

Motion till riksdagen 2016/17:3223

av Cecilia Widegren m.fl. (M)

Stärk hjärt- och kärlsjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en nationell handlingsplan för att stärka kvaliteten och minska skillnaderna i vården av hjärt- och kärlsjukdomar i olika delar av landet och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att samla och koncentrera högspecialiserad hjärt- och kärlsjukvård i syfte att höja vårdens kvalitet och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att pröva möjligheterna att långsiktigt utveckla nationella kvalitetsregister inom vården gällande hjärt- och kärlsjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om den patientnära kliniska forskningen inom vården för hjärt- och kärlsjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett helhetsansvar för patienter med hjärt- och kärlsjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en digital kvalitetslista i hjärt- och kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla och stärka patientsäkerhetslagen i syfte att bl.a. minska undvikbara vårdskador i hjärt- och kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fast vårdkontakt i hjärt- och kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka samarbetet mellan hjärt- och kärlsjukvården och diabetesvården och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioritera tillsyn och uppföljning av hjärt- och kärlsjukvården och tillkännager detta för regeringen.

Moderata värderingar och utgångspunkter

Varje enskild människa är den viktigaste utgångspunkten och perspektivet för Moderaternas politik och vårt samhällsengagemang. Våra värderingar formas av vår syn på människan. Vi vill se till hela människan. Våra förslag tar utgångspunkt i att de allra flesta människor vill ta ansvar för och forma sina egna liv.

Vi vet att varje människa har stora förmågor och möjlighet att kunna utveckla dessa exempelvis med rätt utbildning. Ofta växer och utvecklas människor som mest när de dels möter nya utmaningar, dels prövas när de ställs inför svåra livssituationer. Då behöver man ofta hjälp och stöd, ibland mer än samhället förmår att tillgodose.

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

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

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

Lika viktigt är emellertid vad samhället kan, bör och ska göra respektive inte ska göra. Regering och riksdag ska inte peka finger åt människor och fördöma olika levnadssätt. Det leder bara fel. Totala förbud och förmaningar gör inte att människor börjar leva sundare. Den motivationen kommer inifrån människan själv och därtill hur exempelvis föräldrar uppfostrar sina barn.

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

Därtill kan och ska samhället stödja ytterligare forskning, framväxt av nya kraftfullare mediciner samt skapa bättre förutsättningar för vården att patientsäkert och effektivt kunna hjälpa alla som drabbats av hjärt- och kärlsjukdomar.

Svensk hjärtinfarktvard i världsklass – men stora utmaningar kvarstår

Hjärt- och kärlsjukdomar är den allra vanligaste dödsorsaken i såväl Sverige som övriga världen. Ungefär en miljon fyrahundra tusen människor lever i dag i Sverige som någon gång i livet drabbats av en hjärt- eller kärlsjukdom. Nära 34 000 människor avled till följd av en hjärt- eller kärlsjukdom i Sverige år 2013. (Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.) Det motsvarar att nära fyra av tio som avlider i Sverige gör det till följd av hjärt- och kärlsjukdomar.

Det är fler kvinnor än män som avlider i hjärt- och kärlsjukdomar. Dödligheten i hjärtinfarkt har sjunkit kraftigt de senaste decennierna. Däremot ökar dödligheten i

hjärt- och kärlsjukdomar så som hjärtsvikt och hjärtrytmrubbningar. (Källa: Hjärt-Lungfondens Hjärtrapport 2014.)

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

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

En annan undersökning baserad på liknande forskningsdata visar att den akuta hjärtsjukvården i Sverige är lika bra som den hjärtsjukvård som ges vid de 15 till 20 procent bästa sjukhusen i USA. (Källa: Hjärt-Lungfondens Hjärtrapport 2014.) Därtill visar Euro Health Consumer Index 2015 även den att svensk hjärtsjukvård står sig väl.

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

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

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

Därtill andra sjukvårdsrelaterade förklaringar så som avstånd till ett akutsjukhus, effektiviteten avseende ambulanstransporter, det direkta omhändertagandet på plats samt det akuta omhändertagandet på berört sjukhus. Därutöver kan skillnader i sociala faktorer ha betydelse.

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

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

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

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

I Västra Götalandsregionen sker ett intressant projekt gällande att se om fler liv kan räddas när ett hjärtstopp har inträffat genom att kunna hitta var närmaste hjärtstartare finns via en applikation. Ett register håller på att upprättas om var alla hjärtstartare finns i regionen. Detta för den person som hjälper en människa som råkat ut för ett hjärtstopp snabbt ska kunna meddelas via en applikation i sin mobil när man befinner sig nära en hjärtstartare.

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

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

Det är en oroande utveckling att stroke ökar bland yngre. I åldersgruppen 35 till 44 år har förstagsångsinsjuknanden i stroke sedan mitten av 1990-talet ökat med 18 procent för män och 16 procent för kvinnor. Orsakerna till denna ökning av stroke bland yngre är inte klarlagda. En rapport från patientföreningen visar att endast 5 av 21 landsting uppfyller Socialstyrelsens riktlinjer gällande sjukdomen familjär hyperkolesterolemi. Detta är en ärftlig sjukdom som medför kraftigt förhöjda värden av LDL-kolesterol i blodet. Denna sjukdom riskerar, om den inte upptäcks i tid, att leda till att många drabbas av en hjärt- och kärlsjukdom i unga år, vilket kan leda till en för tidig död i hjärtinfarkt eller stroke. Totalt uppskattas uppemot 50 000 personer i Sverige bära på gener som ger denna sjukdom. Skillnaderna i hur landstingen hanterar denna sjukdom är mycket stora. De stora bristerna förefaller finnas i primärvården.

Insjuknande i hjärtinfarkt minskar inte bland yngre kvinnor. Risken för hjärtinfarkt bland yngre kvinnor med förgymnasial utbildning har istället ökat sedan år 1994.

Kända riskfaktorer för stroke, övriga hjärtsjukdomar samt kärlsjukdomar är högt blodtryck, övervikt, rökning och höga blodfetter. (Källa: Folkhälsomyndigheten, Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014.)

Regeringen är passiv – oförberedd utan reformer

Regeringen har inga förberedda reformer gällande att utveckla och stärka hjärt- och kärlsjukvården. Detta trots att utmaningarna är omfattande och väl belysta. Det är talande att av de fåtal förslag som uppges vara på väg fram från regeringen till riksdagen gällande folkhälsa finns det inga förslag specifikt om hjärt- och

kärlsjukvården, istället handlar de flesta om olika förbud. Regeringens fokus på förbud och att peka finger åt människor som lever sina liv på ett, enligt regeringens synsätt, felaktigt sätt leder fel.

Regeringen avser samtidigt att kraftigt höja utgifterna i de omfattande transfererings- och bidragssystemen, vilket riskerar att öka det långvariga bidragsberoendet. Problemen förstärks istället eftersom exempelvis arbetslöshet har en ökad risk för negativa effekter på individens hälsa. Studier visar exempelvis på ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar samt psykisk ohälsa.

Människor med lägre inkomst har, generellt sett, sämre hälsa än de med hög inkomst. Sambanden är emellertid komplexa, de är inte direkta utan mer indirekta. Det finns därtill ett omvänt orsakssamband som visar att ett sämre hälsotillstånd kan leda till en sämre ekonomi. Det är helt klart att låg inkomst är förknippat med en rad olika sociala förhållanden som gör en individ mer sårbar, skör och utsatt för hälsorisker.

Det bästa sättet att värna om en hjärt- och kärlsjukvård av hög kvalitet i rätt tid för samtliga patienter, förutom konkreta reformer som ger bättre förutsättningar för vården, är att se till att fler får ett arbete och kan försörja sig själva. Långvarigt bidragsberoende, arbetslöshet och sjukskrivningar leder till en sämre vård och välfärd.

Regeringens kombination av att prioritera ökade ersättningar för att leva på bidrag i stället för arbete och avsaknad av konkreta reformer för hjärt- och kärlsjukvården är oroande. Vi är beredda att medverka till att ta fram och genomföra en nationell handlingsplan för hjärt- och kärlsjukvården. Det är nu upp till regeringen att ompröva och förnya sin politik.

Nationell handlingsplan – förslag för att stärka hjärt- och kärlsjukvården

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

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

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

Vi föreslår att en nationell vårdgaranti (kömiljarden) återinförs i syfte att bland annat korta väntetiderna i hjärt- och kärlsjukvården genom att pröva möjligheterna att

utveckla en mer heltäckande prestationsbunden vårdgaranti med ökat fokus på tillgänglighet och samordning.

Patienternas säkerhet behöver stärkas. Den införda patientlagen har hittills inte fått det genomslag i vården som var avsett. Därtill behöver den utvecklas för att stärka bland annat patienternas möjligheter att få rätt vård i tid i hela landet. Vi föreslår att patientlagen utvecklas i syfte att stärka patienternas inflytande över att fritt kunna få välja slutenvård.

Om man som patient inte får den vård man behöver i sitt hemlandsting ska man kunna välja slutenvård i ett annat landsting. Detta skulle bland annat kunna sätta ytterligare tryck på att korta väntetiderna. Vi vill därtill stärka patientsäkerhetslagen i syfte att som en viktig del i arbetet med att minska de undvikbara vårdskadorna i hjärt- och kärlsjukvården. Det är närmare 100 000 patienter totalt sett som varje år drabbas av en vårdskada.

Det behövs mer öppenhet och tillgänglighet för patienter och anhöriga att hitta säkra uppgifter kring väntetider, resultat och kvalitet inom hjärt- och kärlsjukvården. Vi föreslår att det tas fram och utvecklas en nationell digital kvalitetslista för att kunna möjliggöra för alla patienter och anhöriga att jämföra såväl väntetider som kvalitet i hjärt- och kärlsjukvården.

Det behövs tas fram en nationell strategi gällande personalförsörjning inom hjärt- och kärlsjukvården. I denna ska det bland annat ingå att pröva möjligheterna att kunna ge personal i hjärt- och kärlsjukvården kontinuerlig vidareutbildning i syfte att stärka kvalitet och kontinuitet

Vi vill betona vikten av att digitalisera vårdkedjan för patienter med hjärt- och kärlsjukdomar och att i denna process skyndsamt ta fram nationell teknisk standardisering och gemensam informationsstruktur så att olika sjukhus i olika regioner kan kommunicera med varandra avseende exempelvis patienternas journaler.

Vi föreslår därtill att öka tryggheten och kontinuiteten i hjärt- och kärlsjukvården genom att ta fram konkreta strategier för att den praktiska möjligheten ska finnas för hjärtpatienter till en fast vårdkontakt, som exempelvis fast läkarkontakt eller fast kontaktsjuksköterska. I dag finns det brister avseende kontinuitet i kontakterna mellan patient och vårdpersonal.

Vi vill att vården ska kunna ta mer av ett helhetsansvar för patienter med hjärt- och kärlsjukdomar. Den svenska hälso- och sjukvården är i dagsläget inte organiserad för att någon ska ta ett helhetsansvar för varje patient med en allvarlig sjukdom. Det är en brist. Vid framtagande av en nationell handlingsplan bör denna aspekt av vården beaktas och analyseras vidare.

Vi föreslår ett ökat samarbete mellan diabetesvården och hjärt- och kärlsjukvården i syfte att minska antalet människor som drabbas av hjärtinfarkt. Personer som drabbas av diabetes löper en högre risk att även drabbas av någon hjärt- eller kärlsjukdom.

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

Vi föreslår:

- Ta fram en nationell handlingsplan för att stärka kvaliteten och minska skillnaderna i hjärt- och kärlsjukvården.
- Samla och koncentrera högspecialiserad hjärt- och kärlsjukvård i syfte att höja vårdens kvalitet.
- Pröva möjligheterna att långsiktigt utveckla nationella kvalitetsregister inom vården gällande hjärt- och kärlsjukdomar.
- Beakta och analysera vikten av ett helhetsansvar för patienter med hjärt- och kärlsjukdomar.
- Inför en digital kvalitetslista som ger information om väntetider och kvalitet inom hjärt- och kärlsjukvården.
- Stärk och utveckla patientsäkerhetslagen i syfte att försöka minska antalet undvikbara vårdskador.
- Möjligheter bör finnas för patienter i hjärt- och kärlsjukvården att ha en fast vårdkontakt, exempelvis fast läkarkontakt eller kontaktsjuksköterska.
- Öka samarbetet mellan diabetesvården och hjärt- och kärlsjukvården i syfte att färre diabetespatienter även ska drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar.
- Prioritera tillsyn och uppföljning av hjärt- och kärlsjukvården.

Cecilia Widegren (M)

Margareta B Kjellin (M)

Sofia Fölster (M)

Sofia Arkelsten (M)

Anette Åkesson (M)

Jenny Petersson (M)

Finn Bengtsson (M)

Thomas Finnborg (M)

Ann-Britt Åsebol (M)