

Partimotion

Motion till riksdagen 2017/18:3568

av **Ulf Kristersson m.fl. (M)**

En nationell hälso- och sjukvårdsagenda

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en utvecklad och prestationsbunden tillgänglighets- och samordningsmiljard och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge en eller flera statliga myndigheter i uppdrag att följa upp, utvärdera och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för att styrning av vården ska utgå ifrån patienten och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa förutsättningar för effektiva ersättningssystem genom hela vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en nationell ledarskapsutbildning inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioriterade kvalitetsresultat ska mätas och redovisas öppet och att kontinuerliga uppföljningar bör genomföras gällande patientupplevd nöjdhet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att genomföra en nationell primärvårdsreform med fokus på hela den nära vården och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett samordningsansvar i den nära vården för att ge patienten fast vårdkontakt och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och införa en nationell samlad definition av primärvårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.

10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge ett nationellt primärvårdsuppdrag till samtliga landsting, regioner och kommuner och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en gemensam samlad definition av högspecialiserad vård och dess uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om mer koncentration av högspecialiserad vård och ökad nationell styrning och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdval bör omfatta högspecialiserad vård och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fördjupad samverkan mellan universitetssjukhusen och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att lagstiftningen ska ses över för att landsting, regioner och kommuner i högre utsträckning ska resursplanera vården gemensamt gällande de mest sjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram nationella kvalitetskrav för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa vårdkvalitetskontrakt och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skärpa sanktioner mot bristande verksamheter i vården och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och genomföra en nationell kompetens- och personalförsörjningsstrategi och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsynen och uppföljningen av psykiatrin ska stärkas och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vidareutveckla den nationella cancerstrategin och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skärpa cancerpatienters rättigheter inom patientlagen och patientsäkerhetslagen och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stimulera och samordna digitaliseringen inom vård, omsorg och apotek och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över och reformera lagstiftningen gällande digital patientinformation och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ersättningssystem för digitala vårdbesök och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tillsyn, generell tillståndsplikt och uppföljning inom vården och tillkännager detta för regeringen.

28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdkedjan mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård ska stärkas och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka patientlagen gällande mödravård, förlossningsvård och eftervård och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om skärpta straff gällande angrepp, hot och våld mot vårdpersonal i deras yrkesutövning och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Moderaternas utgångspunkt är att alltid sätta människan före systemen. Våra värderingar formas av vår syn på människan. Vi vill se till hela människan. Våra förslag tar utgångspunkt i att de allra flesta människor vill ta ansvar för och forma sina egna liv. Vi vet att varje människa har omfattande förmågor och stora möjligheter att utveckla dessa i utvecklande miljöer.

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

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

Antalet anställda i hälso- och sjukvården är fler än någonsin tidigare. Antalet läkare ökar och Sverige ligger på plats 6 av 23 undersökta OECD-länder när det gäller antalet läkare. Antalet sjuksköterskor ökar också och Sverige har fler sjuksköterskor än genomsnittet i OECD.²

Trots den positiva utvecklingen av antalet läkare i Sverige är det tydligt att patienter i den svenska vården träffar läkare i mindre utsträckning än i andra jämförbara länder. Slutsatsen är att svensk vård inte är tillräckligt produktiv. Jämfört med övriga länder i Norden har svenska sjukhus lägst produktivitet.³

Vården i Sverige håller samtidigt mycket hög medicinsk kvalitet även betraktat ur ett internationellt perspektiv.⁴ Sverige hamnade nyligen på plats 4 av 195 undersökta länder i en internationell studie gällande vårdens medicinska förmåga.⁵ Medicinsk och teknisk utveckling avseende nya behandlingsformer och läkemedel ger stora möjligheter

¹ Källa: Euro Health Consumer Index 2016.

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

³ Källor: Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden av C. Rehnberg och Effektiv vård, SOU 2016:2.

⁴ Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.

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

att utveckla vårdens kvalitet. Allt fler avancerade och mer kraftfulla läkemedel tas fram genom forskning och innovation. Det räddar fler människoliv och ökar svårt sjukas livskvalitet.

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

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

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

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

Moderaterna prioriterar reformer som alltid sätter patient och patientsäkerhet allra främst. Vi vill stärka svensk hälso- och sjukvårds kvalitet, korta växande vårdköer, medverka till att lösa bemanningsflykten, förbättra vårdpersonalens arbetsmiljöer och minska stora och växande regionala skillnader. Ingen ska behöva tvivla på att svensk hälso- och sjukvård finns där när den behövs och att den håller hög kvalitet.

I denna motion presenteras Moderaternas nationella hälso- och sjukvårdsagenda. En agenda med konkreta reformer och fem nationella mål för hälso- och sjukvården fram till år 2025. Målen handlar bland annat om att köerna i svensk hälso- och sjukvård ska halveras för att därefter tas ned till ett minimum. Därtill ska alla patienter ha en fast vårdkontakt.

Korta patienternas väntetider – återinför en utvecklad kömiljard

Sverige har några av Europas allra längsta väntetider i vården. Vårdköerna växer nu dessutom kraftigt efter att de under åren 2007 till 2014 halverades. Väntetiderna är nu återigen på samma höga nivåer som år 2007. Över 100 000 personer står i vårdköer. Mer än var fjärde patient tvingas att vänta längre än tre månader på operation i specialistvården.⁷

Trots långa köer till sjukhusens akutmottagningar får tiotusentals patienter vänta längre än sju dagar på att kunna få genomföra besök hos allmänläkare i primärvården.

⁶ Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.

⁷ Källor: Sveriges Kommuner och Landstings sammanställning av väntetider i vårdgarantin, Socialstyrelsens Öppna jämförelser 2016 samt Cancerfonsrapporten 2017.

Alltför många patienter tvingas att vänta längre än tre månader på operation i specialistvården. Den utlovade vårdgarantin bryts varje dag inom vården.⁸

De regionala skillnaderna är omfattande. En person i Västmanland med diagnosen lungcancer tvingas att vänta mer än dubbelt så lång tid på behandling som en lungcancersjuk person i Dalarna.⁹ Över nio av tio patienter får sin operation genomförd inom tre månader på Gotland medan endast fem av tio patienter får motsvarande i Örebro.

Vården ska fungera och vårdköer ska i ett första steg halveras för att därefter tas ned till ett minimum. Den samlade nära vården och primärvården ska stärkas för att kunna öka tillgänglighet och minska väntetider. Därför behövs utvecklade kömiljarder. De ska emellertid utformas på ett nytt sätt. De ska vara bredare än tidigare och även innehålla exempelvis röntgen och laborietester. De ska innehålla snävare och ambitiösare tidsgränser gällande vårdgarantin. Vårdgarantin ska vara så kallad professionsneutral och inriktas mot att alla patienter har rätt att få kontakt med primärvården samma dag och att medicinsk bedömning ska genomföras inom tre dagar i den nära vården.

Patienter ska därefter ha rätt till ett första besök och diagnos i specialistvården inom 60 dagar, på sikt inom 30 dagar. Patientens behandling/åtgärd/operation ska därefter vara genomförd inom 60 dagar. På sikt inom 30 dagar.

Vårdgarantin ska därför på lite längre sikt vara 0 dagar för att få kontakt med primärvården, 3 dagar för medicinsk bedömning, 30 dagar för ett första besök och diagnos i specialistvården och 30 dagar för utförd behandling/åtgärd/operation.

Kömiljarden ska vara mer heltäckande och samordnande. Det är centralt att möjliggöra sammanhållna vårdkedjor utifrån patientkvalitet, kontinuitet och resurseffektivitet. Det ska fastställas en borte tidsgräns och utformningen av statsbidraget ska underlätta den uppföljning och analys som ska utföras.

Uppdraget att följa upp, utvärdera, analysera och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin bör ges till en eller flera statliga myndigheter. Redovisning ska ske regelbundet, öppet och med så korta tidsintervall som möjligt för att underlätta en mer effektiv styrning. Resultaten ska redovisas så lättillgängligt och lättförståeligt som möjligt till allmänheten.

Vi föreslår:

- Inför en mer utvecklad heltäckande prestationsbunden tillgänglighets- och samordningsmiljard. Tidigare kallad Kömiljarden.
- Ge en eller flera statliga myndigheter i uppdrag att följa upp, utvärdera, analysera, sammanställa och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin.

Vården ska utgå i från patienten – ledning, styrning och organisation

Sverige hamnar ofta långt ned i internationella jämförelser avseende patienternas upplevelser av bemötandet från läkaren. Det gäller bland annat hur mycket tid läkaren ägnar åt patienten, hur stora möjligheter det finns för patienten att ställa frågor, hur delaktig patienten är i besluten om sin vård samt hur lättförståeliga läkarens förklaringar är om patientens tillstånd.¹⁰

⁸ Källa: Sveriges Kommuner och Landstings sammanställning av väntetider i vårdgarantin.

⁹ Källa: Cancerfundsrapporten 2017.

¹⁰ Källor: OECD, Health at a Glance 2013 samt Den sjuka vården av Fölster m.fl. 2014.

Patienten ska alltid sättas allra främst. Kvaliteten och värdet av vården uppstår i mötet mellan patienten och vårdens personal. Det är nödvändigt att förbättra förutsättningarna för att det mötet ska bli så bra som möjligt. För att stärka patientmötet behöver kontinuitet i bemanning i vården eftersträvas. Det ökar tryggheten och stärker patientens förtroende för vården att ha regelbunden kontakt med samma människa. Det samlade omhändertagandet och bemötandet behöver särskilt utvecklas vid vård av de mest sjuka äldre och vård av personer som har kronisk cancer.

Det lokala ledarskapet kan förbättra tillgänglighet och stärka patienters delaktighet i vården. Det lokala ledarskapet ska bygga förtroende för vården genom att skapa god tillgänglighet, professionellt bemötande av patienten, inlevelseförmåga och förmåga att i mötet med patienten kommunicera på ett tydligt sätt.

Detta kräver att patienten ges rätt information före, under och även efter mötet. I framtiden kommer digitala beslutsstödsystem i vården att möjliggöra snabbare och ännu säkrare diagnoser och behandlingar samt att bidra till snabbare och tydligare kommunikation i mötet mellan patient och vårdens medarbetare.

Det finns behov av strukturella förändringar av svensk vård, bland annat behöver primärvården förstärkas så att fler patienter kan få hjälp i den nära vården istället för att söka sig till sjukhusens akutmottagningar. Det handlar också om att koncentrera den mest krävande och specialiserade vården till färre platser för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten. Men sjukvårdens resurser kan också användas mer effektivt om det lokala ledarskapet fungerar och organisationerna bättre anpassas till de behov som finns. Styrningen av vården ska utgå ifrån patienten och dennes bästa.

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

Vi vill skapa förutsättningar för effektiva ersättningsystem som stimulerar kvalitetsutveckling, kostnadskontroll, nytänkande och innovation genom hela vårdkedjan. Detta kan man göra genom att bland annat skapa förutsättningar för att de viktigaste och mest prioriterade kvalitetsresultaten ska mätas, redovisas öppet samt att kontinuerliga uppföljningar förs av den patientupplevda nöjdheten avseende respektive klinik och vårdcentral. Därtill ska produktion och produktivitet i vården mätas som en del av metodisk styrning och utveckling. Vården går att styra genom kvalitetsmått.

Kvalitet i all välfärdsverksamhet handlar emellertid ytterst om medarbetarna. Utan skickliga och kompetenta medarbetare som ges utrymme att utöva sitt yrke med tillit och självbestämmande kommer verksamheterna inte att fungera väl. Därför är det avgörande att det lokala ledarskapet säkerställer goda arbetsvillkor och är en attraktiv arbetsgivare. Inte minst gäller detta inom hälso- och sjukvården.

Ett bra ledarskap definieras av flera olika kvaliteter. Det handlar om att skapa kulturer som bejakar öppna och transparenta beslutsprocesser med tydlig ansvarsfördelning. Medarbetare ska känna tillit och att de kan utföra sitt yrke självständigt. Verksamheten ska uppmuntra och hitta former för att ifrågasätta nuvarande arbetssätt till förmån för nya som förbättrar och utvecklar verksamheten. Kreativiteten ska vara stor utan att patientsäkerheten riskeras.

Ledare som lyckas få medarbetare att känna engagemang och vilja att dra i samma riktning för att förbättra verksamheten är avgörande för god kvalitet. Gott ledarskap handlar också om att balansera olika målkonflikter och skapa tydliga strukturer för hur sådana konflikter ska hanteras. Det handlar om lyhördhet, men också om att fatta beslut och att sedan kommunicera de besluten på ett tydligt sätt. Verksamhetens mål måste vara begripliga för att få med sig medarbetarna.

Ledarskap och mentorskap har avgörande betydelse för vårdens långsiktiga förmåga att bedriva verksamhet av hög kvalitet. En viktig del för att kunna skapa förutsättningar för detta handlar om utbildning och fortbildning för chefer inom alla delar av hälso- och sjukvården. Vi vill inrätta en nationell ledarskapsutbildning avsedd för framtidens ledare inom hälso- och sjukvården för att ge professionen ännu starkare och tydligare roller. Chefer ska kunna ge ett strukturerat mentorskap till oerfarna nya chefer.

Vi vill därtill ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan och samarbete med intresseorganisationer, aktörer och utförare av vård, ta fram förslag på ledarskapsutbildning. Ledarskapsutbildningen ska i första hand vara avsedd för ”första linjens” chefer inom hälso- och sjukvården. Vi vill stärka lokalt ledarskap, stimulera vidareutbildning, handledarstöd och att vården lokalt tar fram mentorskapsprogram.

Vi föreslår:

- Skapa förutsättningar för att styrningen av vården ska utgå från patienten.
- Skapa förutsättningar för effektiva ersättningssystem som kan stimulera kvalitetsutveckling, kostnadskontroll, nytänkande och innovation genom hela den samlade vårdkedjan.
- Skapa strukturella förutsättningar för att de viktigaste och mest prioriterade kvalitetsresultaten ska mätas och redovisas öppet samt att kontinuerlig uppföljning sker av den patientupplevda nöjdheten gällande respektive besökt klinik och vårdcentral.
- Ta fram en nationell ledarskapsutbildning avsedd för ledare inom hälso- och sjukvården. Allra främst avser detta den ”första linjens” chefer.

Utveckla den nära vården med patienten i centrum – primärvårdsreform

Sverige har idag en stor obalans inom vården som är mycket sjukhustung.¹¹ I Sverige står primärvården vid en internationell jämförelse för en liten andel av den totala hälso- och sjukvården. Sverige använder 17 procent av de samlade resurserna inom vården till primärvård. Motsvarande resursfördelning i Norge är 25 procent och i Nederländerna uppemot 39 procent.¹²

De regionala skillnaderna är samtidigt omfattande. De resurser som riktas till primärvård varierar med 45 procent mellan det landsting/den region som satsar mest på primärvård jämfört med det/den som satsar minst. Det är åtta landsting/regioner som lägger 15 procent eller mindre av de totala resurserna inom hälso- och sjukvården på primärvården.¹³

¹¹ Källor: Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden av C. Rehnberg och Effektiv vård, SOU 2016:2.

¹² Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.

¹³ Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.

En nationell primärvårdsreform behöver genomföras. Den nära vården med primärvården som bas ska byggas ut. Det innebär att resurser behöver flyttas från sjukhusen till den nära vården. Syftet med att stärka primärvården är att den samlade nära vården ska vara så bra och tillgänglig att den blir det naturliga förstahandsvalet för de allra flesta. Ett övergripande mål ska vara ökad tillgänglighet och bättre kvalitet i den nära vården.

Det krävs en nationell och samlad definition av primärvårdens uppdrag. Denna definition bör tas fram av Socialstyrelsen tillsammans med huvudmännen, patientorganisationer och vårdens medarbetare. Den ska beskriva vilken vård som ska ges inom primärvården och hur exempelvis öppettider ska anpassas efter patienternas behov. Därtill ska ett nationellt primärvårdsuppdrag ges till alla landsting, regioner och kommuner.

Den nära vården bör ha en god tillgänglighet under dygnets alla timmar. Den bör vidare kunna ansvara för diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta patienters vårdbehov samt ansvara för akut vård som inte kräver vård på ett sjukhus. Modern teknik kan föra vården närmare patienten. Det kan bland annat innebära fler digitala möjligheter som bidrar till mer nära vård i hela landet.

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

Vi föreslår:

- Ta fram och genomför nationell primärvårdsreform.
- Ta fram och inför en nationell samlad definition av primärvårdens uppdrag.
- Ge ett nationellt primärvårdsuppdrag till alla landsting, regioner och kommuner.
- Inför samordningsansvar i den nära vården för att ge patienter en fast vårdkontakt.

Stärk patientsäkerheten – koncentrera högspecialiserad vård

Patienten och patientsäkerhet ska alltid sättas allra främst. Kvalitet uppstår i mötet mellan patienternas behov och vårdens personal. Kvaliteten i vården varierar beroende på vilken kompetens som kan erbjudas. Högspecialiserad vård är komplex och kräver viss volym och kompetens för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas. Därtill för att åstadkomma ett effektivt användande av vårdens gemensamma resurser.

Vetenskaplig forskning och beräkningar pekar på att uppemot cirka 500 dödsfall per år inom den svenska vården kan undvikas om avancerad högspecialiserad vård fortsätter att koncentreras i betydligt större omfattning. Därtill minskar antalet komplikationer och vårdtidernas längd.¹⁴ Kvalitet, patientsäkerhet och klinisk forskning förbättras med ökade volymer av patienter per vårdenhet och per team som utför högspecialiserad vård.¹⁵ Målet ska vara att ingen ska avlida på grund av att högspecialiserad vård inte är tillräckligt koncentrerad.

Vi föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att skyndsamt ta fram förslag på vilken vård som ska definieras som högspecialiserad vård. Socialstyrelsen bör också i

¹⁴ Källa: Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa, SOU 2015:98.

¹⁵ Källa: Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa, SOU 2015:98.

samverkan med huvudmännen, sakkunniggrupper och patientorganisationer bedöma och ta fram förslag på vilka vårdenheter som ska bedriva högspecialiserad vård inom olika medicinska områden.

Det behövs också mer nationell styrning av högspecialiserad vård, i syfte att ytterligare kunna koncentrera högspecialiserad vård för att stärka kvalitet och patientsäkerhet och minska regionala skillnader vad gäller kvalitet och väntetider. Till exempel inom avancerad cancervård och hjärt- och kärlsjukvård. Högspecialiserad vård har hittills under 2000-talet koncentrerats i liten omfattning och staten behöver därför ta ett ökat samordnande och övergripande ansvar.

Patienter har redan idag möjlighet att välja sin hälsocentral och öppen specialiserad vård. Än så länge omfattar emellertid inte vårdvalet den slutna specialiserade vården. Det borde vara möjligt även för de som önskar välja högspecialiserad vård att få göra det när det finns möjligheter.

Sverige har idag sju universitetssjukhus som tillsammans erbjuder högspecialiserad vård av medicinsk världsklass. Universitetslandstingen visar att det går att samarbeta i form av den gemensamma Skandionkliniken i Uppsala. Den är en högspecialiserad avancerad anläggning inom cancervård. Universitetssjukhusen behöver emellertid fördjupa sitt samarbete ytterligare inom flera områden. Inte minst i syfte att säkerställa att patienten får en sammanhållen vårdkedja.

Vi föreslår:

- Ta fram och inför en gemensam samlad definition av högspecialiserad vård och dess uppdrag.
- Koncentrera mer av högspecialiserad vård och ge den ökad nationell styrning.
- Vårdval ska omfatta högspecialiserad vård.
- Fördjupa samarbetet mellan universitetssjukhusen inom flera områden.

Prioritera vårdkedjan av de mest sjuka äldre

De mest sjuka äldre är patienter med skiftande och komplexa behov av vård. Sveriges sjukhustunga vård är emellertid inte anpassad för att kunna ge bästa möjliga vård till de mest sjuka äldre. Det krävs stor förmåga till samarbete mellan landsting/regioner och kommuner för att kunna erbjuda den sammanhållna vård som behövs. Målet ska övergripande vara att äldre multisjuka ska ha tillgång till en mer samlad och nära vård.

En människa som drabbas av kronisk sjukdom behöver i genomsnitt använda vårdens resurser fyra till sex gånger mer än en person som inte har någon kronisk sjukdom. En betydande del av svensk hälso- och sjukvård riktas således till multisjuka, ofta äldre, som har minst två kroniska sjukdomar. Det rör sig bland annat om drygt hälften av alla genomförda läkarbesök på landets akutmottagningar. Omkring hälften av alla resurser för hälso- och sjukvården används av de tre till fyra procent av dem i befolkningen som har högst vårdkostnad.¹⁶

Var femte människa med någon kronisk sjukdom är inlagd och vårdas i slutenvården under ett år. Männskor 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.¹⁷

¹⁶ Källa: Effektiv vård, SOU 2016:2.

¹⁷ Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, 2014.

Den stora möjligheten att skapa mer välfungerande vård handlar om det samlade omhändertagandet av de mest sjuka äldre som ofta är multisjuka kroniker. Idag är det många äldre som upplever att de ”faller mellan stolar” där ingen av de ledande aktörerna inom vare sig sjukhusvård, primärvårdcentral, kommunal hemsjukvård eller äldreomsorg tar ett helhetsansvar eller ansvarar för att den som är sjuk får rätt samlad vård och omsorg.

Det är därför det samlade omhändertagandet av dessa patienter som måste ses över och utvecklas i vården. Hela vårdkedjan för de mest sjuka äldre måste prioriteras och stärkas. För att vården för de mest sjuka äldre och multisjuka kroniker ska kunna fungera bättre krävs sammanhållna vårdkedjor, tidigt insatt proaktiv vårdplanering, försök med till exempel mellanvårdsplatser, hemtagningsteam, mobila hemvårdsteam och ett utökat samarbete mellan landsting, regioner och kommunerna som har ansvar för äldreomsorg och hemtjänst.

Detta kan kräva skärpt lagstiftning för att landsting, regioner och kommuner gemensamt ska resursplanera mer av vården gällande de mest sjuka äldre. Det handlar om att samordna sjukhusvård, närsjukvård, övrig primärvård, mobil hemsjukvård och socialtjänst som ansvarar för hemtjänst och äldreboenden. Detta innebär också att lagstiftning avseende informationsutbyte behöver förnyas.

För att kunna förbättra vården av de mest sjuka äldre bör kommuner och regioner jobba med försöksverksamheter som bland annat rör kontaktperson, exempelvis läkare eller kontaktsjuksköterska, som kan hjälpa patienten och samordna vården till en helhet. Därtill utveckla vårdval där det ges möjligheter till samlade helhetslösningar som innebär att patienten kan välja multiprofessionella vårdteam. Stimulera fram en utveckling av mer mobil hemsjukvård. Det krävs ett mer samlat omhändertagande och sammanhängande vårdkedjor för de mest sjuka äldre.

Vi föreslår:

- Se över lagstiftningen i syfte att landsting, region och kommuner i högre utsträckning ska resursplanera vården gemensamt gällande de mest sjuka äldre.
- Förändra och utveckla dagens lagstiftning så att den äldre, inte organisationen, är utgångspunkt för informationsförsörjningen.

Kvalitetskontrakt i vården

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

Nationella kvalitetskrav ska tas fram och införas för att säkerställa vårdens kvalitet och resultat så att alla patienter ges den vård, i rätt tid och av hög kvalitet, som de har rätt att få. Alla vårdenheter ska bedömas efter dessa krav. Socialstyrelsens öppna jämförelser och de medicinska kvalitetsregistren är relevanta och väsentliga data att ha med i utformandet av nationella kvalitetskrav.

Relevanta kvalitetsmått utgår exempelvis från de kliniska resultaten, patientens upplevda resultat och patientnöjdhet. Det avgörande är att vården utgår från patienten och dennes behov. Att varje patient ges den vård som har störst förutsättningar att nå

bästa möjliga resultat. Så ser det inte ut idag. I syfte att sträva efter att kunna säkerställa att alla ges bästa möjliga vård, oavsett bostadsort, vill vi införa vårdkvalitetskontrakt.

Vårdkvalitetskontrakt innebär att kontrakt ska tecknas mellan huvudmän och Socialstyrelsen avseende de utförare/vårdenheter som inte når de fastställda kvalitetskraven. Att inte nå upp till kraven innebär att den utförda vården bedömts hålla otillräcklig eller undermålig kvalitet. Kvalitetskontrakt ska vara obligatoriska.

Kvalitetskontrakten ska innehålla krav på åtgärder som forskning och beprövad erfarenhet har visat kan möta de ställda nationella kvalitetskraven. Finansiering av dessa nödvändiga åtgärder ska delas mellan stat och berörd huvudman.

Kvalitetskontrakt gäller både offentliga och fristående huvudmän. Kontrakten avser att skydda patienter från vårdgivare som inte lever upp till kvalitetskraven. I de fall patienters hälsa riskeras är vårdkvalitetskontrakt inte aktuellt. Då inträder sanktioner enligt dagens lagstiftning. När en verksamhet brister, men bristerna går att åtgärda utan risk för patienters hälsa ska kvalitetskontrakt tecknas. Nya sanktioner kan bli aktuella för att säkerställa att konstaterade brister åtgärdas.

Vi föreslår:

- Ta fram och inför nationella kvalitetskrav i hälso- och sjukvården.
- Inför vårdkvalitetskontrakt för att stärka den samlade kvaliteten i vården.
- Skärp sanktionerna mot bristande verksamheter i vården.

Stärk vårdens medarbetare – fler specialistsjuksköterskor och allmänläkare

Hälso- och sjukvården i Sverige befinner sig i en bemanningsflykt. Detta beror dels på brist på kompetens, dels på felaktigt resursutnyttjande. Det råder brist på bland annat specialistsjuksköterskor, patologer och biomedicinska analytiker. Inom tio år kan det komma att saknas över 11 000 specialistsjuksköterskor.¹⁸ Det finns utöver detta en brist på omkring 1 500 allmänläkare. Detta försvårar bland annat en utbyggnad av den nära vården.¹⁹

Vårdens samlade arbetssätt står samtidigt inför stora förändringar. Medicinsk utveckling av mer kraftfulla läkemedel och digital utveckling kommer att leda till nya möjligheter och förmåga att ge avancerad och mer individanpassad vård. Detta kommer att medföra nya krav på kunskaper och kompetenser hos vårdpersonalen. Modern teknik ger direkt beslutsstöd och kommer att bidra till effektivare och mer patientsäker vård. Vården måste bli mer patientcentrerad.

För att vända utvecklingen krävs det att vården blir en mer attraktiv arbetsplats. Då krävs det tydliga signaler att det ska löna sig bättre att utbilda och vidareutbilda sig. Det ska finnas tydliga möjligheter att göra karriär och se utvecklingsmöjligheter gällande ansvar och befogenheter.

Det krävs nationella kompetens- och personalförsörjningsstrategier. Dessa bör innehålla åtgärder som stärker vårdens medarbetare, exempelvis gällande den ”första linjens” ledarskap. Det måste tydligare än idag ges mer ansvar, befogenheter och resurser till personal och chefer som varje dag möter patienterna. Därtill ökade möjligheter att kunna utvecklas och göra karriär inom vården. Det ska löna sig att vidareutbilda sig och höja sin kompetens och sitt kunnande. Karriärstegar bör prövas för

¹⁸ Källor: Statistiska centralbyrån samt Vårdförbundets rapport Vårdpersonal sökes.

¹⁹ Källor: Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2017 samt Läkarförbundet.

till exempel specialistsjuksköterskor, allmänläkare och patologer. Utbilda fler specialistsjuksköterskor, allmänläkare och biomedicinska analytiker.

En ny sjuksköterskeutbildning krävs. Den ska utgöra en helhet där basen för bra specialistutbildning läggs via en väl utformad och anpassad grundutbildning. Gör det dessutom enklare för den som vill och orkar fortsätta arbeta inom vården efter 67 års ålder.

Vi föreslår:

- Ta fram och genomför nationella kompetens- och personalförsörjningsstrategier.

Prioritera barns och ungas psykiska ohälsa – utveckla och stärk psykiatrin

Den psykiska ohälsan är omfattande i Sverige. Ungefär mellan 800 000 och 1 000 000 svenskar i arbetsför ålder har någon form av psykisk ohälsa. Kvinnor löper högre risk än män att drabbas av psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan bland unga i åldern 16 till 24 år har tredubblats under de senaste tjugo åren.²⁰

Det finns fortfarande oklarheter gällande vem som bär vilket ansvar att stödja och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa. Därtill vilket ansvar olika aktörer har för att samverka och samarbeta med varandra avseende att hjälpa en ung människa som mår psykiskt dåligt. Därutöver finns det stora regionala skillnader i hur väl samverkan fungerar mellan olika delar av vården.²¹

Psykiatrin är utsatt för stor press. Det är svårt att rekrytera erfarna psykologer och bristen på medarbetare förväntas fortsätta att öka. Andra stora utmaningar handlar om otillräckliga system för kvalitetsutveckling, bristande samarbete mellan psykiatrin och övrig vård. Uppföljning saknas till stor del och det råder betydande skillnader vad gäller kvalitet och tillgänglighet.

En uppföljning av tillgänglighet avseende satsningar på barns och ungas psykiska hälsa och utfall av vårdgarantin inom psykiatrin visar på omfattande problem. Det handlar bland annat om att skillnaderna är stora mellan olika landsting och regioner. I vissa landsting får nära nog nio av tio patienter en första bedömning inom vårdgarantins gräns. I andra landsting och regioner får färre än fyra av tio barn och unga motsvarande.²² Vårdgarantin behöver utvecklas och stärkas.

Det krävs nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan. Dessa strategier bör innehålla bland annat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Därtill strategier för att kunna återupprätta det medicinska ledningsansvaret inom psykiatrin.

Strategin ska även adressera en förtydligad vårdgaranti för barn och unga inom psykiatrin. Förbättra förutsättningarna för mer samarbete mellan psykiatrin och den övriga somatiska vården, skolhälsovården, missbruksvården och socialtjänsten. Därutöver behöver den evidensbaserade behandlingen inom psykiatrin kopplad till missbruksvården stärkas. Mer klinisk forskning behövs inom psykiatrin.

Strategin ska vidare ta upp betydelsen av att stärka kontinuiteten inom psykiatrin. De flesta patienter upplever ökad trygghet och kvalitet om det finns regelbundenhet i

²⁰ Källor: Hjärnrapporten 2014, Hjärnfonden, Sjukfrånvaron i psykiska diagnoser 2014, Försäkringskassan samt Mental health and work, OECD 2013.

²¹ Källa: Socialstyrelsen, 2014.

²² Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, 2015, uppföljning av vårdgarantin.

vem man som patient får träffa inom psykiatrin. Försök ska därtill prövas att stimulera till ett ökat samarbete mellan psykiatri och de ideella sektorerna såsom idrottsföreningar och kultursektorn.

Uppföljning och tillsyn av psykiatrin behöver stärkas. Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska genomföra uppföljning och analys av psykiatrins resultat i form av kvalitet och väntetider. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys övergripande rekommendation är att det krävs en ny, mer genomtänkt långsiktig strategi för en förbättrad psykisk hälsa.²³

Vi föreslår:

- Upprätta och genomför en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan.
- Stärk uppföljning och tillsyn av psykiatrin.
- Utveckla vårdgarantin för barn och unga inom psykiatrin.

Ny nationell cancerstrategi

En av tre svenskar kommer någon gång i livet att drabbas av cancer. Alla familjer kommer att vara berörda. Var tionde minut får en människa i Sverige ett besked om diagnosen cancer. Om 25 år kommer över 100 000 svenskar varje år att drabbas av cancer.²⁴ Detta är vår tids vanligaste folksjukdom.

Många människor lever med kronisk cancer. År 2040 beräknas över 600 000 personer i Sverige leva med cancer. Det beror bland annat på förbättrade medicinska möjligheter att hjälpa fler patienter att överleva cancersjukdomar. Nya prognoser visar att antalet människor som lever med cancerdiagnoser kommer att ha fördubblats inom 25 år. Väntetiden för behandling av exempelvis lungcancer är idag emellertid dubbelt så lång som det har utlovats att den ska vara.²⁵

Detta ställer krav på att den nationella cancerstrategin uppgraderas. Det handlar bland annat om behov av att uppdatera den nationella cancerstrategin i förhållande till nya forskningsrön, stora framsteg i medicinteknik, kraftfullare läkemedel, digitalisering av delar av vården och inte minst situationen för patienterna. Många människor lever idag med kronisk cancer. Det ställer andra krav på sammanhängande vårdkedjor inom bland annat cancervården. Därtill måste till exempel primärvården integreras mer i cancervården.

Ny medicinteknik ger helt andra möjligheter till mer skräddarsydda individuella effektiva cancerbehandlingar. De målstyrda läkemedlen kompletterar mer traditionell behandling och kan förhindra återfall och förlänga tiden som en människa kan leva med sin cancer med god livskvalitet.

En ny nationell samlad cancerstrategi bör bland annat innehålla tydliga mätbara kvalitetsresultat, där fokus ska vara på medicinska resultat, väntetider, det samlade patientbemötandet och patientnöjdhet. Därtill förslag på kvalitetsförbättringar inom cancervård, kortare väntetider, förbättringar av kvalitet och patientsäkerhet genom ytterligare koncentration av högspecialiserad cancervård samt digitaliserade vårdkedjor.

²³ Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, rapport 2015:10.

²⁴ Källa: Cancerfondsrapporten 2016.

²⁵ Källa: Cancerfondsrapporten 2017.

En nationell strategi ska även inkludera långsiktigt hållbar personal- och kompetensförsörjning inom cancervården samt förslag som syftar till ett mer samlat helhetsansvar för patienter med kronisk cancer. Ny medicinteknik och nya målstyrda läkemedel ska kunna nå cancerpatienter snabbare i hela landet.

Cancerpatienters rättigheter behöver skärpas. Patienternas rättigheter i Sverige är i ett internationellt perspektiv relativt svaga och outvecklade. Alla cancerpatienter ska få välja slutenvård. Det krävs skärpta krav på och uppföljning av att patientlagen verkligen införs överallt i vården. Hittills har genomslaget varit svagt.²⁶ Därtill måste förbättringar ske gällande information om patienternas rättigheter.

Vi föreslår:

- Ta fram och uppgradera en ny samlad nationell cancerstrategi.
- Skärp cancerpatienternas rättigheter inom patientlagen och patientsäkerhetslagen.
- Genomför utvärdering av Regionala cancercentrums, RCC, förutsättningar och uppdrag.

Stimulera och samordna digitaliseringen

En stor möjlighet som hittills inte tagits tillvara tillräckligt väl i Sverige handlar om digitalisering av hälso- och sjukvården. Sverige ligger inte i framkant när det gäller att använda de digitala möjligheterna. En av de främsta utmaningarna handlar därför om att möjliggöra mer av ett metodiskt, samordnat och strukturerat användande av digital teknik och modern informationshantering i vården.

Dagens patienter har stora förväntningar gällande att få service och information om var i vårdprocessen de befinner sig. Det finns redan förväntningar hos en del att kunna skriva i sin egen journal och lämna egna uppmätta värden om blodtryck, EKG och annat som kan skickas in digitalt. Kan material som är känsligt för den enskildes integritet hanteras korrekt och säkert via banker så ska det också kunna fungera så inom vården.

Dagens lagstiftning som påverkar möjligheterna att digitalisera mer av vården behöver ses över. Personlig integritet måste alltid vägas mot öppenhet gällande information som kan förbättra patientens vård och stärka patientsäkerheten. Möjligheten för alternativa vårdgivare att få tillgång till digital information bör underlättas. Därtill bör man säkerställa säkerheten kring dataöverföring.

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

Om patienten kan använda sin egen dator, smarta telefon eller läsplatta i kontakter med vården kan användningen av tid och resurser effektiviseras för såväl vården som patienterna. Vården bör därför kunna flyttas närmare patienterna genom fler virtuella vårdrum samt distansteknik. Digitala vårdbesök ska ersättas på ett sådant sätt att utvecklingen mot virtuella lösningar stimuleras, inte förhindras. Det ökar tillgängligheten och medför på sikt möjligheter till effektivare och snabbare vård.

Slutsatsen är tydlig i genomförda utredningar att det finns ett växande behov av mer nationell samordning gällande digitalisering.²⁷ Det är en betydande utmaning att 21

²⁶ Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Lag utan genomslag, rapport 2017:2.

²⁷ Källa: Nästa fas i e-hälsoarbetet, SOU 2015:32.

regionala och 290 lokala huvudmän agerar självständiga beställare av digitala system. Den nationella samordningen gällande digitaliseringen av vård, omsorg och apotek behöver därför stärkas.

Vi föreslår:

- Stimulera, stärk och samordna digitaliseringen inom vård, omsorg och apotek.
- Se över och reformera lagstiftningen gällande digital patientinformation. Den ska ta sin utgångspunkt i individen, inte vilken organisation som registrerar informationen.
- Inrätta en nationell samlad läkemedelslista.
- Se över och utveckla system för att ersätta digitala vårdbesök på ett sådant sätt att utvecklingen av virtuella lösningar stimuleras, inte hindras.

Styr vården med kvalitet – tillsyn, generell tillståndsplikt och uppföljning

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

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

Nationella kvalitetsregister är en viktig åtgärd som syftar till att få fram ännu tydligare samlade data för bättre resultat i vården. Det handlar exempelvis om en ständig utveckling av kvalitetsindikatorer, register, öppna jämförelser i vård och omsorg samt brukarundersökningar. Alla patienter och anhöriga ska få ta del av mer öppna redovisningar av såväl uppnådd kvalitet som rådande tillgänglighet till vård.

Vi föreslår:

- En generell tillståndsplikt införs för alla utförare i välfärden, oavsett driftsform.
- Tydliga krav på och prövning av ägare och ledning i välfärden.
- Prövning om krav på ekonomisk uthållighet i syfte att säkerställa långsiktighet i alla verksamheter.
- Stärk tillsyn och uppföljning av hälso- och sjukvården.

Stärk vårdkedjan – mödravård, förlossningsvård och eftervård

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

Enligt OECD ligger Sverige högt över snittet när det gäller förlossningsskador. Det är även stora regionala skillnader. I Halland återinskrivs 0,6 procent av andelen mammor akut, i Västernorrland 3,3 procent. Under åren 2010–2014 var det fem gånger

så vanligt att mammor drabbades av förlossningsskador i Jämtland (3,5 procent) än i Västernorrland (0,7 procent).

Sambanden mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård har inte utretts på 70 år. Dagens vårdkedja med dess olika delar hänger inte samman på det sätt som är nödvändigt. Därtill är patientlagens genomslag bristfälligt vad gäller möjlighet till valfrihet och delaktighet.²⁸ Det är därför bra att Sveriges Kommuner och Landsting tagit initiativ till att analysera sambanden mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård. Det räcker emellertid inte. Mer måste göras nu och fler perspektiv ska beaktas.

Socialstyrelsen har därtill kartlagt hur vården efter förlossning ser ut inom svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens bedömning är att det finns tydliga brister och behov av förändringar i vården efter förlossning. Det avser såväl vården på sjukhus som efter hemgång från sjukhuset.²⁹

Många brister inom vården till kvinnor efter förlossning är av strukturell karaktär och kräver bland annat organisatoriska förändringar i landsting och regioner för att kunna genomföra en mer patientcentrerad, patientsäker, tillgänglig och jämlik vård för alla patienter oavsett bostadsort.³⁰

Det handlar exempelvis om att sjukhusvården behöver utformas mer utifrån patienternas behov. Det är otydligt vart kvinnor ska vända sig vid behov av stöd och eftervård när sjukhuset inte längre har ansvar för vården. Därtill behöver uppföljning och tillgång till vård efter förlossning utvecklas. Kontinuitet i vårdkedjan gällande den personal kvinnor möter i samband med såväl graviditet och förlossning som eftervård behöver stärkas.

Det råder därtill brist på erfarna barnmorskor. Fram till år 2025 beräknas bristen omfatta ungefär 1 300 barnmorskor.³¹ Samtidigt ökade tillgången till barnmorskor med 1 procent mellan åren 2009 och 2014.³² Vi ska ha en säker förlossningsvård i Sverige. Det handlar om kvinnors hälsa och nyföddas trygghet. Välutbildade barnmorskor behövs. Antalet barnmorskor behöver öka.

Vi föreslår:

- Stärk vårdkedjan mellan mödravård, förlossningsvård och eftervård.
- Stärk patientlagen gällande mödravård, förlossningsvård och eftervård.
- Utöka antalet utbildningsplatser för barnmorskor.

Skärp straffen gällande hot och våld mot vårdpersonal

Den bristande respekt och hot och våld som förekommer mot personal inom svensk hälso- och sjukvård är totalt oacceptabelt. Vårdpersonalen måste ha ett ordentligt skydd. Vårdens medarbetare ska kunna känna sig säkra och trygga på jobbet. Det är helt grundläggande. Alltför många inom vården har känt sig utsatta för hot och våld och händelser relaterade till deras yrkesutövning de senaste åren. Därför ska straffen skärpas för våld och hot som riktas mot dem på grund av deras arbetsuppgifter.

²⁸ Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017, rapport 2017:2.

²⁹ Källa: Socialstyrelsen, Vård efter förlossning – en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning, rapport 2017.

³⁰ Källa: Socialstyrelsen, Vård efter förlossning – en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning, rapport 2017.

³¹ Källa: Socialstyrelsen 2015.

³² Källa: Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2017.

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

Detta är emellertid tyvärr inte något nytt. Den kraftiga ökning av hot och våld inom vården som skedde redan under 1990-talet har stannat kvar på en hög nivå alltsedan dess. Det förekommer dock betydande variationer beroende på vald studie hur vanlig denna utsatthet i fråga om hot och våld är inom vården. Studier visar allt från att en av tio till sex av tio inom vårdpersonalen varit utsatta för hot eller våld det senaste året.³³

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

Vi föreslår att riksdagen beslutar att införa en särskild straffskärpningsgrund som innebär att alla brott som innefattar ett angrepp mot viktiga samhällsfunktioner, så som den samlade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, leder till skärpta straff. Våld och hot om våld mot vårdpersonal är attacker mot livsviktiga samhällsfunktioner. Personalen inom vården ska aldrig behöva acceptera att hot, trakasserier och våld blir en del av deras vardagliga arbetsmiljö.

Vi föreslår:

- Inför en särskild straffskärpningsgrund och skärp straffen gällande angrepp, hot och våld mot vårdens personal i deras yrkesutövning.

Ulf Kristersson (M)

Tobias Billström (M)

Ewa Thalén Finné (M)

Karin Enström (M)

Camilla Waltersson Grönvall (M)

Elisabeth Svantesson (M)

Hans Wallmark (M)

Anti Avsan (M)

Lotta Finstorp (M)

Cecilia Magnusson (M)

³³ Källa: Vårdhandboken, 2015.