, att ”alla landsting bör inrätta en särskild fristående regional samordnare för jämlik vård. En samordnare kan utreda strukturella ojämlikheter inom sjukvården och snabbt ge förslag på konkreta åtgärder mot ojämlik vård.”

Vänsterpartiet tror inte på att göra staten till huvudman för hela sjukvården samt med maximal privatisering som steg två, som vissa vill. Ett exempel på detta är systemet inom skolområdet som visat sig inte ha medfört ökad jämlikhet, utan i stället lett till ökad segregation och ojämlikhet.

### 4.1 Ökad nationell styrning

Inom en rad områden behövs i dag ökad nationell styrning. Exempelvis är det rimligt att investeringar i patientjournalssystem och annan digital infrastruktur hanteras av staten, liksom större fastighetsinvesteringar, vårdköer, beredskapslager, läkemedelslistor, biobanker och precisionsmedicin. Är målsättningen att ha en jämlik vård måste det föreslås åtgärder som leder till ökad jämlikhet, inte minskad jämlikhet och ökade klassklyftor.

Tillsynen av hälso- och sjukvården är ett av de viktigaste statliga verktyg som finns i dag för att värna om patientsäkerheten och bidra till lärande. Detta verktyg är underutnyttjat. Tillsynen behöver stärkas resursmässigt, granskningar måste få bättre genomslag, och lagar och förordningar behöver anpassas för att ge goda förutsättningar i tillsynsarbetet. En besvärande aspekt angående tillsyn och statlig styrning är den roll som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) getts, enligt olika utredningar och rapporter. Den sjukvård som bedrivs av regionerna styrs även av SKR och staten. Tillsyn bör därför inte ske av SKR som samtidigt styr delar av vården. Den statliga styrning som sker delvis via SKR har inte något ansvar för sjukvårdens utförande, och enligt tillitsdelegationen finns ett ökat behov av beslutsutrymme för professionen inom vården. Det finns därför all anledning att utforma en ny organisation för den statliga styrningen, dels i syfte att uppnå ökad jämlikhet men också för att få ökat lokalt och professionellt handlingsutrymme där det är lämpligt. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård<sup>7</sup> har också visat på svagheter i hur svensk sjukvård styrs.

Inom flera områden har staten organiserat organ för utvärderingar. Utredningen SOU 2017:47<sup>8</sup> har lämnat ett antal förslag för att åstadkomma ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Bland dessa är ett råd för god och jämlik hälsa. Utredningen SOU 2016:2 (Effektiv vård)<sup>9</sup> föreslår en nationell konsultationsordning, inte minst för att minska skillnader i utbud och hälsoutfall över landet.

<sup>6</sup> <https://www.lif.se/globalassets/pdf/rapporter-externa/ojamlik-vard---ett-hot-mot-var-sjukvard.pdf.pdf>.

<sup>7</sup> <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/09/sou-202171/>.

<sup>8</sup> <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>.

<sup>9</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard--->

Med detta förslag som utgångspunkt föreslår Vänsterpartiet följande:

- Att ett råd med ett jämlikhetskansli inrättas för utvärdering och uppföljning av jämlik hälsa och dess delmål.
- Att ett antal mätbara mål upprättas utifrån huvudmålet om en jämlik hälsa.
- Jämlikhetsgranska politiska och strukturella beslut det gångna verksamhetsåret i alla regioner avseende beslut gällande hälso- och sjukvård.
- Att rådet ges en tillräcklig bemanning för att kunna följa jämlikhetsutvecklingen i Sverige inom sjukvården, följa aktuell forskning, föra dialog med olika delar av sjukvården och forskare samt beslutsfattare. Därtill redovisa en årlig rapport om måluppfyllelse och hur målen kan uppfyllas. Den ska redovisas för riksdag och regering samt i lämpliga former för andra intressenter.
- Inför en nationell konsultationsordning där regering och företrädare för regioners sjukvård följer upp rådets årliga rapport om jämlik vård och hur den uppnås på ett gemensamt sätt.

Regeringen bör återkomma med förslag enligt vad som anförs i motionen om inriktningen för den nationella jämlikhetsstyrningen för hälso- och sjukvård. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.2 Jämlik vård i lagstiftningen

Den nuvarande ramlagstiftningen innebär att hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och riktlinjer allt oftare blir tomma ord utan konkret påverkan för vårdpolitiska beslut och prioriteringar. Så kallade ”gräddfiler” och privata vinststyrda etableringar av vårdenheter sägs vara förenligt med jämlik vård enligt samma retorik som att marknadsstyrkor skulle minska segregation. Men att efterlikna USA i dessa avseenden leder inte till jämlik vård eller jämlikt människovärde överhuvudtaget.

Frihet för kommersiella intressen överordnas i praktiken hälso- och sjukvårdspolitiska lagar och regelverk. Enskilda personer kan inte kräva överprövning av ett beslut eftersom hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslag utan en ramlag som anger regionfullmäktiges skyldigheter att tillhandahålla en god vård. Att omformulera hälso- och sjukvårdslagen från en ramlag till en rättighetslag torde vara en mycket komplicerad väg att gå. Patientlagen samt patientsäkerhetslagen är lagar som är inriktade på enskilda patienter. Vänsterpartiet anser att alla patienter ska ha rätt till jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens kapitel 3<sup>10</sup>.

Regeringen bör återkomma med förslag om att det i patientlagen och i patientsäkerhetslagen skrivs in att alla patienter har rätt till jämlik vård och att myndigheter och vårdgivare är skyldiga att organisera vården så att den utförs jämlikt. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

slutbetänkande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden\_sou-2016-2.pdf.

<sup>10</sup> 1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

### 4.3 Jämlikhetsuppgradering av hälso- och sjukvården

En mängd underlag, förslag och statistik har tagits fram kring ämnet jämlik vård, bl.a. från Vårdanalys, Socialstyrelsen och kommissionen för jämlik vård. Vissa framsteg görs på enskilda vårdenheter och inom en del regioner men viljan och förmågan till jämlikhetssträvan inom vården varierar mellan regionerna. På nationell nivå finns mer stöd för behandlingar av sjukdom men svårare är det med strukturella reformer nationellt när det gäller grundläggande förutsättningar för tillgänglighet. Det mest ingripande beslutet är ”tvångs-LOV”, dvs. fri etableringsrätt för privata aktörer inom primärvården. Ett beslut som motverkar jämlik vård, vilket enligt Vänsterpartiet är ett steg helt i helt fel riktning.

I Vård och omsorgsanalys rapport (2021:4<sup>11</sup>) står följande:

Vi finner till exempel flera socioekonomiska skillnader vad gäller vårdens tillgänglighet som inte motiveras av skilda vårdbehov. [...] Personer som har en privat sjukförsäkring rapporterar också generellt kortare väntetider till vård jämfört med personer som inte har en privat sjukförsäkring. [...] Personer med kroniska sjukdomar eller sämre självskattad hälsa ha generellt sämre erfarenheter av vården. [...] Eftersom jämlik vård är en angelägen fråga rekommenderar vi regeringen att fortsatt se över hur den nationella uppföljningen, inklusive myndigheters arbete, kan bistå med en mer kvalificerad och systematisk uppföljning av jämlikhetsperspektivet.

De privata digitala vårdgivarna når i genomsnitt friskare patienter än de som primärvården har ansvar för att ge vård. En sjukare patient har oftare behov av fysisk undersökning och provtagning. Genom att teckna ett underleverantörsavtal med en ”målvalt” i form av en vårdcentral i en region kan privata vårdgivare erbjuda distansvård i hela övriga Sverige på löpande räkning.

Fakta saknas inte kring ojämlikheten i vården, och att ojämlikhet råder är det ingen tvekan om. Det finns nog ingen politiker som skulle säga att hen förespråkar ojämlikhet i sjukvården men faktum kvarstår att det är politiska beslut som i praktiken ökar ojämlikheten. Detta vill Vänsterpartiet motverka.

### 4.4 En mer kvalificerad och systematisk uppföljning av jämlikhetsperspektivet

Lagstiftaren anger en tydlig skyldighet för socialtjänsten att bedriva uppsökande och informerande verksamhet för att upplysa om och erbjuda enskilda och grupper hjälp och stödinsatser. För hälso- och sjukvården finns inte motsvarande skyldighet, men under coronapandemin belystes vikten och behovet av uppsökande sjukvård. Som exempel är variationen av hur vaccinationstäckningen ser ut i olika områden. Det bör vara en väckarklocka om vikten av att aktivt söka nå de i befolkningen med störst vårdbehov, inte bara arbeta för att utforma en sjukvård för de mest resursstarka som står för störst efterfrågan. Uppsökande hälsokontroller bör därför prövas. Underbehandling är en fråga som även uppmärksammas av SOU 2021:6<sup>12</sup>. Där framgår att personer med kortare

<sup>11</sup> <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2020/12/Rapport-2021-4-V%C3%A5rden-ur-befolkningens-perspektiv-2020.pdf>.

<sup>12</sup> [https://www.regeringen.se/4900bd/contentassets/9d0e520a47e547a2904608427f3aca7c/sou-2021\\_6--god-och-nara-vard---ratt-stod-till-psykisk-halsa.pdf](https://www.regeringen.se/4900bd/contentassets/9d0e520a47e547a2904608427f3aca7c/sou-2021_6--god-och-nara-vard---ratt-stod-till-psykisk-halsa.pdf).

utbildning och som saknar fast förankring på den reguljära arbetsmarknaden samt äldre, kroniskt sjuka, multisjuka och glesbygdsbor m.fl. är underbehandlade i högre grad.

Regeringen bör utreda organiseringen av vården för de som står långt bort från vården samtidigt som de har de största behoven: de äldre, multisjuka, kroniskt sjuka, de med psykisk ohälsa, de med ett beroende, så att de mer effektivt kan nås av sjukvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.5 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har i skrivande stund antagit 18 nationella riktlinjer kring olika behandlingar och metoder, inklusive tandvård. Det gäller t.ex. sjukdomar som diabetes, stroke och demens. Vid utvärdering av behandling av t.ex. stroke uppmärksammas vikten av enhetlig registrering av åtgärder samt socioekonomiska faktorer. Liknande frågor uppmärksammas i andra utvärderingar. För att nå en mer jämlik vård av t.ex. psoriasis är det av stor vikt att regionerna erbjuder möjlighet till planerade återbesök framför allt till personer med svår psoriasis. När det gäller utvärdering av behandling av depression och ångestsyndrom noteras stora regionala skillnader och behovet av bl.a. ökad tillgänglighet till första bedömning och behandling.

Regeringen bör se över de nationella riktlinjerna kring behandlingar och metoder och dess implementering för att de effektivare ska bidra till ökad jämlik vård regionalt och klassmässigt. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.6 Tydligare och förbättrat nationellt basuppdrag för primärvården

Det behöver finnas en nationell struktur rörande vilken specialistkompetens och vilket vårdutbud en vårdcentral ska tillhandahålla och erbjuda samt placeringen av vårdcentraler. Med det inte sagt att det ska vara helt lika överallt utan det måste samtidigt finnas utrymme för lokal anpassning. Där ska även beaktas övriga regioners förutsättningar och möjligheter till samverkan, närhet till slutenvård samt tillgång till akutvård m.m. Ett tydligare basuppdrag behövs för att säkerställa att det finns ett visst mått av likvärdig vård i hela landet. Det som nu är reglerat i grunduppdraget är i princip att det ska handla om ”vanligt förekommande” vårdbehov och att den ska vara ”lättillgänglig”. Vårdanalys 2020:9<sup>13</sup> skriver att ”förutsättningarna för att uppnå en högre grad av kontinuitet varierar i olika delar av landet. Regeringen och regionerna behöver därför arbeta för att göra förutsättningarna mer lika över landet men också inom regionerna, till exempel för personalförsörjningen.”

Socialstyrelsen behöver också kunna få data från primärvården i hela landet, som kan utgöra underlag för utveckling på ett nationellt plan och därmed skulle primärvården kunna bli mer jämlik. Ett tydligare och förbättrat nationellt uppdrag för primärvården behövs.

Regeringen bör ta fram ett lagstadgat nationellt basuppdrag om en nationell struktur rörande vilka specialiteter en vårdcentral måste kunna härbärgera för likvärdig vård i hela landet. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

<sup>13</sup> <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2020/>.

## 4.7 Utvärdera vårdgarantin och väntetiderna ur ett behovsperspektiv

Om vårdcentraler till exempel ensidigt styrs mot att erbjuda en snabb tillgång till vård, är risken att andra kvalitetsaspekter inte får samma utrymme trots att många upplever att de är viktigare. Det är till exempel vanligare att personer med bättre hälsotillstånd tycker att kortare väntetider till icke-akuta besök är viktigast, jämfört med personer som i genomsnitt har sämre hälsotillstånd. [...] Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde gäller i alla delar av vården och behöver även beaktas i olika typer av förbättringsarbeten – eventuella prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov. (Vårdanalys 2020:9)

Det finns anledning till att ytterligare granska och utvärdera vårdgarantin och risken för s.k. undanträngningseffekter. Vårdgarantin kan leda till undanträngning exempelvis i prioriteringen mellan ny- och återbesök, vid prioritering av patienter som närmar sig vårdgarantins tidsgränser och patienter med kroniska sjukdomar. Det kan innebära att patienter med mindre medicinska behov prioriteras före patienter med större behov.

Regeringen bör ta initiativ till att vårdgarantin och väntetiderna utvärderas ur ett behovsperspektiv. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.8 Ekonomisk styrning för jämlik vård

Medellivslängden mellan snittet i Sveriges kommuner skiljer 6-7 år för kvinnor och ca 8 år för män. Danderyd har högsta snittet (SCB). Det finns tydliga skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildningsnivå. Under perioden 2012-2020 har skillnaderna mellan grupperna ökat något och särskilt för kvinnor. Det beror främst på att medellivslängden sedan 2012 har ökat tydligt för kvinnor med eftergymnasial utbildning, men inte för kvinnor med gymnasial och förgymnasial utbildning. Snittet för kvinnor med förgymnasial utbildning har till och med minskat.<sup>14</sup> Att mäta medellivslängden för olika grupper är ett mått på hur klassklyftor utvecklas, och frågan blir om hälso- och sjukvården förstärker eller motverkar ökade generella klass- och hälsoklyftor.

Regionerna påverkas av regionens allmänna ekonomiska utveckling. Viljan inom regionerna till att antingen styra utifrån efterfrågemönster eller befolkningens vårdbehov kan öka eller minska skillnaderna inom och mellan regionernas hälsostatus.

Regeringen bör tillsätta en utredning gällande vårdkonsumtionen i regionerna för att kunna skapa en mer träffsäker ekonomisk styrning utifrån vårdbehoven. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.9 Öka jämlikheten inom cancervården

När det gäller frågan om cancervården diskuteras ofta köer och att de ska lösas med olika former av system där fokus ensidigt ligger på snabba åtgärder och kort genomströmningstid av patienter. Men cancer och andra mycket svåra diagnoser kräver ofta långa behandlingsprogram, rehabilitering och anhörigstöd. Vårdanalys har också varnat för ensidigt fokus på snabba resultat, då även personalens arbetsmiljö behöver beaktas

<sup>14</sup> Sid 78, [https://www.scb.se/contentassets/f71836afa6a54689973eb6336347650c/be0701\\_2011i20\\_br\\_be51br2104.pdf](https://www.scb.se/contentassets/f71836afa6a54689973eb6336347650c/be0701_2011i20_br_be51br2104.pdf).

samt deras möjlighet till kompetensutveckling. Regionala cancercentra (RCC) behöver få starkare stöd, och anhängigstöd behöver utvecklas, liksom att en skarpare riskanalys behövs för att identifiera hoten mot en jämlik cancervård. Köerna behöver kortas i alla regioner utifrån alla människors behov. Dock är skillnaderna mellan regionerna stora, och det finns stora geografiska variationer i form av vilken medicinsk kompetens som finns tillgänglig. Att onkologikompetensen är ojämnt fördelad över landet leder till problem med väntetider och försämrad tillgång till vård och behandling. Brist på specialister innebär dessutom patientsäkerhetsrisker och får negativa konsekvenser för forskningen.

Kompetensförsörjning kommer att vara en stor utmaning för vården i stort framöver, och cancervården är inget undantag. Utvecklingen i regionerna går åt rätt håll på ett övergripande plan, men varierar som sagt inom landet.

Enligt Socialstyrelsens registerstudie för cancer som publicerades i mars 2021 är skillnaderna generellt mellan mortalitet/incidenskvoten mellan kommunerna större för män än för kvinnor. Det är endast i Kronoberg och Halland som kvinnor har en högre kvot än män för totalcancer, men även för tjock- och ändtarmscancer. För totalcancer är mortalitet/incidenskvoten för kvinnor lägre i de regioner som har universitetssjukhus, alla utom Örebro ligger under nivån för riket. Det finns därför all anledning att närmare studera regionernas olika angreppssätt för en jämlik vård. Det är viktigt att lära av varandra och kunna sprida erfarenheterna av bra arbetssätt.

Regeringen bör återkomma med förslag om att ge Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) samt Socialstyrelsen och andra aktörer förstärkt uppdrag för att öka jämlikheten inom cancervården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.10 Regional jämlikhet

Glesbygdsmedicin är ett begrepp som vuxit fram. Det innefattar en rad kunskapsområden och metodutveckling som syftar till att kompensera för avståndsproblematik och upprätthålla den bredare kompetens som är nödvändig då befolkningsunderlaget är litet och avstånden stora. Vård i glesbygd omfattar alla slags sjukdomar, olycksfall, symptom och tecken på ohälsa i en befolkning. Att jobba i glesbygd kräver bred medicinsk kunskap med tillämpning i öppenvård, slutenvård och hemsjukvård. Därutöver fordras ingående kunskap om de sociala, psykologiska, ekonomiska, existentiella och samhällsstrukturrella villkor som gäller för människor i glesbygd. Det betyder ett utvecklat och fördjupat när-vårdskoncept.

Glesbygdsmedicin som kunskapsområde behöver såväl forsknings- som utvecklingsmedel för att finna och sprida de lösningar som kan garantera trygg, säker och likvärdig vård till den del av befolkningen som bor i gles- och landsbygdsområden. Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) är en enhet som bedriver forskning, utveckling och utbildning för och i glesbygd. Huvudkontoret ligger i Storuman.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin samt arbeta fram modeller för hur vården enklare kan nå patienter och arbeta med kunskapsspridning av metoder och teknislösningar. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

En överanvändning respektive underanvändning av vården tenderar att skapa ojämlikhet. Det är av största vikt att det förs en politik som främjar att den person vars behov

av vård är störst också är den som ska hamna först i kön. Vården kommer alltid att vara mer kostnadskrävande i glesbygden p.g.a. den rådande demografin. Det behöver finnas viss specialistvård, såsom ortopedi, kirurgi m.m. på plats i samtliga regioner.

Regeringen bör utreda hur akutmottagningar och primärvård samt övrig sjukvård kan organiseras på ett patientsäkert sätt i glesbygd samt i områden med utsatt hälsoläge med fokus på tillgänglighet och kvalitet. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.11 Kommersialism skapar ojämlik vård

I affärstidningarna kan man nu läsa om strålande framtidsutsikter för privata vårdbolag. Anledningen är coronapandemin och i dess spår den ökande psykisk ohälsan hos befolkningen. Med svenska skattebetalares pengar utgör Sverige en ”startmarknad” för europeisk och global expansion. Notan för digitala psykologbesök har fördubblats sedan 2018 och därmed blivit en potentiell kassako för nätläkarna, enligt vad som beskrivs i tidningen Dagens Industri med artikeln Nätläkaren Kry tar nu ytterligare ett steg inom området genom att förvärva koncernen PBM som är specialister på beteendepsykologi och KBT-behandlingar (Dagens Industri, augusti 2021). Enkla digitala KBT-program ska alltså säkra framtida vinster för dessa företag.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vård ges efter behov, inte efter utbud och efterfrågan. Under pandemin rapporterade de flesta privata vårdinrättningar som tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ingen större förändring i arbetsbelastning. För dem pågick verksamheten som vanligt. Detta medan offentligt anställd personal fick slita i 12-timmarspass eller längre, månad efter månad. Aktiebolagslagen gick tydligen före hälso- och sjukvårdslagen. Detta är och var en mycket tydliggörande effekt som marknadsstyrd sjukvård innebär.

Ilmar Reepalu var ensamutredare i den s.k. välfärdsutredningen vars betänkande överlämnades till regeringen (SOU 2016:78<sup>15</sup>) med förslag för att inskränka vinstjakten i välfärden, och trots ett folkligt stöd röstade en majoritet emot det förslag som lades till riksdagen.

Regeringen bör återkomma med förslag till riksdagen i enlighet med SOU 2016:78. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Regeringen bör utreda näringslivets, försäkringsbolagens och vårdbolagens inflytande på hälso- och sjukvården samt hur hälso- och sjukvårdslagens intentioner kan garanteras och patientsäkerheten bibehållas. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

### 4.11.1 Företagens fria val

Lagen om valfrihet (LOV) innehåller inga skrivningar om patienters rättigheter, och skrivningarna gäller bara privata bolag. Regioner är tvingade att ha LOV för primärvården. Försöket under förra mandatperioden att avskaffa ”tvångs-LOV” stoppades, och i en debattartikel<sup>16</sup> i Aftonbladet den 16 februari 2021 redogörs för ett antal faktorer kring LOV:

<sup>15</sup> <https://www.regeringen.se/4ab5e0/contentassets/da2ccefb5dc84389b79b48b06a5e000a/ordning-och-reda-i-valfarden-sou-201678>.

<sup>16</sup> <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/weKV1o/dags-att-avskaffa-det-fria-vardvalet>.

- Bristande samordning av vården.
- Lokalisering av vårdenheter styrs inte utifrån vårdbehov.
- Undervisning och forskning får stryka på foten.
- Uppföljning av patienter försvåras t.ex. med långtids-covid.
- Olönsamma patienter remitteras till offentlig vård.
- Offentliganställd vårdpersonal har fått dra det tunga lasset under pandemin.

För varje år kommer fler fakta om kommersialiseringens utbredning och effekter för vården. All tillgängliga fakta visar på att denna väg leder allt längre bort från innehållet i hälso- och sjukvårdslagen och jämlik vård.

Regeringen bör utreda hur företagets fria vårdval och etableringsfriheten påverkar tillgänglighet och organisering av sjukvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.12 Förlossningsvården

Sverige har en bra förlossningsvård, men det finns problem och ojämlikhet. För Vänsterpartiet är det centralt att kvinnor inte ska skadas under förlossningen och att vården ska vara jämlik. Några av de brister som uppmärksammas är bl.a. kunskapsspridning och arbetsmiljö. Detta konstateras bl.a. i Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) rapport Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan (2019).<sup>17</sup> Andelen konstaterade bristningar i ändtarmsmusklerna hos förstföderskor varierade mellan Sveriges regioner 2019 med mellan 2,3 och 7,2 procent. Detta framkommer i SBU:s rapport 323<sup>18</sup> under rubriken Stora variationer mellan regioner.

Skillnaderna finns dock inte enbart för de som fött barn utan även under graviditeten. Flera förlossningskliniker har stängts de senaste åren, och nedmonteringen följer ett tydligt mönster. De som redan har lång väg till ett BB får därmed ännu längre väg. Sedan 2000 har antalet som har över 10 mil till närmaste BB dubblerats, och många tvingas resa betydligt längre. Allra längst väg till närmaste BB har de som bor i Norrbotten, Dalarna, Jämtland och Värmland. De ökade avstånden är en direkt följd av nedläggningarna.

Vänsterpartiet har i flera budgetmotioner föreslagit ett ökat stöd till regioners vård utifrån omfattande glesbygd. Det är svårare och dyrare att i glesbygd bygga upp enheter för att kunna erbjuda invånarna rimliga restider. Förutom ett ökat statligt ekonomiskt stöd behöver andra åtgärder undersökas. Bristen på tillgänglig förlossningsvård är både ett aktuellt och ett långsiktigt problem.

Lämplig myndighet bör få i uppdrag att utveckla metoder för att öka jämlikheten inom förlossningsvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utreda hur förlossningsvården kan arbeta i områden med stora avstånd. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

<sup>17</sup> [https://www.sbu.se/contentassets/a7f1858fa01848a8a110929fdd52c4ac/prioritering\\_forskningsfragor\\_forlossningsskador\\_kvinnan\\_smf\\_2019.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/a7f1858fa01848a8a110929fdd52c4ac/prioritering_forskningsfragor_forlossningsskador_kvinnan_smf_2019.pdf).

<sup>18</sup> <https://www.sbu.se/323>.



## 4.13 Digital framkomlighet i hela vårdsektorn

Svensk sjukvård blir allt mer fragmentiserad och uppsplittrad. Sjukvård utförs i Sverige i dag av 21 regioner, 290 kommuner och allt fler privata vinstsyftande privata bolag samt några idéburna. Ett problemområde är den digitala kommunikationen. Många olika system finns men dessa kan inte alltid kommunicera med varandra. En patient kan vara aktuell för vårdinsatser i olika geografiska områden, hos olika utförare. Att systemen är skilda åt kan innebära risker, t.ex. kan förseningar p.g.a. icke kommunicerbara system bli skadligt för patienter.

Riksrevisionen har konstaterat att digitaliseringen av verksamheter inom den offentliga sektorn går långsamt och att det finns stora skillnader i digitaliseringstakt mellan olika aktörer.<sup>19</sup> I Valfärdskommissionens direktiv<sup>20</sup> skrivs att en gemensam digital infrastruktur behövs. Detta ska förverkligas genom samverkan och samarbete med alla inblandade parter. Erfarenheterna hittills av försök att skapa en gemensam digital infrastruktur visar på svårigheterna om inte staten tar ett tydligare ansvar.

Staten behöver kompensera för den brist på samordnade investeringar som följer av uppdelningen i 21 regioner. Det behövs en nationell plattform för it-system/journaler i vården. Det är orimligt att en stor del av vården ska vara högspecialiserad och koncentreras om inte vårdens system är kompatibla och kan samverka mer. Det går åt oerhört mycket tid att jaga rätt på remisser, provsvar m.m. i dag. Gemensamma tekniska standarder måste fastslås för all form av vårdokumentation. Alarmeringstjänstutredningen<sup>21</sup> föreslog också en gemensam teknisk standard för offentliga alarmeringsverksamheter.

Det behövs ett statligt mål om en gemensam digital infrastruktur fastslaget som regeringen ska arbeta för. Detta även om alla berörda till 100 procent är nöjda. En färdig plan ska tas fram av regeringen senast 2025. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

## 4.14 Vårdinsatser utan fördomar

### 4.14.1 Vård efter behov utan fördomar

I mars 2021 ställdes i riksdagen en fråga till socialministern. Detta med anledning av ett upprop från drygt 1 000 läkare och läkarstudenter som krävde att ansvariga myndigheter skulle vidta åtgärder mot rasism inom vården. Bland annat ville man att vårdpersonal skulle fortbildas om hur rasism påverkar vården och att Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) skulle införa diskriminering som ett särskilt tillsynsområde. Frågan handlade om vad ministern tänkte göra med anledning av vittnesmålen från läkarna och läkarstudenterna. Svaret blev endast en uppräknning av gällande regelverk. Inget nytt ansågs tydligen behövas göras. Vittnesmålen innehöll både beskrivningar av situationer mellan vårdanställda, mellan vårdpersonal och patienter samt patienters krav på att endast få vård av etniska svenskar.

<sup>19</sup> <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2016/den-offentliga-forvaltningens-digitalisering---en-enklare-oppnare-och-effektivare-forvaltning.html>.

<sup>20</sup> <https://www.regeringen.se/4afc55/contentassets/a5582b6ff9144893964b4cbc321a9a5d/bilaga-till-regeringsbeslut-om-valfardskommissionen.pdf>.

<sup>21</sup> <https://www.regeringen.se/49bb6a/contentassets/52319457b8894996ba539080eed2cb16/en-myndighet-for-alarmering-sou-201333>.

Sjukvårdens drift liksom myndighetstillsynen av det som uppropet tog upp är splittrat och utan helhetsperspektiv. Inom vården måste fokus vara på principen vård efter behov. Vårdinsatser måste ha medicinska motiv utan fördomar och annat ovidkommande.

Regeringen bör utreda rasism inom svensk sjukvård samt ta fram en handlingsplan mot rasism. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

*Karin Rågsjö (V)*

*Ida Gabrielsson (V)*

*Momodou Malcolm Jallow (V)*

*Maj Karlsson (V)*

*Daniel Riazat (V)*

*Vasiliki Tsouplaki (V)*